

# Éducation à la vie sexuelle et affective : besoins, connaissances et attentes des jeunes collégiens

Mélany Gaboury

▶ **To cite this version:**

Mélany Gaboury. Éducation à la vie sexuelle et affective : besoins, connaissances et attentes des jeunes collégiens. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02091362

**HAL Id: dumas-02091362**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02091362**

Submitted on 5 Apr 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.

Académie de Paris
École de Sages-Femmes – Hôpital Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI

**Mémoire pour le Diplôme d'État en Sciences maïeutiques**

# Éducation à la vie sexuelle et affective : besoins, connaissances et attentes des jeunes collégiens

**GABOURY Mélany**
**05 décembre 1994**
**Athis-Mons**
**Française**

Sous la direction de : Madame CHAPLET Véronique, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Saint-Antoine

Année universitaire 2017-2018

Académie de Paris
École de Sages-Femmes – Hôpital Saint-Antoine
Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI

**Mémoire pour le Diplôme d'État en Sciences maïeutiques**

# Éducation à la vie sexuelle et affective : besoins, connaissances et attentes des jeunes collégiens

**GABOURY Mélany**
**05 décembre 1994**
**Athis-Mons**
**Française**

Sous la direction de : Madame CHAPLET Véronique, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Saint-Antoine

Année universitaire 2017-2018

# Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Véronique Chaplet pour la direction de ce mémoire, ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien mais aussi pour m'avoir permis d'assister et d'animer ces interventions d'éducation à la vie sexuelle et affective ce qui m'a permis de découvrir une vocation jusque-là inconnue. De la même façon, merci à Madame Mehrnoosh Yazdanbakhsh pour son aide et son implication.

Merci au reste de l'équipe enseignante pour sa présence, son accompagnement et ses conseils au décours de ces quatre années.

Merci à Madame Frédérique Demuth de m'avoir permis de réaliser cette étude et d'avoir toujours été très disponible. Merci aux élèves d'avoir accepté de répondre à mes questionnaires avec sérieux et d'avoir rendu ces interventions vivantes, passionnantes et inoubliables.

Un grand merci à Camille d'être la personne qu'elle est au quotidien, pour ses conseils, son soutien et sa présence inestimable. Merci à Marina d'être la plus ancienne du lot et d'être toujours là de la meilleure des façons. Merci aussi à Amélie, Anaïs, Elodie et Emilie pour leur présence. (#top6)

Merci à ma famille pour leur soutien et leurs conseils.

Merci à Toi, monsieur, pour **tout** ce que cela implique.

« Mes actes n'ont de limites que celles où vient buter ma force. »
*H. de Montherlant* (1921)

# Table des matières


Préambule ..... 1

Revue de la littérature ..... 3

I. Evolution des normes et des mœurs liées à la sexualité en France : ..... 3

1. Généralités : ..... 3

2. Avant 1960 : ..... 3

3. La « révolution sexuelle », le cheminement de la sexualité moderne : ..... 3

4. L'expansion de la « sexualité virtuelle » : ..... 5

II. Evolution des principes d'éducation à la sexualité en France : ..... 6

1. Les prémices de l'éducation sexuelle : ..... 6

2. La circulaire Fontanet (1973) : un tournant dans l'éducation sexuelle : ..... 7

3. Les années 1980 et 1990 : une éducation à la sexualité qui dépasse la seule fonction de reproduction : ..... 7

4. Législations actuelles : ..... 8

5. Programmes scolaires 2016/2017 de l'école élémentaire au collège : ..... 9

6. 15 ans après la loi Aubry : freins et limites rencontrés dans l'éducation à la vie sexuelle et affective : ..... 9

III. Les adolescents et la sexualité : ..... 10

1. La métamorphose pubertaire : ..... 10

2. La sexualité des adolescents : ..... 11

Méthodologie ..... 15

I. Hypothèses : ..... 15

II. Objectifs : ..... 15

III. L'étude : ..... 15

1. Type d'étude : ..... 15

2. Population : ..... 15

3. Critère(s) d'inclusion : ..... 16

4. Critère(s) d'exclusion : ..... 16

5. Ethique : ..... 16

IV. Première partie – le pré-test : ..... 16

V. Les interventions : ..... 17

VI. Deuxième partie – le post-test : ..... 19

VII. L'analyse : ..... 20
Résultats ..... 21
I. *Flow-chart* : ..... 21
II. Présentation de la population : ..... 21
III. Besoins et connaissances des collégiens : ..... 22
1. Résultats du quiz – globalité : ..... 22
2. Résultats du quiz – proposition par proposition : ..... 23
3. Ce qu'ils expriment : ..... 29
IV. Attentes et désirs des collégiens : ..... 30
1. Sur la forme : ..... 30
2. Sur le fond : ..... 32
V. Satisfaction quant à l'intervention dispensée : ..... 38
1. Durée : ..... 38
2. Répartition des groupes : ..... 39
3. Qualité du support : ..... 39
4. Au global : ..... 39
Analyse et discussion ..... 40
I. Limites : ..... 40
II. Points forts : ..... 40
III. Autour de leurs besoins et de leurs connaissances : ..... 41
1. Ce que nous apporte le quiz : ..... 41
2. Evolution après l'intervention et validation de l'hypothèse secondaire : ..... 46
3. Ce que nous apporte les autres questions : ..... 47
IV. Autour de leurs attentes et désirs concernant la forme et le fond des interventions : ..... 48
1. Concernant la forme : ..... 48
2. Concernant le fond : ..... 52
V. Validation de l'hypothèse principale : ..... 55
VI. Propositions : ..... 56
Conclusion ..... 59
Bibliographie
Annexes

# Préambule

La France a connu beaucoup d'évolutions en ce qui concerne les mœurs et les normes liés aux représentations de la sexualité (1). Devant toutes ces modifications, l'Éducation Nationale a mis en œuvre des séances d'éducation à la sexualité de plus en plus complète au fil du temps pour permettre d'instaurer une prévention primaire équitable pour tous les jeunes (2). La loi Aubry du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a stipulé que trois séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sont désormais obligatoires chaque année dans les écoles, collèges et lycées (3). Durant mes études, l'occasion m'a été donnée d'animer des séances de ce genre dans un collège parisien à trois reprises ; l'expérience a été réellement enrichissante et m'a motivé à réaliser ce travail.

Néanmoins, un rapport du Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes de 2016 montre que ces obligations légales ne sont que très peu appliquées ; certains établissements scolaires n'organisent aucune séance et celles qui en mettent en place n'arrivent que très peu à un nombre de trois par an. Quand les séances sont organisées elles sont centrées quasiment exclusivement sur des questions de biologie, sur la contraception ou les infections sexuellement transmissibles ; les questions sociales ou plus pratico-pratiques relatives à la première fois, aux différences, à la tolérance ou encore aux orientations sexuelles ne sont que très rarement abordées (4). Or, il apparaît dans un rapport du réseau Fil Santé Jeune (numéro et site internet) que ce sont les questionnements principaux des jeunes appelants (5).

Une étude datant de 2010 sur la connaissance des jeunes concernant la contraception ou les infections sexuellement transmissibles montre qu'il existe, pour les jeunes interrogés, des lacunes théoriques notamment sur le fait qu'il n'y a que les préservatifs masculin et féminin qui protège des infections sexuellement transmissibles (6). Une autre étude menée auprès de collégiens de troisième en 2007 montre qu'ils estiment que cette forme d'éducation est importante et qu'il existe encore des thèmes sur lesquels ils ne se sentent pas complètement à l'aise (7). De plus, le taux d'interruption volontaire de grossesse des 15-19 ans en 2016, bien qu'étant en diminution depuis une petite décennie, reste encore élevé à un taux de 6,7 recours pour 1000 femmes entre 15 et 17 ans et de 17,8 parmi les 18-19 ans (8).

Devant tous ces éléments, il a été jugé pertinent de se demander quels étaient les besoins et attentes des jeunes concernant l'éducation à la vie sexuelle et affective en milieu scolaire. Pour

mettre en place l'étude, il sera vu dans un premier temps l'évolution des mœurs et des normes de la sexualité en France, dans une deuxième partie de quelle façon le système scolaire s'est adapté pour éduquer au mieux sa population au fur et à mesure de ces changements sociétaux et pour finir la dernière partie sera centrée sur la population adolescente et les représentations de sa sexualité.

# Revue de la littérature

## I. Evolution des normes et des mœurs liées à la sexualité en France :

### 1. Généralités :

En 2002, l'Organisation mondiale de la Santé a tenté d'apporter une réflexion autour du concept de la sexualité en en parlant comme « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie » qui comprend « le sexe, les identités et les rôles socialement associés aux femmes et aux hommes, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction », que toutes ces choses soient vécues, exprimées, expérimentées ou non. Il est aussi précisé que « la sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels » (9). En effet, de nombreux bouleversements socio-culturels ont permis l'avancée des droits en matière de sexualité. En France, le grand tournant dans ce domaine a été les années 1960 et 1970, période que l'on peut qualifier de « révolution sexuelle » (1).

### 2. Avant 1960 :

Avant cette période, les femmes étaient soumises au patriarcat, à la censure du sexe marquée par des traditions religieuses, notamment judéo-chrétiennes en France. Le sexe était tabou et de sphère privée uniquement, il était assimilé à la conception et à la reproduction, soumis à des lois et des mœurs très strictes empêchant toute émancipation. Tout était caché, secret, tu (1). En règle générale, il était préconisé l'abstinence sexuelle des jeunes jusqu'au mariage ou l'entrée dans une relation stable ; la masturbation était pourchassée sinon condamnée. Les messages diffusés par rapport à la sexualité étaient surtout répressifs et négatifs, dénués de toute laïcité, visant plus à l'interdiction qu'à l'épanouissement (2).

### 3. La « révolution sexuelle », le cheminement de la sexualité moderne :

Cette révolution commence par la création de l'association « La maternité heureuse » en 1956, qui deviendra le « Mouvement Français pour Le Planning Familial » en 1960 réunissant des militants qui tiennent à défendre le droit à la contraception ou à l'avortement (10). Elle continue par l'adoption de la loi Neuwirth le 19 décembre 1967, bien que mise en place seulement dans l'année 1972. Cette loi qui a autorisé l'usage de la contraception, notamment sous la forme de la pilule contraceptive, a permis d'abroger la loi du 31 juillet 1920, qui condamnait l'usage de moyens contraceptifs ou abortifs quels qu'ils soient encore, en vigueur jusque-là (11). Ce fut un grand

changement dans les mœurs et les représentations sexuelles françaises. En effet, cette loi a donné aux femmes un contrôle sur la procréation et leur désir de grossesse donnant une nouvelle dimension plus récréative au sexe (1). Les événements de mai 1968 avec les revendications des jeunes pour une liberté sexuelle marquées par le soutien de certains sexologues permettent la dissociation de l'activité sexuelle et de celle de procréation. Cette libération des mœurs entraîne un nouveau regard sur la sexualité et notamment un affranchissement de l'interdit des relations sexuelles hors mariage, de la masturbation (2). La pornographie devient alors banalisée et la contraception depuis cette époque a une couverture très importante dans notre pays (1).

En 1971, la publication du Manifeste des 343 rendant public 343 noms de femmes ayant eu recours à l'avortement, suivi en 1973 du Manifeste des 331 signé par 331 professionnels de santé avouant avoir répondu à des demandes d'avortement ou étant favorables à sa dépénalisation ont encore entraîné une remise en question des mœurs françaises. En 1972, le procès de Bobigny jugeant une femme mineure ayant avorté et quatre femmes majeures pour complicité ou pratique de l'avortement a eu un grand impact. En effet, au décours de ce procès très médiatisé, la loi de 1920 n'a pas été appliquée ce qui a donné encore plus d'importance à une nécessité de changement dans la législation concernant l'avortement (10).

Le 17 janvier 1975, la loi Veil est votée et permet la dépénalisation de l'avortement, maintenant appelé, l'interruption volontaire de grossesse, jusqu'à dix semaines de grossesse – sous conditions. Elle était dans un premier temps prévue pour une période de cinq ans mais fut reconduite indéfiniment à partir de 1979 (12). De nombreuses modifications ont eu lieu au cours du temps sur le texte de loi toujours dans une optique d'élargir les droits de liberté individuelle en augmentant les délais (12 semaines de grossesse à ce jour), le taux de remboursement des actes par la Sécurité Sociale (forfait remboursé à 100% à ce jour) ou encore en améliorant l'accessibilité et les formalités administratives (10). Mais la loi Aubry du 14 juillet 2001 a modifié en profondeur le dispositif de l'interruption volontaire de grossesse en France. Par exemple, une mineure peut désormais avorter sans autorisation parentale bien que toujours accompagnée d'une personne majeure, le délit d'entrave est renforcé dans la logique que ce droit doit être respecté puisqu'acquis (3). En 2014, la loi a supprimé la notion de détresse ce qui rend plus simple le droit à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (13). En 2016, les sages-femmes ont acquis le droit de réaliser les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuse pour augmenter le nombre de praticiens pouvant répondre à ces demandes et ainsi en facilité l'accès (14). Par ailleurs, les chiffres relatifs à l'interruption volontaire de grossesse de l'année 2016 (13,9 pour 1000 femmes) continuent de légèrement diminuer par rapport aux années précédentes et finalement depuis

même une vingtaine d'années. On constate néanmoins une diminution plus franche des chiffres pour la tranche d'âge des moins de 20 ans (8).

D'un autre côté, après la dépénalisation de l'homosexualité en 1982 et le retrait de l'homosexualité du registre des maladies mentales de l'OMS en 1991 (15), la loi Taubira du 17 mai 2013 a ouvert aux couples homosexuels la possibilité du mariage civil et de l'adoption (16) ce qui a eu pour but de « normaliser » l'homosexualité en en limitant les discriminations sur ces plans.

## 4. L'expansion de la « sexualité virtuelle » :

De manière générale, de nos jours, les comportements sexuels entre les femmes et les hommes se rapprochent. L'âge au premier rapport sexuel déclaré est à peu de choses près le même dans les jeunes générations (17,2 ans pour les hommes et 17,6 pour les femmes). Les pratiques se diversifient et deviennent plus courantes, notamment pour le sexe oral. De plus en plus de femmes déclarent pratiquer la masturbation. Il est montré une véritable émancipation de la femme dans le domaine de la sexualité qui ramène à bien loin l'époque où le sexe ne devait servir qu'à la procréation (17).

Le développement des médias, des réseaux sociaux, la propagation de la pornographie sur Internet ont modifié la manière d'appréhender la sexualité, surtout chez les adolescents qui sont le plus grand public de ces formes de médias. La sexualité et le rapport aux corps sont omniprésents dans tous les médias ou moyens de communication, ces derniers pouvant même permettre de nouveaux scénarii de rencontres affectives et sexuelles de par les plus de 1000 sites de rencontres existant en France. Il est à noter aussi que la libéralisation sexuelle est telle qu'il existe des sites dédiés aux relations extraconjugales menant des campagnes publicitaires dans les lieux publics. Le recours à la pornographie est démocratisé et d'une facilité d'accès comme jamais auparavant, si bien que le risque « d'hyper-sexualisation » de la femme avec une vision erronée des rapports à la sexualité est présent, surtout dans une population jeune et inexpérimentée
D'autre part, il n'est pas sans importance de noter que les cas de viols, d'agressions sexuelles, de pédophilies sont toujours d'actualité et que face à l'expansion de l'usage du virtuel de nouveaux risques potentiels sont à prendre en compte facilités par l'anonymat et la protection de l'écran interposé (1, 12, 13).

Devant toutes ces évolutions des lois, des mœurs et des représentations de la sexualité en France, il est nécessaire d'aider sa population à appréhender au mieux ces changements pour qu'ils soient tolérés et permettent un gain dans la qualité de vie. Qui dit nouveaux droits ou nouveaux supports, dit importance d'une éducation adéquate.

## II. Evolution des principes d'éducation à la sexualité en France :

### 1. Les prémices de l'éducation sexuelle :

A la fin du XIXème siècle et dans les débuts du XXème siècle, la question d'une éducation sexuelle apparaît pour la première fois. Ce sont les médecins qui s'en inquiètent les premiers. Ils estiment qu'une éducation sur les maladies vénériennes, telle que la syphilis qui fait beaucoup de morts à l'époque, permettrait d'en réduire leur incidence. Tout ce qui touche à la sexualité est encore très souvent régit par le monde religieux catholique et les prêtres s'inquiètent d'une dispensation des méthodes contraceptives clairement condamnées par l'Église à cette époque. Les féministes, quant à elles, souhaitent protéger les femmes d'une ignorance trop importante et leur permettre de revendiquer la liberté de leur corps. Néanmoins, bien que l'idée d'une nécessité d'éduquer filles et garçons par rapport à la sexualité apparaisse, elle ne concerne seulement que l'élite cultivée et personne ne sait qui doit prendre en charge cette éducation ni ce qu'elle doit contenir. (2, 15, 20)

L'entre-deux-guerres est une période qui donne naissance à des lois de répression plus que d'éducation comme les lois de 1920 et 1923 condamnant tous les moyens contraceptifs et abortifs. L'éducation sexuelle effraie et reste indésirable devant la possibilité qu'elle favorise la contraception de façon illégale. De nombreux écrits sont publiés en cette période pour appeler à une éducation sexuelle. En 1923, La Société de prophylaxie sanitaire et morale apporte son soutien en disant que « l'innocence ne consiste pas dans l'ignorance, et que l'ignorance est la cause principale du péril sexuel ». Elle demande à ce que l'éducation sexuelle, jusque-là réservée aux garçons soit étendue aux filles sous forme d'enseignements sur l'anatomie, la physiologie et l'hygiène féminine. La contraception ne fait toujours pas partie des discours de l'époque mais le tabou concernant l'éducation à la sexualité semble se lever de plus en plus bien qu'elle soit en grande majorité dispensée par les familles elles-mêmes (20).

Après la Seconde Guerre mondiale, les discours sur la sexualité évoluent et se banalisent. L'éducation sexuelle doit être une part entière de l'éducation de l'enfant et ce dès la naissance. Les mouvements pour la « révolution sexuelle » dans les années 1960, avec les événements de mai 68, les changements des mœurs, la légalisation de la contraception par la loi Neuwirth de 1967 est discutée une éducation sexuelle, plus libérale et dans l'accompagnement de la maturation de la fonction érotique plus que la répression. Mais il existe toujours une forme de réprobation autour du sujet. Bien que se voulant nouvelle, les fondements moraux demeurent toujours présents (2, 20).

## 2. La circulaire Fontanet (1973) : un tournant dans l'éducation sexuelle :

Après les bouleversements de la dernière décennie, les pouvoirs publiques et notamment l'Éducation nationale agissent. C'est finalement la circulaire Fontanet signée le 23 juillet 1973 qui va donner le premier gros changement en donnant la possibilité d'intégrer l'éducation sexuelle à l'école. En effet, ce texte préconise une information sexuelle et affective scientifique et progressive intégrée dans les programmes scolaires de biologie et de préparation à la vie familiale et sociale ainsi que des séances facultatives – pour ne pas aller à l'encontre des volontés des familles – d'éducation à la responsabilité sexuelle. La barrière entre l'information et l'éducation sexuelles reste assez difficile à poser mais il est admis à l'époque que l'information sexuelle se doit d'être purement scientifique, biologique et liée à la fonction de reproduction, à des notions d'hygiène et de puériculture. Le contenu de ces séances en reste néanmoins très flou, il y a un manque réel de modalités spécifiques et de formation des enseignants. En réalité, l'information sexuelle sera souvent abordée très rapidement durant les cours de biologie et l'éducation sexuelle, très rarement mise en place (2, 15, 20).

## 3. Les années 1980 et 1990 : une éducation à la sexualité qui dépasse la seule fonction de reproduction :

Le début des années 1980 est marqué par la découverte du VIH/Sida (1983). Cet événement a entraîné de nombreux changements dans les actions d'éducation sexuelle. En effet, devant le danger de cette épidémie, des mesures de prévention nouvelles ont dû être adoptées et organisées, notamment dans les écoles (15, 21, 22).

En 1985, la « Circulaire Chevènement » instaure l'éducation sexuelle dans les écoles primaires (15). En 1996 puis en 1998, une circulaire nommée « Éducation à la sexualité et prévention du sida » vient remplacer la circulaire de 1973, toujours d'actualité, et transforme ainsi la volonté d'une information sexuelle obligatoire liée à une éducation sexuelle facultative en une optique d'emblée d'éducation à la sexualité. Elle rend obligatoire au minimum deux heures d'enseignement par an de cette éducation à la sexualité dans les collèges et en priorité dans les classes de quatrième et de troisième. Ces séances doivent permettre de relier les différents apports des enseignements scolaires notamment en biologie ou ceux de vie sociale et professionnelle où des thèmes comme la transmission de la vie, la reproduction sexuée, la contraception ou encore les maladies sexuellement transmissibles dont le Sida. L'information est complétée en en abordant les points de vue affectifs, psychologiques et sociaux qui ne sont pas forcément traités en cours. Les séances d'éducation sont animées par l'équipe pédagogique ou des intervenants extérieurs

ayant une formation en éducation sexuelle (21, 22). L'éducation qui n'était alors que facultative devient obligatoire dans un contexte de nécessité de prévention face à un problème conséquent de santé publique. Les objectifs sont exposés dans trois dimensions individuelle, relationnelle et sociale. Des notions de tolérance, de liberté et de respect, de responsabilité, de sens critique sont abordées. Le discours purement biologique et calqué sur la seule fonction de reproduction n'existe plus (15, 23). La sexualité semble alors être abordée comme composante essentielle de la vie dans des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales (15, 21).

## 4. Législations actuelles :

Quelques années plus tard, la loi Aubry du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception va apporter des modifications considérables concernant les modalités d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. En effet, cette loi dispose qu'une information et une éducation à la sexualité doivent être dispensées dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins trois séances par et par groupe d'âge homogène. Il est aussi précisé que ces séances peuvent être animées par des membres du personnels éducatifs ou contribuant à la mission de santé scolaire de l'établissement, des intervenants extérieurs en lien avec le sujet et des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé, dont les étudiants sages-femmes (3). Il est aussi à noter que le Ministère de l'Éducation nationale a mis en place des formations et des documents pédagogiques à l'attention des personnels de l'Éducation nationale, volontaires, susceptibles de prendre part à ces interventions ; le but étant de leur apporter un socle de base en sexologie et de les aider à mettre en place les séances (21).

En 2003, la circulaire « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées » annule et remplace la circulaire de 1998 (24). Elle est destinée à apporter un cadrage et une précision quant aux contenu et modalités des séances d'éducation à la sexualité. Elle s'inscrit dans une volonté de répondre à des questions de santé publique comme la prévention des grossesses précoces non-désirées, les infections sexuellement transmissibles comme le VIH/sida mais aussi des problématiques d'ordre plus social notamment les relations entre garçons et filles, les violences sexuelles, la pornographie ou la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. C'est la première fois que de tels sujets sont clairement identifiés et nommés dans un texte législatif concernant l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire. Un tel texte permet d'entrevoir la volonté de traiter de la sexualité dans son ensemble que ça soit dans la vie privée mais aussi dans le champ du public (15, 24).

## 5. Programmes scolaires 2016/2017 de l'école élémentaire au collège :

En plus de ces séances d'éducation à la sexualité, les programmes scolaires abordent des sujets qui sont eux aussi liés à la sexualité dans un sens très large pouvant aller de la définition biologique pure aux sujets plus sociaux. Les programmes scolaires des écoles élémentaires et des collèges (cycle 2, 3 et 4) en vigueur pour l'année scolaire 2016/2017 ont été mis à jour par le Bulletin Officiel de l'Éducation Nationale du 26 novembre 2015 (25).

Les programmes des cycles 2 (CP, CE1, CE2) et 3 (CM1, CM2, sixième) comprennent des notions d'apprentissage du respect, de la tolérance, de l'égalité entre les femmes et les hommes ainsi qu'une partie consacrée à la puberté – pour le cycle 3 seulement (25).

Le cycle 4 allant de la cinquième à la troisième est la période dans la scolarité générale comprenant le plus de référence à la sexualité. Pour l'Éducation morale et civique, on retrouve la notion de « connaissance de soi et respect de l'autre, en lien avec l'éducation affective et sexuelle » et toujours la notion de travail sur les atteintes à la personne d'autrui. En Sciences de la vie et de la Terre, la reproduction sexuée est étudiée dans son sens biologique. Est aussi étudié le fonctionnement des appareils reproducteurs à partir de la puberté et les grands principes de la maîtrise de la reproduction. Il est aussi retrouvé un paragraphe parlant de « comportements responsables dans le domaine de la sexualité » comprenant la fertilité, la grossesse, le respect de l'autre, le choix raisonné de la procréation, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles (25).

## 6. 15 ans après la loi Aubry : freins et limites rencontrés dans l'éducation à la vie sexuelle et affective :

En juin 2016, un rapport relatif à l'éducation à la sexualité est publié par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les résultats du baromètre comprennent les statistiques de 3000 établissements scolaires. Il est montré que, malgré les obligations légales, 25 % des écoles répondantes déclarent n'avoir mis en place aucune séance d'éducation à la sexualité. De plus, quand les séances sont organisées, elles concernent surtout les classes de CM1, CM2, quatrième, troisième et seconde. Les principales thématiques abordées sont le domaine de la reproduction, la contraception et l'interruption volontaire de grossesse ainsi que ce qui concerne les infections sexuellement transmissibles ; il semble que ce qui relève plus du social, des violences sexuelles ou des questions d'orientation sexuelles ne soient que très peu abordées (4).

Parmi les principaux freins dénoncés par les établissements scolaires de l'étude, il est retrouvé un manque de moyen financiers, de disponibilité et de formation des personnels et la difficulté dans la gestion des emplois du temps afin de trouver des créneaux horaires consacrés à ces séances (4, 21).

D'autres études, notamment une basée sur 26 établissements du second degrés, arrivent aux mêmes conclusions concernant les classes les plus concernées ou sur le fait que les dispositions légales ne sont pas respectées. Il est à noter que dans cette dernière, une inégalité entre les établissements privés et publics est soulevée concernant la présence d'une infirmière scolaire, majoritairement présente en établissement public (24). Or, l'infirmière scolaire fait partie des intervenants privilégiés pour ces séances d'éducation (21, 26, 27). Un manque de formation et de temps est aussi désigné par la majorité des répondants (26).

Malgré les textes de loi, la démarche d'éducation à la sexualité est avant tout personnelle et liée aux intervenants. La notion de subjectivité est donc bien présente, mais pas forcément péjorative. En fonction de l'histoire de chacun, il est donc possible de retrouver des difficultés à aborder certains sujets comme celui de la « première fois » alors qu'il reste très demandé par la population adolescente (26).

Le fait que l'éducation à la sexualité s'inscrive dans une politique d'éducation aux risques concernant les infections sexuellement transmissibles ou les grossesses non prévues avec un discours souvent sanitaire et moralisateur plutôt que dans une démarche plus positif est lié au fait qu'il existe en France une difficulté à reconnaître la sexualité des adolescents comme quelque chose de sain et à en parler de manière positive et objective (4, 28). Devant tous ces doutes et questionnements liés aux comportements sexuels des jeunes, qu'en est-il vraiment ?

# III. Les adolescents et la sexualité :

## 1. La métamorphose pubertaire :

L'adolescence est une étape de la vie entre l'enfance et l'âge adulte marquée par de multiples évolutions dues à la métamorphose pubertaire (29). La puberté, d'une durée moyenne de quatre ans, commence par l'apparition des premières menstruations chez les filles et l'augmentation de la taille des testicules pour les garçons (30, 31). En fonction du contexte culturel et environnemental, il est possible de borner cette période entre 12 et 18 ans pour les filles et entre 14 et 20 ans pour les garçons (31).

La puberté entraîne des transformations de plusieurs types : physiques, psychiques, cognitives et sociales (29). Le premier type est le plus perceptible avec un corps adolescent en sexuation, qui devient apte à la procréation de par le développement complet des caractères sexuels secondaires et l'acquisition de la fonction de reproduction et de la fertilité (29). Les changements de l'ordre psychique sont plus complexes. Il est nécessaire de garder en tête que la puberté est un phénomène qui s'impose à l'enfant dans son intensité comme dans sa temporalité. Il voit alors son corps se transformer sans en avoir le contrôle ; le développement peut être perçu comme anarchique et peut grandement perturber l'adolescent qui perd alors tous ses repères infantiles, garant d'une sécurité désormais disparue (29, 30, 31, 32).

D'un autre côté, l'éveil sexuel dû aux pulsions libidinales et au développement de l'appareil génital confronte l'adolescent à de nouvelles sensations et à un nouveau rapport aux autres. L'adolescent est alors un être sexué et son identité sexuelle est une part intégrante de son identité personnelle. Sa construction se fait par rapport et sous le regard des autres, elle dépend de son environnement aussi bien culturel, religieux que familial ou sociétal. Afin de parvenir au mieux à cette identité sexuelle qui lui est propre, l'adolescent a besoin de prendre ses distances par rapport à ses premiers objets d'amour que sont ses parents et de se rapprocher d'autres modèles d'identification qui sont généralement retrouvés dans le groupe de pairs (29, 30). L'adolescent en pleine phase d'insécurité psychologique peut se replier sur lui-même et ne plus communiquer à propos de sa vie (31). Il existe néanmoins un paradoxe dans cette prise de distance car l'adolescent va osciller entre un besoin d'autonomisation et de régression le ramenant vers une dépendance parentale (30). Dans ce processus d'autonomisation, l'adolescent va procéder à la construction d'une autonomie « privée » basée sur ses relations avec le groupe de pairs et ainsi les relations amoureuses et/ou sexuelles. Ces nouvelles formes de relation vont permettre à l'adolescent de progresser dans la construction de soi. Il est pour ainsi dire possible de parler de l'adolescence comme une période de préparation et d'apprentissage de la sexualité (33). Mais de quelle façon s'exprime leur sexualité ?

## 2. La sexualité des adolescents :

Si la période de l'adolescence est la période de l'initiation à la vie affective et amoureuse, c'est surtout la classe de troisième (14-15 ans) qui représente ce tournant ; ce serait l'année où garçons comme filles explorent pour la première fois la notion de « petit(e) copain/copine » et de baiser sur la bouche (30). La pratique de la masturbation semble débuter vers 14 ans en moyenne pour les garçons et être pratiquée par un très grand nombre d'entre eux (33, 34). Comme évoqué plus tôt en première partie, l'âge médian au premier rapport sexuel avec pénétration génitale est

estimé à 17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes ce qui reste stable depuis ces dernières dizaines d'années (17, 30). Il semble alors qu'il existe un allongement de la phase pré-sexuelle à l'adolescence, avec une gradation plus prononcée des actes. La découverte de la sexualité et l'exploration physique d'autrui s'effectuent alors par étape, des premiers baisers, d'abord simples puis profonds, aux caresses jusqu'à la pénétration génitale. Ces étapes ont régulièrement lieu sur plusieurs années avec des partenaires différents (30, 33).

Également évoqué en première partie, l'attrait de l'Internet pour les jeunes pourrait augmenter le risque pour eux de se retrouver confronter à la pornographie ; cette dernière étant démocratisée et d'une facilité d'accès étonnante (18, 35). Il n'existe néanmoins pas d'études décrivant vraiment le nombre d'adolescents exposés à la pornographie, ni par quel moyen, ni à quel âge. L'effet de la pornographie sur le développement psycho-sexuel des adolescents est encore discuté. Certains auteurs pensent que cela favorise les comportements machistes dû à l'hypersexualisation de la femme dans ce domaine, d'autres pensent que cela peut créer chez le jeune des angoisses, un traumatisme surtout s'il n'y pas de dialogue avec une personne neutre rétablissant le lien entre le monde pornographique et le monde de la fiction (33, 34).

Concernant les moyens de contraception, le Baromètre Santé 2016, réalisé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, sur le comportement de santé des jeunes a interrogé des femmes de 15 à 29 ans de toute la France sur leur couverture contraceptive. Globalement, 92 % des femmes interrogées déclarent utiliser un « moyen » pour prévenir ne grossesse non-voulue. Ne seront détaillés ensuite que les résultats concernant la tranche 15-19 ans. Il est retrouvé que 2,3 % des 15-19 ans interrogées ayant des rapports sexuels et ne souhaitant pas de grossesse n'utilisent aucun moyen de contraception. Pour les restants, les moyens de contraception de prédilection restent la pilule contraceptive (combinée ou non au préservatif) à 60,4 % et le préservatif seul à 29,6 %. Il est aussi à noter que 4,6 % de l'effectif déclarent utiliser un moyen de contraception rentrant dans la catégorie « implant, patch, anneau ». Les 3,2% restants utilisent des méthodes comme le diaphragme, la cape cervicale, la méthode des températures ou encore le retrait. Ces chiffres restent stables depuis 2013 (36).

Pour ce qui est des infections sexuellement transmissibles, il semble que la population adolescente soit exposée un risque plutôt élevé du fait d'une utilisation inconstante du préservatif que ce soit pour le tout premier rapport sexuel ou lors d'un changement de partenaire (37). De plus, les rapports sexuels des adolescents étant souvent dispersés dans le temps et non prévus à

l'avance, il est parfois difficile d'anticiper l'achat d'une contraception (31). De plus, beaucoup de couples dont la fille est sous contraception orale n'utilisent pas de préservatifs (37).

Il est décompté en 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse en France, nombre en légère baisse depuis trois ans. Il est remarqué que les taux sont en décroissance pour les moins de 20 ans depuis 2010 avec un taux de 6,7 recours pour 1000 femmes entre 15 et 17 ans et de 17,8 parmi les 18-19 ans (8).

Une étude réalisée en 2009 auprès de 260 jeunes de 15 à 25 ans a permis de se rendre compte que des lacunes concernant la contraception et les infections sexuellement transmissibles sont bien présentes. Bien qu'aucun n'était scolarisé au collège au moment de l'étude, il est su, de par leur situation professionnelle, qu'une majorité d'entre eux a été au collège. Parmi les résultats il est retrouvé que 14 % des répondants masculins pensent que la pilule contraceptive protège des infections sexuellement transmissibles, que 71 % des filles et 46 % des garçons pensent que le patch contraceptif les protège, que 39 % des filles et 56 % des garçons pensent que l'anneau les protège. Seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des infections sexuellement transmissibles, ce qu'une grande majorité de jeunes a su répondre ; ces résultats montrent donc des lacunes importantes concernant la protection des infections et sur les moyens de contraception les moins utilisés par cette population. Au total, un tiers des jeunes ne sait pas que seuls les préservatifs masculins et féminins protègent des infections sexuellement transmissibles. Il est aussi retrouvé que plus d'un jeune sur cinq n'a pas utilisé de préservatif lors de son premier rapport sexuel. Le fait que le dispositif intra-utérin puisse être posé même sur une femme n'ayant jamais été enceinte n'est pas encore assez connu. Les conditions d'obtention et d'utilisation de la contraception d'urgence semble bien connue des jeunes (6).

Sur l'année 2009, le numéro Fil Santé Jeunes ainsi que le site internet qui sont des espaces dédiés aux questionnements de santé des jeunes, a répertorié que 50 % des recours étaient sur des questions de sexualité et de contraception. La population présente sur ces dispositifs est pour un tiers des collégiens. Ce sont en majorité des filles et le lieu d'émission de l'appel est très souvent la province. Les questions les plus fréquentes sont autour de l'appréhension du premier rapport sexuel, du premier baiser, autour d'une interruption volontaire de grossesse ou du choix de la contraception. Il existe aussi des questionnements sur leur corps, des angoisses de grossesse sans rapport sexuel, des notions de « normalité ». Les jeunes semblent trouver plus facile de passer par ces dispositifs quand ils n'osent pas ou ne peuvent pas s'adresser à leur famille ou à un référent adulte (5).

Très souvent, l'école est citée comme le lieu principal d'informations, certains jeunes ne pouvant trouver des informations fiables nulle part ailleurs (5, 6), mais face à ces nombreuses lacunes théoriques, les inquiétudes des jeunes relatives à des domaines qui ne sont pas actuellement assez exploités à l'école (comme vu en deuxième partie), au nombre d'interruption volontaire de grossesse qui, bien qu'en baisse, pourrait être encore plus bas, il est possible de s'interroger sur les besoins et les attentes des jeunes :

Quelles sont les besoins, les connaissances et les attentes des jeunes concernant l'éducation à la vie sexuelle et affective en milieu scolaire?

# Méthodologie

## I. Hypothèses :

Pour répondre à la question de recherche, deux hypothèses ont été posées ; une principale et une secondaire. L'hypothèse principale retenue est que l'éducation à la vie sexuelle et affective telle que dispensée dans les établissements scolaires ne correspond pas aux besoins et aux attentes des collégiens. La secondaire est que les collégiens présentent des lacunes et ont des connaissances erronées qui pourraient être corrigées par la dispensation de ces séances d'éducation.

## II. Objectifs :

L'objectif principal de cette recherche est donc de déterminer quels sont les besoins et les attentes des collégiens concernant cette forme d'éducation en milieu scolaire. L'objectif secondaire est de faire un état des lieux de leurs connaissances dans différents domaines et comparer leur progression à la suite de leur participation à une séance d'éducation à la vie sexuelle et affective. Des analyses de sous-groupes entre les filles et les garçons seront effectués afin de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins au cas où des différences existeraient.

## III. L'étude :

L'étude a été réalisée en **deux parties** articulées autour de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. Les différentes parties seront traitées de manière distincte.

### 1. Type d'étude :

La première partie de l'étude a été quantitative à visée descriptive, monocentrique et prospective. La seconde partie de l'étude a été quantitative à visée descriptive, monocentrique et rétrospective.

### 2. Population :

La population concernée par l'étude représente les élèves de trois sur cinq classes de quatrièmes d'un collège parisien du 13$^{ème}$ arrondissement (Thomas Mann) ; soit soixante-dix-neuf collégiens. Néanmoins, les cinq classes du collège ont pu bénéficier des interventions. Le collège en question a été choisi car déjà partenaire de l'école de sages-femmes de Saint-Antoine ; en effet, depuis quelques années des étudiants se déplacent pour réaliser des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans l'école pour les élèves de quatrième.

### 3. Critère(s) d'inclusion :

Les critères d'inclusion sont que le questionnaire soit rempli dans sa globalité et récupéré dans les délais de l'étude.

### 4. Critère(s) d'exclusion :

Le seul critère d'exclusion est le manque de réponse à une ou plusieurs questions. Un questionnaire non-rempli lors de la première phase de l'étude entraîne une exclusion pour la seconde phase.

### 5. Ethique :

L'accord a été donné pour l'étude par le principal du collège ainsi que par les professeurs référents en Sciences et Vie de la Terre (SVT) pour le niveau de classe des quatrièmes. Après une information loyale délivrée sur la nature de l'étude et les modalités, les élèves ont eu le libre arbitre de décider ou non de remplir les questionnaires. Il a été prévu avec minutie que les questionnaires restent anonymes et que rien ne permette de retrouver l'identité de l'élève qui y aurait répondu via ses réponses.

## IV. Première partie – le pré-test :

La première partie de l'étude a été prospective, quantitative et monocentrique. La méthode utilisée a été la distribution de **questionnaires** *(cf. Annexe I)* à tous les élèves présents des trois classes de quatrième du collège concernées, soit **79 questionnaires**.

La distribution a eu lieu pendant la **deuxième quinzaine du mois d'avril 2017**. Les élèves ont eu la possibilité de le remplir durant une heure de cours sous la surveillance de leur professeur de SVT. **Soixante-quinze questionnaires** ont été récupérés. Quatre élèves n'ont pas souhaité répondre.

Le questionnaire était composé de quatre grandes parties :

1. Une série de dix questions théoriques fermées en rapport avec la sexualité au sens large du terme englobant entre autre des notions de contraception, d'infections sexuellement transmissibles, d'anatomie, où l'élève devait répondre soit « *VRAI* », soit « *FAUX* », soit « *NE SAIS PAS* ». Ces questions permettent de faire un état des lieux de leurs connaissances. Les thèmes questionnés ici ont été choisis en fonction de ceux qui seront abordés dans la deuxième partie de l'étude au travers des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. Les questions ont

ensuite été notées de telles sortes : 1 point si la réponse était correcte, 0 point si l'élève ne savait pas répondre et 0 point si l'élève s'était trompé. Une moyenne des notes a ensuite été calculée pour chaque élève, par question et au total *(pour le détail de la correction, se reporter à l'Annexe II)*.

2. Neuf questions fermées avec réponses à choix multiples reposant sur la forme des séances. A travers les questions, il était donc possible d'imaginer la forme « idéale » des séances en fonction de chacun des élèves selon la durée et la répétition des interventions, la qualité et le sexe des intervenants, le lieu et les modalités d'intervention, la répartition des groupes, etc.

3. Un dispositif de quatre tableaux avec six propositions pour les deux premiers et le dernier tableaux et cinq propositions pour le troisième tableau. Les quatre grandes thématiques choisies étaient la puberté, le respect et la tolérance, autour de la « première fois », et de « se protéger ». Chacune des propositions devait être cotées selon leur degré d'intérêt à être abordées lors des séances : « *pas intéressé(e) du tout* », « *peu intéressé(e)* », « *intéressé(e)* » ou « *très intéressé(e)* ».

4. Les questions ici concernaient les généralités. Une question ouverte permettait de recueillir l'âge du participant, puis deux questions fermées pour connaître leur sexe et s'ils ressentaient le besoin d'avoir ces séances d'éducation à l'école et pour finir une question ouverte à choix multiples avec réponse libre si besoin pour connaître la nature des personnes avec qui le dialogue sur le sujet était possible.

Les questionnaires ont été récupérés le **26 avril 2017** mais sont restés non-exploités pour ne pas biaiser le déroulement des interventions.

## V. Les interventions :

Les interventions se sont déroulées entre le **9 et le 19 mai 2017**, sur cinq créneaux horaires différents correspondant aux cinq classes de quatrième et en grande majorité pendant un cours de SVT. Les interventions ont été préparées par un groupe d'étudiants sages-femmes en DFGSMa3 (correspondant à la troisième année des études de sages-femmes) pendant plusieurs mois pour leur unité d'enseignement optionnelle à la suite de cours par des intervenants psychologues, sages-femmes ou membres d'associations.

Les classes ont été scindées en deux ; **filles et garçons séparés** dans deux **salles de cours** distinctes. Les groupes étaient globalement équitables. Pour réaliser les séances, un créneau de

cours, soit **cinquante-cinq minutes**, était à disposition. Un **binôme d'étudiants sages-femmes** s'occupaient de chaque demie classe, accompagné d'une sage-femme enseignante.

La forme de la présentation choisie a été un **diaporama** d'une trentaine de diapositives présentées sur tableau dans les classes. Les étudiants présentaient les différents thèmes via **des illustrations** ou des **mots-clés** puis répondaient aux **questions des élèves**.
Le diaporama était **identique** dans les groupes « filles » et « garçons » à l'exception de l'ordre d'apparition des diapositives reprenant les bases de l'anatomie ; l'anatomie féminine était rappelée en premier pour le groupe des filles et celle des garçons était rappelée en premier pour le groupe des garçons.

Les thèmes abordés dans le diaporama ont été choisis par les étudiants sages-femmes ainsi que leur ordre d'apparition. Il est retrouvé :

- Un rappel sur les **bases anatomiques des appareils génitaux** féminin et masculin,
- Une définition de la **puberté** avec une discussion autour de la chronologie, des modifications physiques et psychologiques liées à cette période de la vie que ce soit pour les filles ou pour les garçons,
- Une définition du **rapport sexuel** comme un échange entre deux partenaires, une définition de la **virginité** comme quelque chose propre à chacun, un rappel sur l'anatomie de **l'hymen**,
- Un mot autour de la **masturbation** dans un but de déculpabilisation,
- Un rappel de l'importance du **consentement** pour chacun des actes, qu'il peut être retiré à tout moment, qu'en cas d'emprise par l'alcool ou un produit stupéfiant, le consentement n'est pas toujours réel,
- Un rappel de la loi autour des notions de **viol** et d'**agression sexuelle**, l'existence du numéro Fil Santé Jeune pour en parler,
- Une discussion autour des notions de **communication**, de **sentiments**, d'**amour**, de **respect** de soi et de l'autre, de **confiance** et de **plaisir**,
- Un mot sur la **pornographie** comme acte fictif pouvant donner des bases potentiellement erronées aux jeunes pour démarrer leur sexualité,
- Un mot sur la **représentation du corps « parfait »** et retouché dans les médias pouvant avoir un impact négatif sur des individus en pleine transition du fait de la puberté,

- Un rappel sur les différents **moyens de contraception**, en insistant sur l'existence du préservatif féminin et masculin comme seul moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles,

- Un point sur la **contraception d'urgence** comme un « rattrapage » mais qui ne se substitue en aucun cas à une contraception à long terme, le fait qu'elle puisse être délivrée de manière anonyme et gratuite en pharmacie pour les mineurs,

- Un rappel sur les différentes **infections sexuellement transmissibles** et l'importance du préservatif comme protection, les signes cliniques qui peuvent pousser à consulter et l'existence des **centres de dépistage** *(ceGIDD : centre gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic = ancien CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit)* avec la localisation de celui se trouvant le plus proche du collège.

Chaque séance a, de par la différence des intervenants et du public, été unique bien qu'il y ait eu un fil conducteur donné par le diaporama. En fonction des interrogations et des sources principales d'intérêts des élèves, certains thèmes ont pu être plus approfondis que d'autres mais tous les thèmes présents sur le diaporama ont été abordés.

## VI. Deuxième partie – le post-test :

La troisième partie de l'étude a donc été rétrospective, toujours quantitative et monocentrique. Elle s'est déroulée entre le **20 mai 2017 et le 6 juin 2017**. Les **questionnaires** *(cf. Annexe III)* ont été distribués aux élèves de quatrième de la même façon que pour la première partie, lors d'une heure de cours à distance des interventions (trois semaines environ) sous l'encadrement de leur professeur.

Le but de ce questionnaire était de connaitre l'avis des élèves sur le fond et la forme de l'intervention qu'il leur a été proposé et d'évaluer s'il y avait une progression dans leurs connaissances théoriques dans les différents domaines. **Soixante-quinze questionnaires** ont été distribués et récupérés.

Le questionnaire était composé de quatre grandes parties :

1. La même série de dix questions théoriques que celle de la première partie de l'étude pour évaluer leur progression, avec comme réponses disponibles « *VRAI* », « *FAUX* », « *NE SAIS PAS* ». Les questions ont ensuite été notées de telles sortes : 1 point si la réponse était correcte, 0 point si l'élève ne savait pas répondre et 0 point si l'élève s'était trompé. Une moyenne des

notes a ensuite été calculée pour chaque élève, par question et au total *(pour le détail de la correction, se reporter à l'Annexe II).*

2. Une partie concernant leur avis sur la forme de l'intervention qui contenait trois questions fermées à choix multiples sur la durée, la séparation du groupe et la quantité d'information et la qualité de la mise en page du support choisi (diaporama)

3. Un dispositif de quatre tableaux avec quatre propositions pour le premier tableau et cinq propositions pour les trois derniers tableaux. Les quatre grandes thématiques pour les tableaux étaient les mêmes que pour la première partie à savoir : la puberté, le respect et la tolérance, autour de « la première fois » et de « se protéger ». Le but ici était d'évaluer le degré d'intérêt que les élèves avaient porté aux sujets abordés en les cotant entre « *pas intéressé(e) du tout* », « *peu intéressé(e)* », « *intéressé(e)* » et « *très intéressé(e)* ». A cela a été rajouté, une question ouverte concernant l'existence de sujet dont ils auraient souhaité qu'ils soient évoqués et une question fermée pour savoir s'ils estimaient avoir appris des choses nouvelles ou si l'intervention leur avait permis de corriger certaines fausses croyances.

4. Les questions ici reprenaient les généralités de la première partie : une question ouverte permettait de recueillir l'âge du participant, puis deux questions fermées pour connaître leur sexe et s'ils ressentaient le besoin d'avoir ces séances d'éducation à l'école. Par rapport à la première partie, deux questions fermées ont été ajoutées, l'une pour savoir s'ils avaient pu poser toutes leurs questions et une autre pour connaître leur souhait d'assister ou non à une intervention du même type l'année suivante.

Les questionnaires ont été récupérés le **6 juin 2017**, date clôturant définitivement l'étude.

## VII. L'analyse :

Les résultats ont été analysés via le logiciel Excel et à l'aide du site internet biostatgv.org. Des tests de comparaison entre sous-groupes, séparés en fonction du sexe, ont été réalisés. Le seuil de significativité a été fixé à **0,05**. Les tests réalisés ont été le test de Student sur données appariées et sur données indépendantes, le test de McNemar, le test du Khi-2, le test exact de Fisher et le test des rangs signés de Wilcoxon.

# Résultats

## I. *Flow-chart* :

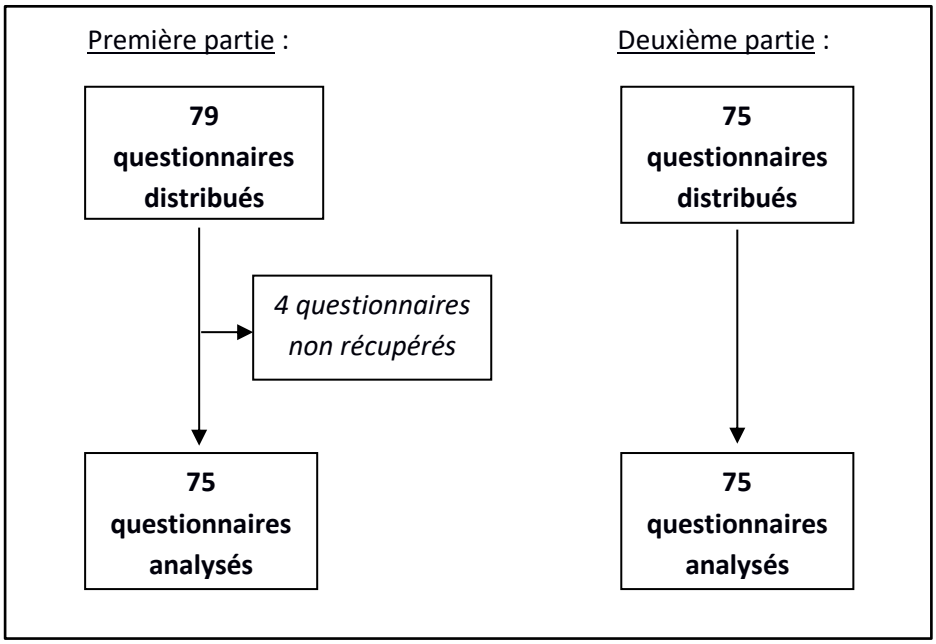



Figure 1 : *Flow-chart*.

Pour la première partie de l'étude, les questionnaires ont été distribué à l'ensemble des trois classes, soit à 79 élèves. Quatre élèves n'ont pas souhaité participer à l'étude. Pour la deuxième partie de l'étude, les quatre élèves en question ont été invité à ne pas remplir les questionnaires afin de conserver la même population de départ. L'effectif total analysé est donc de **75 personnes**.

## II. Présentation de la population :

| | **Effectifs (n=75)** |
|---|---|
| **Age** | |
| *13 ans* | ***46*** *(61,33%)* |
| *14 ans* | ***26*** *(34,67%)* |
| *15 ans* | ***3*** *(4,00%)* |
| **Sexe** | |
| *Filles* | **34** *(45,30%)* |
| ***Garçons*** | **41** ***(54,70%)*** |

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.

La moyenne d'âge global de la population est à **13,43 ans** *(± 0,57)*. La moyenne d'âge des filles est à **13,38 ans** *(± 0,55)* et celle des garçons à **13,46 ans** *(± 0,59)*. Il n'existe aucune différence significative entre les moyennes d'âge de ces deux sous-groupes *(p = 0,97)*.

## III. Besoins et connaissances des collégiens :

Le quiz comportait dix questions, chacune notée sur un point. Le quiz au total était donc noté sur dix points maximum. Les détails concernant la notation du quiz sont disponibles en **Annexe III**. La phase avant l'intervention a été appelée *« t0 »* et la phase après l'intervention *« t1 »*. L'abréviation « NS » correspond à « non-significatif ».

### 1. Résultats du quiz – globalité :

| | t0 | t1 | Différence en points t1-t0 [IC 95%] | p-value *(Student)* |
|---|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **4,16** *(± 1,95)* | **6,63** *(± 1,88)* | **+2.47** *(± 0,58)* [1,8901 ; 3,0432] | **p < 0,0001** |
| **Filles** *(n=34)* | **4,32** *(± 1,75)* | **7,24** *(± 1,91)* | **+2,92** *(± 0,89)* [2,0342 ; 3,7893] | **p < 0,0001** |
| **Garçons** *(n=41)* | **4,00** *(± 2,14)* | **6,12** *(± 1,67)* | **+2,12** *(± 0,96)* [1,1617 ; 3,0334] | **p < 0,0001** |

Tableau 2 : Note moyenne *(± sd)* au questionnaire (sur 10) – comparaison avant *versus* après.

La note moyenne de notre population d'étude a augmenté de manière significative entre avant et après l'intervention avec une augmentation de **2,47 points** *(p < 0,0001)*. Les analyses de sous-groupes montrent une progression aussi bien pour les filles que pour les garçons avec respectivement une augmentation de **2,92 points** et de **2,12 points** *(p < 0,0001 dans les deux cas)* entre avant et après la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective qui leur a été dispensée. (Tableau 2)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | Différence en points (IC 95%) | p-value *(Student)* |
|---|---|---|---|---|
| **t0** | **4,32** *(± 1,75)* | **4,00** *(± 2,14)* | **-0,32** *(± 0,27)* [-1,1876; 0,5906] | NS |
| **t1** | **7,24** *(± 1,91)* | **6,12** *(± 1,67)* | **-1,12** *(± 0,84)* [-0,2777 ; -1,9489] | **p < 0,01** |

Tableau 3 : Note moyenne *(± sd)* au questionnaire (sur 10) – comparaison filles *versus* garçons.

Avant l'intervention, aucune différence significative entre la moyenne des filles *(4,32/10)* et celle des garçons *(4/10)* n'est retrouvée *(p = 0,474)*. Néanmoins après l'intervention, il est possible de constater une différence significative en faveur des filles *(p < 0,01)*. (Tableau 3)

## 2. Résultats du quiz – proposition par proposition :

- Proposition 1 : « La pilule contraceptive protège des infections sexuellement transmissibles (IST) »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **37** | **51** | **p = 0,0005** |
| **Filles** *(n=34)* | 18 | 23 | NS |
| **Garçons** *(n=41)* | **19** | **28** | **p = 0,008** |

Tableau 4 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 1 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0005)*. Les analyses de sous-groupes montrent le même résultat pour les garçons *(p = 0,008)*, mais pas de différence significative pour les filles *(p= 0,07).* (Tableau 4)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 18 | 19 | NS |
| **t1** | 23 | 28 | NS |

Tableau 5 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 1 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,569 et p = 0, 952)*. (Tableau 5)

- Proposition 2 : « Il est impossible de tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel avec pénétration vaginale »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **51** | **64** | **p = 0,0009** |
| **Filles** *(n=34)* | **24** | **30** | **p = 0,04** |
| **Garçons** *(n=41)* | **27** | **34** | **p = 0,02** |

Tableau 6 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 2 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0009)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,04 et p = 0,02)*. (Tableau 6)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2/Fisher)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 24 | 27 | NS |
| **t1** | 30 | 34 | NS |

Tableau 7 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 2 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,662 et p = 0, 744)*. (Tableau 7)

- Proposition 3 : « Pour une fille, la virginité est liée à la présence d'un hymen intact »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **6** | **36** | **p < 0,0001** |
| **Filles** *(n=34)* | **1** | **17** | **p = 0,0002** |
| **Garçons** *(n=41)* | **5** | **19** | **p = 0,0005** |

Tableau 8 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 3 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p < 0,0001)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,0002 et p = 0,0005)*. (Tableau 8)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2/Fisher)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 1 | 5 | NS |
| **t1** | 17 | 19 | NS |

Tableau 9 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 3 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,212 et p = 0, 752)*. (Tableau 9)

- Proposition 4 : « Dans le domaine de la sexualité, le consentement a de valeur si la personne est alcoolisée ou droguée »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **48** | **64** | **p = 0,0002** |
| **Filles** *(n=34)* | **21** | **30** | **p = 0,008** |
| **Garçons** *(n=41)* | **27** | **34** | **p = 0,02** |

Tableau 10 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 4 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0002)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,008 et p = 0,02)*. (Tableau 10)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2/Fisher)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 21 | 27 | NS |
| **t1** | 30 | 34 | NS |

Tableau 11 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 4 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,713 et p = 0, 744)*. (Tableau 11)

- Proposition 5 : « Il existe un âge normal pour avoir des rapports sexuels en France et c'est vers 17 ans »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **23** | **48** | **p < 0,0001** |
| **Filles** *(n=34)* | **9** | **25** | **p = 0,0002** |
| **Garçons** *(n=41)* | **14** | **23** | **p = 0,008** |

Tableau 12 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 5 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p < 0,0001)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,0002 et p = 0,008)*. (Tableau 12)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 9 | 14 | NS |
| **t1** | 25 | 23 | NS |

Tableau 13 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 5 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,473 et p = 0, 117)*. (Tableau 13)

- Proposition 6 : « Il est possible pour un garçon d'avoir des érections involontaires ou automatiques non liées à un désir sexuel »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **42** | **58** | **p = 0,0002** |
| **Filles** *(n=34)* | **16** | **28** | **p = 0,0015** |
| **Garçons** *(n=41)* | 26 | 30 | NS |

Tableau 14 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 6 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0002)*. Les analyses de sous-groupes montrent le même résultat pour les filles *(p = 0,0015)*, mais pas de différence significative pour les garçons *(p= 0,13)*. (Tableau 14)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 16 | 26 | NS |
| **t1** | 28 | 30 | NS |

Tableau 15 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 6 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,155 et p = 0, 344)*. (Tableau 15)

- Proposition 7 : « Il est impossible de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) en pratiquant du « sexe oral » c'est-à-dire en cas de contact entre les organes génitaux et la bouche »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **16** | **30** | **p = 0,0005** |
| **Filles** *(n=34)* | **7** | **18** | **p = 0,003** |
| **Garçons** *(n=41)* | 9 | 12 | NS |

Tableau 16 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 7 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0005)*. Les analyses de sous-groupes montrent le même résultat pour les filles *(p = 0,003)*, mais pas de différence significative pour les garçons *(p= 0,25)*. (Tableau 16)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 7 | 9 | NS |
| **t1** | **18** | **12** | **p = 0,037** |

Tableau 17 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 7 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 mais il en existe une à t1 *(respectivement p = 0,886 et p = 0, 037)*. (Tableau 17)

- Proposition 8 : « Les règles sont un écoulement de sang « impur » »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **23** | **35** | **p = 0,0015** |
| **Filles** *(n=34)* | **13** | **19** | **p = 0,04** |
| **Garçons** *(n=41)* | **10** | **16** | **p = 0,04** |

Tableau 18 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 8 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0015)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,04 et p = 0,04)*. (Tableau 18)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 13 | 10 | NS |
| **t1** | 19 | 16 | NS |

Tableau 19 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 8 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,195 et p = 0, 145)*. (Tableau 19)

- Proposition 9 : « L'interruption volontaire de grossesse est possible en France jusqu'à 3 mois de grossesse même pour les mineures »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **38** | **50** | **p = 0,0015** |
| **Filles** *(n=34)* | **19** | **25** | **p = 0,04** |
| **Garçons** *(n=41)* | **19** | **25** | **p = 0,04** |

Tableau 20 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 9 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention qu'avant *(p = 0,0015)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,04 et p = 0,04)*. (Tableau 6)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | 19 | 19 | NS |
| **t1** | 25 | 25 | NS |

Tableau 21 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 9 – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 *(respectivement p = 0,411 et p = 0, 251)*. (Tableau 21)

- Proposition 10 : « S'il y a absence ou défaut de contraception, il existe une contraception d'urgence sous forme de pilule délivrée gratuitement et de manière anonyme à la pharmacie ou en service de PMI/Planning Familial »

| | t0 | t1 | p-value *(McNemar)* |
|---|---|---|---|
| **Effectif total** *(n=75)* | **28** | **61** | **p < 0,0001** |
| **Filles** *(n=34)* | **19** | **31** | **p = 0,0015** |
| **Garçons** *(n=41)* | **9** | **30** | **p < 0,0001** |

Tableau 22 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 10 – comparaison avant *versus* après.

Il y a plus de bonnes réponses après l'intervention *(p < 0,0001)* y compris pour les analyses de sous-groupes filles/garçons *(respectivement p = 0,0015 et p < 0,0001)*. (Tableau 22)

| | Filles *(n=34)* | Garçons *(n=41)* | p-value *(Khi-2)* |
|---|---|---|---|
| **t0** | **19** | **9** | **p = 0,0025** |
| **t1** | **31** | **30** | **p = 0,046** |

Tableau 23 : Nombre de bonnes réponses à la proposition 10 – comparaison filles *versus* garçons.

Une différence significative est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 et à t1 *(respectivement p = 0,0025 et p = 0, 046)*. (Tableau 23)

## 3. Ce qu'ils expriment :

Avant l'intervention, **42** *(56%)* élèves interrogés estimaient avoir **besoin** de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. Après l'intervention, il y en avait **54** *(72%)* ; la différence entre avant et après est significative *(p = 0,0015)*. Avant l'intervention, **17** filles *(50%)* ressentaient ce besoin contre **25** garçons *(60,98%)*. Il n'y a pas de différence significative *(p = 0,472)*. Après l'intervention, il y avait **24** filles *(70,59%)* et **30** garçons *(73,17%)* qui le ressentent ; il n'y a pas non plus de différence significative *(p = 0,804)*.

Par rapport au fait de la possibilité de parler de sexualité au sens large en dehors de l'école, **38** collégiens *(50,67%)* ont répondu que c'était possible pour eux avec un ou plusieurs interlocuteurs. Il est retrouvé comme interlocuteurs majoritaires les ami(e)s pour **28** d'entre eux

*(73,68%)* et les parents pour **20** d'entre eux *(52,63%)*. Le reste des interlocuteurs cités était, le médecin de famille pour **dix** d'entre eux *(26,32%), «* Internet » a été répondu par **sept** personnes *(18,42%)*, les frères et sœurs pour **six** collégiens *(15,79%)* et un autre membre de la famille pour **2** collégiens *(5,26%)*.

Il y avait **17** filles *(50%)* qui ont répondu « oui » contre **21** garçons *(51,22%)* ; la différence n'est pas significative *(p = 1).* Il n'y a pas non plus de différence significative concernant la répartition de leurs interlocuteurs de choix *(p = 0,121)*.

# IV. Attentes et désirs des collégiens :

## 1. Sur la forme :

- Concernant l'âge au début des interventions :

**Quarante-trois** collégiens interrogés *(57,33%)* étaient favorables au fait de débuter les séances entre 10 et 14 ans. **29** collégiens *(38,67%)* ont répondu que l'âge idéal serait après 14 ans et **trois** *(4%)* que le mieux serait de commencer avant 10 ans.

- Concernant les intervenants :

Il y a **48** collégiens *(64%)* qui ont répondu préférer que l'intervenant soit une femme contre **sept** collégiens *(9,33%)* qui préfèreraient un homme. **Vingt** collégiens *(26,67%)* n'ont pas exprimé de préférence.

Pour ce qui est des analyses de sous-groupes, **28** filles *(82,35%)* ont exprimé leur préférence pour le fait d'avoir une intervenante ; les **6** autres filles *(17,65%)* ont répondu qu'elles n'avaient pas de préférence. **Vingt** garçons *(48,78%)* ont répondu en faveur d'une femme, **sept** garçons *(17,07%)* en faveur d'un homme et **14** garçons *(34,15%)* n'ont pas exprimé de préférence. Il existe une différence significative pour la répartition des réponses entre les filles et les garçons *(p = 0,0026)*.

Pour ce qui est de la profession de l'intervenant, sachant que plusieurs réponses étaient possibles, **48** collégiens *(64%)* ont répondu préférer l'intervention d'un(e) professionnel(le) de santé, **45** *(60%)* d'un étudiant(e) en santé ; **21** collégiens *(28%)* celle d'un(e) professeur(e) de SVT ; **20** collégiens *(26,67%)* celle de l'infirmière scolaire et **14** collégiens *(18,67%)* l'intervention de membres d'associations spécifiques.

- Concernant les modalités des interventions :

*i. Pour la durée idéale de l'intervention :*

Il y a **22** collégiens *(29,33%)* qui ont opté pour des interventions de deux heures et **22** collégiens *(29,33%)* qui ont opté pour une intervention de durée de une heure. **Treize** collégiens *(17,33%)* ont répondu une demi-journée et **10** collégiens *(13,33%)* une journée entière consacrée à l'éducation à la vie sexuelle et affective. Les **huit** autres collégiens *(10,67%)* ont opté pour une durée de trente minutes.

*ii. Pour le nombre idéal d'interventions dans une année :*

**Dix-neuf** collégiens *(25,33%)* (quinze filles et quatre garçons) ont répondu en faveur d'une intervention dans l'année, **dix-neuf** autres collégiens *(25,33%)* (huit filles et onze garçons) ont répondu deux interventions par an. **Dix-huit** répondants *(24%)* (huit filles et dix garçons) ont dit préférer trois interventions par an tandis que **huit** collégiens *(10,67%)* (trois filles et cinq garçons) ont opté pour quatre par an et **onze** collégiens *(14,67%)* (onze garçons) pour plus de quatre interventions par an. Il existe une différence significative entre la répartition des réponses entre les filles et les garçons *($p = 0,0004$).*

*iii. Pour la répartition des groupes :*

**Trente-neuf** collégiens *(52%)* ont répondu préférer que les classes de même niveau soit mélangées durant les interventions et **36** collégiens *(48%)* que les classes de même niveau soient séparées.

**Vingt-quatre** collégiens *(32%)* (quinze filles et neuf garçons) ont opté pour une séparation des groupes entre les filles et les garçons sur toute la durée de l'intervention. **Trente-trois** collégiens *(44%)* (treize filles et vingt garçons) ont répondu préférer être tous ensemble pendant l'intervention et **18** collégiens *(24%)* (six filles et douze garçons) être d'abord séparés entre les filles et les garçons pour une période de l'intervention et pouvoir conclure tous ensemble. Il n'existe pas de différence significative entre les filles et les garçons *($p = 0,112$)*.

*iv. Pour le lieu idéal de l'intervention :*

Sachant que plusieurs réponses pouvaient être choisies, **42** collégiens *(56%)* ont répondu préférer être en salle de cours, **29** collégiens *(38,67%)* dans une salle neutre et **22** collégiens *(29,33%)* en dehors du collège.

### *v. Pour le support de l'intervention :*

Il y avait possibilité de donner plusieurs réponses pour cette question. **Trente-quatre** collégiens *(45,33%)* ont opté pour un film, **24** *(32%)* pour un cours magistral, **23** *(30,67%)* pour une discussion libre autour d'un schéma, **18** *(24%)* collégiens pour des jeux de rôle avec eux-mêmes comme acteurs, **14** *(18,67%)* pour un diaporama et **12** *(16%)* pour une mise en scène des intervenants sur plusieurs thèmes. **Quatre** collégiens *(5,33%)* ont ajouté comme proposition « questions et réponses ».

## 2. Sur le fond :

Dans les tableaux suivants, il a été noté la **valeur 0** pour *« pas du tout intéressé(e) »*, la **valeur 1** pour *« peu intéressé(e) »*, la **valeur 2** pour *« intéressé(e) »* et la **valeur 3** pour *« très intéressé(e) ».* La phase avant l'intervention a été appelée *« t0 »* et la phase après l'intervention *« t1 »*.
L'abréviation « NS » correspond à « non-significatif ».

- Concernant les thèmes autour de « la puberté » à t0 et t1:

| | | t0 | | | | t1 | | | | ***p-value*** ***(Wilcoxon)*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *Les changements anatomiques et physiques* | **Effectif total** *(n = 75)* | 11 | 26 | 27 | 11 | 9 | 18 | 40 | 8 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 1 | 16 | 13 | 4 | 1 | 9 | 22 | 2 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 10 | 10 | 14 | 7 | 8 | 9 | 18 | 6 | NS |
| *Les changements psychologiques et émotionnels* | **Effectif total** *(n = 75)* | 16 | 14 | 33 | 12 | 4 | 24 | 38 | 9 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 8 | 6 | 15 | 5 | 0 | 8 | 21 | 5 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 8 | 8 | 18 | 7 | 4 | 16 | 17 | 4 | NS |
| *Les menstruations/règles* | **Effectif total** *(n = 75)* | 10 | 16 | 35 | 14 | 9 | 21 | 38 | 7 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 6 | 7 | 16 | 5 | 3 | 8 | 21 | 2 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 9 | 19 | 9 | 6 | 13 | 17 | 5 | NS |
| *La connaissance de son propre corps/la masturbation* | **Effectif total** *(n = 75)* | 16 | 11 | 33 | 15 | 12 | 26 | 30 | 7 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 11 | 3 | 19 | 1 | 9 | 12 | 12 | 1 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 5 | 8 | 14 | 14 | 3 | 14 | 18 | 6 | NS |

Tableau 24 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de la puberté – comparaison avant *versus* après l'intervention.

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution des réponses sur les différents thèmes autour de la puberté *(les changements anatomiques et physiques, les changements psychologiques et émotionnels, les menstruations/règles, la connaissance de son propre corps/la masturbation)* entre avant et après l'intervention y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons. (Tableau 24)

| | | Filles (n = 34) | | | | Garçons (n = 41) | | | | *p-value* (Khi-2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *Les changements anatomiques et physiques* | **t0** | **1** | **16** | **13** | **4** | **10** | **10** | **14** | **7** | **p = 0,025** |
| | **t1** | 1 | 9 | 22 | 2 | 8 | 9 | 18 | 6 | NS |
| *Les changements psychologiques et émotionnels* | **t0** | 8 | 6 | 15 | 5 | 8 | 8 | 18 | 7 | NS |
| | **t1** | 0 | 8 | 21 | 5 | 4 | 16 | 17 | 4 | NS |
| *Les menstruations/règles* | **t0** | 6 | 7 | 16 | 5 | 4 | 9 | 19 | 9 | NS |
| | **t1** | 3 | 8 | 21 | 2 | 6 | 13 | 17 | 5 | NS |
| *La connaissance de son propre corps/la masturbation* | **t0** | **11** | **3** | **19** | **1** | **5** | **8** | **14** | **14** | **p = 0,0006** |
| | **t1** | 9 | 12 | 12 | 1 | 3 | 14 | 18 | 6 | NS |

Tableau 25 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de la puberté – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les sous-groupes à t0 et à t1 pour les thèmes « les changements psychologiques et émotionnels » *(respectivement p = 0,974 et p = 0,089)* et « les menstruations/règles » *(respectivement p = 0,724 et p = 0,383)*. Il est retrouvé une différence significative entre filles et garçons à t0 pour le thème « les changements anatomiques et physiques » et le thème « connaissance de son propre corps/la masturbation » *(respectivement p = 0,025 et p = 0,0006)* mais pas à t1 *(respectivement p = 0,064 et p = 0,065)*. (Tableau 25)

- Concernant les thèmes autour du « respect et de la tolérance » à t0 et t1:

| | | t0 | | | | t1 | | | | *p-value* (Wilcoxon) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *L'homosexualité* | **Effectif total** *(n = 75)* | 21 | 14 | 24 | 16 | 16 | 18 | 32 | 9 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 5 | 8 | 14 | 7 | 7 | 10 | 14 | 3 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 16 | 6 | 10 | 9 | 9 | 8 | 18 | 6 | NS |
| *Les violences et abus sexuels* | **Effectif total** *(n = 75)* | **8** | **18** | **32** | **17** | **9** | **8** | **20** | **38** | **p = 0,0099** |
| | **Filles** *(n = 34)* | 2 | 7 | 17 | 8 | 3 | 2 | 11 | 18 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 6 | 11 | 15 | 9 | 6 | 6 | 9 | 20 | NS |
| *La notion de majorité sexuelle* | **Effectif total** *(n = 75)* | 9 | 12 | 37 | 17 | 12 | 17 | 35 | 11 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 4 | 7 | 18 | 5 | 5 | 6 | 19 | 4 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | **5** | **5** | **19** | **12** | **7** | **11** | **16** | **7** | **p = 0,0484** |
| *La pornographie* | **Effectif total** *(n = 75)* | 27 | 19 | 18 | 11 | 25 | 20 | 17 | 13 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 18 | 9 | 6 | 1 | 18 | 8 | 5 | 3 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 9 | 10 | 12 | 10 | 7 | 12 | 12 | 10 | NS |
| *L'image du sexe dans les médias* | **Effectif total** *(n = 75)* | 26 | 21 | 18 | 10 | 16 | 23 | 26 | 10 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | **17** | **10** | **6** | **1** | **10** | **9** | **12** | **3** | **p = 0,0499** |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 9 | 11 | 12 | 9 | 6 | 14 | 14 | 7 | NS |

Tableau 26 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour du respect et de la tolérance – comparaison avant *versus* après l'intervention.

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution des réponses sur les différents thèmes autour de l'homosexualité et la pornographie entre avant et après l'intervention y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons. Concernant le thème autour des violences et abus sexuels, il existe une différence significative *(p = 0,0099)* qui n'est pas retrouvée pour les analyses de sous-groupes filles et garçons *(respectivement p = 0,0526 et p = 0,078)*. Concernant le thème autour de la notion de majorité sexuelle, il existe une différence significative entre avant et après l'intervention pour le groupe des garçons *(p = 0,0484)*. Concernant le thème de l'image du sexe dans les médias, c'est pour le groupe des filles qu'il existe une différence significative entre avant et après la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective *(p = 0,0499)*. (Tableau 26)

| | | **Filles *(n = 34)*** | | | | **Garçons *(n = 41)*** | | | | ***p-value*** ***(Khi-2/Fisher)*** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *L'homosexualité* | **t0** | 5 | 8 | 14 | 7 | 16 | 6 | 10 | 9 | NS |
| | **t1** | 7 | 10 | 14 | 3 | 9 | 8 | 18 | 6 | NS |
| *Les violences et abus sexuels* | **t0** | 2 | 7 | 17 | 8 | 6 | 11 | 15 | 9 | NS |
| | **t1** | 3 | 2 | 11 | 18 | 6 | 6 | 9 | 20 | NS |
| *La notion de majorité sexuelle* | **t0** | 4 | 7 | 18 | 5 | 5 | 5 | 19 | 12 | NS |
| | **t1** | 5 | 6 | 19 | 4 | 7 | 11 | 16 | 7 | NS |
| *La pornographie* | **t0** | **18** | **9** | **6** | **1** | **9** | **10** | **12** | **10** | **p = 0,0069** |
| | **t1** | **18** | **8** | **5** | **3** | **7** | **12** | **12** | **10** | **p = 0,0085** |
| *L'image du sexe dans les médias* | **t0** | **17** | **10** | **6** | **1** | **9** | **11** | **12** | **9** | **p = 0,0149** |
| | **t1** | 10 | 9 | 12 | 3 | 6 | 14 | 14 | 7 | NS |

Tableau 27 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour du respect et de la tolérance – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 pour les thèmes « l'homosexualité » *(respectivement p = 0,095 et p = 0,75)* et « les violences et abus sexuels » *(respectivement p = 0,511 et p = 0,491)*. Il est retrouvé une différence significative entre filles et garçons à t0 pour le thème « l'image du sexe dans les médias » *(p = 0,0149)* mais pas à t1 *(p = 0,39)*. Il est retrouvé une différence significative entre les deux sous-groupes à t0 et à t1 pour le thème « la pornographie » *(respectivement p = 0,0069 et p = 0,0085).* (Tableau 27)

- Concernant les thèmes autour de la « première fois » à t0 et t1 :

| | | t0 | | | | t1 | | | | *p-value (Wilcoxon)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *Les notions de désir, d'excitation et d'amour* | **Effectif total** *(n = 75)* | 13 | 15 | 30 | 17 | 14 | 18 | 33 | 10 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 9 | 7 | 13 | 5 | 8 | 10 | 14 | 2 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 8 | 17 | 12 | 6 | 8 | 19 | 8 | NS |
| *La notion et la définition d'un rapport sexuel* | **Effectif total** *(n = 75)* | 11 | 12 | 32 | 20 | 10 | 23 | 35 | 7 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 9 | 5 | 13 | 7 | 5 | 12 | 17 | 0 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | **2** | **7** | **19** | **13** | **5** | **11** | **18** | **7** | **p = 0,034** |
| *La notion de consentement* | **Effectif total** *(n = 75)* | 6 | 11 | 37 | 21 | 8 | 9 | 26 | 32 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 4 | 1 | 19 | 10 | 5 | 2 | 13 | 14 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 2 | 10 | 18 | 11 | 3 | 7 | 13 | 18 | NS |
| *La notion de respect de l'autre et de soi-même* | **Effectif total** *(n = 75)* | 10 | 9 | 25 | 31 | 7 | 12 | 32 | 24 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 5 | 0 | 14 | 15 | 2 | 2 | 19 | 11 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 5 | 9 | 11 | 16 | 5 | 10 | 13 | 13 | NS |
| *La notion de virginité* | **Effectif total** *(n = 75)* | 10 | 10 | 26 | 29 | 11 | 11 | 38 | 15 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 6 | 3 | 14 | 11 | 5 | 3 | 21 | 5 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 7 | 12 | 18 | 6 | 8 | 17 | 10 | NS |

Tableau 28 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de la « première fois » – comparaison avant *versus* après l'intervention.

Il n'existe pas de différence significative pour la majorité des thèmes *(notions de désir, d'excitation et d'amour, de consentement, de respect de l'autre et de soi-même et virginité)* entre avant et après l'intervention y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons. Néanmoins, concernant le thème autour de la notion et la définition d'un rapport sexuel, il est retrouvé une différence significative pour le groupe des garçons *(p = 0,034)*. (Tableau 28)

| | | Filles *(n = 34)* | | | | Garçons *(n = 41)* | | | | *p-value (Khi-2/Fisher)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *Les notions de désir, d'excitation et d'amour* | **t0** | 9 | 7 | 13 | 5 | 4 | 8 | 17 | 12 | NS |
| | **t1** | 8 | 10 | 14 | 2 | 6 | 8 | 19 | 8 | NS |
| *La notion et la définition d'un rapport sexuel* | **t0** | 9 | 5 | 13 | 7 | 2 | 7 | 19 | 13 | NS |
| | **t1** | 5 | 12 | 17 | 0 | 5 | 11 | 18 | 7 | NS |
| *La notion de consentement* | **t0** | **4** | **1** | **19** | **10** | **2** | **10** | **18** | **11** | **p = 0,0485** |
| | **t1** | 5 | 2 | 13 | 14 | 3 | 7 | 13 | 18 | NS |
| *La notion de respect de l'autre et de soi-même* | **t0** | **5** | **0** | **14** | **15** | **5** | **9** | **11** | **16** | **p = 0,0197** |
| | **t1** | 2 | 2 | 19 | 11 | 5 | 10 | 13 | 13 | NS |
| *La notion de virginité* | **t0** | 6 | 3 | 14 | 11 | 4 | 7 | 12 | 18 | NS |
| | **t1** | 5 | 3 | 21 | 5 | 6 | 8 | 17 | 10 | NS |

Tableau 29 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de la « première fois » – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 pour les thèmes « les notions de désir, d'excitation et d'amour » *(respectivement p = 0,187 et p = 0,254)*, « la notion et la définition d'un rapport sexuel » *(respectivement p = 0,07 et p = 0,0717)* et « la notion de virginité » *(respectivement p = 0,392 et p = 0,311)*. Il est retrouvé une différence significative entre filles et garçons à t0 pour le thème « la notion de consentement » et le thème « la notion de respect de l'autre et de soi-même» *(respectivement p = 0,0485 et p = 0,0197)* mais pas à t1 *(respectivement p = 0,384 et p = 0,0591)*. (Tableau 29)

- Concernant les thèmes autour de « se protéger » à t0 et t1:

| | | t0 | | | | t1 | | | | *p-value (Wilcoxon)* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| ***Les différents modes de contraception féminin et masculin*** | **Effectif total** *(n = 75)* | 5 | 11 | 30 | 29 | 6 | 19 | 30 | 20 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 4 | 5 | 15 | 10 | 1 | 8 | 17 | 8 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | **1** | **6** | **15** | **19** | **5** | **11** | **13** | **12** | **p = 0,015** |
| ***La contraception d'urgence*** | **Effectif total** *(n = 75)* | 8 | 9 | 25 | 33 | 6 | 19 | 30 | 20 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 6 | 3 | 10 | 15 | 2 | 7 | 16 | 9 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | **2** | **6** | **15** | **18** | **4** | **12** | **14** | **11** | **p = 0,04** |
| ***Les différentes infections sexuellement transmissibles (IST)*** | **Effectif total** *(n = 75)* | 7 | 6 | 25 | 37 | 6 | 11 | 39 | 19 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 3 | 2 | 15 | 14 | 2 | 3 | 21 | 8 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 4 | 10 | 23 | 4 | 8 | 18 | 11 | NS |
| ***Les lieux et modalités de dépistage des IST*** | **Effectif total** *(n = 75)* | 8 | 14 | 22 | 31 | 7 | 14 | 35 | 19 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 4 | 3 | 14 | 13 | 2 | 9 | 16 | 7 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 11 | 8 | 18 | 5 | 5 | 19 | 12 | NS |
| ***Les adresses utiles (PMI/Planning Familial)*** | **Effectif total** *(n = 75)* | 14 | 12 | 27 | 22 | 10 | 21 | 25 | 19 | NS |
| | **Filles** *(n = 34)* | 10 | 3 | 13 | 8 | 3 | 12 | 12 | 7 | NS |
| | **Garçons** *(n = 41)* | 4 | 9 | 14 | 14 | 7 | 9 | 13 | 12 | NS |

Tableau 30 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de « se protéger » – comparaison avant *versus* après l'intervention.

Il n'existe pas de différence significative dans la distribution des réponses sur la majorité des thèmes autour de la « se protéger » *(les différentes infections sexuellement transmissibles, les lieux et modalités de dépistage des IST, les adresses utiles)* entre avant et après l'intervention y compris pour les analyses de sous-groupes filles et garçons. Néanmoins, concernant les thèmes autour des différents modes de contraception féminin et masculin et celui autour de la contraception d'urgence, il est retrouvé une différence significative pour le groupe des garçons *(respectivement p = 0,015 et p = 0,04)*. (Tableau 30)

| | | Filles (n = 34) | | | | Garçons (n = 41) | | | | *p-value* (Khi-2/Fisher) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| *Les différents modes de contraception féminin et masculin* | **t0** | 4 | 5 | 15 | 10 | 1 | 6 | 15 | 19 | NS |
| | **t1** | 1 | 8 | 17 | 8 | 5 | 11 | 13 | 12 | NS |
| *La contraception d'urgence* | **t0** | 6 | 3 | 10 | 15 | 2 | 6 | 15 | 18 | NS |
| | **t1** | 2 | 7 | 16 | 9 | 4 | 12 | 14 | 11 | NS |
| *Les différentes infections sexuellement transmissibles (IST)* | **t0** | 3 | 2 | 15 | 14 | 4 | 4 | 10 | 23 | NS |
| | **t1** | 2 | 3 | 21 | 8 | 4 | 8 | 18 | 11 | NS |
| *Les lieux et modalités de dépistage des IST* | **t0** | 4 | 3 | 14 | 13 | 4 | 11 | 8 | 18 | NS |
| | **t1** | 2 | 9 | 16 | 7 | 5 | 5 | 19 | 12 | NS |
| *Les adresses utiles (PMI/Planning Familial)* | **t0** | 10 | 3 | 13 | 8 | 4 | 9 | 14 | 14 | NS |
| | **t1** | 3 | 12 | 12 | 7 | 7 | 9 | 13 | 12 | NS |

Tableau 31 : Intérêt des répondants porté sur les différents thèmes autour de « se protéger » – comparaison filles *versus* garçons.

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons à t0 comme à t1 pour tous les thèmes liés à la notion de « se protéger ». (Tableau 31)

- Autres thèmes évalués à t0 qui n'ont pas été abordés pendant l'intervention :

*i. L'hygiène intime :*

**Neuf** collégiens *(12%)* (cinq filles et quatre garçons) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés du tout par le sujet, **19** collégiens *(25,33%)* (neuf filles et dix garçons) peu intéressés, **23** collégiens *(30,67%)* (huit filles et 15 garçons) étaient intéressés et **24** collégiens *(32%)* (12 filles et 12 garçons) très intéressés par le fait d'aborder ce sujet dans les interventions à la vie sexuelle et affective. Il n'y a pas de différence significative dans les analyses de sous-groupe *(p = 0,67).*

*ii. La grossesse/l'accouchement :*

**Cinq** collégiens *(6,67%)* (deux filles et trois garçons) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés du tout par le sujet, **quatre** collégiens *(5,33%)* (une fille et trois garçons) peu intéressés, **34** collégiens *(45,33%)* (18 filles et 16 garçons) étaient intéressés et **32** collégiens *(42,67%)* (13 filles et 19 garçons) très intéressés par le fait d'aborder ce sujet dans les interventions à la vie sexuelle et affective. Il n'y a pas de différence significative dans les analyses de sous-groupe *(p = 0,619).*

*iii. La transsexualité :*

**Dix-neuf** collégiens *(25,33%)* (quatre filles et quinze garçons) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés du tout par le sujet, **dix-huit** collégiens *(24%)* (onze fille et sept garçons) peu intéressés, **27** collégiens *(36%)* (16 filles et 11 garçons) étaient intéressés et **11** collégiens *(14,67%)*

(trois filles et huit garçons) très intéressés par le fait d'aborder ce sujet dans les interventions à la vie sexuelle et affective. Il existe une différence significative dans les analyses de sous-groupe *(p = 0,02).*

#### *iv. L'interruption volontaire de grossesse :*

**Onze** collégiens *(14,67%)* (sept filles et quatre garçons) ont répondu qu'ils n'étaient pas intéressés du tout par le sujet, **dix** collégiens *(13,33%)* (quatre filles et six garçons) peu intéressés, **24** collégiens *(32%)* (neuf filles et 15 garçons) étaient intéressés et **30** collégiens *(40%)* (14 filles et 16 garçons) très intéressés par le fait d'aborder ce sujet dans les interventions à la vie sexuelle et affective. Il n'existe pas de différence significative dans les analyses de sous-groupe *(p = 0,539).* Néanmoins, après l'intervention **trois** filles ont exprimé qu'elles auraient souhaité que ce soit un thème abordé lors des interventions.

- L'intérêt pour les thèmes cités :

Un score moyen a été calculé concernant l'intérêt grâce au codage donné ci-dessus *(valeur 0, 1, 2 ou 3 pour respectivement pas du tout intéressé(e), peu intéressé(e), intéressé(e) et très intéressé(e))*. Ce résultat nous a permis de distinguer les cinq thèmes qui semblent intéresser le plus les collégiens et les cinq thèmes qui semblent le moins les intéresser.

Avant l'intervention les cinq thèmes présentant le plus grand intérêt sont dans l'ordre décroissant : la grossesse et l'accouchement *($\mu$ = 2,24 ± 0,84)*, les différentes infections sexuellement transmissibles *($\mu$ = 2,23 ± 0,95)*, les violences et les abus sexuels *($\mu$ = 2,16 ± 1,04)*, les différents moyens de contraception féminins et masculins *($\mu$ = 2,11 ± 0,89)* puis la contraception d'urgence *($\mu$ = 2,11 ± 0,99).* Les cinq thèmes avec le score moyen le plus faible sont dans l'ordre croissant : l'image du sexe dans les médias *($\mu$ = 1,16 ± 1,05)*, la pornographie *($\mu$ = 1,17 ± 1,08)*, la transsexualité *($\mu$ = 1,4 ± 1,03)*, l'homosexualité *($\mu$ = 1,47 ± 1,12)* et finalement les changements anatomiques et physiques liés à la puberté *($\mu$ = 1,51 ± 0,92)*.

## V. Satisfaction quant à l'intervention dispensée :

### 1. Durée :

Il y a **36** collégiens *(48%)* qui ont jugé que la durée était trop courte, **37** *(49,33%)* qui ont jugé qu'elle était correcte et **2** *(2,67%)*, trop longue.

## 2. Répartition des groupes :

Par rapport à la répartition des groupe, **57** collégiens *(76%)* ont préféré le fait d'être séparés entre filles et garçons. Il y a **26** filles *(76,47%)* et **31** garçons *(75,61%)* qui ont été satisfaits par la séparation. **Huit** filles *(23,53%)* et **dix** garçons *(24,39%)* auraient préféré être ensemble. Il n'y a pas de différence significative quant aux réponses des filles et des garçons à cette question *(p = 0,93*).

## 3. Qualité du support :

La quantité d'informations présente sur le diaporama a été jugé suffisante par **62** répondants *(82,67%)*. Il y a **10** personnes *(13,33%)* qui l'ont jugée insuffisante et **3** *(4%)* qui ont jugé que le diaporama était trop fourni en informations écrites.

Concernant la mise en page, **12** répondants *(16%)* ont jugé qu'il n'y avait pas assez de texte contre **53** répondants *(70,67%)* qui ont jugé que la quantité était adaptée et **dix** *(13,33%)* qu'il y en avait trop. De la même façon pour les illustrations présentes dans le diaporama, **16** personnes *(21,33%)* ont trouvé qu'il en manquait, **48** *(64%)* que la quantité était adaptée et **11** *(14,67%)* qu'il y en avait trop.

## 4. Au global :

**Soixante-dix** collégiens *(93,33%)* (33 filles et 37 garçons) ont estimé que l'intervention leur avait permis d'apprendre des choses nouvelles ou de corriger leurs connaissances erronées. Aucune différence significative n'est retrouvée entre les filles et les garçons *(p = 0,369)*.

**Soixante** collégiens *(80%)* (27 filles et 33 garçons) ont répondu être favorable à la mise en place d'une intervention du même type pour l'année suivante ; il n'y a pas de différence significative dans les analyses de sous-groupes *(p = 1)*.

**Soixante-trois** collégiens *(84%)* ont estimé avoir pu poser toutes leurs questions.

# Analyse et discussion

## I. Limites :

La première limite qui peut être citée est celle de manque de puissance statistique. En effet, l'étude était envisagée sur cinq classes au départ, soit la totalité des classes de quatrième de l'établissement et elle n'a finalement été réalisée qu'avec trois classes. Bien que le nombre d'élèves ayant répondu aux questionnaires reste satisfaisant, il aurait été préférable d'avoir une vision globale des réponses de tous les élèves ayant reçu l'intervention des étudiants sages-femmes pour la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective.

En interrogeant une population adolescente sur des thématiques jugées même par beaucoup d'adultes comme « tabou », il est possible de se questionner sur la véracité des réponses données. En effet, peut être que certains collégiens, malgré toutes les dispositions prises pour assurer leur anonymat ont pu être freinés à être complètement honnêtes.

La formulation de certaines questions aurait pu être améliorée car il est possible qu'elle ait entraîné une mauvaise compréhension de l'énoncé pour les collégiens. Par exemple, dans le quiz pour la question concernant les menstruations, il aurait peut-être fallu remplacer le mot « impur » par un mot plus simple comme « sale » afin d'éviter tous sous-entendus et connotations spirituels liés à la « pureté ». De même pour la notion de « normalité » à l'âge du premier rapport sexuel, il est possible que ça ait été mal interprété par les collégiens.

Il aurait peut-être été bien de mettre plus de questions ouvertes ou de leur laisser plus de place pour s'exprimer librement car même si cela n'aurait pas servi à tous les collégiens, peut être que certains compléments d'informations ou commentaires auraient pu être pertinents pour notre étude.

## II. Points forts :

Le principal point fort de cette étude est d'avoir eu l'opportunité de questionner les collégiens avant et après une intervention. Cela a permis d'interroger leurs attentes, d'évaluer l'impact des apports sur leurs connaissances et de démontrer la nécessité de ces interventions même si les résultats ne sont pas concluant sur tous les thèmes.

Les deux questionnaires semblent assez complets pour apporter des informations concernant la très grande majorité du contenu qu'il est possible d'imaginer d'une séance

d'éducation à la vie sexuelle et affective. Des thèmes anatomiques et biologiques comme des thèmes psycho-sociaux et organisationnels ont pu être abordés dans les questionnaires ce qui dépeint le côté « scientifique » aussi bien que le côté « socio-culturel » liés à la sexualité.

L'analyse statistique a été poussée au maximum avec des analyses de sous-groupes entre les filles et les garçons qui ont permis de se rendre compte qu'il existe, ou non, des différences à prendre en considération entre ces deux populations afin d'adapter les messages lors des séances pour réussir à toucher et atteindre le plus de collégiens en fonction de leurs préoccupations et interrogations prioritaires.

# III. Autour de leurs besoins et de leurs connaissances :

## 1. Ce que nous apporte le quiz :

La réalisation du quiz a permis de mettre en évidence plusieurs constations. De manière générale, leur niveau est en-dessous de la moyenne avant l'intervention avec une note de 4/10 pour les garçons et de 4,32/10 pour les filles et donc une moyenne générale à 4,16/10, ce qui est alarmant. Il n'y a pas de différence de niveau entre les filles et les garçons avant l'intervention, leurs difficultés semblent comparables. Les élèves interrogés ont des lacunes dans certains domaines mais surtout des connaissances erronées et c'est ce qui est le plus problématique.

- ### Contraception, infections sexuellement transmissibles et risques de grossesse :

Il y a 51% *(n = 38)* des répondants qui pensent que la pilule les protège des infections sexuellement transmissibles. C'est là un réel problème de santé publique et une mise en danger de leur santé quand il est montré que la pilule est le premier moyen de contraception utilisé par les 15-19 ans en 2016 et qu'elle n'est associée au préservatif que dans un quart des cas (36). Après l'intervention, il y a une réelle progression mais il reste quand même 32% des élèves interrogés *(n = 24)* qui n'ont vraisemblablement pas acquis cette notion. Il est aussi nécessaire de faire en sorte que les garçons soient tout autant impliqués et responsables en matière de contraception qui ne doit pas être un « poids » porté que par les filles. En 2009, une étude réalisée sur des jeunes de 15 à 25 ans a retrouvé qu'un tiers des répondants ne savait pas que seuls les préservatifs féminins et masculins protègent des infections sexuellement transmissibles (6). Il semble que certains jeunes ne voient la contraception que comme moyen d'empêcher une grossesse tout en oubliant la nécessité de prendre soin de soi en se protégeant d'éventuelles infections sexuellement transmissibles. En effet, il est estimé que l'utilisation de préservatifs est inconstante dans les populations jeunes avec par conséquent un surrisque par rapport aux infections sexuellement

transmissibles. En 2010, 10% des 15-24 ans interrogés dans une étude nationale n'avait pas eu recours à l'usage des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel avec pénétration génitale et 12% n'en avait pas utilisé non plus lors d'un premier rapport avec un nouveau partenaire. Face à la fertilité élevée des adolescents et aux risques de transmissions d'infections, il semble recommandé pour cette population une association d'un double contraceptif : préservatifs féminin/masculin avec un autre moyen associé (pilule, dispositif/système intra-utérin, implant, etc.) (33). Il est aussi nécessaire d'inciter les jeunes à pratiquer les dépistages de ces infections dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et d'insister sur le caractère anonyme et gratuit de ces démarches pour les rassurer. Les dépistages devraient être effectués de manière systématique avant la décision de retrait des préservatifs lors des rapports sexuels et au moment de démarrer une nouvelle relation afin de se protéger et de protéger les autres.

Vingt-et-un pourcents des répondants *(n = 16)* savent qu'il est possible de contracter une infection sexuellement transmissible en pratiquant du « sexe oral » avant l'intervention ; après, ils sont 40% *(n = 30)* à avoir bien répondu. La progression ne concerne que les filles sur ce domaine (20% *versus* 53%), mais pas les garçons (22% *versus* 29%). Cette faible progression de manière générale peut s'expliquer par le fait que les adolescents de cet âge n'arrive pas à se projeter ou à se sentir concernés par cette pratique. Or, il existe un allongement réel de la phase présexuelle (baisers, caresses, préliminaires) avant le passage à la sexualité génitale, sous-entendu le premier rapport sexuel avec pénétration génitale et elle s'effectue de plus en plus avec des partenaires différents. Cette phrase présexuelle commence pour une grande majorité des adolescents en classe de troisième, soit à une période très proche de celle durant laquelle ces collégiens ont été interrogé. Il est utile de rappeler que même si la moyenne d'âge au moment du premier rapport sexuel avec pénétration génitale tourne autour de 17 ans pour les deux sexes, environ 20% des collégiens entrerait dans une sexualité génitale avant l'âge de 15 ans, soit à peine plus vieux que l'âge moyen de notre population d'étude (17, 30, 33). Il est primordial que les adolescents et la population de manière générale soient informés des risques d'être contaminé non seulement par voie génitale mais aussi par voie orale (fellation, cunnilingus) ou par voie anale.

Soixante-huit pourcents des répondants *(n = 51)* savaient qu'il est possible de devenir enceinte dès son premier rapport sexuel par pénétration vaginale avant l'intervention. Même si le nombre de bonnes réponses étaient déjà satisfaisant, ils sont encore plus nombreux, 85% *(n = 64)* à avoir bien répondu après l'intervention. C'est une réelle progression que ce soit pour les filles ou pour les garçons. Une étude datant de 2014 a mis en évidence que 89% des répondants avaient conscience de ce risque après une séance d'éducation à la vie sexuelle et affective, ce qui est

comparable avec notre population (31). Comme rappelé plus haut, en 2010, une étude a montré que 10% des 15-24 ans n'avaient pas eu recours aux préservatifs, ni a un autre mode de contraception, lors de leur premier rapport sexuel (33). Une autre étude datant de 2011 retrouve des chiffres similaires avec 14% de jeunes qui n'ont pas utilisé de moyen de contraception (22). L'objectif serait que 100% des répondants, et des adolescents de manière générale, acquièrent cette notion car bien que le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse soit en baisse depuis 2010, il est dénombré encore 6,7 recours pour 1000 femmes entre 15 et 17 ans et 17,8 recours pour 1000 femmes parmi les 18-19 ans en 2016 (8). Les statistiques pour cette notion concernent une population à peine plus âgée que notre population d'étude, il est donc possible de supposer qu'en éduquant les collégiens aux risques liés aux grossesses non désirées, les taux d'interruption volontaire de grossesse pourraient encore diminuer.

Néanmoins, il est important que les jeunes sachent à qui s'adresser et quelles sont les possibilités quand ils se retrouvent face à une grossesse non désirée. Ainsi, 51% des répondants *(n = 38)* savaient avant l'intervention que l'interruption volontaire de grossesse est possible en France jusqu'à 3 mois de grossesse même pour les personnes mineures. Après l'intervention, le nombre de bonnes réponses a significativement augmenté que ce soit pour les filles et les garçons et c'est maintenant les deux tiers des répondants *(n = 50)* qui ont connaissance de cette possibilité. Il est indispensable que les filles comme les garçons soient au courant des possibilités car cela les concerne tout autant.

Avant que les questions autour d'une interruption de grossesse se posent pour eux, il faut que les plus jeunes soient éduqués et informés du fait que la contraception d'urgence existe, avec une idée de ses modalités d'action, de quand la prendre, à qui s'adresser pour se la procurer, du prix, de l'anonymat etc. Ainsi, à peine 37% des répondants à notre étude *(n = 28)* savaient avant l'intervention qu'il existait une contraception d'urgence sous forme de pilule qui était délivrée gratuitement et de manière anonyme à la pharmacie ou dans les services de planification familiale/protection maternelle et infantile pour les mineur(e)s. Après l'intervention, la progression est plus que satisfaisante avec 81% des collégiens *(n = 61)* qui ont retenu cette information. En 2009, dans une étude ciblant les 15-25 ans, il était retrouvé que 74% des répondants avaient connaissance de l'existence de la « pilule du lendemain », 94% savaient comment l'utiliser et 56% l'avaient déjà utilisé (6). Une autre étude en 2011 retrouvait des chiffres similaires avec 75% des répondants qui disent la connaitre (22). Il est possible d'imaginer que potentiellement plus d'un répondant sur deux à notre étude se retrouvera un jour dans une situation où il devra utiliser ce moyen de contraception d'urgence et pour cela il faut les éduquer dès maintenant.

C'est finalement cet aspect de la prévention qu'il faut prioriser en informant les jeunes de l'existence de tous les moyens de contraception ainsi que de la contraception d'urgence en cas de défaut ou d'absence de contraception afin d'éviter au maximum le recours à l'interruption volontaire de grossesse. Même si les lois de 2014 et de 2016 ont encore plus facilité l'accès à l'interruption volontaire de grossesse après la loi de 2001 en retirant la notion de « détresse » et en rendant possible la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse aux sages-femmes après formation adéquate, cela reste une démarche difficile surtout pour des mineur(e)s qui ne savent pas vers qui et où se tourner s'ils se retrouvent dans cette situation (13, 14). Ainsi l'information semble nécessaire bien qu'il faille surtout accentuer la prévention pour éviter au maximum d'en arriver là. Bien entendu, le dialogue avec l'entourage du ou de la mineure reste à encourager au maximum pour favoriser le soutien psychologique obligatoire dans ces moments-là même s'il n'est plus obligatoire d'être accompagné(e) d'une personne détenant l'autorité parentale depuis 2001 (3).

- Aspects anatomiques et socio-culturels autour de la sexualité:

Il y a 56% des répondants *(n = 42)* qui savaient avant l'intervention qu'une érection n'était pas systématiquement liée au désir sexuel mais qu'elle pouvait être automatique ou involontaire. Après la séance, ils sont 77% *(n = 58)* à l'avoir retenu. Il n'existe une progression que pour le sous-groupe des filles (47% versus 82%). Après l'intervention il n'y a que 73% des garçons *(n = 30)* qui ont répondu juste à la question. La progression des filles est très encourageante car cela montre une volonté de compréhension de l'autre sexe et d'ouverture d'esprit. Pour les garçons, le manque de progression ne s'explique pas sachant que cela concerne le fonctionnement de leur propre corps qu'ils ne semblent, a priori, pas comprendre ou bien qu'ils refusent de comprendre pour le moment. D'un côté, il est vrai que la puberté signe l'éveil sexuel et les pulsions libidinales des adolescents mais le phénomène de l'érection est lié à la mise en place de cette puberté et à des réflexes neuro-hormonaux, c'est donc quelque chose de tout à fait naturel (29).

Les menstruations représentent le fait marquant de la puberté des filles et il est important d'en parler aux filles comme aux garçons (30, 31). Trente-et-un pourcents des répondants *(n = 23)*, dont treize filles, ont répondu que les règles étaient un écoulement de sang « impur ». Le mot « impur » ici a probablement été mal choisi lors de la création du questionnaire car la notion de pureté peut se rapprocher de choses liées à la religion ou aux cultures et ce n'était pas le but ici. L'idée était de faire passer le message que les menstruations sont un phénomène complètement naturel, propre à la femme certes, mais qui ne devait pas pour autant inspirer du dégoût ou de la

gêne, ou se rapporter à quelque chose de sale. La progression reste réelle aussi bien pour les filles que les garçons avec au total 47% des collégiens *(n = 35)* qui ont saisi notre message après l'intervention. La progression aurait peut-être pu être plus forte si le mot « impur » n'apparaissait pas dans la question.

La virginité féminine est un concept longuement repris dans les histoires traditionnelles, les cultures et les religions. Néanmoins, il est important que l'éducation à la vie sexuelle et affective reste la plus neutre et laïque possible. La définition retenue de la virginité pour la correction est qu'elle correspond à l'absence de rapports sexuels ; or, la définition d'un rapport sexuel est très vaste et c'est pour cela que la notion de virginité semble propre à chacun et qu'il ne semble pas justifié de la réduire à la présence ou non d'une partie anatomique sachant que certaines femmes n'en ont jamais eu ou dont l'hymen restera intact même après plusieurs rapports sexuels avec pénétration vaginale. En parlant de virginité comme de la présence d'un hymen intact il devient par conséquent difficile de définir la virginité masculine selon le même modèle. Ainsi, il n'y avait que 8% des répondants *(n = 6)* qui ont su répondre que la virginité féminine n'était pas liée à la présence d'un hymen intact. Parmi ces six, il y avait une fille et cinq garçons. Après l'intervention, c'est 48% des collégiens qui ont répondu juste. La progression est tout de même conséquente que ce soit pour le groupe des filles ou des garçons. S'atteler à un sujet aussi controversé de par leur appartenance possible à un groupe culturel ou religieux pour certains collégiens fait qu'il est difficile de faire passer le message. Bien entendu, ce message ne se veut pas être une vérité universelle mais seulement une ouverture d'esprit sur le pouvoir qu'ils ont de définir leur propre virginité.

Il n'existe pas d'âge « normal » pour avoir des rapports sexuels en France. La seule chose obligatoire, au niveau de la législation, liée à l'âge est que la notion de majorité sexuelle soit respectée. La subtilité dans la question qui reliait l'âge normal et la notion de « 17 ans » était de ne pas confondre la moyenne d'âge au premier rapport sexuel et la notion de normalité. En effet, cette impression d'être « comme les autres » est importante pour ces adolescents qui bâtissent leur identité selon ce qu'ils observent autour d'eux et ce qu'ils croient « normal » (5, 29, 30). Ainsi, avant l'intervention, 31% des collégiens interrogés *(n = 23)* avaient répondu juste. Après l'intervention, ils sont 64% *(n = 48)*. C'est donc une réelle progression aussi bien pour les filles que pour les garçons. Le but était de leur faire comprendre que le mieux était d'attendre d'être prêt. En effet, la moyenne d'âge au premier rapport sexuel avec pénétration est à 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles (17, 30) ; or, par définition puisque c'est une moyenne il y a des personnes ayant eu une sexualité active soit plus tard, soit plus tôt que 17 ans et quelques mois. Il est utile de rappeler à nouveau qu'environ 20% des adolescents entreraient dans une sexualité active avant l'âge de 15

ans (17, 30, 33) et que ça ne représente pas quelque chose de « anormal ». Les plus précoces et les plus tardifs ne doivent pas se sentir stigmatisés à cause de cette notion de moyenne d'âge.

Un autre aspect législatif a été évoqué dans le quiz et il concerne la notion de consentement au niveau de la sexualité lié à l'usage de produits stupéfiants (drogues, alcool). C'est une notion qui semble bien connue par les adolescents car avant l'intervention 64% des répondants *(n = 48)* avaient répondu correctement. Après l'intervention, le nombre de bonnes réponses est encore plus important avec une très bonne progression au global et finalement 85% de collégiens *(n =64)* ayant bien répondu. Bien que l'usage de ce genre de produits ne les concernent peut être pas actuellement il est indispensable que cette notion soit acquise dès le plus jeune âge. Bien entendu, la notion de consentement dépasse le cadre limité à la situation de l'usage de produits stupéfiants. Une version plus large du consentement et des violences sexuelles a été abordée pendant les interventions.

## 2. Evolution après l'intervention et validation de l'hypothèse secondaire :

Après l'intervention, la moyenne générale de l'ensemble des collégiens interrogés s'élève à 6,63/10 soit 2,47 points de plus qu'avant l'intervention. C'est une progression très importante qui concerne aussi bien les filles que les garçons. En effet, la moyenne des filles s'élève à 7,24/10 soit une augmentation de 2,92 points et celle des garçons est à 6,12/10 soit 2,12 points en plus. Néanmoins, il est à noter qu'après l'intervention, il existe une différence significative entre la moyenne des filles et celles des garçons qui semble montrer que les filles ont de meilleures connaissances que les garçons. Cela pourrait laisser supposer diverses hypothèses reposant sur l'attention et le sérieux des garçons durant les interventions, leur implication ou encore leur intérêt pour le sujet. Afin de réduire cette différence, il semble indispensable de réitérer les interventions pour être surs qu'à un moment tous les collégiens seront attentifs et prompts à recevoir des informations qui s'avèrent essentielles pour leur bien-être présent et futur.

Devant une progression aussi importante, il est possible de **valider notre hypothèse secondaire** à savoir que les collégiens présentent bien des lacunes et ont des connaissances erronées mais qu'elles peuvent être corrigées par la dispensation de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective.

## 3. Ce que nous apporte les autres questions :

Avant l'intervention, 56% des élèves *(n = 42)* exprimaient ressentir le besoin d'avoir des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. Après l'intervention, ils sont plus nombreux avec 72% *(n = 54)* qui ressentent ce besoin. Cette nette augmentation peut s'exprimer par le fait que ces adolescents qui n'avaient jamais pu bénéficier de ce genre d'intervention ne savaient pas exactement en quoi cela consistait et qu'avec l'intervention ils se sont rendus compte que ça ne pouvait leur être que bénéfique. En effet, le retour des élèves qui ont répondu est aussi très positif avec 93,33% de ces derniers *(n = 70)* qui ont estimé que l'intervention leur avait permis d'apprendre des choses nouvelles ou de corriger des choses qu'ils pensaient déjà savoir. Une étude réalisée en 2008 sur des classes de troisième a retrouvé que 88% des élèves interrogés estimaient qu'il était important que ces séances aient lieu mais ils étaient 68% à répondre qu'ils ne ressentaient pas le besoin de parler de sexualité avec quelqu'un (7). Ces différents éléments peuvent nous orienter vers le fait que bien qu'ils ne souhaitent pas ou n'osent pas en parler directement, ils ont quand même besoin de recevoir des informations sur le sujet par le biais des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective.

Par ailleurs, après l'intervention, 80% des collégiens *(n = 60)* ont dit vouloir qu'une intervention du même type soit mise en place l'année prochaine. Cette information peut permettre de dire que c'est un sujet qui les intéresse et qu'ils estiment avoir besoin d'encore d'autres séances pour avoir des nouvelles informations ou pour poser d'autres questions car 16% des répondants *(n = 12)* disent n'avoir pas pu poser toutes leurs questions sans détail sur les raisons.

Seulement 50,67% des répondants *(n = 38)* estiment pouvoir parler de sexualité en dehors des interventions à l'école. Les garçons comme les filles ayant répondu semblent avoir les mêmes interlocuteurs de choix. Ces collégiens semblent trouver des réponses à leurs questions concernant la sexualité préférentiellement auprès de leurs amis pour 73,68% d'entre eux *(n = 28)* et leurs parents pour 52,63% *(n = 20)*. Il est possible alors de remarquer que les interlocuteurs privilégiés des jeunes sont des personnes de confiance et proches d'eux. Une étude de 2007 interrogeant des collégiens rapporte que 87,5% des répondants disent avoir déjà abordé le thème de la sexualité dans le milieu familial avec comme sujets préférentiels la puberté, la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Il est à noter que moins de la moitié des répondants (49,2%) ont pu discuter du premier rapport sexuel avec leur famille. Dans cette même étude, il est retrouvé que 50,2% des participants jugent que discuter de la contraception est le plus abordable avec les ami(e)s (22). Une autre étude datant de 2007 retrouve des résultats similaires avec les ami(e)s en premier lieu et les parents en second lieu, largement plébiscités par les répondants (7).

Le dialogue concernant la sexualité parait donc compliqué pour ces adolescents qui se réfèrent à leur famille ou à leurs amis. Discuter de cela avec sa famille peut être compliqué car certains parents ne sont pas à l'aise avec ce domaine ou ne souhaitent pas en parler pour des raisons qui leur sont propres. En discuter avec ses ami(e)s est une bonne chose mais il faut que les jeunes soient conscients de la véracité des informations transmises par leurs ami(e)s car bien que la volonté soit bonne, ce ne sont pas des interlocuteurs fiables. Il est aussi su que pour construire sa propre identité sexuelle, l'adolescent s'éloigne de ses parents pour se rapprocher de ses pairs ce qui peut expliquer que ces derniers soient les plus plébiscités pour discuter de sexualité (29, 30).

Il est important de noter que dans notre population, 18,42% des jeunes pouvant en parler à l'extérieur de l'école *(n = 7)* trouvent leurs informations sur l'Internet. L'internet peut être un très bon moyen d'informations à conditions de savoir où et comment chercher réponses à nos questions. Le développement des réseaux sociaux, des médias ou encore la propagation de la pornographie désormais accessible d'une facilité déconcertante peut nuire à ces recherches d'informations si bien qu'il est possible que tout cela soit à l'origine de connaissances erronées ou de préjugés en matière de sexualité (1, 12, 13, 18). Finalement, l'Internet peut être un moyen d'informations à condition d'éduquer les adolescents sur les sites sérieux comme par exemple la plateforme Fil Santé Jeunes. Il y a 50% des recours sur le site ou via le numéro de cette plateforme qui concernent la contraception et la sexualité et un tiers des appelants sont des collégiens (5). C'est ce genre de plateforme qu'il faut plébisciter si passer par un média est le seul moyen pour l'adolescent d'obtenir des informations sur le sujet en dehors des interventions à l'école.

Pour cela, il faut aussi s'assurer que les interventions correspondent bien à ce qu'ils souhaitent, c'est notre objectif principal dans cette étude et les résultats seront analysés et discutés dans la partie suivante.

# IV. Autour de leurs attentes et désirs concernant la forme et le fond des interventions :

## 1. Concernant la forme :

Il y a 57,33% des répondants *(n = 43)* qui sont favorables au fait de débuter les séances entre l'âge de 10 et 14 ans, soit pendant leurs années de collège. L'âge idéal serait après 14 ans, soit pendant les années de lycée pour 38,67% des collégiens *(n = 29)*. Seulement 4% des réponses *(n = 3)* sont en faveur d'un début des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective avant l'âge de 10 ans, soit pendant l'école élémentaire. Or, selon la loi Aubry de 2001 et la circulaire de 2003,

cette éducation doit démarrer dès l'école élémentaire (3, 24). Selon un rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) sur une étude réalisée en 2015 sur 3000 établissements scolaires en France, 25% des écoles primaires répondantes n'ont mis en place aucune action ou séance durant l'année 2014-2015 ; 4% des collèges et 11,3% des lycées non plus. De plus, lorsque les séances sont menées elles concernent surtout les classes de CM2 (69%), quatrième (92%), troisième (93%) et de seconde (80%) (4).
Ces chiffres sont donc contraires à la législation actuelle. Il est possible que les collégiens soient en faveur d'une éducation plus tardive que ce prévu par la loi car ils pensent que ce serait la même forme d'interventions pour tous les niveaux, or l'éducation à la vie sexuelle et affective doit être pensée, réfléchie et adaptée à chaque niveau d'âge pour permettre une information complète aussi bien sur la dimension anatomique et reproductive que sur l'égalité entre les sexes et la dimension sociale liée à la sexualité.

La durée des interventions n'est pas fixée par la législation actuelle, il est seulement indiqué qu'elles doivent être adaptées au niveau des élèves et décidés avant la rentrée scolaire pour qu'elles soient parties intégrantes de l'emploi du temps de l'année (24). Les réponses à notre étude sont en faveur d'une durée de deux heures pour 29,33% des collégiens *(n = 22)* ou d'une heure pour le même nombre de collégiens *(n = 22)*. Le reste des collégiens sont en grande majorité en faveur de durée encore plus longue – une demi-journée *(n = 13)* voire une journée entière *(n = 10)* – sachant que seulement 10,67% des collégiens *(n = 8)* ont répondu être positifs à une durée de trente minutes par intervention, la réponse la plus « courte » proposée. Par rapport à l'intervention qui leur a été proposée d'une durée d'une heure de cours, Ces chiffres montrent une volonté des collégiens d'avoir des interventions de durée permettant le maximum de temps d'information et d'interaction avec les intervenants. Selon le même rapport cité ci-dessus, la durée moyenne des séances que ce soit pour les écoles élémentaires, les collèges ou les lycées ayant répondu à l'étude est de une à deux heures (4). Les volontés de nos répondants sont donc rejointes par la réalité mise en place dans les établissements.

Néanmoins, si un aspect de l'éducation à la sexualité est fixée par la loi c'est bien celui du nombre de séances annuelles. Il est donné à trois séances par an minimum (3, 24). Parmi les établissements ayant répondu à l'étude de la HCE en 2015, il n'y a que de très faibles proportions des classes de tous les niveaux qui ont bénéficié d'au moins trois séances dans l'année. Le maximum est à 47% des classes répondantes et concernent le niveau CM2. Les classes des écoles élémentaires semblent les plus assidues sur le nombre d'interventions comparés aux collèges et aux lycées même si la loi n'est respectée pour aucun des niveaux. Pour le niveau d'étude correspondant à notre

population, seulement 21% des classes de quatrième ont bénéficié de minimum trois séances (4). Nos collégiens ont opté en priorité pour une intervention (25,33% soit *n = 19*) ou deux interventions (25,33% soit *n = 19*) dans l'année. Les autres collégiens ont opté pour trois interventions (24% soit *n = 18*), quatre interventions (10,67% soit *n = 8*) ou plus de quatre (14,67% soit *n = 11, tous des garçons*). Les garçons ont répondu de manière générale en faveur d'un nombre plus important que les filles. Les réponses majoritaires sont donc pour une, deux ou trois séance(s) par an ce qui est moins que ce qu'impose la législation mais qui se rapproche finalement plus de la réalité. Concernant la différence entre les réponses des filles et des garçons, peut-être que les garçons se sentent plus concernés par le sujet ou moins informés et donc souhaitent avoir plus d'interventions.

Concernant le sexe de l'intervenant, 64% des collégiens *(n = 48)* préfèrent que les interventions soient réalisées par des femmes. Ce sont surtout les filles qui ont répondu en faveur d'une intervenante avec 82,35% des réponses *(n = 28)*. Il est possible de supposer que c'est parce que les jeunes se sentent plus à l'aise avec une figure féminine qui possède une sensibilité peut être différente et qui leur inspire confiance. Les filles peuvent aussi avoir besoin d'une interlocutrice dont elles se sentent plus proches. Il est possible aussi de dire que dans la tête des collégiens, la personne la plus susceptible de faire ces interventions est l'infirmier(e) scolaire, qui est une femme la très grande majorité du temps, ce qui a pu biaiser leur réponse (21, 26, 27).

Selon la loi Aubry de 2001, les personnes en charge de réaliser ces interventions sont les personnels contribuant à la mission de santé scolaire, les enseignants, des intervenants extérieurs en lien avec cet enseignement comme les professionnels ou les étudiants en santé ou des membres d'associations (3). Selon le rapport de la HCE de 2016, les personnes qui animent le plus souvent les séances d'éducation à la sexualité sont pour les écoles élémentaires les membres du personnel de l'éducation et pour les collèges et les lycées, les personnels sociaux ou de santé de l'établissement (4). Dans notre étude, plusieurs réponses étaient possibles mais 64% des répondants *(n = 48)* ont opté pour des interventions effectuées par des professionnels de santé et 60% *(n = 45)* pour des étudiants en santé. Les interventions réalisées par les professeurs de SVT et l'infirmière scolaire arrivent derrière avec respectivement 28% *(n = 21)* et 26,67% *(n = 20)* des réponses. Cette volonté d'avoir des interventions réalisées par des professionnels de santé, étudiants ou non, peut se justifier par le fait que ce sont des personnes inconnues, d'où un anonymat complet vis-à-vis des collégiens. Cet anonymat du fait d'intervenants extérieurs à l'établissement scolaire pourrait faciliter le fait qu'ils posent toutes leurs questions sans s'attendre à un jugement sur le moment ou sur le fait d'être « mal-vus » par la suite. Le côté « spécialiste en la matière » peut aussi rassurer les jeunes quant aux réponses à leurs questions. Il existe aussi une

proximité de l'âge entre des étudiants en études supérieures et les collégiens qui peut inspirer confiance car ils peuvent estimer que ce qu'ils vivent actuellement, ces étudiants l'ont vécu il y a peu de temps et qu'ils peuvent donc plus les comprendre (26, 31).

La loi de 2001, complétée par la circulaire de 2003, stipule que les interventions doivent se faire selon des groupes d'âge homogène mais l'appréciation du nombre de personnes par groupe ou de la séparation en fonction du sexe des élèves revient à l'intervenant ou au chef d'établissement responsable du bon déroulement des séances (3, 24). Avant l'intervention, 44% des collégiens *(n = 33)* ont répondu préférer être tous ensemble pendant la totalité de l'intervention contre 32% *(n = 24)* qui ont répondu souhaiter être séparés entre un groupe filles et un groupe garçons pendant toute la séance. Le reste des collégiens *(24% soit n = 18)* ont dit être favorables à faire une partie de l'intervention séparés puis tous ensemble. Ces résultats ne changent pas en fonction du sexe du répondant. Finalement, après l'intervention où ils étaient séparés entre les filles et les garçons, 76% des collégiens *(n = 57)* ont dit avoir été satisfaits de cette séparation. Le fait d'être tous ensemble a un bénéfice dans la cohésion de groupes avec des informations ou des questions qui peuvent intéresser aussi bien les filles que les garçons mais le fait d'être séparés les rend peut être plus confiants à poser des questions qu'ils peuvent trouver « embarrassantes » vis-à-vis des individus de l'autre sexe. La partie correspondant à la contraception et aux infections sexuellement transmissibles, ou celles parlant de respect, de consentement et d'égalité entre les sexes ne peuvent être que bénéfiques si elles sont traités avec le groupe entier. Les questions liées à la puberté pourraient éventuellement le plus gêner car elles peuvent être très spécifiques en fonction des filles et des garçons.

Le support de l'intervention va dépendre de la volonté des intervenants, des moyens financiers et organisationnels mis en place par la structure et la direction administrative et pédagogique de l'établissement. Pour notre étude, plusieurs réponses étaient possibles. Parmi les supports les plus plébiscités, 45,33% des collégiens *(n = 34)* qui ont opté pour un film, 32% *(n= 24)* pour un cours magistral et 30,67% *(n = 23)* pour une discussion libre autour d'un schéma. Le diaporama a été choisi par 18,67% des répondants *(n = 14)*. Pour ce qui est des supports « vivants » regroupant les jeux de rôle et les mises en scène, 30% *(n = 26)* des collégiens (respectivement 24% soit *n = 18* et 16% soit *n = 12*) y sont favorables. Il en ressort que les supports les plus demandés sont des moyens ludiques, quoique assez « scolaires » et passifs, mais avec un maximum d'informations pouvant être transmises par les intervenants. Ce sont des moyens qui permettent aux élèves d'avoir des réponses aux questions qu'ils se posent sans avoir à les poser et qui ne nécessitent pas une implication très grande. Une étude de 2007 retrouvait des résultats en partie

similaires avec plus de 65% des élèves qui étaient favorables à la diffusion d'un film suivi d'un échange avec l'intervenant. Néanmoins, les élèves dans cette étude se tournaient plus vers des moyens ludiques et récréatifs (jeux de société, jeux de rôle, imagination) (7).

Peu importe le support utilisé, l'important dans l'intervention est aussi en grande partie le fond et donc les thèmes exploités et traités lors de cette séance.

## 2. Concernant le fond :

Les séances sont très souvent intégrées à des enseignements comme les cours de sciences ou de SVT ou pour une moins grande partie ceux d'éducation morale et civique (4). L'éducation à la sexualité est donc très souvent reliée à un aspect scientifique et biologique plutôt qu'à un aspect psycho-social et culturel.

Lors de notre étude, les élèves se sont prononcés sur l'intérêt qu'ils portaient sur différents thèmes. Il en est ressorti avant l'intervention que les thèmes qui les intéressaient le plus étaient ceux de la grossesse et de l'accouchement, les moyens de contraception d'urgence ou non, les infections sexuellement transmissibles et les violences et abus sexuels. Les informations quant aux moyens de contraception, d'infections sexuellement transmissibles et ceux de la grossesse et de l'accouchement sont traités lors des cours de SVT ou pendant les interventions comme vu ci-dessus (4). Ce sont des thèmes qui peuvent les intéresser car avoir ces informations peuvent leur permettre de se sentir en sécurité vis-à-vis des risques de grossesses inopinées ou de transmissions d'infection. Les notions de violence font partie des thèmes les moins abordés alors que cela les intéresse vraiment (4). Les thèmes qui semblent le moins intéressant pour eux sont l'image du sexe dans les médias, la pornographie, la transsexualité et l'homosexualité et les changements physiques et anatomiques liés à la puberté.

Il n'existe pas d'évolution dans l'intérêt des répondants pour les thèmes liés à la puberté *(changements anatomiques et physiques, psychologiques et émotionnels, l'hygiène intime, les menstruations, la connaissance de son propre corps et la masturbation, la grossesse et l'accouchement)* après l'intervention. Néanmoins, il est possible de noter une différence entre l'intérêt des filles et des garçons avant l'intervention pour les sujets liés aux changements anatomiques et physiques et liés à la connaissance de son propre corps et la masturbation avec respectivement un intérêt plus marqué des filles pour le premier thème et des garçons pour le second thème cité. Les filles ont l'air d'être plus intéressées par les changements liés à la puberté de manière générale tandis que les garçons semblent plus à l'aise et nécessiteux de parler de son propre corps et de masturbation.

Concernant les thèmes autour du « respect et de la tolérance » *(transsexualité, homosexualité, violences et abus sexuels, notion de majorité sexuelle, pornographie, image du sexe dans les médias)*, les élèves ont montré un intérêt plus grand pour le sujet des violences et des abus sexuels après l'intervention comparé à avant. Etant donné qu'il faisait partie des thèmes les plus important pour eux déjà avant l'intervention, il devient donc primordial de s'intéresser à l'intégration de ce thème dans les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective. La pornographie est un thème qui intéresse beaucoup plus les garçons que les filles ; peut-être que les garçons se sentent plus concernés par le sujet que les filles du même âge et qu'ils souhaitent avoir plus d'informations. Il est aussi possible que les filles soient aussi moins à l'aise avec le fait de discuter de cela.

Par rapport aux sujets concernant « la première fois » *(notions de désir, d'excitation et d'amour, notion et définition d'un rapport sexuel, notion de consentement, notion de respect de l'autre et de soi-même, notion de virginité)*, avant l'intervention les garçons étaient moins intéressés par le fait de discuter de la notion de consentement et de respect de l'autre et de soi-même que les filles. Cette différence n'est pas retrouvée après l'intervention.

Les garçons ont répondu être moins intéressés par les notions de contraception d'urgence ou non après l'intervention. Une explication possible est qu'ils se sont rendus compte qu'ils avaient des connaissances déjà acquises sur le sujet et qu'ils ont reporté leur attention sur d'autres thèmes dont ils jugent avoir besoin de plus d'informations. Il est vrai que la contraception est un thème largement abordé lors des interventions et au programme des années scolaires du cycle 3 comme vu précédemment (4, 25). Concernant les autres thèmes de « se protéger » *(les différentes infections sexuellement transmissibles, les lieux et modalités de dépistage des infections sexuellement transmissibles, l'interruption volontaire de grossesse, les adresses utiles)*, aucune différence n'est retrouvée pour les restes des thèmes dont l'intérêt parait semblables avant et après l'intervention que ce soit pour les filles et les garçons. Finalement, ils semblent tout autant intéressés par les notions de contraception d'urgence ou non et d'infections sexuellement transmissibles même après l'intervention, ce qui peut montrer que c'est vraiment quelque chose qu'il faut aborder lors de ces interventions. L'interruption volontaire de grossesse n'a pas été abordée lors des interventions, par choix des intervenants ; or, trois filles ont dit après l'intervention qu'elles auraient aimé que le sujet soit abordé. Cela montre qu'il existe une demande concernant ce sujet avec peut-être une volonté d'obtenir des informations fiables et officielles qui peuvent être difficiles d'accès et que, par conséquent, il serait intéressant de l'intégrer aux programmes des interventions futures.

Les programmes scolaires actuellement en vigueur comprennent des références à ces notions de sexualité en plus des séances dédiées à l'éducation à la vie sexuelle et affective. Pour le cycle 2 (CP, CE1 et CE2) et le cycle 3 (CM1, CM2 et sixième) ce sont plus des notions psycho-sociales qui sont transmises comme le respect, la tolérance et l'égalité entre les sexes. Dans le cycle 3, une partie consacrée à la puberté est ajoutée. Pour le cycle 4 (cinquième, **quatrième** et troisième), les principes liés à la puberté sont enseignés avec la fonction de reproduction, les notions de grossesse, procréation, contraception et infections sexuellement transmissibles pendant les cours de SVT. En cours d'éducation morale et civique, les notions de respect et de tolérance sont reprises (25). Les élèves sont donc censés avoir de bonnes bases en biologie de la reproduction au sens large et sur les notions de respect et de tolérance dans le tronc commun, même sans avoir bénéficié de séances d'éducation à la sexualité.

Les objectifs éducatifs de ces séances sont décrits dans la circulaire de 2003 : « *analyser les enjeux […] et comprendre l'importance du respect mutuel.* », « *se situer dans la différence des sexes […]* », « *apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique, affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique.* », « *développer l'exercice de l'esprit critique par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias […]* », « *favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective […] prévention et protection de soi et de l'autre.* », « *comprendre comment l'image de soi se construit à travers les relations aux autres.* », « *apprendre à connaitre et utiliser les ressources spécifiques d'information […]* » (24). La législation concernant les séances se veut très générale sur le domaine de la sexualité avec des objectifs très psycho-sociaux dans la construction d'un respect de soi-même et d'autrui afin de faire des jeunes des personnes responsables qui savent prendre soin d'eux et des autres. Il est voulu de faire de ces enfants et adolescents des personnes capables de critiquer ce qu'ils voient et qui n'est pas juste ou inégalitaire ou si quelque chose leur parait sexiste. Or d'après nos résultats, ce sont des thèmes qui ne semblent pas particulièrement intéresser les collégiens.

Selon le rapport de la HCE paru en 2016, les thématiques les plus abordées durant les séances d'éducation en écoles élémentaires sont la biologie et la reproduction, la puberté et le changement du corps et l'égalité entre les femmes et les hommes. Celles les moins abordées sont les violences sexuelles, les orientations sexuelles, la pornographie et le « cyberporno ». Au collège et au lycée, les thèmes les plus abordés sont le respect, l'interruption volontaire de grossesse, la contraception et les infections sexuellement transmissibles. Au collège, les stéréotypes liés au sexe, les questions d'identités, d'orientations et de discriminations sexuelles et celles de violences faites aux femmes sont le moins abordé. Au lycée, ce sont les mêmes thèmes sauf pour les stéréotypes

liés au sexe qui sont remplacés par les questions autour de la biologie et de la reproduction (4). Il est ainsi vu que les thèmes les plus abordés pendant les séances sont majoritairement les mêmes que ceux correspondant aux sujets du tronc commun prévus par les différents programmes scolaires. Les interventions ont vraisemblablement dans ce cas une fonction de redite plus que de compléments d'informations. Toutefois les élèves sont très demandeurs d'aborder ces sujets lors des interventions d'après nos résultats. Les notions de violences, de discriminations, d'orientations sexuelles ne semblent pas du tout abordées que ce soit dans le tronc commun ou lors des séances d'interventions.

Une étude réalisée en 2007 sur des élèves de troisième a retrouvé des résultats similaires aux nôtres ; en effet, il était retrouvé qu'une minorité de garçons trouvait le thème de la pornographie intéressant mais que cette proportion était quand même bien plus important que celle des filles. *A contrario*, le thème de la grossesse et de l'accouchement présentait un intérêt plus grand pour les filles que les garçons ; cette différence n'est pas retrouvée pour nous où garçons et filles présentent un intérêt important et commun pour le sujet. Dans cette étude, il en ressort que les filles semblent mieux connaître les sujets autour de la contraception, de la découverte de soi, de la puberté, du respect de soi et de l'autre mais qu'elles souhaitent aussi plus d'informations sur des thèmes comme l'interruption volontaire de grossesse par exemple, résultat qui parait similaire à ce qu'il a été trouvé avec notre population (7).

Par rapport aux résultats du quiz déjà détaillé ci-dessus, il parait primordial de maintenir une information conséquente sur les moyens contraceptifs et les infections sexuellement transmissibles mais aussi d'incorporer le plus possible les dimensions psycho-sociales en évoquant les notions de respect, de consentement et de violences par exemple. Mais il ne faut pas oublier que l'éducation à la vie sexuelle et affective doit être traitée de manière positive et non alarmiste car le but n'est pas d'être moralisateur mais de prendre soin des adolescents (26, 28).

Néanmoins, étant donné l'ampleur et le nombre important de notions à aborder, il parait indispensable d'avoir une bonne organisation et des moyens optimaux pour y parvenir. Moyens et organisation que ne sont pas forcément toujours ni possibles ni accessibles.

## V. Validation de l'hypothèse principale :

Face à toutes les réponses obtenues, il est possible de dire que, globalement, les besoins et les attentes des collégiens sur le plan de l'éducation à la vie sexuelle et affective ne concordent pas avec les dispositions légales mises en place depuis des dizaines d'années. Finalement, les

interventions telles qu'elles semblent être menées d'après le rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes de 2016 (4), se rapprochent beaucoup plus de ce que peuvent désirer les adolescents qui se sont exprimés. L'hypothèse est donc **validable** sur la comparaison avec le cadre légal mais pas vraiment comparée à la « réalité » du terrain qui est très éloignée des mesures législatives.

## VI. Propositions :

D'un point de vue personnel, quant aux cinq interventions auxquelles il m'a été donné la chance d'assister, pour l'animer ou juste en tant qu'observatrice, le principal frein est le manque de temps. Etant donné que nous n'avions qu'une séance par classe, il a fallu en cinquante-cinq minutes aborder les thèmes de la puberté, du respect, du consentement, de la contraception, des infections sexuellement transmissibles et plein d'autres encore. Le ressenti était semblable à une course contre la montre où il fallait transmettre le maximum d'informations et de savoir dans un laps de temps très court pour la quantité de choses à dire. Le temps manquait aussi pour répondre à toutes les questions des élèves et il était indispensable par moment de les recadrer par manque de temps. Bien qu'une heure par séance puisse convenir pour ne pas perdre l'attention et l'intérêt des élèves si les séances sont trop longues, des séances répétées dans l'année permettraient de pouvoir aborder tous les thèmes à des temps différents pour ne pas « bâcler » certains sujets et être le plus possible disponible pour répondre aux questionnements des élèves. De plus cela permettrait de faire en sorte que les informations restent actuelles pour les jeunes et qu'elles fassent partie intégrante de leur mémoire à long terme, car toutes les informations données le jour de l'intervention leur seront utiles toute leur vie. Il est évident qu'espérer que tous les élèves aient 10/10 au quiz est utopique mais le fait de répéter les interventions ne peut que faire augmenter la note et donc faire en sorte que leur sécurité soit augmentée mais peut-être aussi qu'ils abordent le sujet de la sexualité de manière plus confiante et plus positive.

Pour pallier à toutes les difficultés rencontrées dans la mise en place des séances il est possible d'envisager des solutions. Il a été vu ci-dessus que les étudiants sages-femmes faisaient partie d'une population plébiscitée (étudiants en santé) par les collégiens. Devant leurs connaissances en contraception, infections sexuellement transmissibles et droit humains il est possible de les placer en tant qu'intervenants de référence. Il faudrait que la participation à ces interventions soit partie intégrante de la formation initiale au cours du premier cycle des études de sages-femmes. Cela leur permettrait de s'impliquer dans les missions de santé publique tout en mettant en application leurs connaissances et leur futurs rôles de professionnels de santé de

premier recours dans la prévention primaire. Le but serait d'établir un partenariat entre les écoles de sages-femmes et les collèges en France qui manquent de personnels pour permettre les interventions sur les quatre années de collège. Les élèves auraient alors un suivi avec un réel lien entre les interventions d'année en année pour qu'ils terminent le collège avec un maximum d'informations.

Ainsi, puisque la mise en place des interventions durant la période du collège (10-14 ans) correspond largement aux volontés des répondants, il est possible de proposer :

- En classe de **sixième** (≈ 11 ans), une à deux interventions par an réalisées sur une heure de cours à l'aide de moyens ludiques comme des films, des illustrations ou encore des mises en scène. Le but étant de ne pas faire des séances trop longues et d'avoir recours à des moyens ludiques pour ne pas perdre leur attention. Le thème principal abordé serait l'anatomie, l'hygiène intime et la puberté des filles comme des garçons. Les notions de respect, d'égalité des sexes, de consentement et de violences et abus sexuels doivent être abordées. Les séances seraient réalisées en groupe mixte pour une meilleure connaissance de l'anatomie et des changements liés à la puberté pour les deux sexes.

- En **cinquième** (≈ 12 ans), une à deux interventions par an réalisées sur une heure de cours sous forme de discussion libre autour d'un diaporama. Les thèmes abordés seraient un rappel de ceux de l'année d'avant et une information plus axée sur le côté psychosocial avec toujours une notion de respect, d'égalité des sexes et de violences sexuelles mais aussi par rapport aux dangers des réseaux sociaux et de l'Internet de manière générale. Des sites sérieux leur seraient donnés pour trouver réponse à leurs questions. Cela englobe la prévention quant à l'image du sexe dans les médias, la pornographie, les utilisateurs anonymes qui peuvent prétendre être des enfants, etc. La pratique de la masturbation en lien avec la pornographie serait évoquée. La législation concernant la majorité sexuelle, la pédophilie, les violences sexuelles doit être abordée. Les séances se feraient là aussi en groupe mixte. Des rappels rapides des précédentes interventions doivent être faits pour stimuler leur mémoire chaque année.

- En **quatrième** (≈ 13 ans), deux interventions par an sur deux heures de cours chacune. Une première intervention en début d'année et la seconde en fin d'année. En ayant le double de temps, il est alors possible de séparer les groupes entre les filles et les garçons pendant la première heure puis de terminer la séance tous ensemble. Ainsi, cela leur permettrait de s'exprimer librement en évitant le sentiment de gène potentiel pendant le premier temps de l'intervention puis que tout soit mis en commun à la fin. Les supports préférables seraient le diaporama illustré, des brochures, des exemples matériels et partir sur un système de questions-réponses. Les thèmes abordés en lien avec

leur enseignement de l'année seraient la contraception, les infections sexuellement transmissibles, le dépistage ou l'interruption volontaire de grossesse. Mais aussi, les notions d'amour, d'excitation et de désir car le discours ne se veut pas moralisateur ni dans la prévention uniquement des risques. Il faut aborder la sexualité comme quelque chose de positif avant tout. Une information concernant l'orientation sexuelle est très importante et doit être réalisée. Les notions, entre autre, de respect, de consentement et de violences sexuelles doivent être abordées comme chaque année.

- En **troisième** (≈ 14 ans), les séances dureraient deux heures et seraient au nombre de deux dans l'année. Une première intervention en début d'année et la seconde en fin d'année. Les séances se feraient en groupe mixte avec la mise en place de discussion libre ou de débat entre les élèves et avec les intervenants. Les thèmes abordés seraient dans un premier temps un rappel rapide de tout ce qui a été évoqué lors des années précédentes car ce sont les deux dernières séances mises en place. Dans un deuxième temps, les thèmes autour de la notion du rapport sexuel, de la virginité, de la masturbation, du consentement, de la contraception seraient approfondis en regard des choses vues les années précédentes. Ces séances seraient très basées sur ce dont les jeunes voudraient parler avec la possibilité de leur demander avant la mise en place des interventions de donner chacun deux ou trois thèmes qui leur tiennent à cœur.

Les élèves sont demandeurs de démarrer l'éducation à la vie sexuelle et affective au collège mais cela n'empêche pas d'aborder cet aspect de la vie avant. Ainsi, à l'école primaire et même maternelle, il parait primordial d'instaurer chez les plus jeunes les notions de respect et d'égalité entre les sexes. En fin d'école primaire, à l'approche de l'entrée au collège, un rapide point sur la puberté pourrait être fait pendant les cours de sciences afin de préparer les futurs adolescents. Au lycée, les interventions devraient se poursuivre en laissant de plus en plus la parole aux jeunes afin que l'intervenant apparaisse plus comme personne ressource que comme « enseignant » et formateur. Les interventions doivent perdurer pour stimuler la mémoire des jeunes et faire en sorte qu'ils gardent le plus longtemps possibles le socle d'informations qui leur aura été transmis tout au long de leurs années collège.

Cette éducation à la vie sexuelle et affective est primordiale pour que les jeunes deviennent au maximum des adolescents et adultes responsables mais qui abordent quand même sereinement leur propre sexualité.

# Conclusion

Notre étude qui a été réalisée sur des collégiens a permis de mettre en évidence, dans un premier temps, l'intérêt vraiment très important de ces séances d'éducation à la vie sexuelle et affective car il a été possible de prouver qu'elles permettaient à ces jeunes de corriger leurs connaissances erronées et de combler leurs lacunes dans le domaine de la sexualité. Dans un second temps, leur avoir demandé leur avis concernant le fond et la forme des interventions a permis de s'interroger sur le fait que ce qu'ils expriment comme besoins et attentes correspondent finalement assez à ce qui est fait mais reste largement en désaccord avec les textes de loi en vigueur de nos jours.

Bien que notre population soit de faible amplitude, il est retrouvé des résultats majoritairement similaires dans la littérature bien que ces autres études concernent souvent des populations plus âgées que la nôtre. Pour s'exprimer sur une refonte du système d'éducation à la sexualité en milieu scolaire il faudrait que des enquêtes, à l'instar du baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes en 2015, soient réalisées sur le plan national.

L'engouement des jeunes pour le fait d'avoir des intervenants issus du milieu de la santé, professionnels comme étudiants, permet de placer les étudiants en sciences maïeutiques comme interlocuteurs de choix de ces jeunes lors des séances dispensées dans les établissements scolaires. Le manque de personnels formés et de temps des personnels de l'éducation et de la santé scolaire pourrait être compensé par une organisation visant à intégrer cette part de service rendu à la santé publique dans les programmes, optionnels ou non, des étudiants sages-femmes français.

# Bibliographie


1. Cour F. Évolution sociétale de la sexualité. Progrès en Urologie. Juill 2013;23(9):832-7.

2. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945-1980). Sexologie. Août 2007;16(3):219-29.

3. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (J.O. 7 juillet 2001) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 13 sept 2016]. Disponible sur :https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id

4. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes; 2016 [consulté le 6 déc 2016] p. 1-8. Rapport No.: 2016-06-13-San-021.Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf

5. Cadéac d'Arbaud B. Sexualité de l'adolescent : l'écoute, l'information au téléphone et sur Internet. Archives de pédiatrie. Juin 2010;17(6):928-9.

6. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. [Mémoire: maïeutique]. [Paris]: Ecole de sages-femmes de Baudelocque – Paris V; 2010.

7. Verdure F. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. Mars 2010;17(3):219-25.

8. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2016. Etudes Résultats. Juin 2017;(1013):1-6.

9. Organisation mondiale de la Santé. Sexual and reproductive health – Gender and human rights. [En ligne] 2002. [consulté le 30 mars 2017] Consultable sur : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/#

10. Merg-Essadi D, Araujo-Attali L, Nisand I. Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Gynécologie. Juin 2015;11(3):1-15.

11. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique (J.O. 29 décembre 1967) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 13 sept 2016].
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880754

12. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (J.O. 18 janvier 1975) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 13 sept 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000700230

13. LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Article 24 (J.O. 5 août 2014) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 mai 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029330832&categorieLien=id

14. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 127. (J.O. 28 janvier 2016) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 mai 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=FA071251044C9E0CE9BEF16D9E2AFD7C.tpdila20v_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&idArticle=LEGIARTI000031916408&dateTexte=20160128

15. Poutrain V. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Éducation Social Cah CERFEE. 15 oct 2014;(36):1-29.

16. LOI n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe. (J.O. 18 mai 2013) | Légifrance [Internet]. [Consulté le 5 mai 2017]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027414540&categorieLien=id

17. Chaperon S. Nathalie Bajos & Michel Bozon (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Clio FGH. 1 mai 2010;(31):324-6.

18. Salmon Y, Zdanowicz N. Net, sex and rock'n'roll ! Les potentialités d'un outil comme Internet et son influence sur la sexualité des adolescents. Sexologies. Janv 2007;16(1):43-52.

19. Gustavo S. Social bonds and Internet pornographic exposure among adolescents. J Adolesc. Juin 2009;32(3):601-18.

20. Knibiehler Y. L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle. Clio FGH.1996;(4):139-60.

21. Picod C. Education à la sexualité au collège et au lycée. Revue de Santé scolaire et universitaire. Mars-avril 2013;20 :13-6.

22. Soublin S. « Quand la sexualité vient aux adolescents… » [Mémoire: maïeutique]. [Rouen]: Université de Rouen; 2008.

23. Circulaire N°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'Education à la sexualité et prévention du sida | Ministère de l'Education Nationale [Internet]. [Consulté le 5 mai 2017]. Disponible sur : www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm

24. Circulaire N°2003-027 du 17 février 2003 relative à l'Education à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées | Ministère de l'Education Nationale [Internet]. [Consulté le 22 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm

25. Ministère de l'Education Nationale. Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 | Education Nationale [Internet]. [Consulté le 22 octobre 2016]. Disponible sur : http://www.education.gouv.fr/cid95812/au-bo-special-du-26-novembre-2015-programmes-d-enseignement-de-l-ecole-elementaire-et-du-college.html

26. Trichet J. L'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, des difficultés de mise en œuvre à surmonter. Vocation Sage-Femme. Sept 2014;13(110):34-7.

27. Legrée I. Sexualité, contraception et grossesse, le rôle de l'infirmière scolaire. Soins Pédiatrie/Puériculture. Juillet 2016;37(291):26-7.

28. Hernandez I. Place de la subjectivité dans l'information chez les intervenants lors des séances d'éducation à la sexualité. [Mémoire: maïeutique]. [Paris]: Ecole de sages-femmes de Baudelocque – Paris V; 2014.

29. Cannard C. Le développement de l'adolescent, l'adolescent à la recherche de son identité. 2Ème édition. Bruxelles : De Boeck. 2015

30. Massabie E. Adolescence et sexualité. Cahier de la puéricultrice. Juin 2014;51(278):12-7.

31. 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. [Mémoire: maïeutique]. [Clermont-Ferrand]: Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand – Université d'Auvergne – Clermont I ; 2014.

32. Jeammet P. La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. Gynecol Obstet et Ferti. Sept 2005;33(9):624-6.

33. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes, le garçon sans frein et la fille responsable. 2Ème édition.Paris : Presses de Sciences Po : 2012.

34. Jacquemin Le Vern H. Adolescence et pornographie. Gynecol Obstet et Ferti. Mai 2004;32(5):416-9.

35. Rojas M, Braun-Courville D. Exposure to Sexually Explicit Web Sites and Adolescent Sexual Attitudes and Behaviors. J Adolesc Health. Août 2009;45(2):156-62.

36. Institut National de Prévention et Education pour la Santé (INPES). Baromètre Santé 2016 – Contraception, quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [En ligne] 2016. [consulté le 10 mars 2018]
Consultable sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf

37. Amate P. Contraception et adolescence. Archives de pédiatrie. Juin 2013;20(6):707-13.

## *ANNEXE I – QUESTIONNAIRE AVANT L'INTERVENTION :*

### PARTIE 1 : QUELQUES QUESTIONS…

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | La pilule contraceptive protège des infections sexuellement transmissibles (IST) | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 2. | Il est impossible de tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel avec pénétration vaginale | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 3. | Pour une fille, la virginité est liée à la présence d'un hymen intact | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 4. | Dans le domaine de la sexualité, le consentement a de la valeur si la personne est alcoolisée ou droguée | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 5. | Il existe un âge normal pour avoir des rapports sexuels et c'est vers 17 ans en France | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 6. | Il est possible pour un garçon d'avoir des érections involontaires ou automatiques non liées à un désir sexuel | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 7. | Il est impossible de contracter une IST en pratiquant du « sexe oral », c'est-à-dire en cas de contact entre les organes génitaux et la bouche | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 8. | Les règles sont un écoulement de sang « impur » | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 9. | L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est possible en France jusqu'à 3 mois de grossesse même pour les mineures | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 10. | S'il y a une absence ou un défaut de contraception (oubli de pilule, rupture ou glissement du préservatif, etc.), il existe une contraception d'urgence sous forme de pilule délivrée gratuitement et de manière anonyme à la pharmacie ou en PMI/Planning familial | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |

### PARTIE 2 : VOS ATTENTES CONCERNANT LA FORME DES SEANCES D'EDUCATION A LA VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE

- A quel âge débuter l'éducation à la vie sexuelle et affective ?
  - ☐ <10 ans ☐ 10-14 ans ☐ >14 ans
- Quels types d'intervenants préféreriez-vous (1) ? :
  - ☐ Homme ☐ Femme ☐ Sans préférence
- Quels types d'intervenants préféreriez-vous (2) ? : *Plusieurs réponses possibles*
  - ☐ Professeur de SVT
  - ☐ Infirmière ou médecin scolaire
  - ☐ Professionnel de santé (sages-femmes, médecins, infirmières, psychologues, etc.)
  - ☐ Étudiants en santé (étudiants sages-femmes, étudiants en médecine, etc.)
  - ☐ Membres d'association (Planning Familial, Sidaction, etc.)
  - ☐ Autre : _____

- Durée idéale des interventions, selon vous ?
  - ☐ 30 minutes ☐ 1 heure ☐ 2 heures ☐ 1 demi-journée
  - ☐ 1 journée entière
- Nombre idéal d'interventions par an, selon vous ?
  - ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ > 4
- Quelle répartition des groupes préféreriez-vous (1) ?
  - ☐ Classes mélangées ☐ Classes séparées
- Quelle répartition des groupes préféreriez-vous (2) ?
  - ☐ Filles et garçons séparés ☐ Tous ensemble
  - ☐ Filles et garçons séparés puis tous ensemble
- Lieu idéal des interventions, selon vous ?
  - ☐ Classe de cours ☐ Salle neutre (bibliothèque, informatique)
  - ☐ En dehors du collège
- Quelle(s) modalité(s) pour les interventions préféreriez-vous ? *Plusieurs réponses possibles*
  - ☐ Films ☐ Jeux de rôle ☐ Mise en scène ☐ Diaporama ☐ Cours/exposé
  - ☐ Discussion libre autour d'un schéma/dessin ☐ Autre :

_____

## PARTIE 3 : VOS ATTENTES CONCERNANT LE FOND DES SEANCES D'EDUCATION A LA VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE

| **Pour chaque thème, veuillez cocher à quel point vous seriez intéressé(e) par le fait qu'il soit abordé dans les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective.** | Pas intéressé(e) du tout | Peu intéressé(e) | Intéressé(e) | Très intéressé(e) |
|---|---|---|---|---|
| Concernant les thèmes autour de la **puberté** : | | | | |
| — les changements anatomiques et physiques | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les changements psychologiques et émotionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — l'hygiène intime | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les menstruations/règles | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la connaissance de son propre corps/la masturbation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la grossesse/l'accouchement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Concernant les thèmes autour du **respect** et de la **tolérance** : | | | | |
| — l'homosexualité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la transsexualité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les violences et abus sexuels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de majorité sexuelle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la pornographie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — l'image du sexe dans les médias | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Concernant les thèmes autour de la **première fois** : | | | | |
| — les notions de désir, d'excitation et d'amour | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion et définition d'un rapport sexuel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de consentement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de respect de l'autre et de soi-même | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de virginité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Pour chaque thème, veuillez cocher à quel point vous seriez intéressé(e) par le fait qu'il soit abordé dans les séances d'éducation à la vie sexuelle et affective.** | Pas intéressé(e) du tout | Peu intéressé(e) | Intéressé(e) | Très intéressé(e) |
|---|---|---|---|---|
| Concernant les thèmes autour de « **se protéger** » : | | | | |
| — les différents modes de contraception masculine et féminine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la contraception d'urgence | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les différentes infections sexuellement transmissibles (IST) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les lieux et modalités du dépistage des IST | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — l'interruption volontaire de grossesse/avortement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les adresses utiles (PMI/Planning Familial) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## PARTIE 4 : GENERALITES

- Votre âge : _____ Vous êtes un(e) : ☐ Garçon ☐ Fille
- Ressentez-vous le besoin d'avoir des « cours » d'éducation à la vie sexuelle et affective ?
  ☐ OUI ☐ NON
- Est-ce un sujet que vous pouvez aborder à l'extérieur de l'école ?
  ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, avec qui ? *Plusieurs réponses possibles*
  ☐ Parents ☐ Frères et sœurs ☐ Autre membre de la famille ☐ Ami(e)s
  ☐ Médecin de famille ☐ Internet ☐ Autre : _____

## *ANNEXE II – CORRECTION DU QUIZ :*

- **Question 1** : « La pilule contraceptive protège des infections sexuellement transmissibles (IST). »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 2** : « Il est impossible de tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel avec pénétration vaginale. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 3** : « Pour une fille, la virginité est liée à la présence d'un hymen intact. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 4** : « Dans le domaine de la sexualité, le consentement a de la valeur si la personne est alcoolisée ou droguée. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 5** : « Il existe un âge normal pour avoir des rapports sexuels et c'est vers 17 ans en France. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 6** : « Il est possible pour un garçon d'avoir des érections involontaires ou automatiques non liées à un désir sexuel. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **VRAI**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu FAUX ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 7** : « Il est impossible de contracter une IST en pratiquant du « sexe oral », c'est-à-dire en cas de contact entre les organes génitaux et la bouche. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **Question 8** : « Les règles sont un écoulement de sang *impur*. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **FAUX**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu VRAI ou NE SAIS PAS (NSP).

- **<u>Question 9</u>** : « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est possible en France jusqu'à 3 mois de grossesse même pour les mineures. »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **VRAI**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu FAUX ou NE SAIS PAS (NSP).

- **<u>Question 10</u>** : « S'il y a absence ou défaut de contraception *(oubli de pilule, rupture ou glissement du préservatif, etc.)*, il existe une contraception d'urgence sous forme de pilule délivrée gratuitement et de manière anonyme à la pharmacie ou en PMI/Planning Familial »

Un point a été accordé si l'élève a répondu **VRAI**. Aucun point ne lui a été accordé si l'élève a répondu FAUX ou NE SAIS PAS (NSP).

## *ANNEXE III – QUESTIONNAIRE APRES L'INTERVENTION :*

### PARTIE 1 : QUELQUES QUESTIONS… (ENCORE)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. La pilule contraceptive protège des infections sexuellement transmissibles (IST) | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 2. Il est impossible de tomber enceinte lors de son premier rapport sexuel avec pénétration vaginale | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 3. Pour une fille, la virginité est liée à la présence d'un hymen intact | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 4. Dans le domaine de la sexualité, le consentement a de la valeur si la personne est alcoolisée ou droguée | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 5. Il existe un âge normal pour avoir des rapports sexuels et c'est vers 17 ans en France | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 6. Il est possible pour un garçon d'avoir des érections involontaires ou automatiques non liées à un désir sexuel | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 7. Il est impossible de contracter une IST en pratiquant du « sexe oral », c'est-à-dire en cas de contact entre les organes génitaux et la bouche | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 8. Les règles sont un écoulement de sang « impur » | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 9. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est possible en France jusqu'à 3 mois de grossesse même pour les mineures | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |
| 10. S'il y a une absence ou un défaut de contraception (oubli de pilule, rupture ou glissement du préservatif, etc.), il existe une contraception d'urgence sous forme de pilule délivrée gratuitement et de manière anonyme à la pharmacie ou en PMI/Planning familial | ☐ VRAI | ☐ FAUX | ☐ NE SAIS PAS |

### PARTIE 2 : VOTRE AVIS CONCERNANT LA FORME DE NOTRE INTERVENTION

- Jugez-vous que l'intervention **(1h de cours)** était :
  ☐ Trop longue ☐ De durée correcte ☐ Trop courte
- Concernant le fait de **séparer les filles et les garçons**, auriez-vous préféré être tous ensemble ?
  ☐ OUI ☐ NON
- Concernant le support de l'intervention **(diaporama)** :
  - Quantité d'informations :

☐ Trop long/trop d'infos ☐ Quantité d'infos suffisante ☐ Trop court/pas assez d'infos

  - Mise en page :

☐ Trop de texte ☐ Texte en quantité correcte ☐ Pas assez de texte
☐ Trop d'illustrations ☐ Assez d'illustrations ☐ Pas assez d'illustrations

## PARTIE 3 : VOTRE AVIS CONCERNANT LE FOND DE NOTRE INTERVENTION

| **Pour chaque item, veuillez cocher à quel point vous étiez intéressé(e) par les différents thèmes abordés lors de notre intervention.** | Pas intéressé(e) du tout | Peu intéressé(e) | Intéressé(e) | Très intéressé(e) |
|---|---|---|---|---|
| Concernant le thème autour de la **puberté** : | | | | |
| — les changements anatomiques et physiques | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les changements psychologiques et émotionnels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les menstruations/règles | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la connaissance de son propre corps/la masturbation | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Concernant les sujets autour du **respect** et de la **tolérance** : | | | | |
| — l'homosexualité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les violences et abus sexuels | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de majorité sexuelle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la pornographie | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — l'image du sexe dans les médias | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Concernant les sujets autour de la **première fois** : | | | | |
| — les notions de sentiments et de plaisir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion et définition d'un rapport sexuel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de consentement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de respect de l'autre et de soi-même | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la notion de virginité | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Concernant les sujets autour de « **se protéger** » : | | | | |
| — les différents modes de contraception masculine et féminine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — la contraception d'urgence | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les différentes infections sexuellement transmissibles (IST) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les lieux et modalités du dépistage des IST | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| — les adresses utiles (PMI/Planning Familial) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- **Existent-ils d'autres sujets que vous auriez souhaité aborder ?** ☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, lesquels ? _____

- Notre intervention vous a-t-elle permis d'apprendre des choses nouvelles et/ou de corriger certaines choses que vous pensiez déjà savoir ? ☐ OUI ☐ NON

## PARTIE 4 : GENERALITES

- Votre âge : _____ Vous êtes un(e) : ☐ Garçon ☐ Fille
- Ressentez-vous le besoin d'avoir des « cours » d'éducation à la vie sexuelle et affective ?
  ☐ OUI ☐ NON
- Avez-vous pu poser toutes les questions que vous vouliez ?
  ☐ OUI ☐ NON
- Souhaiteriez-vous avoir des interventions du même type l'année prochaine ?
  ☐ OUI ☐ NON

# Résumé

Introduction : Il existe une difficulté dans la mise en place des interventions d'éducation sexuelle. Il a été jugé intéressant d'interroger les collégiens sur leurs besoins et attentes concernant cette éducation et d'évaluer l'impact de ces séances sur leurs connaissances.

Méthodologie : Une étude en deux parties, articulée autour d'une intervention menée par des étudiants sages-femmes, a été mise en place dans un collège parisien auprès de 75 élèves de quatrième grâce à des questionnaires.

Résultats : Il a été montré qu'après une intervention, les connaissances des élèves étaient meilleures ($p < 0,0001$). Leurs attentes et besoins correspondent plus à la réalité du terrain qu'à la législation en vigueur depuis 2001.

Discussion : L'éducation à la sexualité est primordiale pour la santé des jeunes et est un vrai enjeu de santé publique. Les interventions réalisées par des étudiants sages-femmes pourraient être une solution aux limites rencontrées par les établissements scolaires.



**Mots clés** : éducation, sexualité, adolescents, collégiens, sage-femme



# *Abstract*

*Introduction : As schools struggle in planning sex education, knowing the needs and expectations of middle school students around this theme seemed important to us. We also wanted to know if there was a real impact of sex education on their knowledge of sexuality.*

*Methods : A two-parts study was conducted in a middle school in Paris, France, before and after a sex education course delivered by midwifery students. Seventy five eighth grade students answered our surveys.*

*Results : There was an improve in their knowledge after one hour of sex education ($p < 0.0001$). We also found that their needs and expectations match more what is actually done at schools than French laws.*

*Conclusion : Sex education is essential for youngers' health and is a public health issue. Courses given by student midwives could be a solution to difficulties that schools face planning them.*



***Key words :*** *sex education, sexuality, middle school, teenagers, midwife*

**Nombres de pages** : 59 pages
**Nombre d'annexes** : 3 annexes
**Nombre de références bibliographiques** : 37 références