HAL
open science

Impact des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sur les lycéens

Pauline Barbier

To cite this version:

Pauline Barbier. Impact des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sur les lycéens. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02481804

HAL Id: dumas-02481804

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02481804

Submitted on 17 Feb 2020

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Pauline BARBIER

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

IMPACT DES SÉANCES D'ÉDUCATION À LA VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE SUR LES LYCÉENS

Directrice de mémoire : Madame Elizabeth VISEUX-WAHL, sage-femme directrice de l'École de Sages-Femmes de Foch (Suresnes)

Numéro national d'étudiant : 21303916

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

En tout premier lieu, je remercie infiniment Madame VISEUX-WAHL, qui a accepté d'être ma Directrice pour ce travail. Merci pour ses conseils, sa disponibilité, et sa réassurance perpétuelle à mon égard.

Merci à l'équipe du lycée Jacques Prévert de Boulogne-Billancourt pour leur implication dans ce projet, dont Madame COLLET, Proviseure Adjointe, et tout particulièrement Madame BAUDOUX, infirmière scolaire, pour son aide logistique qui nous a été indispensable.

Je remercie aussi les lycéens qui ont accepté de participer à mon étude, sans qui mon travail n'aurait pas pu se construire.

J'en profite pour remercier Madame PRUDHOMME, pour son encadrement lors de mes premières interventions d'éducation à la vie sexuelle et affective, et à la confiance de l'ensemble de l'équipe pédagogique pour cela. Merci aussi à Madame DRAN pour son soutien constat durant mes quatre années d'étude au Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil.

Je remercie très sincèrement Aloïs, pour son aide très significative pour élaborer mes résultats !

Plus personnellement, je remercie mon compagnon et mes très chers parents qui m'ont tant soutenue pendant ces longues et prenantes années d'études, et mon petit frère dont je suis si fière.

J'ai aussi une pensée très tendre pour mes amis sages-femmes, ainsi que tous ceux et celles avec qui j'ai créé des liens forts.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Table des matières

AVERTISSEMENT ..... **II**

REMERCIEMENTS ..... **III**

TABLE DES MATIERES ..... **IV**

LISTE DES TABLEAUX ..... **VII**

LISTE DES FIGURES ..... **VIII**

LISTE DES ANNEXES ..... **IX**

LEXIQUE ..... **X**

TITRE ET RESUME ..... **XI**

TITLE AND ABSTRACT ..... **XII**

INTRODUCTION ..... **XIII**

1 MISE EN CONTEXTE **1**

1.1 Sexualité et comportements sexuels **1**

1.2 La contraception chez les jeunes en France **1**

1.2.1 Echecs contraceptifs et contraception d'urgence 3

1.2.2 Grossesses non planifiées et interruptions volontaires de grossesse 5

1.2.3 Violences sexistes et sexuelles 5

1.2.4 Infections sexuellement transmissibles 6

1.3 Education à la vie sexuelle et affective 7
1.3.1 Législation et recommandations nationales et internationales 7
1.3.2 Réalité de l'éducation à la vie sexuelle et affective en France 9

2 MATERIEL ET METHODES 11

2.1 Objectif et hypothèses 11

2.2 Type d'étude 11

2.3 Outil méthodologique et déroulement de l'étude 12
2.3.1 Outil méthodologique, contenu du formulaire 12
2.3.2 Déroulement de l'étude et modalités de recueil 12

2.4 Participants 14
2.4.1 Population étudiée 14
2.4.2 Nombre de sujets souhaités 15

2.5 Variables retenues 15

2.6 Stratégie d'analyse 15

2.7 Considérations éthiques et réglementaires 17

3 RESULTATS 18

3.1 Diagramme d'inclusion 18

3.2 Caractéristiques de la population d'étude 19
3.2.1 Caractéristiques générales de la population d'étude 19
3.2.2 Éducation à la vie sexuelle et affective antérieure 20

3.3 Evolution des connaissances des lycéens 21

3.4 Evolution des compétences des lycéens 22

4 DISCUSSION 25

4.1 Résumé des principaux résultats et test des hypothèses 25

4.2 Discussion des résultats 26

4.3 Forces et limites de l'étude 31
4.3.1 Forces de l'étude 31
4.3.2 Biais et limites identifiés 31

4.4 Implications et perspectives 34
4.4.1 Perspectives 34
4.4.2 Enjeux du Service Sanitaire 35
4.4.3 Le rôle des parents 36

CONCLUSION 37

BIBLIOGRAPHIE 39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion 14
Tableau 2 : Caractéristiques générales de la population d'étude 19
Tableau 3 : Éducation à la vie sexuelle et affective antérieure 20
Tableau 4 : Evolution des connaissances des lycéens..... 21
Tableau 5 : Evolution des compétences des lycéens 22
Tableau 6 : Comparaison de la population d'étude à la population nationale (France) 63

Liste des figures

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées chez les 15 – 29 ans entre 2010 et 2016 2
Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge 4
Figure 3 : Temporalité de l'étude 14
Figure 4 : Diagramme des flux 18

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire #1 45
Annexe II : Questionnaire #2 49
Annexe III : Questionnaire #3 53
Annexe IV : Programme de l'UE libre « Education et prévention en maïeutique » (SMa2 2017-2018) 57
Annexe V : Programme de l'UE libre « Education et prévention en maïeutique » (SMa3 2018-2019) 59
Annexe VI : Barème de notation de l'évolution des connaissances des lycéens 61
Annexe VII : Représentativité de la population d'étude 63

Lexique

CEPF : Centre d'Education et de Planification Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

ESC : Education Sexuelle Complète

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

Ifop : Institut français d'opinion publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Question à Choix Multiples

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficience Acquise

UNESCO : Organisation des Nations-Unies pour l'Education, la Science et la Culture

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Titre et résumé

Objectifs

Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer l'évolution des connaissances et des compétences des lycéens sur la vie sexuelle et affective avant une séance d'information, puis un et sept mois après la séance à l'aide de trois questionnaires successifs (Q#1, Q#2 et Q#3).

Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée entre mars et décembre 2018, au lycée général et professionnel Jacques Prévert situé à Boulogne-Billancourt (92100). L'étude était descriptive quantitative. Les données étaient recueillies de manière prospective sous forme de questionnaires. L'analyse était quantitative, comportant des variables quantitatives et qualitatives.

Résultats

Un niveau de connaissances initial plutôt bon a été constaté. L'évolution des connaissances est significative pour la thématique : « violences sexistes et sexuelles ».

Concernant les compétences, des améliorations ont surtout été constatées à moyen terme notamment à propos de thématiques factuelles (utilisation du préservatif, dépistage des IST, identification du risque de grossesse…).

Conclusion

L'intervention a donc un impact qui permet une amélioration de leurs compétences. Néanmoins, il est fort probable que cette intervention ait aussi stimulé leur intérêt, les conduisant à rechercher des notions complémentaires sur ces thématiques.

C'est donc par la répétition d'interventions comme celles-ci, mais aussi par un changement global des mentalités de notre société, qu'une amélioration globale de leur santé sexuelle est possible. La création du SeSa permettrait aussi d'intervenir auprès des parents pour qu'ils puissent leur en parler dès la petite enfance : les interventions en aval ne peuvent pas, à elles seules, palier à l'absence de certaines notions, notamment la liberté de penser et d'agir.

Mots-clés : éducation, prévention, sexualité, vie affective, jeunes.

Title and Abstract

Objectives

The main goals of this work were to assess the evolution of high school students' knowledge and abilities about sexual and affective life, before a briefing session, and then one and seven months after by three successive surveys (Q#1, Q#2 et Q#3).

Methods

This study was carried out between March and December 2018 at Jacques Prévert general and professional high school in Boulogne-Billancourt (92100). The study was descriptive and quantitative. The data was prospectively collected by paper surveys. The analysis was quantitative, using quantitative and qualitative variables.

Results

A high level of knowledge was found. A significant knowledge evolution was noted about "sexual and gender-based abuses" topic.

About their abilities, progress was noted at medium term, especially about factual subjects (condom use, Sexually Transmitted Infection testing, pregnancy risk identification…).

Conclusion

The intervention appears as increasing high school students' abilities. Nonetheless, it is possible the intervention boosted their interest, leading them to make more research.

By reiterate interventions like these ones, and by a global mindset change in our society, a global enhancement of the sexual health is possible. The "Service Sanitaire" creation would help to make prevention for the parents', to help them talking about that since early childhood: downstream interventions can't, by themselves, reduce some knowledge absence, such as the freedom to think and act.

Keywords : education, prevention, sexuality, affective life, youth.

Introduction

La santé sexuelle constitue encore, de nos jours, un enjeu de santé publique. En effet en France, différents indicateurs ne s'améliorent pas, ou bien de manière non significative.

C'est dans ce contexte que, depuis 2001, la législation prévoit que les équipes éducatives doivent organiser trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées[(1)].

En pratique, cela est rarement retrouvé, et d'autres moyens d'informations sont utilisés par les jeunes : Internet, discussions avec des amis, la famille, et recours aux professionnels de santé. Il est alors difficile d'être certains que l'information reçue est fiable, comprise, et qu'elle respecte l'ensemble des notions de santé sexuelle.

C'est en regard de ces éléments de contexte, que nous nous sommes questionnées sur les bénéfices que les lycéens retirent à court et moyen terme après une intervention d'information en milieu scolaire.

Ainsi, deux hypothèses ont été émises :

- Les lycéens améliorent leurs connaissances pour les notions abordées lors de l'intervention,
- Les lycéens améliorent leurs compétences grâce à l'intervention.

Les objectifs de notre travail étaient donc d'évaluer l'évolution des connaissances et des compétences des lycéens sur la vie sexuelle et affective avant une séance d'information, puis un et sept mois après la séance à l'aide de trois questionnaires successifs (Q#1, Q#2 et Q#3).

1 Mise en contexte

En France, certains indicateurs de santé publique concernant la santé sexuelle des jeunes âgés de moins de 30 ans ne s'améliorent pas, ou bien de manière non significative.

Selon l'OMS, « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, et non pas seulement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination ou violence. »[(2)].

1.1 Sexualité et comportements sexuels

En 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17,4 ans pour les garçons, et de 17,6 ans pour les filles selon l'enquête du baromètre Santé de l'INPES[(3)]. En 2017, on estime que 20 % des moins de 15 ans sont déjà entrés dans la sexualité[(4)].

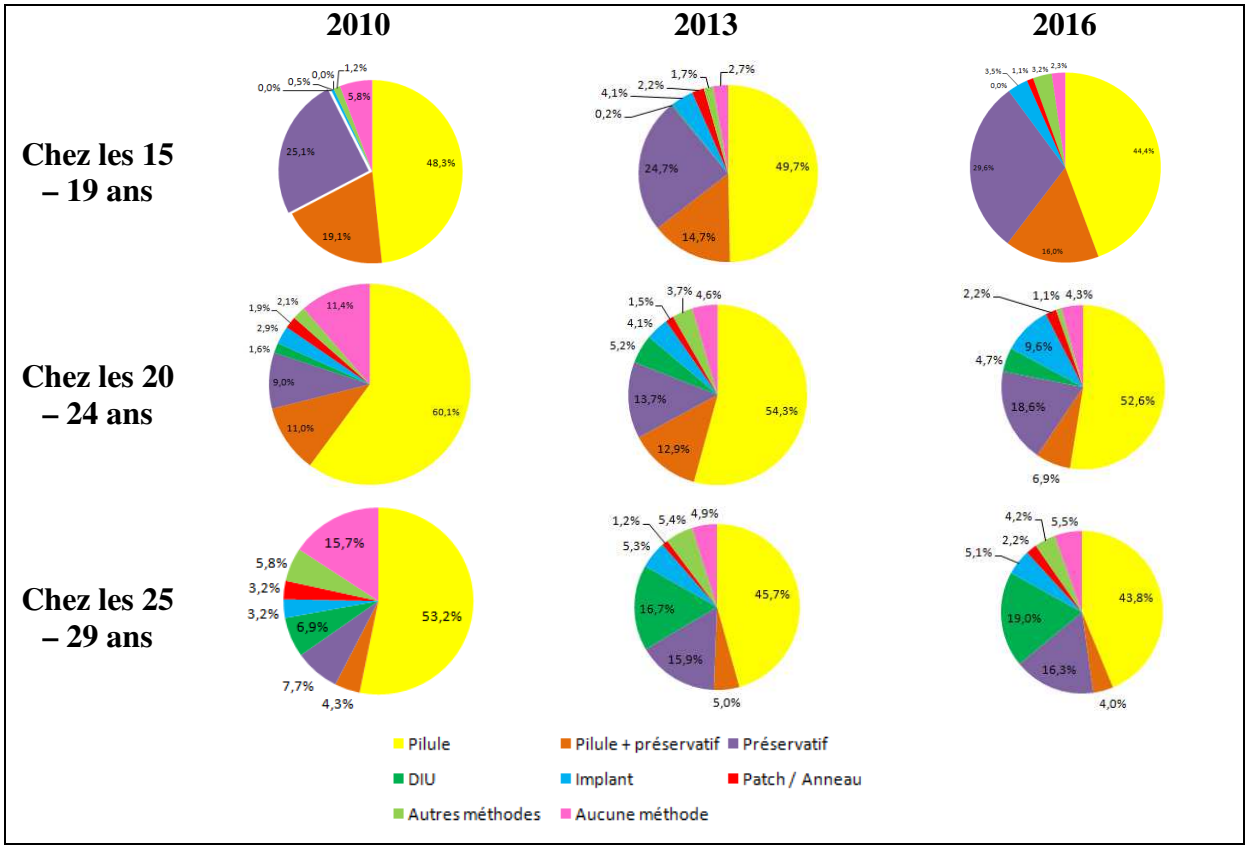
1.2 La contraception chez les jeunes en France

En 2016, 2,3 % des femmes de moins de 20 ans concernées par la contraception n'en prennent pas[(5)].

Différents facteurs ont été associés au fait de ne pas utiliser systématiquement une méthode contraceptive : le niveau d'éducation, l'aisance financière, le lieu de résidence et le fait d'adhérer à une religion[(6)].

L'évolution de l'utilisation des moyens de contraception chez les 15 – 29 ans entre 2010 et 2016 est présentée dans la figure suivante[5] :

Figure 1 : Méthodes de contraception utilisées chez les 15 – 29 ans entre 2010 et 2016



Chez les femmes de tout âge qui utilisent un moyen de contraception, la pilule conserve une place prépondérante (33,2 % en 2016)[5]. Son utilisation est la plus fréquente chez les 15-19 ans (60,4 % en 2016) et chez les 20-24 ans (59,5% en 2016)[5].

L'utilisation principale du préservatif est retrouvée chez les 15-19 ans (45,6 % en 2016), parfois en association avec la pilule (16 % des cas)[5]. Son utilisation entre 2010 et 2016 a doublé chez les 20-24 ans (respectivement 9,0 % et 18,6 %) et chez les 25-29 ans (respectivement 7,7 % et 16,3 %)[5].

L'utilisation des autres méthodes contraceptives est en franche augmentation chez les 15-29 ans, mais reste minoritaire :

- L'utilisation de l'implant se diffuse, notamment chez les 20-24 ans (9,6 % en 2016 versus 2,9 % en 2010[5]). C'est la troisième contraception utilisée dans cette tranche d'âge après la pilule et le préservatif.
- L'utilisation du DIU apparaît à partir des 20-24 ans et est en augmentation (4,7 % en 2016 versus 1,6 % en 2010)[5].

1.2.1 Echecs contraceptifs et contraception d'urgence

En 2010, l'utilisation de la Contraception d'Urgence (CU) était en augmentation. Elle avait été utilisée par 11 % des femmes de 15 à 29 ans (versus 9 % en 2005), et 3,4 % de celles-ci en avait fait un usage répété (à 2 reprises ou plus) dans les 12 derniers mois (versus 1,7 % en 2005)[6]. A noter que son utilisation est très fréquente avant 20 ans (une jeune fille sur cinq) mais diminue ensuite rapidement avec l'âge[6]. Cette utilisation en augmentation peut être le reflet « d'une meilleure identification des situations à risque de grossesse par les femmes les plus jeunes, et/ou de l'amélioration des conditions d'accès à cette méthode de rattrapage »[6]. Depuis les années 2000, le nombre de lieux de délivrance a augmenté, la garantie de l'anonymat et la gratuité pour les mineures ont été instaurées, ainsi qu'un allongement des délais d'efficacité des contraceptions d'urgence orales. Malgré tout, leur utilisation reste minoritaire[6].

Malgré une couverture contraceptive de 91,2 % en 2010, les échecs contraceptifs restent fréquents, en particulier chez les jeunes[6]. En 2002, on estime que deux tiers des grossesses non prévues arrivaient alors que les couples utilisaient un moyen de contraception[7].

Cela s'explique notamment par une « inadéquation entre les contraintes du contraceptif prescrit, et le mode de vie des femmes »[6]. On parle de « norme contraceptive », représentée par la Figure 2[5] :

- En début de vie sexuelle, le préservatif est majoritairement utilisé. C'est un moyen de prévention des IST et un moyen de contraception,
- Avec l'âge et l'installation dans une relation plus stable, les jeunes femmes se voient prescrire la pilule,
- Puis, lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint, c'est le DIU qui est privilégié. Parmi les 25-29 ans, seules 7,6 % des femmes nullipares utilisent un DIU, alors qu'elles sont 31,8 % chez les femmes qui ont des enfants[5]. Les raisons de cette faible utilisation du DIU chez les femmes nullipares sont liées aux représentations qu'ont les patientes et les professionnels de santé de cette méthode : en 2010, 54 % des femmes, 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes considèrent qu'elle n'est pas indiquée pour une femme nullipare[8].

Figure 2 : Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge

Pour permettre un changement des pratiques, des recommandations de la HAS publiées en 2004, ainsi que des actions de communication et de sensibilisation par l'INPES en 2007 ont été mises en place[6].

1.2.2 Grossesses non planifiées et interruptions volontaires de grossesse

Chez les femmes de 15 à 24 ans, une grossesse sur deux n'a pas été planifiée[9]. Les grossesses non prévues sont retrouvées à 67 % chez les femmes de moins de 25 ans, et à 22 % chez les femmes de 25 à 29 ans[6].

En 2010, dans la publication du Baromètre Santé Jeunes, les principales raisons évoquées par les jeunes femmes pour expliquer ces grossesses non prévues étaient l'absence d'un moyen contraceptif (46 %), l'oubli de pilule (44 %), l'idée qu'elles ne prenaient pas de risque (23 %), et un problème avec un préservatif (9 %)[6].

60 % des grossesses non voulues débouchent sur une IVG[7]. Le nombre d'IVG reste stable depuis 2006[6]. En 2007, avec 27 IVG pour 1000 femmes, c'est la tranche des 20-24 ans qui reste la plus concernée[10]. Chez les mineures (15-19 ans), ce taux s'établit à 15,6 ‰[7]. De plus, nous estimons que près de 50 % des IVG concernent les femmes de moins de 25 ans[7].

Entre 2010 et 2016, la part des accouchements faisant suite à une grossesse sous contraception a augmenté (passant de 7,4 à 9,3 %)[11].

1.2.3 Violences sexistes et sexuelles

Chaque année, en moyenne, l'INSEE estime que 84 000 femmes de 18 à 75 ans sont victimes de viols ou de tentatives de viol[12]. Seules 10 % des victimes ont porté plainte suite aux violences subies[12]. 2% des incidents graves déclarés entre 2014 et 2015 dans les établissements scolaires publics du second degré sont des agressions sexuelles[13].

Depuis le début de l'année 2018, dans le contexte de l'affaire Weinstein et du mouvement #MeToo qui a suivi, une libération de la parole et une prise de conscience collective sur les violences faites aux femmes a émergé. Le rapport du Ministère de l'Intérieur sur l'insécurité et la délinquance pour l'année 2018[14] déclare une augmentation du nombre des viols (+ 17 %) et agressions sexuelles (+ 20 %) signalés à la police et à la gendarmerie. Cette augmentation a été particulièrement marquée au quatrième trimestre 2017. Dans ce rapport, il est noté que « […] le nombre plus élevé de victimes de violences sexuelles

recensées dans les enquêtes de 2017 puis de 2018 procède sans doute à la fois d'une plus grande révélation des faits, et d'un abaissement du seuil de tolérance à ce type de violences dans un contexte où les services de police et de gendarmerie ont cherché à améliorer l'accueil des victimes et développé les modes alternatifs de déclaration (portail de signalement des violences sexuelles et sexistes fin 2018) ».

1.2.4 Infections sexuellement transmissibles

La prévalence des IST reste stable entre 1994 et 2010, avec une déclaration d'IST (hors mycose) dans les 5 dernières années de 1,5 % chez hommes et de 2,7 % chez les femmes[(15)]. Elle a augmenté chez les jeunes, notamment chez les 18-30 ans (2,6 % des hommes et 9,4 % des femmes[(15)]).

Le nombre d'IST bactériennes (infection à syphilis, gonococcies, chlamydioses) a augmenté[(16)], notamment entre 2013 et 2015 :

- Le nombre d'infections à Chlamydia déclarées a augmenté de 10 %[(16)].
- Le nombre de gonococcies a augmenté d'environ 100 % chez les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), de 32 % chez les femmes hétérosexuelles et de 8 % chez les hommes hétérosexuels[(16)].
- Le nombre de syphilis précoces a augmenté de 56 % chez les HSH, de 85% chez les femmes hétérosexuelles, et de 75 % chez les hommes hétérosexuels[(16)].

Dans la population hétérosexuelle, la présence de ces IST est retrouvée particulièrement chez les jeunes, avec des conséquences possibles sur la fertilité, d'où l'importance de la prévention. Ces chiffres démontrent aussi une fréquence importante de co-infections (jusqu'à 76 % en cas de diagnostic de lymphogranulomatose vénérienne rectale), notamment avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)[(16)].

Tout cela traduit une augmentation des comportements sexuels à risque (utilisation insuffisante du préservatif, seul moyen de prévention contre les IST)[(16)]. 80 % des premiers rapports sexuels sont protégés par le préservatif[(15)]. En 2010, un peu plus de 16 % des français ayant eu plusieurs partenaires sexuels dans l'année précédente ou ayant commencé une nouvelle relation n'ont jamais utilisé de préservatif[(15)].

De plus, en mars 2016, une étude de l'Ifop pour le Sidaction concluait à une détérioration du sentiment d'information globale sur le VIH depuis 2014[17].

76 % des jeunes disent avoir peur du Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise (SIDA), ce qui représente une baisse de 7 points par rapport à 2015. Une banalisation du SIDA est constatée : sentiment d'invincibilité, notion que la guérison est possible grâce à des traitements…

On constate une baisse de la vigilance des jeunes, et une augmentation des prises de risque (45 % des jeunes ayant eu un rapport sexuel non protégé au cours des douze derniers mois ont effectué un test de dépistage du SIDA, soit un chiffre en baisse de 10 points par rapport à 2015).

Des idées fausses continuent de circuler sur le SIDA : au total, 30 % des jeunes interrogés ont des représentations faussées de la maladie et de ses modes de transmission (transmission en s'embrassant, en s'asseyant sur les toilettes publiques, en buvant dans le verre d'une autre personne…).

1.3 Education à la vie sexuelle et affective

1.3.1 Législation et recommandations nationales et internationales

Au niveau mondial, l'UNESCO a défini en 2015 « l'Education Sexuelle Complète » (ESC)[18] comme « une manière d'aborder, l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s'abstenant de jugements de valeur ». Pour qu'elle soit efficace, l'ESC doit commencer « dès la petite enfance et progresse à travers l'adolescence et l'âge adulte ».

L'UNESCO a ainsi prouvé que l'ESC[19] :

- A un impact positif sur la santé sexuelle et reproductive, notamment en contribuant à réduire les IST et les grossesses non désirées.

- N'entraîne pas une plus grande précocité de l'activité sexuelle : elle a au contraire un impact positif sur les comportements sexuels sains et peut même retarder les premiers rapports sexuels et accroître l'utilisation de préservatif.

En 2018, l'UNESCO expliquait qu'à travers le monde, seuls 34 % des jeunes ont des connaissances précises sur la prévention et la transmission du VIH, et que dans certains pays, deux filles sur trois n'ont aucune idée de ce qui leur arrive quand elles commencent à avoir leurs règles. Elle affirmait que l'ESC avait des effets positifs, dont le fait que les jeunes avaient plus de connaissances et une meilleure attitude vis-à-vis de la santé sexuelle et reproductive, et des comportements. Ainsi, depuis 2009, l'UNESCO a établi des principes directeurs sur l'éducation à la sexualité : ils ont permis initialement d'intégrer l'éducation à la sexualité dans le cadre de la réponse au VIH. Ces principes ont été révisés en 2018, réaffirmant la place de l'éducation à la sexualité dans le cadre des droits de l'homme et de l'égalité des sexes.

En France, la législation prévoit dans l'article L. 312-16 du Code de l'éducation (datant du 4 juillet 2001), que les équipes éducatives doivent organiser trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées[(1)]. L'article 19 de la loi du 13 avril 2016, qui vise à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, ajoute que « ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes »[(20)].

De plus, au sein de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle pour les années 2017 à 2030 figure l'axe suivant : « Investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive »[(4)].

Différents points démontrent l'intérêt d'agir spécifiquement en faveur des jeunes (15-29 ans) sur ce sujet de santé sexuelle[(7)] :

- La fertilité importante dans cette tranche d'âge,
- Le risque de recours répété à l'IVG est augmenté en cas d'âge jeune à la première grossesse,
- Les conséquences psychologiques et sociales de ces grossesses qui peuvent être durablement préjudiciables,

- Un effet d'apprentissage des bonnes pratiques (notamment contraceptives) et au final une gestion optimale de la fécondité tout au long de la vie qui peuvent être espérés grâce à des interventions précoces dès le début de la sexualité.

1.3.2 Réalité de l'éducation à la vie sexuelle et affective en France

Malgré tout en 2008, un rapport d'information à propos de l'application de cette loi montre que la pratique reste insuffisante : « de contenu et de qualité inégaux, ces séances ciblées (sur la contraception ou sur d'autres sujets de santé) rencontrent des difficultés de mise en œuvre »[21]. Ce constat est appuyé en 2016 : « L'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles. Elle est, selon le point de vue de certains acteurs, inadaptée aux réalités des jeunes. »[20]. 25 % des écoles déclarent alors n'avoir mis en place aucune action à ce sujet[20].

Néanmoins, les jeunes ont accès à d'autres moyens d'information :

- Les professionnels de santé sont des interlocuteurs sollicités pour délivrer ce type d'information. En effet, en 2010, 50,8 % des femmes de 15 à 19 ans avaient déjà consulté un médecin pour raison contraceptive ou gynécologique, 91,6 % des femmes de 20 à 25 ans, et 98,8 % des femmes de 26 à 30 ans[6]. Parmi les femmes qui avaient consulté, 75,3 % avaient effectué leur dernière visite durant la dernière année[6].
- Internet est aussi largement mis à profit : 48 % des internautes de 15 à 30 ans ont utilisé Internet au cours des 12 derniers mois pour rechercher « des informations ou des conseils de santé »[22]. Près de 80 % des jeunes qui y ont eu recours jugent les informations recueillies crédibles[22].

  Etant donnée la quantité d'informations disponibles, le risque d'avoir accès à des « ressources erronées, normatives voire contraires à l'égalité femmes-hommes »[20] est présent : il est donc d'autant plus important que l'information en milieu scolaire perdure et assume son rôle indispensable.

  Pour exemple, des sites Internet apparaissent, diffusant des informations contraires à ce qu'ils laissent présager, comme ivg.net (dont le contenu véhicule en vérité des

propos anti-avortement). De plus, nous savons que deux tiers des jeunes ont pour première information sexuelle des sites pornographiques sur Internet[9].

- Les informations délivrées par des connaissances comme la famille, les amis…

Néanmoins, c'est l'information délivrée en milieu scolaire qui reste plébiscitée par les adolescents[23].

A noter tout de même qu'entre 2000 et 2010, les jeunes se sentaient de mieux en mieux informés à propos de la contraception (89,1 % de 15-30 ans se sentant « bien ou très bien informés », soit + 8 points par rapport à 2000)[24].

En regard de ces éléments de contexte, il est légitime de se questionner sur les bénéfices que les lycéens retirent à court et moyen terme après une intervention d'information en milieu scolaire.

Nous entendons par « bénéfice » l'apport de connaissances supplémentaires ou ayant suscité la curiosité des élèves. De plus, nous entendons par « court terme » une période d'un mois, et « moyen terme » une période de sept mois.

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectif et hypothèses

Les objectifs de ce travail sont d'évaluer l'évolution des connaissances et des compétences des lycéens sur la vie sexuelle et affective avant une séance d'information, puis un et sept mois après la séance à l'aide de trois questionnaires successifs (Q#1, Q#2 et Q#3).

Ainsi, nous émettons deux hypothèses :

- Les lycéens améliorent leurs connaissances pour les notions abordées lors de l'intervention,
- Les lycéens améliorent leurs compétences grâce à l'intervention.

Par « compétences », nous entendons leurs capacités à savoir prendre des mesures de précaution, à savoir réagir en situation d'urgence (contraception d'urgence, dépistage des IST…), et à savoir qui aller consulter en cas de besoin ou conseiller un ami.

2.2 Type d'étude

L'étude était unicentrique descriptive quantitative.

Les données ont été recueillies de manière prospective sous forme de questionnaires mis à disposition sous format papier aux lycéens.

2.3 Outil méthodologique et déroulement de l'étude

2.3.1 Outil méthodologique, contenu du formulaire

Les trois questionnaires (annexes I, II et III) étaient anonymes, et distribués par l'infirmière scolaire et/ou les enseignants lors d'un cours. Ils étaient récupérés immédiatement une fois renseignés.

Chaque questionnaire comportait une première partie permettant de décrire la population, et la seconde de répondre à nos hypothèses.

2.3.2 Déroulement de l'étude et modalités de recueil

L'étude a été réalisée entre mars 2018 et décembre 2018, au lycée général et professionnel Jacques Prévert situé à Boulogne-Billancourt (92100).

Ce lycée a été choisi en raison d'un partenariat existant avec l'École de Sages-Femmes de Foch (à Suresnes). En effet, depuis 2011, une Unité d'Enseignement (UE) libre intitulée « Éducation et prévention en maïeutique » en deux modules était proposée aux étudiants de 2ème et 3ème années d'étude en vue du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa 2 et 3). L'objectif était de proposer des interventions d'éducation et de prévention à la vie sexuelle et affective aux collégiens ou lycéens (programmes en annexe IV et V). Ces interventions étaient animées par un étudiant sage-femme, accompagné d'un sage-femme enseignant membre de l'équipe enseignante, ou bien de sages-femmes extérieures bénévoles.

En 2017-2018, on dénombre au lycée Jacques Prévert de Boulogne-Billancourt :

- 11 classes de seconde générales (360 élèves),
- 11 classes de première (9 classes générales et 2 classes de filière Sciences et Technologies du Management et de la Gestion (STMG)),
- 12 classes de terminale (10 classes générales et 2 classes de filière STMG).

Les interventions duraient une heure en demi-groupes mixtes. Les élèves étaient positionnés en demi-cercle. Chaque intervenant était libre d'utiliser les techniques d'animation enseignées (Métaplan®, abaques, ou scénettes préparées…), et avait à disposition des planches anatomiques, du matériel de démonstration de contraception, ainsi qu'un tableau. Les intervenants étaient des étudiants sages-femmes, âgés de moins de 25 ans. Les sages-femmes enseignants accompagnants étaient des femmes pour la majorité (un homme composait cette équipe).

L'étude était donc réalisée grâce aux données collectées par les questionnaires. Les axes de recherche et objectifs des trois questionnaires sont distincts :

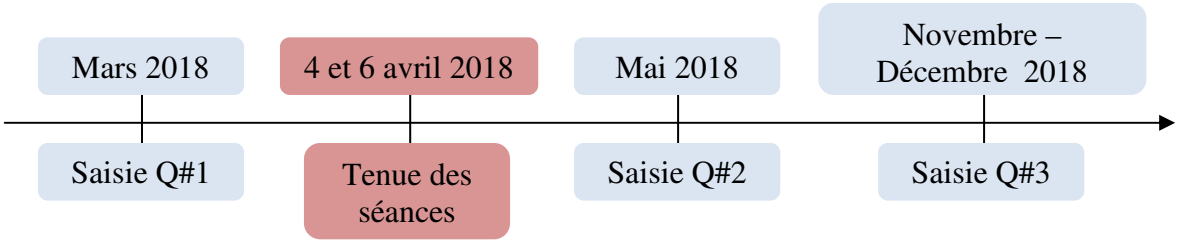
- Le Q#1 délivré aux lycéens en classe de seconde en amont de l'intervention (en février-mars 2018), a permis d'évaluer les connaissances et les compétences des élèves.
- Le Q#2, délivré un mois après la séance (mai 2018), a permis d'évaluer l'évolution des connaissances et des compétences, à court terme, depuis l'intervention.
- Le Q#3 délivré sept mois après l'intervention (novembre – décembre 2018), chez les élèves de première qui avaient bénéficié de l'intervention : ce dernier a permis d'apprécier l'évolution de leurs compétences à moyen terme.

  De plus, les bénéfices de mise en place de la séance ont aussi évalués : intérêt (par le sentiment de besoin d'information), satisfaction (en se demandant si des réponses ont été apportées à leurs questions), tenue de la séance (moyens pédagogiques utilisés, intervention faite par des étudiants sages-femmes, temporalité…). Ces dernières données n'ont pas pu être intégrées aux résultats de ce manuscrit par souci de synthèse, mais nous ont apporté une réflexion supplémentaire sur notre sujet d'étude.

La phase-test des questionnaires n'a pu être réalisée par contrainte de temps entre l'élaboration du questionnaire et sa distribution.

La temporalité de l'étude est ainsi résumée dans la figure suivante :

Figure 3 : Temporalité de l'étude



2.4 Participants

2.4.1 Population étudiée

La population d'étude était constituée des élèves de seconde en 2017-2018 pour le Q#1 et le Q#2 (360 élèves), et des élèves de première en 2018-2019 pour le Q#3. Tous les lycéens, de sexe féminin et masculin, étaient inclus dans l'étude.

Pour remplir les questionnaires Q#2 et Q#3, il fallait avoir assisté à l'intervention, et avoir saisi le ou les questionnaire(s) précédent(s). Ceci est à retrouver plus précisément dans le tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et de non-inclusion

	Q#1	**Q#2**	**Q#3**
Critères d'inclusion	Élèves de seconde inscrits en 2017-2018	Élèves de seconde inscrits en 2017-2018	Élèves de première inscrits en 2018-2019
Critères de non-inclusion	-	- Ne pas avoir assisté à l'intervention - Ne pas avoir rempli le Q#1	- Ne pas avoir assisté à l'intervention - Ne pas avoir rempli le Q#1 et/ou le Q#2

2.4.2 Nombre de sujets souhaités

Avant l'étude, nous projetions de récupérer 360 Q#1 et 360 Q#2, correspondant au nombre de lycéens scolarisés dans l'établissement.

Concernant le Q#3, Madame COLLET, Proviseure Adjointe du lycée Jacques Prévert, rencontrée en 2017-2018 pour présenter le projet, estimait que le nombre d'inscrits en première en 2018-2019 serait de 310.

2.5 Variables retenues

Afin de décrire la population d'étude, les variables recueillies étaient les suivantes :

- Âge et sexe de l'élève,
- Profession des parents (en utilisant les catégories socio-professionnelles définies par l'INPES),
- Présence ou absence antérieure à des Séances d'Éducation à la Vie Sexuelle et Affective (SEVSA),
- Si l'élève a déjà assisté à des SEVSA, il fallait préciser : leur nombre, leur durée, le niveau d'étude lors de la SEVSA, la qualification de l'animateur, et si le groupe était mixte ou pas.

En ce qui concerne l'évaluation de l'évolution des connaissances et des compétences, le choix des variables correspondait aux réponses attendues (selon les recommandations), mais aussi aux réponses retrouvées fréquemment.

2.6 Stratégie d'analyse

Durant l'analyse, les groupes ont été considérés comme indépendants : en effet, afin de respecter l'anonymat des élèves, aucun lien n'a pu être établi entre les trois questionnaires

d'un même élève. En réalité, les groupes ne sont pas indépendants car ce sont les mêmes sujets qui sont étudiés.

Une analyse quantitative, comportant des variables quantitatives et qualitatives, a été utilisée. Elle a nécessité de recenser les données en trois étapes distinctes.

La première étape a consisté à saisir toutes les données quantitatives dans le logiciel Microsoft Excel. Ceci a permis par la suite, outre de caractériser la population, d'analyser l'évolution des connaissances.

Secondairement, nous avons élaboré un barème de notation (annexe VI) des QCM sur les thématiques suivantes : violences sexistes et sexuelles, sexualité et consentement, risque de grossesse et contraception, et prévention contre les IST. Les items ont ainsi été répartis dans ces différentes catégories en fonction de leur thématique. Ensuite, trois scores de connaissances ont été choisis pour chaque catégorie : « faible », « moyen » et « bon ».

Nous avons calculé l'évolution des taux de chaque score de connaissances entre le Q#1 et le Q#2.

Ensuite, à l'aide du logiciel R, nous effectué des tests statistiques grâce à la loi statistique du Chi-2 ($n > 30$).

Enfin, afin d'étudier l'évolution des compétences des élèves, nous avons utilisé des questions ouvertes sous forme de « scénettes ».

Une première lecture a permis de concevoir des champs lexicaux, que nous avons regroupés par thématique.

Ainsi, pour chaque champ lexical, nous avons mesuré son occurrence dans chaque questionnaire grâce au logiciel Microsoft Excel. Cela nous a permis d'observer une tendance de l'évolution des compétences des lycéens dans ces domaines.

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Concernant les obligations réglementaires et éthiques, l'autorisation d'effectuer cette étude a été donnée par Madame COLLET, Proviseure Adjointe du lycée Jacques Prévert. Les questionnaires diffusés étaient anonymes, et dépourvus de toute donnée sensible.

De plus, le déroulement des interventions d'éducation à la vie sexuelle et affective par l'équipe d'enseignants et d'étudiants sages-femmes de l'École de Sages-Femmes de Foch, ainsi que la tenue de cette étude ont été présentés au Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC).

D'après le site internet de l'École Supérieure de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (ESENESR)[25], le CESC est défini comme « une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement. ». Ce comité a notamment pour objectif de « définir, dans le cadre du parcours éducatif de santé, un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque ». Il est notamment composé du chef d'établissement, des personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement, et des représentants des personnels enseignants, des parents d'élèves et des élèves.

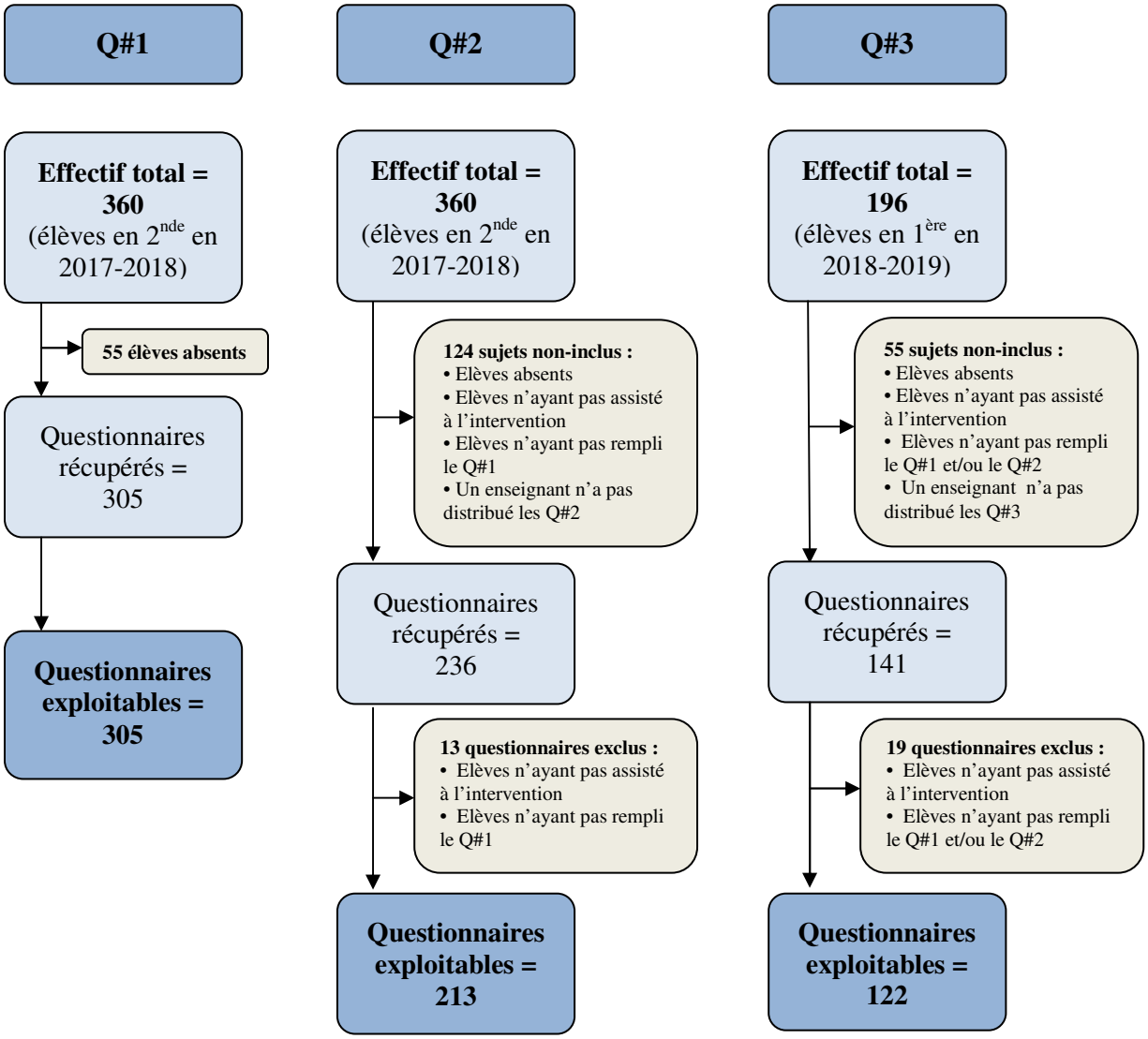
A noter aussi que chaque élève pouvait refuser de participer à l'étude au moment de la distribution des questionnaires.

3 Résultats

3.1 Diagramme d'inclusion

Comme expliqué dans la partie 2.4.1, voici ci-dessous (figure 4) le détail de la population d'étude, en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Figure 4 : Diagramme des flux



3.2 Caractéristiques de la population d'étude

3.2.1 Caractéristiques générales de la population d'étude

Tableau 2 : Caractéristiques générales de la population d'étude

	Au lycée Jacques Prévert n (%)	
Âge (Q#1 : n = 305)		
14 ans ou moins	4 (1,3 %)	
15 ans	183 (60,0 %)	
16 ans	107 (35,1 %)	
17 ans ou plus	10 (3,3 %)	
Pas De Réponse (PDR)	1 (0,3 %)	
Sexe (Q#1 : n = 305)		
Masculin	156 (51,1 %)	
Féminin	145 (47,5 %)	
PDR	4 (1,4 %)	
Catégorie socio-professionnelle (Q#1 : n = 305)	**Du père**	**De la mère**
Agriculteur exploitant	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	61 (20,0 %)	27 (8,9 %)
Professions libérales, cadres	77 (25,2 %)	58 (19,0 %)
Professions intermédiaires	27 (8,9 %)	39 (12,8 %)
Employés	57 (18,7 %)	99 (32,5 %)
Ouvriers	17 (5,6 %)	3 (1,0 %)
Retraités	10 (3,3 %)	2 (0,7 %)
Inactifs	4 (1,3 %)	25 (8,2 %)
PDR	52 (17,0 %)	51 (16,6 %)
Section d'étude (Q#3 : n = 122)		
Littéraire	24 (19,7 %)	
Economique et Social	55 (45,1 %)	
Scientifique	43 (35,2 %)	

3.2.2 Éducation à la vie sexuelle et affective antérieure

Tableau 3 : Éducation à la vie sexuelle et affective antérieure

	Q#1 (n = 305) n (%)
As-tu déjà assisté à des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ?	
Oui	249 (81,6 %)
Non	24 (7,9 %)
PDR	32 (10,5 %)

Parmi les 81,6 %, 65,1 % des lycéens avaient assisté à une intervention, 26,1 % à deux, et 4,8 % à trois ou plus. Dans la majorité des cas, les interventions duraient entre une et deux heures (62,7 %), et avaient lieu durant leur année de troisième (83,9 %). Elles pouvaient avoir lieu au sein d'un établissement scolaire (48,2 %) ou en-dehors (49,4 %). Les animateurs pouvaient être : un professionnel de santé (47,4 %), une association (35,7 %), l'infirmière scolaire (20,1 %), ou un professeur (6,4 %).

3.3 Evolution des connaissances des lycéens

Tableau 4 : Evolution des connaissances des lycéens

	Niveau de connaissance	Q#1 (n = 305) n (%)	Q#2 (n = 213) n (%)	p (Q#1 versus Q#2)
Violences sexistes et sexuelles	**Faible**	8 (2,6 %)	17 (8,0 %)	**0,015**
	Moyen	64 (21,0 %)	48 (22,5 %)	
	Bon	233 (76,4 %)	148 (69,5 %)	
Sexualité et consentement	**Faible**	5 (1,7 %)	4 (1,9 %)	0,873
	Moyen	12 (3,9 %)	12 (5,6 %)	
	Bon	288 (94,4 %)	197 (92,5 %)	
Risque de grossesse et contraception	**Faible**	17 (5,6 %)	10 (4,7 %)	0,235
	Moyen	227 (74,4 %)	147 (69,0 %)	
	Bon	61 (20,0 %)	56 (26,3 %)	
Prévention contre les IST	**Faible**	48 (15,7 %)	32 (15,0 %)	0,497
	Moyen	118 (38,7 %)	73 (34,3 %)	
	Bon	139 (45,6 %)	108 (50,7 %)	

Le tableau 4, ci-dessus, présente l'évolution des connaissances des lycéens, regroupée en quatre thématiques : les violences sexistes et sexuelles, la sexualité et le consentement, le risque de grossesse et la contraception, et la prévention contre les IST.

Nous notons un niveau de connaissances initial plutôt bon, avec respectivement 76,4 % et 94,4 % d'élèves avec un bon niveau de connaissances à propos des thématiques « violences sexistes et sexuelles » et « sexualité et consentement ».

L'évolution des connaissances est significative seulement pour la thématique « violences sexistes et sexuelles ».

3.4 Evolution des compétences des lycéens

Tableau 5 : Evolution des compétences des lycéens

Thème *Mot-clé*	**Occurrence Q#1 (n = 305) n (%)**	**Occurrence Q#2 (n = 213) n (%)**	**Occurrence Q#3 (n = 122) n (%)**
Perception de la pornographie et son influence sur la sexualité			
Image erronée de la sexualité *« acteurs », « simulation », « cinéma », « films »…*	107 (35,1 %)	72 (33,8 %)	60 (49,2 %)
Sexualité			
Liberté d'orientation sexuelle (homosexualité, bisexualité, transexualité…) *« je respecte son choix », « je le soutiens »…*	169 (55,4 %)	107 (50,2 %)	Non traité (NT)
Premier rapport sexuel est un choix personnel *« elle doit faire comme elle veut », « attendre d'être prête », « être sûre que c'est ce qu'elle veut »…*	190 (62,3 %)	136 (63,8 %)	109 (89,3 %)
Liberté des pratiques sexuelles *« faire comme ils veulent », « on fait comme on veut », « libre de ressentir du plaisir comme on le souhaite »…*	52 (17,0 %)	26 (12,2 %)	48 (39,3 %)
Notion de plaisir *« plaisir », « bonheur », « s'amuser », « tant qu'il ressent du plaisir c'est l'essentiel »…*	29 (9,5 %)	13 (6,1 %)	5 (4,1 %)
Consentement *« être d'accord »…*	27 (8,8 %)	3 (1,4 %)	38 (31,1 %)
Prévention contre les IST			
Identification risque IST *« risque de MST », « risque d'IST »…*	NT	NT	96 (78,7 %)
Utilisation du préservatif *« préservatif masculin », « préservatif féminin », « capote »…*	35 (11,5 %)	18 (8,5 %)	73 (59,8 %)
Dépistage des IST *« test », « dépistage »…*	14 (4,6 %)	2 (0,9 %)	79 (64,8 %)

Thème *Mot-clé*	**Occurrence Q#1 (n = 305) n (%)**	**Occurrence Q#2 (n = 213) n (%)**	**Occurrence Q#3 (n = 122) n (%)**
Risque de grossesse et contraception			
Identification d'un risque de grossesse *« faire un test », « surveiller le retour des règles »*	37 (12,1 %)	11 (5,2 %)	84 (68,9 %)
Utilisation d'une contraception *« prendre la pilule », « prendre une contraception »*	40 (13,1 %)	3 (1,4 %)	3 (2,5 %)
Contraception d'urgence *« pilule du lendemain », « pilule du surlendemain »*	78 (25,6 %)	77 (36,2 %)	36 (29,5 %)
Recours à des ressources adéquates			
Recours à un professionnel adéquat *« infirmière scolaire, « médecin », « sage-femme », « gynécologue », « pharmacien », « assistante sociale », « psychologue »…*	211 (69,2 %)	143 (67,1 %)	78 (63,9 %)
Recours à un lieu de consultation ou d'information adéquat *« hôpital », « Centre d'Education et de Planification Familiale », « associations », « Planning Familial »…*	74 (24,3 %)	62 (29,1 %)	58 (47,5 %)
Recours aux parents *« père », « mère », « parents »…*	191 (62,6 %)	97 (45,5 %)	30 (24,6 %)
Recours à des proches de confiance *« proche », « frère », « sœur », « ami », « partenaire »*	214 (70,2 %)	181 (85,0 %)	67 (54,9 %)
Recours à Internet *« Internet », « sites officiels »*	4 (1,3 %)	9 (4,2 %)	5 (4,1 %)
Connaissances des aménagements pour les mineures de plus de 15 ans			
Notion d'anonymat *« anonyme », « les parents ne sont pas forcément au courant »…*	20 (6,6 %)	24 (11,3 %)	34 (27,9 %)
Notion de gratuité *« gratuit », « pris en charge par l'Assurance Maladie »…*	7 (2,3 %)	4 (1,9 %)	5 (4,1 %)
Accompagnement par un majeur choisi possible en cas d'IVG (autorisation du représentant légal facultative)	17 (5,6 %)	22 (10,3 %)	17 (13,9 %)

L'évolution des compétences des lycéens au travers des trois questionnaires est décrite dans le tableau 5, ci-dessus.

Pour chaque notion, nous avons assemblé des données collectées parfois dans les réponses de plusieurs questions de chaque questionnaire afin de déterminer ces taux de compétences.

Certains sujets n'ont ainsi pas été traités dans certains questionnaires, comme la « liberté d'orientation sexuelle » dans le Q#3 ou « l'identification du risque d'IST » dans les Q#1 et 2. Cela n'était pas spécifiquement désiré en initiant l'étude, mais il s'avère qu'en traitant les réponses données et en revenant sur la formulation de l'item, ces notions ne pouvaient pas être comptabilisées. Concernant l'identification du risque d'IST, celui-ci était traité dans un item d'un QCM, ce qui revenait à tester plutôt les connaissances des élèves à ce propos.

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats et test des hypothèses

Notre première hypothèse était « Les lycéens améliorent leurs connaissances pour les notions abordées lors de l'intervention ».

Nous notons ainsi que le niveau de connaissances initial (étudié grâce au Q#1) est déjà très satisfaisant, avec un taux initial de « bon » niveau de connaissances jusqu'à 94,4% selon les thématiques.

Nous constatons qu'il y a une détérioration significative ($p = 0,015$) des connaissances concernant la thématique des « violences sexistes et sexuelles » : nous déduisons cela après constatation d'une augmentation des taux des niveaux de connaissances « faible » et « moyen », et une diminution du taux du niveau de connaissances « bon ». Il n'y a pas d'amélioration significative concernant les autres thématiques.

Cela ne nous permet pas de valider notre première hypothèse.

Notre seconde hypothèse était « Les lycéens améliorent leurs compétences grâce à l'intervention », dont les résultats sont présentés dans le tableau 5. Nous constatons que pour une partie des champs de compétences évalués, l'amélioration est retrouvée à moyen terme plutôt qu'à court terme.

Ainsi, nous pouvons partiellement valider cette hypothèse.

4.2 Discussion des résultats

Pour mémoire, bien que notre étude soit unicentrique, notre population d'étude (annexe VII) est représentative de la population générale des élèves de Seconde générale et technologique, mis à part le niveau socio-économique, qui est plus élevé dans notre population d'étude. En effet, dans notre étude, 20,0 % des pères sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise contre 11,1 % au niveau national. De la même manière, seulement 5,6 % des pères et 1,0 % des mères sont ouvriers, contre 20,4 % dans la population nationale.

La majorité des élèves (53,1 %) n'avait bénéficié que d'une seule SEVSA, et seulement 4,8 % de trois SEVSA ou plus. Cela n'est pas en accord avec la loi, qui précise que chaque élève doit bénéficier, dès la classe de sixième, de trois interventions annuelles : ce qui totaliserait douze SEVSA à l'issue du collège.

Concernant la détérioration significative des connaissances à propos des violences sexistes et sexuelles, nous émettons l'hypothèse d'un biais lié à l'absence de réponse d'élèves qui étaient présents lors de la saisie du Q#1. En effet, si ces derniers avaient un bon niveau de connaissances lors du Q#1, leur absence lors du Q#2 est délétère pour l'analyse. On peut s'interroger aussi sur l'investissement et l'intérêt développé lors de la saisie des questionnaires. L'anonymat utilisé dans cette étude peut être une occasion d'affirmer sans filtre des éléments auxquels l'élève ne croit pas réellement. Nous notons que ce sujet n'a pas été traité spécifiquement lors de l'intervention de notre étude, ce qui pourrait être la cause d'une absence d'amélioration des connaissances.

Néanmoins, même si des biais liés à l'étude nous font temporiser nos résultats, les conclusions du Baromètre Santé de 2016[26] restent alarmantes. Elles notent que la sexualité reste « profondément marquée par les rapports de genre et qu'un décalage notable existe entre certains discours et la réalité sociale ». En effet, une femme sur 10 rapporte avoir cédé aux attentes de son partenaire pour le premier rapport (contre 6,9 % des hommes). Celui-ci était plus souvent une conséquence d'amour ou de tendresse pour les femmes (1 femme sur 2 contre 1 homme sur 4). A l'inverse, c'est le désir sexuel qui est le moteur de ce premier rapport pour 47 % des hommes contre 25,8 % des femmes. De plus, la première expérience de

violence sexuelle survient majoritairement avant 18 ans (dans 47,4 % des cas pour les femmes et 60,2 % pour les hommes).

Cependant, dans le contexte actuel de répression au sein du grand public des violences sexistes et sexuelles, et des campagnes menées en sa faveur, et même si le constat à propos de sexualité ne s'améliore pas, il paraît difficile de penser que les connaissances des élèves se détériorent avec le temps (indépendamment de l'intervention).

Cette idée est corroborée par le constat suivant[26] : augmentation de la déclaration des violences par les femmes en 2016 par rapport à 2006 (18,9 % contre 15,9 %) alors que le nombre d'épisodes de violence n'a pas particulièrement augmenté. A l'inverse, celle des hommes stagne (5,4 % contre 4,5 %). Nous pouvons donc supposer que, même si dans les faits ces violences ne diminuent pas franchement, il est plus aisé de les dénoncer, et c'est pourquoi les déclarations à ce propos augmentent.

Ainsi, la prévention du grand public et des jeunes le plus précocement possible sur ce sujet est indispensable, notamment parce que ces stéréotypes de genre sont très présents dans notre société.

Concernant la thématique « Risque de grossesse et contraception », nous ne notons pas d'évolution significative des connaissances. Néanmoins nous notons, à propos de l'évolution des compétences à moyen terme, une progression à propos de l'identification du risque de grossesse. Ce sujet a été traité lors de l'intervention, mais l'amélioration des compétences à ce propos est aussi possible par la stimulation de recherche d'informations (auprès de professionnels, de proches, d'Internet) ou bien par la confrontation réelle à ce sujet.

Cela correspond à l'étude Epilule[27] de 2003, qui explique que 85,3 % de la population se sent bien informée sur la contraception et que 2/3 se déclare mal informée sur la contraception d'urgence. Cependant, 53,6 % de la population d'étude avait eu au moins un oubli de pilule au cours des 6 derniers mois.

L'INPES[28] a mené en 2007 une étude « Contraception : que savent les français ? ». Nous y apprenons que des représentations erronées sur la contraception persistent (50 % des français croient que l'on ne peut pas utiliser de DIU en étant nullipare), ainsi que de nombreuses lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation des méthodes contraceptives.

Toutefois, on note une utilisation fréquente de la contraception d'urgence avant 20 ans (une jeune fille sur cinq)[6], étant le reflet « d'une meilleure identification des situations à

risque de grossesse par les femmes les plus jeunes, et/ou de l'amélioration des conditions d'accès à cette méthode de rattrapage »[6]. Cela correspond à nos résultats, qui montrent que les jeunes sont compétents notamment dans le cadre de l'utilisation de la contraception d'urgence : ils savent où se renseigner, et connaissent les modalités d'aménagement mises en place pour les mineures de plus de quinze ans, etc.

C'est donc grâce à des interventions auprès de tout public, mais surtout au plus tôt (auprès de jeunes), que les connaissances pourront être améliorées. Cela permet par la suite une meilleure observance de la contraception et donc un moindre de risque de grossesse non désirée.

A propos de la prévention contre les IST, le niveau de connaissances de notre population est globalement correct : « moyen » entre 34,3 et 38,7 %, et « bon » entre 45,6 et 50,7 %. Cependant, il n'y a pas d'amélioration significative.

Cela coïncide avec le suivi barométrique de l'Ifop et Bilendi pour Sidaction en 2016[17], qui constatait que le sentiment d'information à propos du SIDA se dégradait fortement depuis 2014, avec un taux de jeunes s'estimant bien informés à 82 %, contre 89 % en 2014. Dans cette étude, il était expliqué que 87 % des personnes interrogées avaient bénéficié d'une information scolaire sur le VIH, mais que « l'éclatement des sources d'information ou l'absence d'une vecteur d'information de référence sur le SIDA semble participer à la diffusion de données confusantes auprès des jeunes générations ».

L'étude de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) d'Île-de-France[29] ajoute que « cette proximité à la maladie, plus faible que chez les aînés, traduit certainement une moindre visibilité ou un moindre intérêt pour cette maladie. Cette moindre préoccupation, si elle avait déjà été constatée en 2004, semble s'accentuer ». Le préservatif est considéré comme de moins en moins fiable pour lutter contre les IST.

Concernant leurs compétences sur cette thématique, les notions d'utilisation du préservatif et de dépistage des IST ont été améliorées de manière franche à moyen terme : 59,8 % des jeunes parlent d'utilisation du préservatif, et 64,8 % de dépistage des IST. Pour rappel d'ailleurs, 80 % des premiers rapports sexuels sont protégés par le préservatif[15]. Il n'y a pas de comparaison possible entre ces derniers chiffres, car nous ne savons pas si l'utilisation du préservatif chez les jeunes étudiés est systématique ou non, ou au-delà du premier rapport. Il est regrettable de constater ensuite la diminution de l'utilisation du

préservatif. Le VIH est bien identifié généralement, mais ce n'est pas toujours le cas du Chlamydia et du Gonocoque. Cela coïncide d'ailleurs avec les résultats cités plus haut, notamment les infections à Chlamydia déclarées qui ont augmenté de 10 %, ainsi que les infections à Gonocoque.

Nous pouvons donc supposer que c'est par la recherche d'information suscitée par l'intervention, que cette évolution a pu se faire. Une nouvelle fois, c'est par la répétition de la prévention et l'information de ce public que les bons gestes seront acquis et utilisés, et ainsi que l'incidence des IST et notamment du VIH va diminuer.

Concernant la thématique « Sexualité et consentement », il n'y a pas d'évolution significative de leurs connaissances, les résultats restent similaires.

Cela correspond aux résultats de l'étude menée par l'Observatoire LGBT+ de la Fondation Jean-Jaurès[30], qui note que sur l'année 2019, parmi les populations Lesbiennes, Gay, Bisexuelle et Transgenre (LGBT) qui ont subit une agression, 75 % l'ont été par une personne dont elles situent l'âge en-dessous de 30 ans. De plus, 53 % des agresseurs se situeraient même entre 18 et 30 ans.

Concernant leurs compétences vis-à-vis de la liberté des pratiques sexuelles et du consentement, elles sont franchement améliorées à moyen terme. Ainsi, il est possible que l'intervention ait suscité des interrogations et donc des recherches d'information à ce propos.

Enfin, nous notons une évolution intéressante de leurs compétences concernant la thématique « recours aux ressources adéquates ». En effet, le recours à un lieu de consultation adéquat augmente (hôpital, CEPF…), avec un taux de recours aux professionnels de santé qui reste toujours supérieur à 63,9 %, tandis que celui aux parents et aux proches de confiance diminue. Bien sûr, la place de ces proches dans l'éducation sexuelle est importante par l'abord affectif qu'elle peut apporter, et qui est indispensable à une éducation sexuelle complète. Cependant, c'est ainsi par la prévention auprès des jeunes que leur orientation dans un parcours de soin peut être améliorée, par un recours plus simple et rapide aux lieux de consultation et professionnels adaptés.

Plus généralement, en ce qui concerne nos résultats, les améliorations de compétences sont généralement retrouvées à moyen terme, mais pas à court terme. Ainsi, nous émettons plusieurs hypothèses pour expliquer cela :

- L'intervention a permis, à moyen terme, de susciter une réflexion ou bien la mise en situation dans leur vie réelle, ce qui les a conduits à mieux répondre au questionnaire.
- L'effectif a diminué de manière importante, de 53,7 %, surtout entre le Q#2 et le Q#3 : nous nous demandons si ce ne sont pas seulement les élèves intéressés (donc qui auraient plus réfléchi à ces sujets, qui auraient été attentifs pendant l'intervention, et qui répondraient de manière plus assidue aux questionnaires, par exemple) qui ont saisi les Q#3. Il nous paraît donc globalement difficile de conclure sur nos résultats.
- L'intervention a stimulé la recherche d'autres informations, sur des sites internet fiables ou bien auprès de professionnels ou lieux de consultations adéquats, ce qui a permis de consolider leurs connaissances et leurs compétences.

A titre personnel, pour avoir mené des interventions d'éducation et de prévention à la VSA dans un lycée des Yvelines, le constat est différent sur un point : le niveau de connaissances. Il s'avère qu'en enquêtant auprès de cette population, avec un simple questionnaire afin de connaître le niveau et les attentes de l'intervention, j'ai constaté qu'il y avait un niveau plus faible qu'au lycée Jacques Prévert de Boulogne-Billancourt.

Par exemple, nous notons que parmi 58 élèves qui ont été évalués avant leur intervention, seuls 64,5 % ont répondu correctement à l'item « Tous les moyens de contraception protègent des IST. », versus 88,5% au lycée Jacques Prévert.

Parmi 100 élèves évalués, lorsqu'il leur est demandé « Quel(s) moyen(s) de contraception connais-tu ? », la pilule contraceptive est citée à 66% et le préservatif (interne ou externe) à 59,0 %. Les autres moyens de contraception sont beaucoup moins cités : DIU (16,0 %), implant contraceptif (8,0 %), patch (3,0 %), anneau (1,0 %). La contraception d'urgence est citée en réponse à cette question dans 9,0 % des cas.

4.3 Forces et limites de l'étude

4.3.1 Forces de l'étude

Nous pouvons identifier plusieurs forces dans cette étude :

- L'effectif initial de 360 élèves est assez important compte tenu des moyens que nous pouvons accorder à ce type d'étude,
- La méthode d'étude était riche, en conciliant à la fois une analyse à court et à moyen terme,
- Une analyse quantitative, comportant à la fois des variables quantitatives et qualitatives, a été utilisée,
- Cette étude a permis la mise en évidence d'une évolution significative,
- Ces interventions étaient menées par les sages-femmes enseignants et les étudiants sages-femmes depuis 2012 : comme tout projet de santé publique, il est intéressant d'évaluer son impact afin de le rendre encore plus efficient dans le futur.

4.3.2 Biais et limites identifiés

Nous avons tout d'abord identifié un biais de recrutement :

- L'étude n'a eu lieu qu'au sein d'un établissement, le lycée général Jacques Prévert à Boulogne-Billancourt,
- Les élèves absents (lors de la distribution de l'un des questionnaires ou qui n'ont pas assisté à l'intervention), et ceux qui n'étaient pas inscrits en première dans le lycée d'étude en 2018-2019 (redoublement ou changement d'établissement), ont été exclus de l'étude.

A propos du changement d'établissement, il nous paraît important d'expliquer le nombre important d'élèves perdus de vue entre le Q#2 et le Q#3. En effet, en septembre 2018, pour la rentrée scolaire de l'année scolaire 2018-2019, un nouveau lycée général a ouvert ses portes à Boulogne-Billancourt, impactant ainsi le nombre d'élèves inscrits à la rentrée suivante. Ainsi, une partie des élèves qui avaient participé à l'étude en ont été exclus en

changeant d'établissement. Pour les Q#3, on comptabilise seulement huit classes de première pour l'année scolaire 2018-2019, dont deux classes STMG (dont les élèves provenaient d'un autre établissement, et qui n'étaient donc pas inclus dans l'étude initialement). Nous n'avons pas non plus repris contact avec les élèves qui ont redoublé leur classe de seconde pour remplir le Q#3.

Il est regrettable que nous n'ayons pas été informées en amont de cela. Nous aurions pu solliciter le nouveau lycée pour continuer à questionner ces élèves.

Lors de la distribution des questionnaires, on peut s'interroger sur l'homogénéité de la durée accordée pour répondre, l'environnement lors de la saisie (concentration, excitation, moqueries, etc.), et la motivation. En effet, ce sont les enseignants qui ont pris sur leur temps d'enseignement pour distribuer et récolter les questionnaires. Les données récoltées n'ont pas permis de déterminer, pour chaque classe, le nombre d'élèves présents par rapport au nombre d'élèves total, cette donnée étant partiellement présente.

Un biais lié à l'orateur lors de l'intervention est aussi présent : des messages différents pouvaient être délivrés en fonction des orateurs.

Lors de la saisie des données des questionnaires papier vers le fichier du logiciel Microsoft Excel, et lors des calculs de statistiques, des erreurs sont possibles. Pour limiter celles-ci, plusieurs relectures successives ont été effectuées.

De plus, l'analyse est biaisée à cause des éléments suivants :

- Nous supposons qu'il y a une hétérogénéité du groupe (notamment dans leurs connaissances initiales) : cependant, nous n'avons pas eu de possibilité d'analyser à l'échelle d'un individu la progression de ses connaissances car cela ne correspondait pas à notre méthodologie. Compte tenu de la loi Jardé, cela aurait demandé un accord d'un Comité de Protection de Personne (CPP), car l'étude n'aurait plus été anonyme.
- Nous identifions aussi un possible biais de désirabilité sociale : c'est le cas par exemple de la question sur l'homosexualité, où certains élèves pourraient répondre ce qu'ils pensent que l'on attend d'eux, mais pas forcément leur propre opinion.

De plus, quelques erreurs ont été repérées dans les questionnaires, après que l'étude a débuté. Cela entraîne des biais d'interprétation :

- Dans la question 3 des trois questionnaires, à propos de la catégorie socio-professionnelle des parents, il n'y a pas d'item « parent décédé » : si l'élève notait cela à côté des items proposés, cette réponse a été comptabilisée dans l'item « pas de réponse ».
- Dans la question 6D des trois questionnaires qui était « les interventions se déroulaient dans un établissement scolaire ? », il y avait une erreur de formulation : nous voulions plus exactement savoir si les interventions avaient lieu dans le cadre scolaire. Par exemple si dans leur cursus, il était obligatoire qu'ils aillent avec un enseignant pour une intervention au CEPF dans le temps scolaire. Ainsi, l'objectif de la question était de savoir si, en dehors du temps scolaire, ils avaient pris l'initiative de se rendre à des SEVSA.
- Dans la question 23 de Q#1 et Q#2, il y a une erreur de formulation : lorsque nous parlions de « ton copain ou ta copine », nous voulions parler de leurs amis, plutôt que de leur « petit copain » ou « petite copine ». Nous avons remarqué que cela a été mal compris, car nous avons répertorié une proportion importante de réponses de type « Je le/la quitte ».
- Dans les questions 5 et 6 des trois questionnaires, à propos des SEVSA antérieures, il peut exister un biais de mémorisation et un biais lié à l'intérêt porté par les lycéens.

Nous avons pu valider une partie de nos hypothèses. Cependant, il serait présomptueux d'affirmer que l'amélioration des connaissances et des compétences des sujets est uniquement due à l'intervention. Nous émettons d'autres hypothèses à ce sujet :

- L'intervention a pu stimuler la recherche d'information, ce qui a permis d'améliorer leurs connaissances,
- L'intervention a pu stimuler les discussions et la recherche de renseignements des lycéens auprès de proches (amis, famille…) ou de professionnels de santé,
- La temporalité (congés d'été alors qu'ils se rapprochent de la moyenne d'âge du premier rapport sexuel) a pu susciter la curiosité des élèves et donc leur recherche d'information (ce qui aurait peut-être eu lieu même sans l'intervention).

Nous émettons l'hypothèse que la mise en place de cette étude par l'utilisation de ces questionnaires a peut être stimulé la réflexion des élèves. Ainsi, peut-être qu'ils ont acquis plus de notions.

Enfin, notons que nous avons évalué les connaissances déclaratives des élèves. Cependant, nous n'avons pas évalué l'évolution dans les faits : évolution du recours à l'IVG, de l'incidence des violences sexistes et sexuelles… Il serait intéressant de connaître aussi cet impact.

4.4 Implications et perspectives

4.4.1 Perspectives

D'autres méthodologies auraient pu être utilisées pour mener cette étude, notamment :

- Mettre en place un groupe contrôle, afin de comparer l'impact de ces interventions sur les lycéens par rapport à d'autres lycéens qui n'auraient pas bénéficié de cette intervention, ou bien d'un autre type.
- Dans l'objectif de connaître plus globalement l'impact de l'éducation à la VSA sur la population, il serait intéressant de mener une étude multicentrique, en France mais aussi à l'étranger. Il serait aussi intéressant de comparer plusieurs modes d'animation différents, l'impact de ces interventions en fonction de leur multiplicité, de leur temporalité, ou bien de la formation de l'animateur… Cela permettrait de déterminer les variables qui rendent plus efficiente l'éducation à la VSA.
- Plutôt que de suivre l'évolution des connaissances et des compétences du groupe, il aurait été intéressant de suivre ces évolutions pour chaque élève, afin d'avoir une analyse plus précise.

4.4.2 Enjeux du Service Sanitaire

Depuis la rentrée 2018, pour l'ensemble des étudiants en santé, le Service Sanitaire (SeSa) a été mis en place[31]. Il comporte six semaines de formation, en s'intégrant dans la Stratégie Nationale de Santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Des interventions, notamment dans les établissements scolaires pour la prévention à la VSA, entrent dans ce cadre. Ceci permet donc de proposer un certain nombre d'intervenants supplémentaires pour répondre à ce besoin de santé publique.

Ainsi, l'ARS explique que « l'objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires ».

Il apparaît donc que l'augmentation du nombre d'intervenants permettrait d'améliorer la portée de ce type de prévention.

Néanmoins, certains acteurs de terrain ont observé que, même si les étudiants de santé engagés dans le cadre du SeSa sont bien formés sur les recommandations nationales (qui concernent la contraception et le risque de grossesse, la prévention contre le risque d'IST…), ils le sont peu sur d'autres sujets. C'est le cas de la maîtrise de la communication, mais aussi de notions de sexologie et de tout l'aspect de plaisir, d'affectif, de sensualité, de sexualité, de genre… Ils mettent donc en garde sur le positionnement de ces intervenants peu ou mal formés dans des situations délicates : les risques seraient de délivrer des messages erronés, ou bien de véhiculer des stéréotypes.

En conséquence, une collaboration avec les professionnels d'associations reconnues a été proposée, permettant une formation axée sur la communication qu'ils animeront dès 2019-2020 pour les étudiants inscrits à l'Université de Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines.

De plus, une autre limite du SeSa a été observée : celle de la présence du référent de proximité lors des interventions. Ce référent est un professionnel de l'établissement accueillant. Lorsqu'il est présent, il a été observé (subjectivement, par retour d'expérience), que la liberté de parole et l'investissement des élèves étaient moindres.

En dernier point, nous notons que même si la circulaire existe, il n'y a aucun temps dédié à ces séances. En effet, elles sont soumises au bon vouloir des enseignants qui acceptent de laisser leur créneau horaire pour ces interventions. La possibilité de les programmer sur le temps libre des élèves a été proposée par les intervenants dans notre étude, mais il a été expliqué qu'au lycée, ils ne sont pas tenus d'être présents en dehors des heures de cours. Nous constatons donc que même si les outils et la volonté de renforcer la prévention est présente, il reste une étape à franchir en formalisant systématiquement ces temps sur les plannings, comme pour les heures de cours.

4.4.3 Le rôle des parents

Lorsque le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse identifie les acteurs de l'éducation à la VSA, il affirme clairement que « cette éducation à la sexualité [au sein des établissements scolaire] ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles »[(32)].

Il faut que les parents parlent du corps dès l'enfance, en nommant les différentes parties y compris l'intimité avec les mots justes. Au fur et à mesure du développement de l'enfant, le discours sera enrichi jusqu'à parler de sexualité. L'éducation parentale permet d'amener l'enfant vers son autonomie (marcher, parler, être propre…), mais également vers sa liberté de penser puis d'agir.

Les interventions du SeSa sur ces notions sont destinées à tous les publics : les parents devraient en faire partie afin de les guider dans ce domaine qui leur semble complexe à aborder. Si nous n'intervenons jamais à la source du problème, tout ce que nous ferons en aval ne mènera pas à un changement de grande ampleur.

La société actuelle conditionne en partie notre éducation à propos de ces notions : identité de genre, banalisation d'actes misogynes ou sexistes, persistance de stéréotypes… L'intérêt d'un changement des mentalités, par une sensibilisation dès le plus jeune âge sur les notions de genre, de respect de soi et des autres, de consentement, et de prévention contre les violences, les grossesses non désirées et les IST, paraît indispensable.

Conclusion

Les résultats de cette étude ne nous permettent pas de valider l'hypothèse selon laquelle l'intervention améliore les connaissances des élèves. Nous validons partiellement celle concernant l'amélioration des compétences des élèves.

Ce sont surtout les connaissances et les compétences portant sur des notions factuelles, comme la prévention des grossesses non désirées ou des IST, ou bien le recours à un lieu de consultation ou d'information adéquat, qui se sont améliorées. Les notions de vie affective, de sexualité, de sensualité ou de plaisir sont moins bien acquises.

Cela montre que l'intervention a un impact. Néanmoins, il est fort probable que cette intervention ait aussi stimulé leur intérêt pour ces sujets, les conduisant à rechercher des notions complémentaires sur Internet, en discutant avec leur entourage, ou bien auprès de professionnels ou de lieu de consultation et d'information adéquats.

En conclusion, c'est par la répétition d'interventions comme celles-ci qu'une amélioration de leurs connaissances et de leurs compétences, et par conséquent de leur santé sexuelle, est possible.

Les acteurs de premier plan pour cela sont les parents. C'est ensuite que vient l'école puis les professionnels de santé. C'est donc un challenge de grande ampleur, qui nécessite l'engagement de tous les protagonistes.

La mise en place du SeSa pourrait en partie répondre aux besoins de chacun, à condition que les intervenants soient formés de manière exhaustive, et pas seulement sur des recommandations médicales très factuelles. Il serait aussi important que les parents aient accès à des interventions, pour les aider à en parler avec leurs enfants.

C'est aussi le changement des mentalités à propos des notions de genre, de respect de soi et des autres, de consentement, et de prévention contre les violences, les grossesses non

désirées et les IST qui est nécessaire, pour qu'une meilleure santé sexuelle soit possible pour tous.

Parier sur la santé sexuelle des ados, c'est améliorer celle des adultes de demain.

Bibliographie

(1) Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. *« Education à la sexualité – Guide d'accompagnement des équipes éducatives en collège et lycée »*. [En ligne]. http://media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/52/6/education_sexualite_intervention_114526.pdf (Page consultée le 7 avril 2017).

(2) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *La santé sexuelle et génésique, Définition*. [En ligne]. http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition (Page consultée le 24 novembre 2017).

(3) Institut National d'Etudes Démographiques (INED). *L'âge au premier rapport sexuel*. [En ligne] https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/ (Page consultée le 4 janvier 2018).

(4) Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE). *« Rapport relatif à l'éducation à la sexualité – Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes »*. [En ligne]. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf (Page consultée le 15 novembre 2017).

(5) Santé Publique France. *« Baromètre Santé 2016 : Contraception »*. [En ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf (Page consultée le 10 janvier 2017).

(6) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). *«Pratiques contraceptives chez les jeunes femmes de moins de 30 ans »*. In « Les comportements

de santé des jeunes – Analyses du Baromètre santé 2010 ». [En ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Pratiques-contraceptives-jeunes-femmes-moins-de-30-ans.pdf (Page consultée le 10 novembre 2017).

(7) Centre d'analyse stratégique. *« Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale »*. La note d'analyse 2011 ; n°226.

(8) Bajos N et al. *« La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? »*. Population & Sociétés 2012 ; n°492.

(9) Asselin I, Rouquet Y. *« Des gynécologues à la rencontre des adolescents »*. [En ligne]. http://www.fsf-cngof.com/images/documents/projets/projetgynecorencontreadosversiondef.pdf (Page consultée le 1er octobre 2017).

(10) Vilain A (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)). *« Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 »*. [En ligne]. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf (Page consultée le 26 septembre 2017).

(11) Institut National de Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et DREES. *« Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 »*. [En ligne]. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf (Page consultée le 14 octobre 2017).

(12) Secrétariat d'Etat en charge de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes. *Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes*. [En ligne]. http://stop-violences-femmes.gouv.fr/Les-chiffres-de-reference-sur-les.html (Page consultée le 16 septembre 2017).

(13) Direction de l'Evaluation de la Prospective et de la Performance (DEPP). *« Note d'information : les signalements d'incidents graves dans le second degré public sont stables en 2014-2015 ».* [En ligne]. http://cache.media.education.gouv.fr/file/2015/66/5/depp-ni-2015-49-sivis-2014-2015_514665.pdf (Page consultée le 14 octobre 2017).

(14) Interstats. *« Insécurité et délinquance en 2018 : premier bilan statistique ».* [En ligne]. https://www.interieur.gouv.fr/content/download/115337/923865/file/Fiche_03VS.pdf (Page consultée le 16 avril 2019).

(15) Beltzer N et al. *« Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/SIDA en Ile-de-France en 2010 ».* [En ligne]. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/plaquette_KABP.pdf Page consultée le 10 janvier 2017).

(16) Ndeikoundam Ngangro N et al. *Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2016 ; (41-42) : 738-44. [En ligne]. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html (Page consultée le 10 novembre 2017).

(17) Institut français d'opinion publique (Ifop) pour Sidaction. *Les jeunes et la prévention contre le VIH/Sida.* [En ligne]. https://presse.sidaction.org/Handlers/HTFile.ashx?MEDIAID=60917&SITEKEY=03849c18-f868-41ce-b222-ba1469319d2c (Page consultée le 16 avril 2019).

(18) Organisation des Nations-Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO). *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education*. [En ligne]. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243106 (Page consultée le 20 avril 2019).

(19) Organisation des Nations-Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO). *Pourquoi l'éducation complète à la sexualité est importante.* [En ligne].

https://fr.unesco.org/news/pourquoi-leducation-complete-sexualite-est-importante (Page consultée 20 avril 2019).

(20) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *« Stratégie Nationale de Santé Sexuelle – Agenda 2017-2030 »*. [En ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf (Page consultée le 13 novembre 2017).

(21) Poletti B. *« Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ».* [En ligne]. http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1206.pdf (Page consultée le 10 octobre 2017).

(22) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). *« Usage d'Internet pour la santé parmi les 15-30 ans*». In « Les comportements de santé des jeunes – Analyses du Baromètre santé 2010 ». [En ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Usage-Internet-pour-sante-15-30-ans.pdf (Page consultée le 10 novembre 2017).

(23) Kervella S. *Information contraceptive délivrée en milieu scolaire dans le cadre de l'éducation à la sexualité*. [En ligne]. http://www.em-consulte.com/en/article/832506 (Page consultée le 10 octobre 2017).

(24) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). *« Sentiment d'information et craintes des jeunes en matière de santé* ». In « Les comportements de santé des jeunes – Analyses du Baromètre santé 2010 ». [En ligne]. http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sentiment-information-craintes-jeunes-en-matiere-sante.pdf (Page consultée le 10 novembre 2017).

(25) École Supérieure de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. *Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).* [En ligne].

http://www.esen.education.fr/fr/ressources-par-type/outils-pour-agir/le-film-annuel-des-personnels-de-direction/detail-d-une-fiche/?a=55&cHash=e182abf4a3 (Page consultée le 30 mars 2019).

(26) Santé Publique France. « *Le consentement – Une question majeure pour les adolescents* ». [En ligne]. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/35568/682479 (Page consultée le 4 juillet 2019).

(27) Meniere R. « *De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale Epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale* ». [En ligne]. https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734167/document (Page consultée le 4 juillet 2019).

(28) INPES. « *Contraception : que savent les français ?* ». [En ligne]. inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf (Page consultée le 4 juillet 2019).

(29) Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France. *« Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 ».* [En ligne]. *mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=35970* (Page consultée le 4 juillet 2019).

(30) Observatoire LGBT+ de la Fondation Jean Jaurès. LGBTphobies : état des lieux 2019. [En ligne]. https://jean-jaures.org/nos-productions/lgbtphobies-etat-des-lieux-2019?fbclid=IwAR3M-KP4GKmXSwn0biLpOqxO1uCW4-e1xytjTpbAfbFuuNKJMlJjVZC8rbg# (Page consultée le 8 juillet 2019).

(31) Agence Régionale de Santé (ARS*). Le service sanitaire des étudiants en santé*. [En ligne]. https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante (Page consultée le 20 avril 2019).

(32) Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. *Education à la sexualité.* [En ligne] https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html (Page consultée le 20 avril 2019).

(33) Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. *Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche 2018.* [En ligne]. https://www.education.gouv.fr/cid57096/reperes-et-references-statistiques.html#Les%20%C3%A9l%C3%A8ves%20du%20second%20degr%C3%A9 (Page consultée le 30 avril 2019).

Annexe I : Questionnaire #1

QUESTIONNAIRE #1

Bonjour ! Je suis Pauline, étudiante sage-femme en 4ème année. Je fais mon Mémoire de Fin d'Etudes (qui me permet de valider mon diplôme) sur « L'impact des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sur les lycéens ». En remplissant ce questionnaire anonyme, je pourrai ainsi répondre aux questions que je me pose dans mon Mémoire. Il y aura encore 2 questionnaires que tu devras remplir plus tard cette année et l'année prochaine.
Merci beaucoup pour ta participation !

(1) Quel âge as-tu ? ..... ans

(2) Sexe :
- ☐ Homme
- ☐ Femme

(3) Dans quelle catégorie socio-professionnelle exerce ton père ?
- ☐ *Agriculteurs exploitants*
- ☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
- ☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
- ☐ *Professions intermédiaires*
- ☐ *Employés*
- ☐ *Ouvriers*
- ☐ *Retraités*
- ☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

Et ta mère ?
- ☐ *Agriculteurs exploitants*
- ☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
- ☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
- ☐ *Professions intermédiaires*
- ☐ *Employés*
- ☐ *Ouvriers*
- ☐ *Retraités*
- ☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

(4) Dans quelle classe es-tu ? ……..…….

(5) As-tu déjà assisté à des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens pas

(6) Si oui :
- Combien de fois ? ……..……...
- Combien de temps ont duré ces interventions ? ……...……
  ……..……..

- En quelle(s) classe(s) étais-tu ? ……
- Est-ce qu'elles se déroulaient dans un établissement scolaire ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas
- Qui animait la séance ? *(plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Infirmière scolaire
  - ☐ Autre professionnel de santé
  - ☐ Professeur
  - ☐ Animateur, association…
  - ☐ Ne sait pas (ne se sont pas présentés ou ne se souvient pas)
  - ☐Autre : ……..…….
- Est-ce que le groupe était mixte (filles et garçons présents) ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas

(7) T'arrive-t-il de parler de vie sexuelle et affective ?
☐ Oui
☐ Non

(8) Si oui, avec qui ? *(plusieurs choix possibles)*
☐ Mère
☐ Père
☐ Frère
☐ Sœur
☐ Copains et copines
☐ Infirmière scolaire
☐ Médecin traitant
☐ Sage-femme
☐ Autres (précisez) : ……..……..……

(9) Si non, pourquoi ? ……..……
……..……..……..

(10) Actuellement, as-tu des questions sur ta vie affective et sexuelle que tu n'arrives pas à poser ?
☐ Oui
☐ Non

(11) Si oui, pourquoi ? ……
…….....

(12) Ton copain Marco a vu sur Internet qu'il faut faire comme dans les vidéos de pornographie pour vraiment ressentir du plaisir. Que lui réponds-tu ?

……..…
...……...……...……
……..…
...……...……

(13) Est-ce que tu penses qu'Internet est une source d'informations fiable ?

☐ Oui
☐ Non

(14) Si oui, quels sites lui conseillerais-tu ?…….....
……...……...…

(15) Ta copine Sophie veut avoir sa première relation sexuelle avec son copain. Elle ne sait pas si elle est prête. Que peux-tu lui conseiller ?

……..…
……...……...……...……
….……
……...……...……

(16) Marie a eu un rapport non protégé il y a plus de 24h. Elle ne veut pas prendre la contraception du lendemain. Elle te dit qu'il est trop tard. Que peux-tu lui conseiller ?

…….……
……...……...……...……
……..……
……...……...……

(17) Estelle voudrait qu'on lui prescrive un moyen de contraception. Elle ne sait pas à qui s'adresser et a peur de l'examen du médecin. Qu'en penses-tu ?

……..……
……...……...……...……
……..……
……...……...……

(18) Nicolas a eu un rapport non protégé avec une copine cet été. Maintenant, il se pose des questions sur le risque d'IST *(plusieurs réponses possibles)* :

☐ Il se retire toujours avant d'éjaculer, donc il n'y a aucun risque d'IST.
☐ Il ne savait pas si sa partenaire avait une ou des IST, il aurait dû mettre un préservatif.
☐ Ce n'est pas grave s'il attrape une IST, elles se soignent toutes.
☐ Même si sa partenaire prend la pilule, il y a un risque qu'ils se transmettent des IST.
☐ Ce qui marche le mieux, c'est de superposer deux préservatifs pour se protéger.
☐ Il y a un risque de transmission des IST si le préservatif craque.

(19) Coche la(les) réponse(s) vraie(s) :

☐ Il n'y a pas de risque de grossesse lors d'un rapport sexuel sans pénétration.
☐ Mes parents seront obligatoirement au courant si j'ai une contraception.

☐ Je risque de tomber enceinte même si j'oublie ma pilule qu'une fois.
☐ Lorsque j'ai un copain / une copine, je suis obligée d'avoir un rapport sexuel.
☐ Normalement, il faut que je fasse tout ce que mon partenaire sexuel me demande.
☐ Tous les moyens de contraception protègent des IST.
☐ Il existe plusieurs moyens de contraception différents. J'ai le droit de choisir celui qui me correspond le mieux.

(20) Justine subit un harcèlement sexuel au lycée. Coche ce que tu pourrais penser vrai à ce propos *(plusieurs réponses possibles)* :
☐ Je pense que ce n'est pas normal.
☐ Le harcèlement est interdit.
☐ Il lui arrive de porter des jupes, c'est de sa faute.
☐ Elle a eu des rapports sexuels, elle l'a cherché.
☐ Je ne peux rien faire pour elle, c'est son problème.

(21) A qui peut-elle s'adresser pour être aidée ?
……
……

(22) Ta copine Sarah est mineure, elle est enceinte. Elle ne veut pas de cette grossesse. Elle ne sait pas quoi faire car elle ne veut pas que ses parents le sachent. Que doit-elle faire ?
……
……
……
……

(23) Ton copain ou ta copine te confie son attirance pour une personne du même sexe. Quelle est ta réaction ?
……
……
……
……

(24) Quels sujets qui n'ont pas été traités dans ce questionnaires souhaiterais-tu voir abordés pendant la séance ?

Annexe II : Questionnaire #2

QUESTIONNAIRE #2

Bonjour ! Je suis Pauline, étudiante sage-femme en 4ème année. Je fais mon Mémoire de Fin d'Etudes (qui me permet de valider mon diplôme) sur « L'impact des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sur les lycéens ». En remplissant ce questionnaire anonyme, je pourrai ainsi répondre aux questions que je me pose dans mon Mémoire. Tu as déjà rempli un questionnaire en avril 2018, voici le second. Il y aura encore un autre questionnaire, que tu devras rempli l'année prochaine.
Merci beaucoup pour ta participation !

ATTENTION: CE QUESTIONNAIRE N'EST A REMPLIR QUE SI TU AS REMPLI LE QUESTIONNAIRE #1 !

(1) Quel âge as-tu ? ..... ans

(2) Sexe :
- ☐ Homme
- ☐ Femme

(3) Dans quelle catégorie socio-professionnelle exerce…

…ton père ?
- ☐ *Agriculteurs exploitants*
- ☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
- ☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
- ☐ *Professions intermédiaires*
- ☐ *Employés*
- ☐ *Ouvriers*
- ☐ *Retraités*
- ☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

…Et **ta mère** ?
- ☐ *Agriculteurs exploitants*
- ☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
- ☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
- ☐ *Professions intermédiaires*
- ☐ *Employés*
- ☐ *Ouvriers*
- ☐ *Retraités*
- ☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

(4) Dans quelle classe es-tu ? ……..……

As-tu rempli le questionnaire #1 en avril 2018 ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(5) As-tu déjà assisté à des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens pas

(6) Si oui :
- Combien de fois ? ……..…
- Combien de temps ont duré ces interventions ? ……...……
  ……..……..……

- En quelle(s) classe(s) étais-tu ? ……
- Est-ce qu'elles se déroulaient dans un établissement scolaire ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas
- Qui animait la séance ? *(plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Infirmière scolaire
  - ☐ Autre professionnel de santé
  - ☐ Professeur
  - ☐ Animateur, association…
  - ☐ Ne sait pas (ne se sont pas présentés ou ne se souvient pas)
  - ☐ Autre : ……...……
- Est-ce que le groupe était mixte (filles et garçons présents) ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas

(7) T'arrive-t-il de parler de vie sexuelle et affective ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(8) Si oui, avec qui ? *(plusieurs choix possibles)*
- ☐ Mère
- ☐ Père
- ☐ Frère
- ☐ Sœur
- ☐ Copains et copines
- ☐ Infirmière scolaire
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Sage-femme
- ☐ Autres (précisez) : ……..……..……

(9) Si non, pourquoi ? ……..…..
……..……..……

(10) Actuellement, as-tu des questions sur ta vie affective et sexuelle que tu n'arrives pas à poser ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(11) Si oui, pourquoi ? ……..……
……..…….....

(12) Ton copain Marco a vu sur Internet qu'il faut faire comme dans les vidéos de pornographie pour vraiment ressentir du plaisir. Que lui réponds-tu ?
……...……
……...……....

(13) Est-ce que tu penses qu'Internet est une source d'informations fiable ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

(14) Si oui, quels sites lui conseillerais-tu ?……...……...
……...……

(15) Ta copine Sophie veut avoir sa première relation sexuelle avec son copain. Elle ne sait pas si elle est prête. Que peux-tu lui conseiller ?
……...……
……...……....
……...……
……...…

(16) Marie a eu un rapport non protégé il y a plus de 24h. Elle ne veut pas prendre la contraception du lendemain. Elle te dit qu'il est trop tard. Que peux-tu lui conseiller ?
……...……
……...……....
……...……
……...…

(17) Estelle voudrait qu'on lui prescrive un moyen de contraception. Elle ne sait pas à qui s'adresser et a peur de l'examen du médecin. Qu'en penses-tu ?
……...……
……...……...
……...……
……...…

(18) Nicolas a eu un rapport non protégé avec une copine cet été. Maintenant, il se pose des questions sur le risque d'IST *(plusieurs réponses possibles)* :

- ☐ Il se retire toujours avant d'éjaculer, donc il n'y a aucun risque d'IST.
- ☐ Il ne savait pas si sa partenaire avait une ou des IST, il aurait dû mettre un préservatif.
- ☐ Ce n'est pas grave s'il attrape une IST, elles se soignent toutes.
- ☐ Même si sa partenaire prend la pilule, il y a un risque qu'ils se transmettent des IST.
- ☐ Ce qui marche le mieux, c'est de superposer deux préservatifs pour se protéger.
- ☐ Il y a un risque de transmission des IST si le préservatif craque.

(19) Coche la(les) réponse(s) vraie(s) :

- ☐ Il n'y a pas de risque de grossesse lors d'un rapport sexuel sans pénétration.
- ☐ Mes parents seront obligatoirement au courant si j'ai une contraception.
- ☐ Je risque de tomber enceinte même si j'oublie ma pilule qu'une fois.
- ☐ Lorsque j'ai un copain / une copine, je suis obligée d'avoir un rapport sexuel.
- ☐ Normalement, il faut que je fasse tout ce que mon partenaire sexuel me demande.
- ☐ Tous les moyens de contraception protègent des IST.

 Il existe plusieurs moyens de contraception différents. J'ai le droit de choisir celui qui me correspond le mieux.

(20) Justine subit un harcèlement sexuel au lycée. Coche ce que tu pourrais penser vrai à ce propos *(plusieurs réponses possibles)* :
 Je pense que ce n'est pas normal.
 Le harcèlement est interdit.
 Il lui arrive de porter des jupes, c'est de sa faute.
 Elle a eu des rapports sexuels, elle l'a cherché.
 Je ne peux rien faire pour elle, c'est son problème.

(21) A qui peut-elle s'adresser pour être aidée ?
……...……
……...……

(22) Ta copine Sarah est mineure, elle est enceinte. Elle ne veut pas de cette grossesse. Elle ne sait pas quoi faire car elle ne veut pas que ses parents le sachent. Que doit-elle faire ?
……...……
……...……...
……...…
……....…

(23) Ton copain ou ta copine te confie son attirance pour une personne du même sexe. Quelle est ta réaction ?
…...……
….……...……...
…...……
……...…

(24) Depuis la dernière séance, t'es-tu posé des questions à propos des sujets abordés dans les questionnaires et au cours de la séance d'information ? Lesquelles ?

Annexe III : Questionnaire #3

QUESTIONNAIRE #3

Bonjour ! Je suis Pauline, étudiante sage-femme en 5ème année. Je fais mon Mémoire de Fin d'Etudes (qui me permet de valider mon diplôme) sur « L'impact des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective sur les lycéens ». En remplissant ce questionnaire anonyme, je pourrai ainsi répondre aux questions que je me pose dans mon Mémoire.
Tu as déjà rempli deux questionnaires en avril 2018 et en mai-juin 2018. Voici le troisième (et dernier !).
Merci beaucoup pour ta participation !

- **As-tu renseigné les questionnaires #1 et #2 ?**
  ☐ **Oui**
  ☐ **Non**

- **As-tu assisté à la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective en avril 2018 ?**
  ☐ **Oui**
  ☐ **Non**

Si tu réponds « Non » à au moins l'une de ces questions, ne répond pas à ce questionnaire ! Merci !

(1) Quel âge as-tu ? ..... ans

(2) Sexe :
☐ Homme
☐ Femme

(3) Dans quelle catégorie socio-professionnelle exerce…

…**ton père** ?
☐ *Agriculteurs exploitants*
☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
☐ *Professions intermédiaires*
☐ *Employés*
☐ *Ouvriers*
☐ *Retraités*
☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

…et **ta mère** ?
☐ *Agriculteurs exploitants*
☐ *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise*
☐ *Cadres et professions intellectuelles supérieures*
☐ *Professions intermédiaires*
☐ *Employés*
☐ *Ouvriers*
☐ *Retraités*
☐ *Autres personnes sans activité professionnelle*

(4) Dans quelle section es-tu ? ☐ L ☐ ES ☐ S ☐ STMG
Dans quelle classe es-tu ? ……..……
Dans quelle classe étais-tu l'année dernière ? ……..

(5) As-tu déjà assisté à des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective ?
- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne me souviens pas

(6) Si oui :
- Combien de fois ? …….....……
- Combien de temps ont duré ces interventions ? …….....…….
  …….……..……
- En quelle(s) classe(s) étais-tu ? ……..……..
- Est-ce qu'elles se déroulaient dans un établissement scolaire ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas
- Qui animait la séance ? *(plusieurs réponses possibles)*
  - ☐ Infirmière scolaire
  - ☐ Autre professionnel de santé
  - ☐ Professeur
  - ☐ Animateur, association…
  - ☐ Ne sait pas (ne se sont pas présentés ou ne se souvient pas)
  - ☐ Autre : …….....……
- Est-ce que le groupe était mixte (filles et garçons présents) ?
  - ☐ Oui
  - ☐ Non
  - ☐ Je ne me souviens pas

(7) Depuis la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective à laquelle tu as pu assister en avril dernier, arrives-tu à parler plus facilement de ce sujet ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(8) Si non, pourquoi ? ……
……...

(9) As-tu des questions sur ta vie affective et sexuelle dont tu ne trouves toujours pas les réponses ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(10) Si oui, pourquoi ? ……
….....

(11) Est-ce que tu penses qu'Internet est une source d'informations fiable ?
- ☐ Oui
- ☐ Non

(12) As-tu consulté des sites Internet pour te renseigner sur ce sujet ?

☐ Oui
☐ Non

(13) Si oui, quels sites ?……..……..……

(14) Julie a regardé un film pornographique l'autre jour. Elle se demande si elle va devoir faire pareil quand elle aura une activité sexuelle. Que lui réponds-tu ?

……...……
……...……
……...

(15) Ton ami Isaac veut avoir sa première relation sexuelle avec sa copine. Il te dit qu'elle n'est pas trop d'accord car elle ne se sent pas prête. Que peux-tu leur conseiller ?

……...…
……...……
……...……

(16) Ton amie Manon t'explique qu'hier elle a eu un rapport non protégé. Quel(s) est(sont) les risque(s) d'un rapport non protégé ? Que lui conseilles-tu ?

……...…
……...……
……...…

(17) Fatma recherche des informations sur la première consultation gynécologique, car elle aimerait qu'on lui prescrive un moyen de contraception. Elle ne trouve pas de réponse, et a peur de l'examen gynécologique. Qu'en penses-tu ?

……...…
……...……
……...…

(18) Pierre a eu un rapport non protégé, et ne savait pas si son partenaire avait une IST. Quelle était la précaution à prendre ? En l'absence de précaution, que doit-il faire ?

……...……
……...
……...

(19) Tu es témoin d'une situation de harcèlement sexuel au lycée. Que peux-tu faire ?

……...……
……...

(20) Lucie a 16 ans, et elle est enceinte. Elle veut avorter, mais elle ne veut pas que ses parents le sachent. Que peut-elle faire ?

……...……

(21) A propos de la séance d'éducation à la vie sexuelle et affective à laquelle tu as pu assister en avril dernier : coche le(s) élément(s) que tu as apprécié(s) *(plusieurs réponses possibles)*, et explique pourquoi dans la ligne correspondante :

☐ L'intervenant était étudiant en santé	
☐ L'absence de personnel du lycée (pas de professeur présent…)	
☐ Les sujets abordés	
☐ La « forme »	
☐ Les réponses apportées aux questions	
☐ Autre (précisez) :	

(22) Est-ce que tu aurais préféré que les filles et les garçons soient séparés pendant l'intervention ?

☐ Oui

☐ Non

- Si oui, pourquoi ? ……..……...
  ……..…….
- Si non, pourquoi ? ……
  ……..….

(23) Est-ce que tu penses que tu aurais besoin d'autres séances ?

☐ Oui

☐ Non

(24) Si oui, sur quels thèmes ? ……
…….……

Tu as donc terminé de remplir le dernier questionnaire, qui me permet de faire mon étude pour mon Mémoire ! ***Merci encore une fois pour ton aide !***
Si tu veux connaître les résultats du questionnaire, adresse-toi à l'infirmière scolaire du lycée. Je lui enverrai mon mémoire afin qu'elle puisse vous le transférer.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Annexe IV : Programme de l'UE libre « Education et prévention en maïeutique » (SMa2 2017-2018)

ANNÉE UNIVERSITAIRE
2017 – 2018

2ème Année de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
SEMESTRE 3

UE LIBRE – ÉDUCATION ET PRÉVENTION EN MAÏEUTIQUE 3 ECTS – 24 heures

Information générale :
Cette UE est transversale sur L2 et L3.
En L2, l'objectif de la formation est de favoriser l'acquisition d'une identité professionnelle et de connaissances théoriques et pratiques lui permettant d'appréhender les enjeux de la communication dans le domaine de la santé.
En L3 l'étudiant élaborera un projet d'action en santé publique, de la conception à la réalisation.

Objectifs généraux : (cf. Métier et compétences)

- Développer des connaissances dans le champ de la promotion de la santé, de la prévention et de la santé des femmes et des enfants
- Définir le concept « santé », éducation pour la santé, promotion de la santé et prévention
- Apporter des informations claires et accessibles
- Informer les personnes de manière correcte, en situant les limites de sa compétence.
- Concevoir des stratégies pédagogiques variées de groupe et d'entretien pour une écoute efficace
- Prendre en compte des aspects physiologiques, psychologiques et socioculturels.
- Prendre la distance nécessaire devant une situation par une réflexion logique et appropriée
- Développer des actions avec tous les acteurs de la périnatalité
- Argumenter logiquement une position personnelle

Principaux items :

- Aspects théoriques en sociologie
- Le temps
- Communication et conduite d'entretien individuel et de groupe
- Appréhender les « groupes »

Modalités d'évaluation :

- Présentiel obligatoire
- Session 1 : 1 épreuve écrite de 1h30
- Session 2 : 1 épreuve écrite de 1h30

Programme :

N°	Type	Titre du cours	Durée
1	ED	Aspects théoriques en sociologie. Concepts	06h00
2	ED	Application des concepts à la profession de sage-femme	
3	ED	Jeux de rôle autour des caractéristiques sociales	
4	ED	Les enjeux de la communication	02h00
5	ED	Le temps	02h00
6	ED	Découvrir sa personnalité et celle des autres Exercices et jeux de rôle	04h00
7	ED	Attitudes positives et négatives de l'écoute. Exercices et jeux de rôle.	03h00
8	ED	Maîtrise de la parole	03h00
9	ED	S'adresser à un groupe dans un milieu professionnel	03h00

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES
université PARIS-SACLAY

Annexe V : Programme de l'UE libre « Education et prévention en maïeutique » (SMa3 2018-2019)

ANNÉE UNIVERSITAIRE
2017 – 2018

3ème Année de Formation Générale en Sciences Maïeutiques
SEMESTRE 6

UE LIBRE – PRÉVENTION ET ÉDUCATION EN MAÏEUTIQUE
3 ECTS - 24 heures

Information générale :
Cette UE est transversale sur L2 et L3.
En SMA2, l'objectif de la formation est de favoriser l'acquisition d'une identité professionnelle et de connaissances théoriques et pratiques lui permettant d'appréhender les enjeux de la communication dans le domaine de la santé.
En SMA3 l'étudiant élaborera un projet d'action en santé publique, de la conception à la réalisation.

Objectifs généraux : (cf. Métier et compétences)
- Participer à une action de santé publique et son évaluation.
- Développer chez les étudiants sages-femmes les compétences nécessaires pour mener des actions de prévention en éducation à la sexualité auprès des adolescents.

Principaux items :
- Identité sexuelle et sexualité humaine.
- Discrimination par le genre.
- Puberté.
- Rôle des professionnels- Prise en charge.
- Contraception et désir d'enfants.
- IST.

Mode d'évaluation :
- Présence obligatoire aux enseignements.
- Un exposé noté sur les moyens de contraception réalisé en groupe.
- Animation d'au moins une séance d'éducation à la vie affective et sexuelle dans un établissement scolaire.

Programme et emploi du temps :

N°	Type	Titre du Cours	Durée
1	ED	Introduction à la Santé Publique, présentation du module d'enseignement et des outils méthodologiques	01h30
2	ED	L'éducation à la sexualité ; contexte règlementaire, recommandations	01h30
3	ED	Sensualité et éveil à la sexualité des adolescents	02h00
4	ED	Les préoccupations des adolescents ; « petites histoires d'amour et de contraception » (film)	02h00
5	ED	La discrimination par le genre	02h30
6	ED	Construction des questionnaires de pré-intervention	02h00
7	CC	Les moyens de contraception ; présentation par les étudiants des différentes méthodes. Exposés notés	03h00
8	ED	Animation d'une séance Jeux de rôle	02h00
9	ED	Construction des séances sur la base du retour des questionnaires. Thèmes retenus conformément au Guide d'intervention pour les collèges et les lycées « Education à la sexualité	02h00
10	ED	Interventions : au moins une intervention / étudiant	+/- 04h00

Annexe VI : Barème de notation de l'évolution des connaissances des lycéens

Catégorie de connaissance	Numéro item concerné	Intitulé de l'item	Réponse attendue
Violences sexistes et sexuelles	20 – item A	Je pense que ce n'est pas normal.	Vrai
	20 – item B	Le harcèlement est interdit.	Vrai
	20 – item C	Il lui arrive de porter des jupes, c'est de sa faute.	Faux
	20 – item D	Elle a eu des rapports sexuels, elle l'a cherché.	Faux
	20 – item E	Je ne peux rien faire pour elle, c'est son problème.	Faux
	Score	*Faible : < 0 point* *Moyen : 0 ≤ x < 2 points* *Bon : ≥ 2 points* ***TOTAL = 3 points***	
Sexualité et consentement	19 – item D	Lorsque j'ai un copain / une copine, je suis obligé(e) d'avoir un rapport sexuel	Faux
	19 – item E	Normalement, il faut que je fasse tout ce que mon partenaire sexuel me demande.	Faux
	Score	*Faible : - 2 points* *Moyen : - 1 points* *Bon : 0 point* ***TOTAL = 0 point***	
Risque de grossesse et contraception	19 – item A	Il n'y a pas de risque de grossesse lors d'un rapport sexuel sans pénétration.	Faux
	19 – item B	Mes parents seront obligatoirement au courant si j'ai une contraception.	Faux
	19 – item C	Je risque de tomber enceinte même si j'oublie ma pilule qu'une fois.	Vrai
	19 – item G	Il existe plusieurs moyens de contraception différents. J'ai le droit de choisir celui qui me correspond le mieux.	Vrai
	Score	*Faible : < 0 points* *Moyen : 0 ≤ x < 2 point* *Bon : 2 points* ***TOTAL = 2 points***	

Prévention contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)	18 – item A	Il se retire toujours avant d'éjaculer, donc il n'y a aucun risque d'IST.	Faux
	18 – item B	Il ne savait pas si sa partenaire avait une ou des IST, il aurait dû mettre un préservatif.	Vrai
	18 – item C	Ce n'est pas grave s'il attrape une IST, elles se soignent toutes.	Faux
	18 – item D	Même si sa partenaire prend la pilule, il y a un risque qu'ils se transmettent des IST.	Vrai
	18 – item E	Ce qui marche le mieux, c'est de superposer deux préservatifs pour se protéger.	Faux
	18 – item F	Il y a un risque de transmission des IST si le préservatif craque.	Vrai
	19 – item F	Tous les moyens de contraception protègent des IST.	Faux
	Score	*Faible : ≤ 0 points* *Moyen : 0 < x < 3 points* *Bon : 3 points* ***TOTAL = 3 points***	

Annexe VII : Représentativité de la population d'étude

Tableau 6 : Comparaison de la population d'étude à la population nationale (France)

	Au lycée Jacques Prévert n (%)		**Au niveau national[33]**
Âge (Q#1 : n = 305)			
14 ans ou moins	4 (1,3 %)		4,2 %
15 ans	183 (60,0 %)		84,6 %
16 ans	107 (35,1 %)		10,0 %
17 ans ou plus	10 (3,3 %)		1,1 %
PDR	1 (0,3 %)		-
Sexe (Q#1 : n= 305)			
Masculin	156 (51,1 %)		46,4 %
Féminin	145 (47,5 %)		53,6 %
PDR	4 (1,3 %)		-
Catégorie socio-professionnelle (Q#1 : n = 305)	**Du père**	**De la mère**	
Agriculteur exploitant	0 (0,0 %)	1 (0,3 %)	1,6 %
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	61 (20,0 %)	27 (8,9 %)	11,1 %
Professions libérales, cadres	77 (25,2 %)	58 (19,0 %)	24,8 %
Enseignants	-	-	4,4 %
Professions intermédiaires	27 (8,9 %)	39 (12,8 %)	14,0 %
Employés	57 (18,7 %)	99 (32,5 %)	16,4 %
Ouvriers	17 (5,6 %)	3 (1,0 %)	20,4 %
Retraités	10 (3,3 %)	2 (1,0 %)	1,7 %
Inactifs	4 (1,3 %)	25 (8,2 %)	5,6 %
PDR	52 (17,0 %)	51 (16,7 %)	-
Section d'étude (Q#3 : n = 122)			
Littéraire	24 (19,7 %)		10,4 %
Economique et Social	55 (45,1 %)		23,9 %
Scientifique	43 (35,2 %)		37,8 %