



**HAL**  
open science

# L'éducation à la santé sexuelle des jeunes en maison d'enfants à caractère social

Bahia Loudghiri

► **To cite this version:**

Bahia Loudghiri. L'éducation à la santé sexuelle des jeunes en maison d'enfants à caractère social. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03926258

**HAL Id: dumas-03926258**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03926258v1>**

Submitted on 6 Jan 2023

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

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



*École de Maïeutique*

# **L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES EN MAISONS D'ENFANTS À CARACTÈRE SOCIAL**

Présenté et publiquement soutenu

Le 7 juin 2022

Par

LOUDGHIRI Bahia  
Née le 11 novembre 1998

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme  
Année universitaire 2021/2022

Membres du jury :

- MONLEAU Sophie, Sage-femme Enseignante de l'École de Maïeutique de Marseille.

-NINA Cécile, Directrice de Mémoire – Sage-Femme coordinatrice à l'hôpital Nord de Marseille.

- VACHER Justine, Sage-femme attachée de recherche clinique, Centre d'Essais Précoces en Cancérologie de Marseille, AP-HM.



# AIX MARSEILLE UNIVERSITE

*École de Maïeutique*

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES EN MAISONS D'ENFANTS À CARACTÈRE SOCIAL

LOUDGHIRI Bahia  
Née le 11 novembre 1998

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**

**Année universitaire 2021-2022**

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2022 : oui  non**

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2022 : oui  non**

**Mention :**

**Visa et tampon de l'école**



*École de Maïeutique*

# **L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES EN MAISONS D'ENFANTS À CARACTÈRE SOCIAL**

Présenté et publiquement soutenu

Le 7 juin 2022

Par

LOUDGHIRI Bahia  
Née le 11 novembre 1998

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme  
Année universitaire 2021/2022

Membres du jury :

- MONLEAU Sophie, Sage-femme Enseignante de l'École de Maïeutique de Marseille.

- NINA Cécile, Directrice de Mémoire – Sage-Femme coordinatrice à l'hôpital Nord de Marseille.

- VACHER Justine, Sage-femme attachée de recherche clinique, Centre d'Essais Précoces en Cancérologie de Marseille, AP-HM

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier **Mme Cécile Nina**, d'avoir accepté de diriger mon mémoire. Je la remercie pour sa disponibilité, ses conseils précieux et sa bienveillance qui m'ont accompagné ces deux dernières années.

Merci **à tous les participants de l'étude**, pour leur temps et leur implication sur le sujet.

J'adresse mes sincères remerciements **à l'équipe pédagogique de l'École de Maïeutique de Marseille**, pour nous avoir accompagné dans la bienveillance pour faire de nous les Sages-femmes de demain.

Je remercie mes parents, **Ali et Souad**, et mon petit frère **Othman** pour leur soutien sans faille et sans qui rien n'aurait été possible.

À **Youssef**, pour avoir pris sa plus belle plume pour m'écrire et avoir cru en moi à chaque instant.

Je remercie ma très chère **Leila**, l'histoire d'une rencontre incroyable qui a donné lieu à un merveilleux projet.

À **Jade**, pour son amitié fidèle et son aide précieuse.

À **Solène et Natasha**, pour avoir partagé le meilleur comme le pire de ces dernières années, pour nos fous rires mémorables et chacun des souvenirs que nous avons créés. À cette merveilleuse profession qui nous lie.

# SOMMAIRE

---

\_Toc103116299

<b>INTRODUCTION À L'ETUDE .....</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODE.....</b>	<b>4</b>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>6</b>
<b>ANALYSE ET DISCUSSION.....</b>	<b>27</b>
L'EDUCATION À LA SANTE SEXUELLE DES JEUNES EN MECS .....	28
LES PARTICULARITES DE L'EDUCATION À LA SANTE SEXUELLE EN MECS.....	34
<i>Les spécificités des adolescents en MECS .....</i>	<i>34</i>
<i>Ces particularités peuvent-elles être considérées comme facteur de risques en santé sexuelle ?.....</i>	<i>35</i>
<i>Déni, banalisation et culture du viol pour les jeunes en MECS. ....</i>	<i>38</i>
<i>Les difficultés d'une éducation à la santé sexuelle adaptée.....</i>	<i>40</i>
LES PARTENAIRES ET OUTILS DE L'EDUCATION À LA SANTE SEXUELLE.....	42
LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS L'EDUCATION À LA SANTE SEXUELLE.....	45
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>47</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>49</b>

---

# GLOSSAIRE

---

A.S.E : Aide Sociale à l'Enfance.

E.C.S : Éducation Complète à la Sexualité.

I.D.E : Infirmier Diplômé d'État.

I.M.E : Institut Médico-Éducatif.

I.N.S.E.R.M : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.

I.S.T : Infections Sexuellement Transmissibles.

I.V.G : Interruption Volontaire de Grossesse.

M.D.S : Maison Départementale de la Solidarité.

M.E.C.S : Maison d'Enfant à Caractère Social.

M.N.A : Mineurs Non Accompagnés, personnes de moins de 18 ans qui se trouvent en dehors de leurs pays d'origine sans être accompagnés d'un parent ou d'une personne exerçant l'autorité parentale.

M.S.T : Maladies Sexuellement Transmissibles.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé.

S.E.G.P.A : Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté.

U.N.E.S.C.O : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture.

V.A.V.S : Victimes devenues Auteurs de Violences Sexuelles

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine.



# INTRODUCTION À L'ETUDE

---

La Sexualité est un sujet qui évolue depuis plusieurs années. En effet, dès le XXe siècle le concept de sexualité a fait l'objet d'une modernisation qui a permis de délaisser la vision purement reproductive et matrimoniale de la sexualité et ainsi lever progressivement le tabou qui la concerne. De nos jours, le concept de santé est une valeur centrale du monde contemporain. Le concept de santé sexuelle ne considérant pas la sexualité seulement comme une pratique reproductive, mais aussi comme faisant partie intégrante du bien-être et d'une meilleure santé, a nécessité un cheminement plus progressif. Il est apparu en 1974 lors d'une conférence réunie à Genève sous l'impulsion d'un groupe de sexologues et avec l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (A. Giami, directeur de l'INSERM, 2007).

*L'OMS définit la santé sexuelle comme un « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. 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 et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. ».*

Actuellement, le champ d'action en termes de santé sexuelle ne se limite plus seulement au versant maternel et infantile, mais s'est étendu à la santé sexuelle des hommes et des femmes tout au long du cycle de leur vie, y compris l'adolescence. Elle est étroitement liée aux facteurs socioculturels, au rôle de chaque sexe et au respect des droits humains. (OMS, 2012).

La santé sexuelle est un droit fondamental, pour cela l'éducation à celle-ci est indispensable. Le droit à l'éducation à la sexualité est inscrit dans le Code de l'éducation depuis la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001. (Articles L. 121-1 et L. 312-16) En 2017, le gouvernement français lance la première Stratégie Nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Cette stratégie s'articule autour de différentes priorités dont le fait de promouvoir la santé sexuelle en particulier en direction des jeunes. (Ministères des Solidarités et de la Santé, 2017). En 2018, le ministre de l'Éducation nationale rappelle les objectifs de l'éducation à la santé sexuelle dans le cadre scolaire et parle de cette éducation comme une « *démarche éducative transversale et progressive, qui vise à favoriser l'estime de soi, le respect de soi et d'autrui, l'acceptation des différences, la compréhension et le respect de la loi et des droits humains, la responsabilité individuelle et collective, la construction de la personne et l'éducation du citoyen.* ». (Circulaire – n°2018-111 du 12/09/2018).

L'Éducation à la santé sexuelle se base sur les champs biologique, psycho-émotionnel, juridique et social, elle permet donc de préparer les adolescents à adopter une conduite responsable et sécurisante dans leurs pratiques. En effet, la population des 15-24 ans est la plus touchée notamment par les infections sexuellement transmissibles (IST). (Santé Publique France, 2018).

L'adolescence est une période de la vie où la sexualité suscite de nombreuses questions et angoisses. Plusieurs auteurs ont écrit sur ce sujet notamment Françoise Dolto qui aborde également dans son livre *Le complexe du Homard* d'autres sujets de l'adolescence comme la violence, la consommation de drogues, les relations amoureuses et amicales... D'après l'OMS, les adolescents sont inclus dans les groupes vulnérables de même que les personnes migrantes ou encore les personnes qui se prostituent. Ces groupes vulnérables nécessitent une éducation à la santé sexuelle efficace.

Les Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) sont des établissements sociaux ou médicaux-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert (les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur). Les MECS relèvent de la compétence du Conseil Départemental, qui donne l'habilitation pour recevoir des enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale (physique, sexuelle ou psychologique), de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, de toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, ou encore de problèmes comportementaux de l'enfant.

Il est possible de retrouver dans ces structures des Mineurs Non Accompagnés (MNA) qui sont réfugiés en France et des adolescents pratiquant la prostitution.

Dans les MECS, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes sont pris en charge par des éducateurs spécialisés. L'éducateur spécialisé est impliqué dans une relation socio-éducative de proximité inscrite dans une temporalité. Son rôle est d'aider et d'accompagner des personnes, des groupes ou des familles en difficulté dans le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion. (Référentiel professionnel éducateur spécialisé, 2018). Du fait de leur position, les éducateurs spécialisés sont en première ligne dans l'éducation, notamment dans l'éducation à la santé sexuelle des jeunes qu'ils prennent en charge.

Devant ce constat une étude a été menée avec pour question de recherche :

**« En quoi l'éducation à la santé sexuelle auprès des jeunes placés en MECS constitue-t-elle un enjeu pour les éducateurs spécialisés ? »**

Les objectifs de la recherche sont :

- Identifier les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS.
- Identifier les freins et les difficultés de l'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS.

Ce travail est rédigé selon la méthodologie d'un mémoire article et suivra ainsi le plan suivant :

- Introduction à l'étude
- Matériels et méthode
- Résultats
- Analyse et discussion
- Conclusion de l'étude

# MATERIELS ET METHODE

---

Pour pouvoir répondre aux différents questionnements une étude qualitative par des entretiens semi-directifs a été menée. Ce type d'étude a été choisi afin de connaître et d'étudier, le plus précisément possible, la question de la santé sexuelle des jeunes en MECS.

L'étude qualitative, descriptive et compréhensive a été menée à Marseille, de juin à septembre 2021. Elle a concerné des professionnels exerçant en Maison d'Enfant à Caractère Social.

La participation à l'étude s'est faite sur la base du volontariat à la suite de prises de contact par mail ou par téléphone. L'étude a porté sur dix sujets au total, dont des éducateurs spécialisés, un chef de service et une infirmière diplômée d'état (IDE). Deux personnes n'ont pas souhaité participer à l'étude pour des raisons diverses. (**Tableau 1**).

Le critère d'inclusion principal pour les éducateurs spécialisés et pour les infirmiers diplômés d'état était de travailler en MECS.

Le critère principal de non-inclusion pour les éducateurs spécialisés et pour les infirmiers diplômés d'état était de travailler dans d'autres institutions d'accueil que les MECS.

Les données de l'étude ont été recueillies au cours d'une enquête qualitative par des entretiens semi-directifs selon la méthode de Jean-Claude Kaufmann. Comme dit le sociologue, l'entretien « *compréhensif* » est une méthode selon laquelle « *la meilleure question n'est pas donnée par la grille mais est à trouver à partir de ce qui est dit par l'informateur* ». (JC. Kaufmann, 1996).

Sept entretiens ont été menés individuellement pour que chaque participant se sente libre de s'exprimer sur les thématiques abordées, pouvant être taboues pour certains. Un entretien a été mené en trio à la demande des participants.

Les prénoms des participants ont été modifiés afin de garantir leur anonymat. Les entretiens se sont déroulés par téléphone, visioconférence et dans les locaux des MECS Rochefond et les Saints-Anges à Marseille. La durée des entretiens a varié de trente-sept minutes à quatre-vingt-treize minutes.

Une grille d'entretien (**Annexe 1**) a été construite et testée au début de l'étude par deux entretiens exploratoires afin d'ajuster au mieux les questions. Cet outil a permis au chercheur de garantir pour chaque entretien le même cadre formel. Les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un smartphone et d'un ordinateur portable après avoir recueillis préalablement l'accord de tous les participants. Chaque entretien a été retranscrit intégralement et le plus fidèlement possible sur des documents Word de Juillet à Décembre 2021.

Les entretiens ont été traités et analysés selon la méthode d'analyse de contenu décrite par L. Bardin. (Bardin, 2013).

Pseudonyme	Age	Lieu de l'entretien	Date	Profession
<b>Lila</b>	23	Par téléphone	22/06/21	Éducatrice spécialisée
<b>Marion</b>	24	Par visioconférence	19/07/21	Éducatrice spécialisée
<b>Rachelle</b>	23	Par téléphone	19/07/21	Éducatrice spécialisée
<b>Laetitia</b>	41	MECS	22/07/21	IDE
<b>Sarah</b>	43	Par téléphone	27/07/21	Éducatrice spécialisée
<b>Xavier</b>	56	MECS	11/08/21	Chef de service
<b>Kenza</b>	25	Par téléphone	22/09/21	Éducatrice spécialisée
<b>Sam</b>	36	MECS (focus groupe)	23/09/21	Éducateur spécialisé
<b>Camille</b>	43	MECS (focus groupe)	23/09/21	Éducatrice spécialisée
<b>Flore</b>	30	MECS (focus groupe)	23/09/21	Éducatrice spécialisée
<b>Personne ayant refusé de participer à l'étude</b>				
<b>Sylvie</b>				IDE
<b>Lisa</b>				Éducatrice spécialisée

**Tableau 1 :** Récapitulatif des membres ayant participé ou non à l'étude.

# RESULTATS

---

L'analyse des entretiens est une étape importante de l'étude, elle permet d'extraire le contenu des entretiens et de leurs donner du sens (C. Eymard, 2003).

L'étude a permis de répondre aux objectifs qui étaient dans un premier temps d'identifier les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS notamment en identifiant les situations de santé sexuelles rencontrées en MECS. Dans un second temps, elle a permis d'identifier les freins et les difficultés que les éducateurs spécialisés pouvaient rencontrer dans ces situations et de conclure par les pistes d'améliorations proposées par les professionnels.

## Les situations de santé sexuelle rencontrées (*Annexe 2*) (*Tableau 2*)

Afin d'identifier les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle auprès des jeunes en MECS, il était nécessaire de faire le point sur les situations de santé sexuelle rencontrées. Lorsque la question de la santé sexuelle a été abordée, certains des participants ont d'abord évoqué la notion **de grossesse non désirée** notamment par le biais de la **contraception**. Pour Laetitia, IDE, L-27, quand on aborde la santé sexuelle « *On a forcément la prévention type contraception* ». Marion, éducatrice spécialisée, évoque la santé sexuelle comme « *tout ce qui existe comme contraception qu'elle soit féminine ou masculine* » L-17.

Les jeunes placés en MECS ont accès dans leurs structures à différents moyens de contraception. Comme l'explique Camille, éducatrice spécialisée, L-148-149 « *On peut leur proposer de prendre la pilule, de mettre un implant, on met aussi des préservatifs à leur disposition si besoin* ». Lila, éducatrice spécialisée, explique également L-381-383 « *Pour les préservatifs ils sont en libre-service en dehors du bureau des éducateurs comme ça elles ne sentent pas gênées pour en récupérer et pour la pilule comme on leur a expliqué que cela pouvait régler leurs cycles c'est surtout sur demande* ». Lila a été la seule à évoquer la contraception d'urgence en prenant une situation d'exemple L-41 « *(elle) utilisait la pilule du lendemain comme une pilule contraceptive lambda, elle l'avait pris 5 ou 6 fois dans le mois* ».

L'efficacité de la contraception réside en grande partie dans le fait qu'elle soit adaptée à la personne qui l'utilise.

Pour Xavier, éducateur spécialisé et chef de service, « *La pilule ça ne fonctionne pas, sur la vingtaine de jeune qu'on a il n'y a qu'une qui arrive plus ou moins à y penser tous les jours si non c'est trop compliqué pour elles, on s'est aperçu qu'il n'y a aucune fille qui arrive à tenir. Nous, on essayait avec leur accord et celui des parents de poser des implants mais on s'est aperçu que certaines se le faisait retirer rapidement* ». À la question « *y a-t-il un relai de contraception après le retrait de l'implant ?* » Marion répond L-75 « *Pas vraiment, après il y a beaucoup de grossesse à la MECS, des grossesses désirées ou non désirées on ne sait pas trop* »

De la question de la contraception a découlé celle de **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Marion évoque L-41-43 ; 46 « *La difficulté principale concerne surtout le fait qu'elles acceptent difficilement de prendre une contraception (...) Elles se disent qu'au pire elles peuvent avorter c'est quelque chose de banal.* ». Elle dit également à propos de l'accompagnement à l'IVG L-84 « *Oui il y en a pas mal, j'ai déjà dû accompagner plusieurs filles pour cela.* ». Sarah, éducatrice spécialisée, parle de l'IVG dans le cas de très jeune fille L- 397 « *Une jeune de 13/14 ans dans cette situation c'est un trauma pour elle mais se retrouver à 14 ans avec un bébé et une mère (...) maltraitante ce n'est pas bon non plus* ». Elle rappelle également que d'un point de vue juridique L-399-401 « *On ne peut pas les garder si elles décident de garder l'enfant, on ne peut pas forcer une jeune à avorter, elle passera sur un foyer mère-enfant malheureusement il n'y en a pas beaucoup à Marseille. Ce sont des situations compliquées (...)* ».

Le déroulement et l'accompagnement médical de l'IVG a été abordé par Laetitia, IDE, L109-117 « *La seule chose sur laquelle nous n'étions pas d'accord avec les autres professionnels de la structure était le fait qu'ils voulaient que la prise des médicaments pour l'IVG se fasse au sein de la MECS et pour cela je n'étais pas d'accord. C'était important pour moi que cette jeune fille puisse vivre cela dans de bonnes conditions en étant entourée et cadrée comme il se doit avec un médecin, une sage-femme pas loin. Je n'aurai pas été en mesure de l'accompagner correctement ici avec tous les autres enfants à côté, ils sont chez eux mais il n'y a pas vraiment d'intimité. Surtout ici il n'y a pas maman pour caresser la joue et rassurer. J'ai été soutenue par la direction*

*et l'IVG s'est fait à l'hôpital et nous avons bien fait ne serait-ce que pour la gestion de la douleur ce n'est pas mon petit doliprane qui l'aurait soulagée. ».*

La prévention liée aux moyens de contraception rejoint celle liée aux moyens de protection **des Infections Sexuellement Transmissibles**. Cela peut parfois causer des confusions chez les jeunes. Ces situations sont illustrées par Lila L40-41 « *Elle ne se protégeait pas, elle pensait que les préservatifs ne servaient que pour ne pas avoir d'enfants* », ou encore Laetitia L48 « *si elles prennent la pilule elles n'utilisent plus de préservatifs* ». À la question « *pensez-vous qu'ils arrivent à faire la différence entre se protéger d'IST et se protéger d'une grossesse ?* » Sarah répond L417-418 « *Je ne saurai pas dire, j'aimerais que oui parce que nous y travaillons mais je ne sais pas. Ils nous surprennent beaucoup sur des situations, on me sort des choses abracadabrantesques.* ».

D'une manière générale, tous les participants s'accordent à dire que la **prévention** est un point essentiel de leur travail auprès des jeunes. Comme le disent Flore et Sam les éducateurs spécialisés du focus groupe L69-71 « *- Notre rôle c'est surtout celui de prévenir des risques. – Exactement, nous on va agir plutôt en prévention ou après* ». La prévention au sein des MECS concernant la contraception ou les IST se fait en fonction des situations, des jeunes et des éducateurs. Sam explique L191-194 « *Certains sont à l'aise de parler en groupe mais pour les autres il va falloir que nous ayons un entretien individuel et un suivi personnalisé. Ce qui est proposé d'un point de vue collectif c'est la sensibilisation liée aux MST, à la grossesse ...* ».

Sarah décrit quant à elle sa manière d'aborder les choses avec les jeunes qu'elle encadre L356-359 « *ce qui marche bien c'est de parler de champignons et de herpès, les choses bien sales pour qu'ils visualisent, c'est plus parlant et plus courant comme infection. Bien sûr je parle de SIDA et de l'hépatite B en plus mais souvent ça passe à côté donc j'insiste sur les champignons ils concluent souvent me disant qu'ils mettront le préservatif.* ».

La prévention s'adapte également au type de population, Laetitia dit L280-282 être « *très attentive dans le cas de certains mineurs non accompagnés qui arrivent en étant porteur de l'hépatite B, parce qu'ils ne se rendent pas compte de la gravité de cela, pour eux ce n'est rien, ça n'existe pas* ».

Elle évoque également les difficultés de communication qu'elle peut rencontrer face à certains d'entre eux L286-287 « *Pour la plupart ils ne parlent pas très bien français et puis les coutumes sont différentes c'est très compliqué d'aborder ces choses-là* ».

Pour certains professionnels les actions de prévention ne sont pas suffisantes, Kenza explique L314-321 « On leur en parle que lorsqu'on sait qu'ils y sont confrontés. Je ne pense pas qu'il y ait de prévention ciblée sur le sujet. (...) *Même s'il y a des situations où il y en aurait besoin.* », l'éducatrice spécialisée aborde également la prévention en ce qui concerne l'accès à la pornographie L21-22 « *(leur) apprendre que l'éducation à la sexualité ne se fait pas à partir de films pornographiques* ». Concernant la prévention de manière globale, pour Lila L344 « on est plus dans la conséquence que dans la cause ».

L'étude a également permis de mettre en évidence **les différents types de violences pouvant concerner la population des MECS**. La principale violence mise en évidence par chacun des entretiens a été les violences sexuelles dont la **prostitution**. Ces situations de violences viennent souvent se mêler aux thématiques de santé sexuelle précédemment évoquées notamment à celle de la contraception. La prostitution est un phénomène qui prend de l'ampleur d'après Sarah L183 et Kenza qui explique aussi L236-238 « *À Marseille il y a un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur, des jeunes filles qui initialement ne sont pas du tout dans la prostitution vont, en fonction des institutions où elles seront placées, se retrouver dans cet univers* », L47 « *le plus souvent elles sont la cible de proxénétisme sur les réseaux sociaux* ».

Lorsque Lila discute de la contraception des jeunes filles dont elle s'occupe en MECS elle décrit L82-83 « *des jeunes filles qui ont un parcours prostitutionnel donc qui se prostituent régulièrement et qui vont utiliser l'IVG comme moyen de contraception.* »

Pour Marion L135-139 « *Quand on est en situation de prostitution à cet âge-là c'est qu'il y a clairement un problème donc c'est compliqué d'effectuer un suivi régulier. Quand elle vient on essaie avec mes collègues de la prendre en charge et de lui expliquer mais ce n'est pas sa faute parce qu'à son âge elle n'a pas conscience des choses.* » Elle souligne ainsi la notion de conscience des jeunes se prostituant qui a

été également évoquée lors de l'entretien focus groupe avec Flore qui dit L330-335 « *Sur le moment elle ne voyait pas le souci de sa situation, c'était consenti mais en prenant de l'âge, (...) elle a commencé à se poser des questions. C'est à partir de là que le processus commence, qu'on peut l'emmener porter plainte afin qu'elle se reconnaisse en tant que victime ce qui est important pour pouvoir se reconstruire* ». Lors de l'entretien avec Xavier, c'est aussi la notion de réseaux internationaux de prostitution qui a été abordée. Il explique L143-146 « *Par exemple le Nigeria, on savait que c'étaient des jeunes qui étaient arrivées sur le continent européen par des réseaux de prostitution, elles avaient traversé une partie de l'Afrique, arrivées en Lybie où elles servaient d'esclaves sexuelles, puis l'Italie, prostitution et arrivée sur Marseille pareil* ».

La prostitution se fonde dans **les violences sexuelles** également subies par de nombreux jeunes placés en MECS. Ces violences sexuelles peuvent prendre plusieurs formes, des attouchements, des rapports sexuels sous contraintes psychologiques ou **physiques**. Lila détaille cela L157-159 « *si dans une soirée, un de leur copain les alcoolise pour avoir un rapport, de leur point de vue ce n'est pas une violence sexuelle. (...) Un autre type de violence par exemple quand pendant un rapport on leur fait croire qu'on a mis le préservatif alors qu'on ne l'a pas mis ou qu'on l'a enlevé.* »

Les violences sexuelles peuvent se retrouver avant le placement ou pendant celui-ci. Lorsque Sarah évoque les premiers mots qui lui viennent en tête en parlant de la santé sexuelle dans le cadre de sa profession, elle dit L25 « *Je vais vous parler agressions sexuelles entre jeunes parce que c'est une réalité qui arrive lorsqu'ils vivent en collectivité et qui ne devrait jamais arriver, et ça on le découvre trop tard.* » Des situations d'exemples d'agressions sexuelles entre jeunes de la même structure ont également été abordées avec Laetitia et le groupe Sam, Camille et Flore. Ce qui ressort principalement de ces situations est la notion « d'incompréhensions entre les jeunes » d'après Laetitia, au cours de la conversation de groupe Sam explique L284-285 « *C'est là que la prévention entre en jeu. Comment expliquer au garçon qu'il faut l'autorisation de la personne avant de toucher son corps.* »

Les violences sexuelles prennent une place importante dans le vécu de nombreux jeunes placés. Lorsqu'il parle des violences sexuelles rencontrées, Xavier, éducateur spécialisé depuis plus de vingt ans, ajoute L567 « *C'est vrai que tout ce qui peut leur arriver est souvent lié à la sexualité* ».

Les entretiens font également état de **la présence de violences physiques** dans la vie de ces jeunes. Lila indique en ce qui concerne les situations ces violences L183 « *malheureusement c'est quelque chose de très habituel* ». Elle explique notamment L176 que certaines jeunes « *en construisant leur identité gardent cette notion de violence et se mettent dans des relations dites toxiques où elles reproduisent ce qu'elles ont vécu, en essayant de provoquer cette violence parce que c'est comme ça qu'elles se sentent aimées.* ». Les situations de violences conjugales sont évoquées à plusieurs reprises par Rachelle, Marion ou encore Xavier qui dit L82-83 « *Elles ont déjà très jeunes des caractéristiques de femmes battues, elles prennent des coups mais ne veulent pas porter plainte, pour elle c'est une preuve d'amour.* ».

Au cours des entretiens **la question de la sexualité des jeunes** a été abordée. Dans un premier temps Xavier soulève le fait qu'en MECS l'âge du premier rapport sexuel est souvent en-dessous de l'âge moyen en France qui est en moyenne 17 ans, L54 « *On a des jeunes la plupart du temps sur les MECS qui ont des rapports sexuels très jeunes environ 13/14 ans voir avant.* ».

Tous les participants de l'étude ont évoqué l'interdiction formelle, dans les règlements intérieurs, de toutes relations amoureuse et/ou sexuelles au sein des MECS. Toutefois la pratique étant différente de la théorie comme le dit Sam L255-257 « *Vous mettez des jeunes ensembles qui vivent entre eux ... Malgré les règles que nous mettons en place et le contrôle qu'il y a derrière les jeunes s'ils ont envie d'avoir des rapports ils se débrouilleront pour en avoir* ». Dans l'institution où Sarah travaille, l'interdiction de relation entre deux jeunes se pose uniquement sur les jeunes de la même unité et non sur toute la structure. Elle explique L279-280 « *Oui il y aura sanctions, les jeunes ne pourront plus être tous les 2 sur la même unité. C'est une façon particulière de régler le problème.* ».

Concernant la découverte de leur corps et de leur sexualité, Sarah raconte L501-504 « *Je les encourage à la masturbation par exemple dans la douche, dans le lit quand ils sont seuls parce que je pense qu'il ne faut pas laisser un tiers découvrir son corps pour soi donc à partir de 14 ou 15 ans je les engage à cela. Je pense qu'il faut se découvrir avant de découvrir l'autre.* »

Tous les participants à l'étude s'accordent sur **la sexualité des jeunes à l'extérieur de la structure** ; ce qu'il se passe en dehors de la MECS appartient aux jeunes.

Du point de vue de Sarah L263-264 « *Quand elles sont dehors on ne sait pas ce qu'elles font, je n'irai pas vérifier c'est de l'ordre de l'intimité.* », de même pour Sam qui explique L140 « *Ils ne nous rendent aucun compte sur leur sexualité* » ou encore pour Kenza L427 « *Souvent ce sont les jeunes qui nous en parlent si non on n'est pas forcément au courant, ça reste sur leur temps libre* ».

Vis-à-vis de toutes ces situations de santé sexuelle rencontrées, les équipes éducatives ont mis en place différentes actions de prévention et d'éducation à la santé sexuelle comme le présente Camille L520 « *Oui ce sont des brochures que nous avons commencé à mettre en place avec le planning familial et la mairie de Marseille. Nous les mettons à disposition à côté des préservatifs* ». D'autres actions de prévention ont pu être menées de manière occasionnelle avec certaines associations comme l'explique Marion L120 « *Le but est de faire des soirées à thème avec ou sans les éducateurs selon le choix des jeunes filles et les sujets sont variés (sexualité, drogue, alcool). C'était vraiment bien, d'ailleurs quand ça s'est arrêté les filles étaient en demande de ce genre de soirée.* ». Les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS prennent donc différentes formes.

**Tableau 2 :** Résultats simplifiés des situations de santé sexuelles rencontrées  
(nombre de croix équivalents à la récurrence des notions abordées)

Situations de santé sexuelles rencontrées										
	Grossesses non désirées		IST		Violences				Sexualité	
	IVG	Contraception	Prévention	Protection	Prostitution	Pornographie	Physiques	Sexuelles	Au sein de la structure	A l'extérieur de la structure
Entretien Lila	XX	XXX	X	XXXX	X		XXX	X	X	XXX
Entretien Marion	X	X		X	XXX	X	XXX			X
Entretien Rachelle	X	X	XXX	XX	XX		XXX	XXX		X
Entretien Laetitia	XXX	XXXXXX	XXX	X	X		X	X	X	
Entretien Kenza		X	X		XXX	XXXX	X	XX	X	XX
Entretien Sarah		XX	XXXX	X	XX			XX	XXXX	X
Entretien Xavier	X	X	XX		XXX		XX	XXX	XX	XXX
Entretien de groupe	X	XXX	XXXXXX XXX	XX	XX			XX	XXX	

### Les difficultés et problématiques rencontrées. (Annexe 3) (Tableau 3)

L'étude qualitative a permis aux intervenants de s'exprimer sur les différentes difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans le cadre de l'éducation à la santé sexuelle. La discussion s'est principalement orientée sur **les ressources humaines**. En effet, la sexualité est une thématique qui peut être délicate, autant dans la vie personnelle que professionnelle, son approche est propre à chaque individu. Les participants s'accordent tous sur le fait que **la santé sexuelle représente un tabou au sein des MECS**, quelques fois du point de vue des éducateurs spécialisés et d'autres fois du point de vue des jeunes. Laetitia, IDE, débute l'entretien en expliquant L16-17 « *C'est un sujet qui est un peu difficile à aborder parce que tout le monde n'a pas la même approche que ce soient les éducateurs, les enfants ou encore les soignants.* »

L'abord de la sexualité diffère selon les professionnels, comme le relève Sarah L219 « *C'est un sujet tabou, sur mes quatre collègues éducateurs je pense que je suis la seule à aborder la sexualité de front.* » ; « *je suis assez crue dans mes mots quand je parle de sexualité* ».

Pour Marion L24-25 « *il faut savoir bien amener le sujet sinon cela peut mettre mal à l'aise surtout si on parle à des adolescents* ». Elle continue en expliquant L145 « *L'approche est différente selon les filles il y en a qui sont plus ouvertes que d'autres à la discussion* ».

Le tabou autour de la sexualité chez les jeunes peut avoir différentes origines. Laetitia, Xavier et les trois éducateurs spécialisés du focus groupe ont abordé le tabou de la sexualité dû à la culture et/ou à la religion de certains jeunes. Lorsqu'elle parlait de prévention Laetitia évoquait la difficulté de communication avec certains jeunes qui « *ne parlent pas très bien français* » et dont « *les coutumes sont différentes* ». En ce qui concerne le suivi des jeunes dont il a la responsabilité, Xavier explique « *La sexualité en revanche ça reste un vrai tabou parce que ça dépend des cultures, des familles on a des jeunes de tout horizon (Maghreb, Afrique, les communauté Roms). On a des jeunes filles homosexuelles et c'est compliqué vis-à-vis des familles qui ne l'ont pas accepté par exemple par rapport à leur religion ou leur culture* ».

Le tabou culturel se mêle aussi parfois à celui du rapport homme/femme. Comme l'évoque Flore L451-454 « *Il y a des cultures aussi qui font que nous n'abordons pas les choses de la même manière, j'ai déjà essayé de discuter avec un jeune qui était presque outré que je puisse lui parler de sexualité. Chez eux on ne parle pas de ça avec une femme donc quand ils se braquent on n'insiste pas plus et on se dit que ça passera mieux avec un homme.* » Dans la discussion Sam soulève L401 que « *on parle très peu des garçon* », il poursuit L405-411 « *souvent les garçons parlent de leur problème intime aux garçons et les filles font de même avec les femmes* », à la question à quel type de problèmes les garçons peuvent être confronté Sam n'a pas souhaité répondre.

Camille, la troisième éducatrice du groupe réalisait au cours de l'entretien L436-437 « *Je me rends compte en discutant avec vous que je vais plutôt aller vers les jeunes filles pour discuter par rapport à la prévention sur la sexualité et moins vers les garçons* ». Sam conclue L607-609 « *Je dirai qu'aborder la sexualité avec les jeunes c'est d'abord respecter le choix de ne pas en parler et leur laisser le choix d'être prêt* ».

La difficulté de l'abord de la sexualité dû à la différence de genre entre le jeune et le professionnel a également été évoquée par Xavier L239-240 « *je suis un homme donc ce n'est pas avec toutes les filles que je peux parler de sexualité, il y a certaines anciennes qui m'en parlent sans aucune difficulté d'autres un peu moins* ». De son côté Sarah expose un autre versant de cette problématique L319-320 « *je m'aperçois que c'est plus difficile pour eux de parler à une femme et sur l'équipe nous avons qu'un homme qui n'est pas très à l'aise avec le sujet* ». Selon elle, L557 « *C'est trop tabou dans les institutions de la protection de l'enfance.* ».

La position des professionnels vis-à-vis de l'éducation à la santé sexuelle varie, pour Kenza L257 « *Je trouve que même donner des conseils serait déplacé, nous ne sommes pas à leur place. Je préfère l'accompagner au planning familial où elle aura un espace de parole (...)* ». Du point de vue de Lila L255 « *c'est vraiment dans une relation de confiance qu'elles vont pouvoir aborder cela.* ».

Les entretiens ont également mis en évidence les difficultés liées au manque de temps des professionnels. Pour la moitié des intervenants **le temps représente un frein en ce qui concerne l'abord de la santé sexuelle auprès des jeunes**. Au cours de l'entretien de groupe, à la question quels sont les éléments qui peuvent freiner la mise en place d'actions d'éducation à la santé sexuelle, le groupe a répondu « *Le temps !* »

Lorsque Marion aborde la prise en charge notamment des IVG elle explique L98-100 « *Ce n'est pas au cas par cas en fonction de la fille concernée mais en fonction de la situation du travail. Si au moment où ça se passe l'infirmière est présente elle va pouvoir accompagner la fille si elle n'est pas là ce sera à l'éducatrice de s'en occuper, on se débrouille quoi.* ». Du point de vue de Xavier le manque de temps s'explique par les réformes du métier d'éducateur spécialisé, d'après lui L487-500 « *les éducateurs sont de plus en plus pris dans l'administratif (...) on s'éloigne du public et nous n'avons plus trop le temps d'organiser ce genre de choses.* ».

La question de **la formation** a été également mise en évidence dans les entretiens avec les plus jeunes éducatrices comme Marion L205 « *On ne sait pas quoi faire, on n'est pas formée à cela* » ou encore Rachelle qui évoque à trois reprises au cours de

l'entretien L30-210-243 « *On manque de formation* » concernant l'accompagnement dans les situations de santé sexuelle rencontrées. Lila se confronte aux mêmes difficultés elle dit L114-116 « *Il y a des questions pour lesquelles moi je ne me sens pas légitime d'y répondre puisqu'il s'agit de mes connaissances personnelles ce ne sont pas des choses que j'ai appris dans ma formation ni sur le terrain* ». Elle illustre la situation par un exemple L224-226 « *on m'a demandé s'il y avait des contraceptions pour lesbiennes, je n'ai pas su répondre.* ».

L'une des problématiques soulevée par l'étude est **la prise en charge insuffisante de la santé sexuelle**. Du point de vue de Kenza cela peut s'expliquer par la courte durée de séjour des jeunes qu'elle encadre ; L452- 456 « *le fait que ce soit un service d'urgence les enfants restent en moyenne 6 mois (...) Mais il y aurait des choses à faire, six mois c'est long mais ça ne se fait pas en grande partie parce que les jeunes ne restent pas très longtemps.* ». Pour Sam la durée de séjour est « une question qu'il ne faut pas poser » L550, Camille explique que dans leur unité les jeunes « peuvent rester de trois mois à deux ans » L552.

Bien que le suivi en équipe représente un atout majeur en MECS, dans le cadre de l'éducation à la santé sexuelle les entretiens ont pu mettre en lumière que cela pouvait aussi représenter une difficulté. **Le travail en équipe implique qu'il n'y ait pas de personne référente au sein des équipes éducatives pour la thématique de la santé sexuelle.**

Cette difficulté réside en différents points, le premier point évoqué par Lila et Rachelle concerne le manque de directives ; « *Puis rien n'est défini, il n'y aucun protocole mis en place de A à Z pour qu'on sache ce que l'on doit faire exactement. C'est très compliqué* » explique Rachelle L139-140. En abordant la prise en charge des différentes situations de santé sexuelle, Lila répond L140 « *On n'a pas de directives c'est un peu au cas par cas.* ».

De cette absence de directives découle le fait que l'abord de l'éducation à la santé sexuelle est professionnel-dépendant comme le dit Lila, Kenza, le groupe d'éducateurs spécialisé ou encore Xavier L451 « *Ça dépend des éducatrices il y en a qui sont un peu plus sensibles à la question de la sexualité, d'autre un peu moins.* »

L'absence de référent en santé sexuelle engendre d'autres difficultés de prises en charge notamment en ce qui concerne les actions de préventions pouvant être menées par des groupes extérieurs, Xavier, chef de service, explique L393-394 « *ils ont un cahier des charges assez stricte par exemple il faut que ce soient toujours les mêmes éducateurs présents mais en fonction des emplois du temps moi je ne peux pas leur assurer.* ». Cela concerne également l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, ou lors d'un IVG comme le soulève Marion L109-112 « *C'est l'éducateur présent le jour et le moment du rendez-vous qui accompagnera la jeune fille (...) Une fois j'ai accompagné une des filles pour un IVG j'étais en intérim donc je ne la connaissais pas plus que ça.* »

Le suivi en équipe dans le cas de l'éducation à la santé sexuelle peut être pluridisciplinaire, il peut comprendre différents corps de métier comme les médecins, les infirmiers, les psychologues... Ce suivi peut se faire au sein de la structure ou à l'extérieur.

Au cours de l'échange avec Sarah, elle aborde le sujet L137-140 « *quand le jeune est à l'extérieur on ne sait pas tout ce qu'il se passe, ce qui est un peu frustrant c'est que nous ne sommes pas tous sous le secret partagé tant dis que lorsque c'est sur la MECS les psychologues nous font un retour sur de l'éducatif qui peut nous aider.* ».

**La notion de secret partagé** revient également lors de la discussion avec le groupe, pour Sam L111-113 « *Le terme de secret partagé n'est pas très clair (...) On a eu des infirmières qui ne partageaient rien parce que pour elle le secret médical c'était la loi et d'autre qui estimaient que les équipes éducatives avaient besoin quand même de quelques informations (...)* ».

Camille poursuit L118-120 « *Il y a des exemples qui sont parlant, si une jeune se fait avorter et qu'elle revient dans la structure, on sait qu'il y a un risque d'hémorragies mais comment nous pouvons le savoir elle est dans sa chambre, comment pouvons-nous l'accompagner. Le secret partagé est important.* »

Ces différents points de vue reflètent l'importance de la présence de professionnels de santé qualifiés au sein des MECS. Lorsque Laetitia, IDE en MECS est interrogée sur les difficultés rencontrées au cours des prises en charge, elle répond L258 « *C'est difficile de tout faire seule et puis je ne suis pas là depuis très longtemps (...) Je vous avoue qu'une sage-femme pourrait apporter beaucoup* ».

**Le manque de personnel qualifié en santé sexuelle** est également abordé par Marion L92 « *Concernant l'infirmière elle est là mais à mi-temps, des jours où les filles sont à l'école donc ce n'est pas vraiment utile* » ou encore par Rachelle L70 « *on passe dans un premier temps par l'infirmière quand il y en a une ce qui n'est pas souvent le cas* ». D'après Kenza L36 « *C'est vrai qu'il manque tout de même une personne un peu plus spécialisée dans ce domaine (...)* ».

Il ressort des entretiens de Lila et de Rachelle un besoin tant pour elles que pour les jeunes d'être entourés par des professionnels de santé qualifiés ; Lila dit L113 « *certaines filles ont besoin de se rassurer avec des informations qui viennent de personnes formées pour cela* », Rachelle quant à elle se dit « *démunie, parce qu'on ne sait pas vers qui se tourner* » L146.

Par rapport aux suivis à l'extérieur de la structure, Lila déplore L110 « *c'était difficile d'avoir contact avec le planning familial* », sur le sujet de la prise en charge post IVG elle dit L146 « *Pour la suite il n'y a pas de suivi pour parler de la contraception, du vécu, ça n'existe pas* ». Pour Laetitia L344 « *Le problème c'est que depuis 8 mois tous les gynécologues que j'ai vu avec les jeunes filles me disent qu'il n'y a pas de suivis avant 18 ans (...)* ». À la question vous êtes-vous renseignée uniquement auprès des gynécologues elle répond « *oui je ne voyais pas d'autres solutions ... Pourquoi les sages-femmes on peut aussi ?* ».

Les difficultés rencontrées par les professionnels en MECS peuvent également être **d'ordre matérielles et/ou financières**. Concernant les ressources matérielles certains participants évoquent **le manque de supports éducatifs** dans le domaine de la santé sexuelle comme Rachelle qui dit L204-205 « *mais il n'y a rien qui est mis en place, pas d'outils sur lesquels on peut s'appuyer ni d'ateliers où elles pourraient être plus à l'aise pour en parler, il n'y a rien qui est fait* », pour Lila cette difficulté se retrouve aussi L287 « *(...) je vais chercher l'information pour pouvoir lui donner le lendemain parce qu'on n'a pas de support ni d'aide pour cela* ». Sarah évoque elle aussi, plusieurs fois, au cours de la discussion le manque d'outils pour les actions d'éducation en santé sexuelle notamment L524-525 « *Après effectivement il manque quelques outils techniques mais bon on fait sans.* ».

D'autres participants évoquent les difficultés rencontrées vis-à-vis des **lieux d'interventions**, pour Kenza en ce qui concerne l'efficacité des actions d'éducatives à la santé sexuelle L69 « *Cela dépend aussi de l'agencement de la pièce où l'on recevra les jeunes.* » Pour d'autres la difficulté réside dans le fait de faire déplacer ou de réunir tout un groupe de jeunes gens au même endroit comme l'explique Xavier L410-411 « *c'est compliqué de les faire aller toutes au même endroit en même temps.* ». Au cours de la discussion de groupe lorsque le chercheur aborde l'organisation des séances d'éducation à la santé sexuelle et évoque la possibilité des rassembler les jeunes Sam répond L577 « *Non si vous faites ça ... personne ne viendra* ».

Peu d'intervenants se sont exprimés sur les difficultés financières, au cours de l'entretien avec Xavier il explique la prise en charge des jeunes en extérieur L376-378 « *pour les psychologues et autres personnes ce n'est pas possible financièrement nous n'avons pas l'argent pour les payer, ce ne sont pas des médecins donc pas de CMU.* ».

En ce qui concerne les actions d'éducation à la santé sexuelle au sein de la MECS par des personnes extérieures L516-517 « *C'est très compliqué, soit nous avons des partenaires qui peuvent venir soit il faut payer les gens pour cela et nous n'avons pas le budget.* »

Lorsque Marion parle des freins à la mise en place d'actions d'éducatives à la santé sexuelle, elle dit L263 « *Pour moi il n'y a pas de freins, honnêtement c'est juste qu'on ne le fait pas. Peut-être les subventions (...)* »

**Tableau 3** : Résultats simplifiés des difficultés et problématiques rencontrées  
(Nombre de croix équivalents à la récurrence des notions abordées)

Difficultés et problématiques												
	Ressources Humaines								Ressources matérielles		Ressources financières	
	PEC de la SS insuffisante		Manque de personnel qualifié			Freins			Supports éducatifs	Lieux d'intervention	Structure	Abs de subvention
	Séjour court	Suivi en équipe (Abs de référent)	MED	IDE	SF	Formation	Tabou	Temps				
Entretien Lila		XX	XXX	XX	XX	XXXX	XX		XX	XX	X	
Entretien Marion		X		X		X	XX	XXX				XX
Entretien Rachelle		X	X	XX	X	XXX	X		XX	X		
Entretien Laetitia			XX	X	X		XX	X	X			
Entretien Kenza	XX	X	X			X	X	X	X	XX		
Entretien Sarah		XXX					XXX		XXX			
Entretien Xavier		XXX				XX	XX	XXXX		XXX	XX	
Entretien de groupe	X	XXXX					XXX	X	X	X		

### Les pistes d'améliorations proposées. (Annexe 4) (Tableau4)

Après avoir mis en relief les différentes difficultés rencontrées par les professionnels, l'étude a permis aux intervenants de proposer des pistes d'améliorations afin de faciliter la mise en place d'actions d'éducation à la santé sexuelle. Les principales propositions concernent **les ressources humaines**, ce qui correspond en effet à la principale problématique abordée au cours des entretiens. Lorsque la question des leviers à l'éducation à la santé sexuelle est posée à Sarah, elle répond L545-547 « *Je dirai que c'est une affaire de ressources humaines et de compétences individuelles et professionnelles* ». D'après elle, L548 « *Les jeunes éducatrices arrivent un peu plus à en discuter.* ».

Lors de la discussion de groupe, Flore développe un peu plus ce que représente pour elle le suivi éducatif auprès des jeunes en ce qui concerne entre autres l'éducation à la santé sexuelle L384-387 ; « *La continuité de notre travail c'est de les aider à devenir les adultes de demain, par exemple dans une situation où l'un des deux partenaires refuse de mettre un préservatif, l'autre puisse avoir la possibilité d'insister ou de dire*

*que s'il n'y pas de préservatif il n'y a pas de rapport. C'est tout ça que nous devons travailler. ». En ce qui concerne les actions de prévention en santé sexuelle Sam explique L469-471 « C'est quelque chose que nous faisons auparavant et que nous avons envie de remettre en place. La question de la sexualité doit régulièrement être mise sur la table, on ne se limite pas à ce que nous mettons en place nous en tant qu'éducateurs il faut qu'on aille plus loin ».*

Les participants s'accordent sur le fait que **le suivi éducatif occupe une place importante dans l'éducation à la santé sexuelle** et proposent en ce sens différentes pistes d'améliorations comme Kenza L315-317 « *Dès qu'on voit qu'ils commencent à dragouiller un peu les autres qu'ils commencent à s'intéresser à la chose il faudrait commencer à leur en parler. » ; L463-466 « il faudrait parler de choses toutes bêtes comme les infections urinaires, les mycoses, les vaginoses qui peuvent être fréquentes dans la vie d'une femme. Des conseils sur la flore vaginale, ce que c'est et comment en prendre en soin » ou encore Rachelle L209-210 « il pourrait y avoir des points même individuellement qui serait fait (...) avec des éducateurs assez formés là-dessus. » ; L264-265 « nous sommes au quotidien avec elles donc je trouve qu'il serait intéressant de mettre quelque chose en place. ».*

Du point de vue de Xavier L506-507 « *ce n'est même plus une question de moyens parce qu'à la limite ils ont les moyens mais il faut y penser un peu en amont (...)* », L524-526 « *ils (les éducateurs spécialisés) ont le savoir-faire et l'expérience pour établir ce genre de projet et ils arrivent à organiser informellement un temps d'échange le soir autour d'un thé. C'est improvisé mais réfléchi, l'éducateur a pensé en amont sa soirée (...)* ».

Le travail en équipe peut représenter un atout majeur dans le cadre des actions de prévention comme le dit Lila L184-185 « *Nous ce que nous faisons régulièrement c'est de se réunir pour en discuter, heureusement que nous avons une bonne équipe où on s'écoute et on échange. ».*

Laetitia évoque également ce partage entre professionnels, notamment entre éducateurs spécialisés et professionnels médicaux/paramédicaux L435-436 « *On se pose beaucoup de questions par exemple sur la manière d'aborder les choses. Celui qui a une bonne idée la partage. »*

La notion de travail en commun émerge aussi lors de la discussion de groupe, comme le dit Flore L627-630 « *Je pense qu'il faudrait que nous arrivions à nous croiser avec les autres groupes pour échanger avec eux pour savoir par exemple à partir de quel âge on peut commencer à parler des maladies (...)* », Sam continue l'échange L636-638 « *Totalement, il faut un projet transversal, il faut que ça existe. Peut-être que les petits ne se retrouveront pas chez les grands plus tard mais c'est important que le travail sur la connaissance du corps soit fait* ».

En ce qui concerne le suivi associatif, les participants ont insisté sur **la nécessité d'actions à long terme et régulières**. Lila parle du suivi éducatif associatif L241 « *Nous avons donc un lien avec la MDS pour travailler la relation et le projet éducatif avec eux* ». Xavier quant à lui prend contact avec le chef de service d'une association marseillaise L391 « *nous avons revu des missions pour l'insertion professionnelle des jeunes filles qui se prostituent* ».

En abordant les différentes actions de prévention qui ont déjà été faite Rachelle explique L248-252 « *les filles pouvaient débattre entre elles, mais bon c'était un partenariat et il a pris fin. Ce qui était dommage aussi c'est que (...) ce n'était vraiment pas assez fréquent, **il faudrait peut-être mettre en place un suivi régulier***. En plus de ces moments de débats, Kenza propose L484-486 « *Des personnes jeunes qui viennent expliquer sur la structure de manière ludique et drôle et des personnes pourquoi pas des associations **sur du long terme surtout*** ».

Comme le dit Kenza, **les actions d'éducation à la santé sexuelle** peuvent se faire en partenariat avec les associations. De même que Rachelle, Marion aborde les soirées à thèmes organisées par une association et dit L122-123 « *C'était vraiment bien, d'ailleurs quand ça s'est arrêté les filles étaient en demande de ce genre de soirée* ».

Au cours de son entretien Rachelle exprime son souhait de **mettre en place différents ateliers avec des associations** L245-247 « *On pourrait mettre en place des supports ou des ateliers, par exemple on a déjà eu l'intervention d'une association qui faisait de la prévention sous formes de jeu de cartes, de vrai/faux, ou sous forme de discussions avec des questions préparées à l'avance* ».

**Le planning familial** fait également partie des partenaires en santé sexuelle. Pour Marion, Rachelle, Kenza et Sarah, le planning familial reste la référence pour la prise en charge de certaines situations comme pour les grossesses non désirées, le choix de la contraception ou le dépistage d'infections sexuellement transmissibles. En tant qu'IDE, Laetitia explique au cours de son entretien L18-19 « *J'ai parfois besoin de partenaires type planning familial. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut remettre en place parce que cela a été mis de côté (...)* » ; L314-315 « *J'ai une amie qui travaille aux urgences gynécologiques donc elle a droit à quelques coups de téléphones en cas de besoin.* ».

Xavier, chef de service évoque les différents partenariats de la MECS en termes d'éducation à la santé sexuelle L430-433 « *Comme je vous le disais nous avons de nombreux partenaires dont le planning familial certaines associations certains gynécologues et aussi des sages-femmes qui ont le savoir-faire nécessaire pour s'occuper de nos jeunes* ».

**Le suivi médical** est abordé au cours des entretiens comme une piste à améliorer. Pour Lila et Kenza l'idée d'un gynécologue ou d'une sage-femme au sein de la MECS serait une possibilité pour améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des jeunes. Kenza dit L36-38 « (...) *pourquoi pas une gynécologue sur place qui travaillerait avec le planning ou une association. Je sais que ça a été fait dans certaines structures et c'est génial.* » ; L515 « *si ce n'est pas un partenariat avec une gynécologue cela peut être avec une sage-femme pour moi c'est au même niveau* ». L'intérêt de la présence d'un professionnel de santé spécialisé prend tout son sens lorsque Kenza aborde les situations d'agressions sexuelles chez les jeunes filles L80-84 « *Il y a certains cas où on a des jeunes filles qui se font violées et dans la foulée elles doivent passées par des gynécologues qu'elles n'ont jamais vus, par la brigade des mineurs ... C'est très complexe alors que d'avoir quelqu'un du corps médical rattaché directement à la structure, avoir un partenariat cela simplifierait beaucoup les choses.* ».

D'après Lila le suivi des jeunes filles qu'elle encadre se fait de plus en plus avec une sage-femme L385 « *C'est de plus en plus avec une sage-femme parce que je ne le savais pas mais les sages-femmes peuvent effectuer les suivis gynécologiques.* ».

En ce qui concerne les actions de prévention à proprement dites, certains intervenants émettent l'idée de faire participer des professionnels de santé extérieurs à la structure comme lors de l'entretien de groupe. Sam en parle L459-461 « *Nous sommes en train de réfléchir pour faire intervenir des professionnels de santé extérieur à la structure parce qu'on pense qu'ils pourraient avoir un autre regard, une autre approche* », un peu plus loin dans la conversation Camille ajoute L664 « *J'avais même pensé à vous proposer si vous pouviez intervenir sur ce groupe.* ».

Une autre proposition faite au cours des entretiens concerne le fait d'impliquer les infirmières et éventuellement les psychologues dans les séances d'éducation à la santé sexuelle. Comme l'expose Rachelle L208-209 « *il pourrait y avoir des points même individuellement qui serait fait avec l'infirmière* » ou encore Xavier L507-508 « *peut-être faire participer en plus des éducateurs comme je disais l'infirmière, la psychologue* ».

Le dernier point des ressources humaines qui peut être à améliorer, d'après les différentes discussions, concerne **la formation des éducateurs**. Xavier se rappelle la période où son unité a dû accueillir des mineures non accompagnées L421-425 « *nous avons quatre éducatrices qui s'étaient formées spécialement pour cela, sur la sexualité nous avons une éducatrice qui avait participé à un colloque (...). Après c'est à moi de demander aux éducateurs s'ils sont intéressés pour se former à des sujets un peu plus précis* ». Du point de vue de Rachelle L257-261 « *On ne fait rien je trouve on pourrait avoir un support, une formation en plus pour savoir ce que l'on pourrait mettre en place avec les filles que ce soit ludique et éducatif pour elles.* ». Marion évoquait aussi la possibilité d'être formée par une association partenaire.

Les pistes d'améliorations appartenant aux **ressources matérielles portent notamment sur les supports éducatifs**. Lila porte sa réflexion sur une situation qu'elle a déjà rencontré L272-274 « *J'essaie de leur trouver des vidéos YouTube ou des séries sur Netflix pour qu'elles puissent apprendre sans se sentir gênées de poser des questions. Je veux leur donner d'autres moyens pour avoir des connaissances (...)* ». Pour Rachelle les supports à mettre en place se doivent d'être ludiques. Cette idée rejoint celle émise par le groupe de discussion L535 et L543 ; Sam et Flore proposent une pièce de théâtre ou un jeu de rôle pour faire passer certains messages

de prévention. Laetitia expose le projet qu'elle souhaite mettre en place dans les mois à venir L249-251 « (...) *laisser une boîte à question où tout le monde pourra poser ses questions de manière anonyme et de répondre à chacune des questions mais par groupes séparés filles/garçons* ».

Les propositions touchant au **lieu d'intervention** sont diverses. Bien que le planning familial reste pour certaines situations et/ou certains éducateurs le lieu de référence pour les séances d'éducation à la santé sexuelle, pour Kenza par exemple l'agencement d'un lieu d'intervention sur la structure serait intéressant L69-71 « *Si on est dans une salle simple avec un bureau, juste pour discuter non. Si on est dans une pièce aménager vraiment comme dans un cabinet oui.* ».

La proposition de Marion serait L289 « *un genre de brunch déjà parce les ados sont attirés quand il y a à manger, et puis surtout de leur demander comment elles aimeraient que ça se passe, parce qu'on n'est pas dans leurs têtes* ».

Seuls Kenza et Xavier ont formulé le souhait d'une amélioration concernant **les ressources financières**. A la question *qu'est ce qui pourrait favoriser la mise en place de ces actions de prévention ?* Kenza répond L483 « *Je dirai surtout du budget pour les interventions ou du moins des partenariats, des aides.* » D'après elle pour faire un choix entre la présence d'un gynécologue ou d'une sage-femme L517 « *c'est le coût financier qui fera sûrement la différence si on peut avoir des subventions, ce genre de choses* ». Quant à Xavier, il aborde la question du budget lorsqu'il parle des différentes formations possibles L428 « *Il y a des formations gratuites d'autres payantes nous avons un petit budget pour cela* »

**Tableau 4** : Résultats simplifiés des pistes d'améliorations proposées  
(Nombre de croix équivalents à la récurrence des notions abordées)

Pistes d'améliorations proposées												
	Ressources Humaines								Ressources matérielles		Ressources financières	
	Suivi éducatif		Suivi médical			Actions en SS			Supports éducatifs	Lieux d'intervention	Structure	Subvention
	Éducateurs	Associations	MED	IDE	SF	Formation des éducateurs	Associations	Planning familial				
Entretien Lila	XX	X	X		XX X	X			XX			
Entretien Marion		X				X	XX	XX		X		
Entretien Rachelle	XX	X		X		XX	X	X	XX	X		
Entretien Laetitia	X							XX	X			
Entretien Kenza	X	X	XX X		X		X	X		XX	X	XX
Entretien Sarah	X						X	X	X	X		
Entretien Xavier	XX	XX	X	X	XX	X	XX	XX			X	
Entretien de groupe	XXX		X		X			X	XXX			

## ANALYSE ET DISCUSSION

---

L'approche qualitative de la recherche a été la plus adaptée pour répondre aux objectifs de l'étude. En effet, l'un des buts de celle-ci est de répondre à des questions qui impliquent l'exploration, la description et la compréhension de comportements et d'interactions. Une conduite d'entretien semi-directive a été choisie afin de permettre une plus grande liberté d'expression des sujets interrogés.

Des biais de l'étude ont été identifiés. Dans un premier temps le biais d'information, le statut d'apprenti chercheur a évolué au fil de l'étude, c'est-à-dire que l'expérience, l'aisance et la compétence de l'étudiant ont progressé au fil des entretiens. Dans un second temps, le biais de subjectivité dû à l'entretien compréhensif, a pu être introduit au cours des interviews car l'interviewer peut émettre une influence sur les participants à l'étude. Ce sont des caractéristiques inhérentes à l'entretien selon Chantal Eymard qui les analysent dans son ouvrage « Initiation à la recherche en soin et santé ». (Eymard, 2003).

En ce qui concerne les limites, les résultats précédents sont propres à l'étude, ils ne concernent que deux MECS sur Marseille. Ils ne peuvent pas être généralisés à une population plus large que celle définie par les critères d'inclusion, du fait de la démarche qualitative et du nombre limité d'entretiens.

L'analyse des huit entretiens a permis de mettre en évidence les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle en MECS ainsi que les difficultés auxquelles sont confrontés les éducateurs spécialisés dans ce domaine.

Dans un premier temps, l'étude montre de quelles manières l'éducation à la santé sexuelle est abordée par les éducateurs spécialisés en MECS, ensuite elle met en avant les différents partenaires et outils permettant cette éducation à la santé sexuelle. Enfin elle montre les particularités de l'éducation à la santé sexuelle en MECS.

## L'ÉDUCATION À LA SANTÉ SEXUELLE DES JEUNES EN MECS

Du point de vue du ministère de l'Éducation Nationale, l'éducation à la sexualité est une démarche éducative qui vise à apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques, à identifier les différentes dimensions de la sexualité (biologique, affective, culturelle, éthique, sociale, juridique). Elle a également pour but de développer l'exercice de l'esprit critique, de favoriser des comportements responsables individuels et collectifs et enfin de faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien. (Circulaire n° 2018-111 du 12 septembre 2018).

Les différents entretiens ont montré que l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire n'était pas suffisante, dans certains cas elle était simplement absente comme l'explique Sarah en ce qui concerne les jeunes dont elle a la charge ; L606-608 « *Ce sera 2h dans l'année scolaire, ce n'est qu'un chapitre de SVT. Ça sera technique sur l'anatomie de l'homme et celle de la femme* » ; L242-243 « *Dans son école ils ont fait le choix de ne pas du tout travailler autour de la sexualité* ». Ce manquement s'explique également par les difficultés rencontrées par les enseignants, Sarah L609 « *Les enseignants le disent ils ne sont pas formés pour aborder la sexualité* ». L'OMS estime que des efforts sont nécessaires pour veiller à ce que les enseignants et les écoles bénéficient d'un appui pour dispenser efficacement l'éducation complète à la sexualité, et pour associer les parents et les familles à ce processus. (OMS, 2019).

De plus, se pose la question des jeunes scolarisés en Institut Médico-Éducatif (IME), ceux scolarisés en filières SEGPA ou encore ceux qui ne sont pas scolarisés du tout.

Pour Xavier L34, le « *travail de l'éducation spécialisée est en lien aussi avec l'éducation nationale* ». Cela implique que les éducateurs spécialisés complètent l'éducation à la santé sexuelle des jeunes qu'ils encadrent. L'étude a montré que les modalités d'abord sont différentes en fonction des éducateurs spécialisés, des jeunes et des situations. Sam explique L191-194 « *Certains sont à l'aise de parler en groupe mais pour les autres il va falloir que nous ayons un entretien individuel et un suivi personnalisé. Ce qui est proposé d'un point de vue collectif c'est la sensibilisation liée aux MST, à la grossesse ...* ».

Lorsque Sarah parle de sa manière d'aborder les choses elle dit L219 « *je suis assez crue dans mes mots quand je parle de sexualité* ».

En MECS, l'éducation à la santé sexuelle se fait majoritairement de manière ponctuelle, en fonction des situations qui peuvent se présenter Kenza L314-315 « *On leur en parle que lorsqu'on sait qu'ils y sont confrontés. Je ne pense même pas qu'il y ait de prévention ciblée sur le sujet* » ; Laetitia L276 « *C'est au cas par cas, les éducateurs vont souvent parler d'une situation rencontrée* ».

Elle prend différentes formes, de la discussion rapide et informelle comme l'évoque Sarah L479 « *je le prends à part on va fumer une cigarette et on discute sur comment se passe les choses pour lui, on parle préservatifs, masturbation.* ». Aux soirées à thème où les jeunes peuvent débattre entre eux avec ou sans leurs éducateurs. Rachelle dit L245 « *on a déjà eu l'intervention d'une association qui faisait de la prévention sous formes de jeu de cartes, de vrai/faux, ou sous forme de discussions avec des questions préparées à l'avance. Ce qui était bien c'est qu'elles pouvaient décider de la présence ou non de l'éducateur. C'était super intéressant parfois même les filles pouvaient débattre entre elles* ».

Pour la majorité des intervenants, l'éducation à la santé sexuelle se fait quand l'éducateur sent que c'est le bon moment. Xavier parle de ces actions comme des interventions « *improvisées mais réfléchies* », d'après lui L524 « *Ils (les éducateurs spécialisés) n'ont pas forcément besoin d'un appui extérieur, ils ont le savoir-faire et l'expérience pour établir ce genre de projet et ils arrivent à organiser informellement un temps d'échange.* ». Mais qu'en est-il des jeunes diplômés qui comme Lila L357 « *(...) sur le versant sexualité on ne travaille pas vraiment. En tant qu'éducatrice je ne sais plus quoi faire, je n'ai plus de moyens* ». De plus la notion de « bon moment » pour en parler peut varier d'un éducateur à un autre et d'un jeune à un autre. Cela implique que l'éducation à la sexualité peut ne pas être dispensée de la même manière pour tous les jeunes d'une même structure.

Certains des participants à l'étude regrettent que la prise en charge de la santé sexuelle ne se fasse que lorsqu'une problématique est rencontrée comme Lila L336 « *on traite seulement les problèmes* » ; L344 « *On est plus dans la conséquence que dans la cause. On va réagir à ce que les filles vont nous dire.* ». La prévention est principalement secondaire.

Les sujets abordés dans l'éducation à la santé sexuelle sont fonction des principales situations rencontrées ; les grossesses non désirées, la contraception, les IST ... Certaines thématiques sont, de fait, moins abordées comme le soulève Marion L178-181 « *On ne parle pas de l'image du couple, de ce qu'est l'amour (...) il y a beaucoup de filles qui ont une mauvaise image de l'homme, du couple, qui pensent que c'est normal de se faire frapper par son copain, de se faire interdire des choses et on n'en parle pas vraiment.* ». Les différents entretiens mettent en évidence une approche peu positiviste de la sexualité, elle est principalement abordée par le prisme du risque.

Lorsque la question du contenu idéal de l'éducation à la santé sexuelle est posée à Kenza elle répond L463-469 « *Il faudrait parler de choses toutes bêtes comme les infections urinaires, les mycoses, les vaginoses qui peuvent être fréquentes dans la vie d'une femme. Des conseils sur la flore vaginale, ce que c'est et comment en prendre en soin. Il faudrait également parler de l'épilation, du harcèlement de rue, de la prostitution, de parler des risques qu'une femme encoure dans notre société. On va pouvoir parler de tout, des agressions sexuelles, des viols, de féminisme, de leurs choix vestimentaires pour les aider à prendre confiance en elles.* ».

Dans *Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la Science et la Culture (UNESCO) parle de l'éducation complète à la sexualité (ECS). Elle la définit comme un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, affectifs, physiques et sociaux de la sexualité. Cet enseignement se doit d'être dispensé dans les contextes formels et informels. Il doit être scientifiquement exact, progressif, adapté à l'âge et au niveau de développement et basé sur un programme. L'ECS offre l'occasion d'acquérir des connaissances sur la sexualité qui sont exhaustives et précises.

Le terme « complète » renvoie à l'étendue et à l'approfondissement des sujets abordés, ainsi qu'au contenu dispensé avec régularité aux apprenants tout au long de leur éducation, plutôt qu'à l'occasion d'un cours ou d'une intervention unique. (UNESCO, 2018).

L'ECS se fonde sur une démarche inspirée des droits humains (comme celui de l'éducation, de la santé notamment de la santé sexuelle), sur l'égalité des sexes et s'adapte à la culture et au contexte.

Les pistes d'améliorations proposées lors des entretiens rejoignent les points de l'éducation complète à la sexualité définis par l'UNESCO. En effet Sam parle L636 d'un projet « *transversal* », de s'adapter aux cultures de chacun ainsi qu'à leur développement personnel. Pour Flore L629 « *on pourrait commencer à discuter de ce qui m'appartient, ce que je décide de partager, ce qu'on a le droit de toucher ou non. Je dirai que ça doit être commencer dès le plus jeune âge.* ». Kenza et Rachelle quant à elles insistent sur l'importance de la mise en place d'un suivi régulier et à long terme.

L'une des difficultés énoncées au cours des entretiens a été le manque de directives des structures pour les éducateurs spécialisés. Dans *Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*, l'organisation propose un programme qui s'articule autour de huit concepts clés d'importance égale, qui se renforcent mutuellement et qui ont vocation à être enseignés ensemble. (UNESCO, 2018).

Ces concepts clés sont les suivants :

1. Relations interpersonnelles.
2. Valeurs, droits, culture et sexualité.
3. Comprendre la notion de genre.
4. Violence et sécurité.
5. Compétence pour la santé et le bien-être.
6. Corps et développement humain.
7. Sexualité et comportement sexuel.
8. Santé sexuelle et reproductive.

Ils se divisent en deux à cinq thèmes, qui contiennent chacun des idées centrales et des objectifs d'apprentissage en termes de connaissances, d'attitudes et de compétences regroupés par classe d'âge.

Ce qui permet pour chaque intervenant de l'éducation à la santé sexuelle des jeunes d'adapter le contenu de l'éducation qu'il dispense aux besoins personnalisés des jeunes.

L'éducation complète à la sexualité fait naître notamment chez les parents de certains jeunes des craintes quant au fait de les encourager à avoir une pratique sexuelle exacerbée ou à risque comme dit Sarah L562-567 *« il y a des réticences et il y a toujours la crainte de se dire qui si on en parle, on va l'encourager c'est ce qu'il y a derrière dans les institutions et même dans les familles. Par exemple quand je vais demander le consentement aux parents pour poser un implant on va me dire « oh, vous l'encouragez là », de toute façon ça arrivera donc je n'encourage pas mais j'encadre. C'est un pas qui est difficile pour tout un chacun, ça existe que l'on en parle ou pas. Je dirai que c'est un problème de société après c'est mon point de vue »*.

Les études sur lesquelles se sont basées les *Recommandations de l'OMS relatives à la santé sexuelle des adolescents en matière de sexualité et de reproduction*, ont montré que l'éducation complète à la sexualité n'accroît pas l'activité sexuelle, les comportements sexuels à risque ou les taux d'infection à VIH ou d'autres IST. (OMS, 2019). Ces résultats devraient être diffusés pour encourager la fourniture aux adolescents d'informations et d'une éducation complète, exactes et adaptées à leur âge. L'OMS s'est basée entre autres sur l'étude *School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries : a systematic review and meta-analysis* menée par V. A Fonner, K.S Armstrong et al. Selon laquelle les étudiants ayant reçu une éducation sexuelle durant leur scolarité ont une connaissance significativement meilleure en ce qui concerne le VIH ainsi qu'une plus grande facilité à refuser un rapport sexuel ou le refus d'utilisation de préservatifs.

Au cours des entretiens il est apparu que l'éducation à la santé sexuelle était d'autant plus portée sur les jeunes filles plutôt que sur les jeunes garçons comme le dit Sam L401 *« On parle très peu des garçons »*.

En effet l'éducation à la sexualité des garçons n'a été abordé que dans les discours de Sarah, de Laetitia et dans celui de groupe. Cela pourrait s'expliquer de différentes raisons notamment du fait qu'il existe une plus grande proportion de filles que de garçons touchés par les violences sexuelles. L'enquête IPSOS de 2019 a été conduite auprès de 502 français hommes et femmes âgés de 18 ans et plus, ayant été victimes de viols et d'agressions sexuelles dans l'enfance, elle concerne 83% de femmes et 17% d'hommes. Ils constituent un échantillon interrogé par internet via l'Access Panel Online d'Ipsos. Dans son rapport, elle évalue que chaque année 130 000 filles et 35000 garçons ont subi des viols et tentatives de viols en plus des 94 000 femmes majeures et 16000 hommes majeurs connus (estimation à partir des enquêtes de victimation CSF, 2008 ; ONDRP 2012-2017 ; VIRAGE 2017). (Enquête IPSOS, 2019).

En outre, certaines situations de santé sexuelle comme les grossesses non désirées, la contraception ou encore les IVG sont présentes de manière plus « visible » chez les jeunes filles.

Pour Kenza, le manquement de connaissances et le défaut d'éducation à la santé sexuelle est L347 « *un problème de société. A quel âge en tant que femme nous avons appris que le clitoris était là et que c'était par lui que tout passé ?* », de même que pour Sarah L567 « *Je dirai que c'est un problème de société après c'est mon point de vue.* »

Un point important de l'éducation à la santé sexuelle concernait également l'éducation au consentement notamment pour les garçons comme l'expliquait Laetitia au moment où elle parlait d'une situation de violence sexuelle ayant eu lieu au sein de la structure L143-147 « *Comme je lui ai expliqué s'il n'est pas invité à l'instant T ce n'est pas parce que la jeune fille lui a envoyé des textos qu'elle est d'accord sur le moment. Le principe du consentement peut être compliqué chez des enfants qui n'ont pas eu un cadre ou encore des enfants qui ont baigné dans les violences, pour eux c'est une banalité.* »

Si l'éducation à la santé sexuelle est primordiale, elle nécessite quelques ajustements lorsqu'elle est dispensée en MECS pour répondre au mieux aux besoins des jeunes qui y vivent, tant pour les jeunes filles que pour les jeunes garçons.

# LES PARTICULARITES DE L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE EN MECS

## Les spécificités des adolescents en MECS.

Le public des MECS est composé d'enfants et d'adolescents qui d'après Sarah L174 « *ont plus de conduites à risques que les adolescents classiques, ils s'encouragent les uns les autres.* ». Il s'agit de jeunes ayant différentes problématiques notamment de nombreuses liées à la sexualité comme l'explique Laetitia L20-22 « *sachant qu'il y a beaucoup d'enfants qui arrivent avec leurs problématiques par rapport à ce sujet donc on n'appréhende pas la sexualité à l'adolescence de la même manière quand l'enfant a connu des violences depuis tout petit.* », ou encore Xavier L567-569 « *c'est vrai que tout ce qui peut leur arriver est souvent lié à la sexualité. Les violences qu'elles subissent sont régulièrement c'est lié à ça.* ».

D'après les différents entretiens, les adolescents placés dans ces structures présentent généralement deux types de problématiques de santé sexuelle. La première est liée, comme expliqué plus haut, aux violences sexuelles vécues avant le placement, ce qui peut avoir diverses conséquences. Dans son article *Viol et agressions sexuelles*, le Dr Muriel Salmona, psychiatre et présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie, rapporte que les traumatismes psychiques lors des violences sexuelles sont ceux qui, avec la torture et les actes de barbarie, entraînent le plus de conséquences psycho traumatiques graves et durables sur les victimes, avec près de 80 % de risque de développer un état de stress post-traumatique en cas de viol chez les adultes et près de 100% chez les enfants, alors que lors de traumatismes en général il n'y a que 24 % de risques de développer un tel état de stress post-traumatique. (Breslau, 1991 ; Rodriguez, 1997). (M. Salmona, 2020).

Il est important de noter que pour une grande partie de ces jeunes, la sexualité est associée dans leurs esprits à la violence comme en parle Sarah L499-501 « *C'est difficile pour eux parce que la sexualité c'était violent, c'était associé des choses difficiles donc le lien de la sexualité avec l'amour se fait beaucoup plus tard* ».

Le deuxième type de problématique est lié au manque de connaissances sur le corps humain, la découverte de son identité, c'est pour Xavier L78 « *ce qui est en grande partie liée aux phénomènes de l'adolescence physiques, psychiques, psychologiques* ».

Les jeunes placés en MECS ont différents vécus, certains entretiens ont évoqué le placement des Mineurs Non Accompagnés, des jeunes gens qui ont fui leur pays pour différentes raisons telles que la guerre, la faim ou encore dans le contexte de réseaux de prostitution.

Camille s'est occupée de l'une d'entre elle et évoque les mutilations féminines L414-426 « *Nous les prenons en charges en voyant des spécialistes parfois pour faire de la chirurgie réparatrice. (...) Personnellement j'en ai accompagné qu'une seule mais je pense qu'il y en a d'autre parce que nous accueillons beaucoup de mineurs non accompagnés.* ».

Les jeunes placés en MECS peuvent être présenter une vulnérabilité plus ou moins marquée. Kenza évoquait L146-149 la situation d'un jeune dont elle s'est occupée et qui se scarifiait « *c'est un symptôme de souffrance qui n'est pas forcément récurrent mais qui peut être commun. Souvent ce sont des jeunes qui se dévalorisent, qui ont été frappés toute leur vie et qui pensent qu'ils doivent s'auto-punir aussi.* ».

**Ces particularités peuvent-elles être considérées comme facteur de risques en santé sexuelle ?**

Près de la moitié des intervenants interrogés évoque le risque de la reproduction du schéma familial en ce qui concerne entre autres la violence conjugale. Ils parlent de jeunes filles notamment qui dès leurs premières relations amoureuses reproduisent un schéma de violence ; Lila L173 « *Donc on va entrer dans une problématique de jeunes filles battues, qui reproduisent le schéma qu'elles ont connu depuis petites avec leurs copains (...) elles reproduisent ce qu'elles ont vécu, en essayant de provoquer cette violence parce que c'est comme ça qu'elles se sentent aimées.* ».

Pour Xavier L81 « *Elles ont déjà très jeunes des caractéristiques de femmes battues, elles prennent des coups mais ne veulent pas porter plainte, pour elle c'est une preuve d'amour.* ».

Plusieurs types de violences peuvent se retrouver en MECS : sexuelle, physique, verbale, psychologique. La difficulté réside dans le fait qu'elles sont souvent banalisées comme l'explique Lila L154 « *elles peuvent subir des violences sexuelles sans se rendre compte que ça en est.* ».

De son côté Marion aborde la banalisation de l'interruption volontaire de grossesse « *Elles se disent qu'au pire elles peuvent avorter c'est quelque chose de banal.* » L'étude a permis de mettre en évidence qu'avec les violences physiques, les violences sexuelles étaient les plus représentées au sein des MECS.

Concernant la prostitution, le placement en MECS peut représenter un facteur de risque. Pour Kenza L49, « *ces filles qui ont vécu des choses horribles vont être ciblées par des proxénètes très facilement* » ; L237 « *des jeunes filles (...) vont en fonction des institutions où elles seront placées, se retrouver dans cet univers-là.* ». Certaines jeunes filles sont des cibles toutes trouvées du fait de leur jeune âge, la prostitution également sous la forme de « michtonnage » permet à ces jeunes filles de s'offrir ce que l'argent de poche fourni par l'ASE ne permet pas. Xavier en parle L111-113 « *Elles ont droit à de l'argent de poche mais c'est environ 10euros par semaine donc ce n'est pas avec ça qu'on peut s'acheter les dernières baskets à 300euros.* ». Leur jeune âge a une influence en ce qui concerne leur consentement comme l'illustre Flore en prenant l'exemple d'une jeune dont elle s'est occupée L330-334 « *Sur le moment elle ne voyait pas le souci de sa situation, c'était consenti mais en prenant de l'âge, (...) elle a commencé à se questionner.* ».

Pour les adolescents de ces institutions, les définitions d'agressions sexuelles ou encore celle de viol restent assez vagues. Lila raconte L155 « *Pour elles un viol ou une agression sexuelle ça va être une obligation de la part d'un inconnu* » ; L157-160 « *Par exemple si dans une soirée, un de leur copain les alcoolise pour avoir un rapport, de leur point de vue ce n'est pas une violence sexuelle (...) Un autre type de violence par exemple quand pendant un rapport on leur fait croire qu'on a mis le préservatif alors qu'on ne l'a pas mis ou qu'on l'a enlevé* » ; L163 « *une jeune fille qui ne voulait*

*pas avoir de relation sexuelle avec son copain, il lui a répondu qu'il en avait besoin, il y a eu violence physique, le rapport a eu lieu mais comme c'est son copain pour elle ce n'est pas un viol, c'est ordinaire. »*. Elle évoque également les pressions que peuvent subir les jeunes filles qu'elle encadre L38-40 « *Dans l'exemple que j'ai en tête je pense à une jeune fille de 15 ans qui n'avait jamais eu de relations sexuelles, qui s'est mise en couple et qui avec la pression de son copain a eu une relation sexuelle au bout de 2 semaines. »*

Le viol est défini dans le Code pénal Art 222-23 comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. »*. Cette définition a été mise à jour par la loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. Cette modification a permis d'élargir et de préciser le champ des actes sexuels pouvant être concernés.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence sexuelle comme « *tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »* La coercition peut inclure le recours à la force à divers degrés, l'intimidation psychologique, le chantage, les menaces (de blessures corporelles ou de ne pas obtenir un emploi/une bonne note à un examen, etc.). La violence sexuelle peut également survenir lorsque la personne agressée est dans l'incapacité de donner son consentement – parce qu'elle est ivre, droguée, endormie ou atteinte d'incapacité mentale, par exemple. (OMS, 2012).

En ce qui concerne les violences sexuelles en MECS, certains des intervenants ont abordé la notion de « double victimes » comme Flore ou encore celle « du passage de statut de victime à celui de bourreau » comme Kenza et Sarah. Nicolas Gilles, médecin, aborde ce sujet dans sa thèse. Il rapporte que dans l'étude prospective de Salter et al (2003) sur des garçons victimes devenus auteurs d'agressions sexuelles (VAVS) sur une période de suivi qui a duré de 7 à 19 ans, ont trouvé que l'âge moyen

des garçons au moment de leur agression sexuelle subie était de 11 ans. Selon Green (1997), les agressions sexuelles qu'ont subi plus d'un auteur sur trois furent endurées par plus des trois quarts entre l'âge de 3 et 12 ans et pour le reste avant 17 ans. Cet âge moyen de 11 ans est dans la tranche d'âge classique des victimes de violence sexuelle. (N.Gilles, 2020).

Les VAVS agressent rapidement après leur propre agression, toujours selon Salter et al(2003), la plupart des infractions sexuelles n'ont eu lieu que quelques années après les violences sexuelles survenues dans l'enfance, l'âge moyen au moment de l'infraction sexuelle étant de 14 ans. Cet âge correspond à la limite basse de l'âge de la première agression par les auteurs de violences sexuelles.

### Déni, banalisation et culture du viol pour les jeunes en MECS.

Au cours de l'étude, les participants ont évoqué les violences sexuelles avant le placement mais également celles qui pouvaient avoir lieu pendant. Sarah note une évolution de la prise en charge des agressions sexuelles dans les institutions, L77 -80 *« la première fois que j'ai rencontré cette situation ça faisait peut-être 2 ou 3 ans que j'étais éducatrice. Lorsque c'est arrivé il n'y a pas eu de réaction de la part de hiérarchie, je ne dirai pas que c'est passé sous silence mais ce n'était pas grave, c'était normé. (...) Force de cette expérience là je me suis dit plus jamais. En tout cas sur mes unités ça n'a plus jamais été banalisé (...) Le dernier grave incident que nous avons eu autour de la sexualité est arrivé il y a 2 ans, et pour le coup réaction immédiate de la direction, nous avons fait venir la police sur l'établissement, le jeune a été emmené en garde à vue. »*.

Dans les différents entretiens les agressions sexuelles au sein de la structure sont abordées mais souvent à demi-mot, la plupart des interviewés parlent d'incompréhensions. Laetitia explique L140 *« nous avons eu des cas plutôt d'incompréhensions entre les jeunes mais cela reste de la violence, le garçon a été puni, une plainte a été déposée »*

Au cours de la discussion de groupe, le sujet du consentement a été abordé, pour Sam L 275-285 « *C'est très compliqué, et c'est de ça dont on vous parle parce qu'il y a des gros impacts psychologiques chez les garçons. Ils ne comprennent pas toujours la limite c'est la fille qui pose les limites donc à un moment donné ils pensent qu'ils sont autorisés mais la personne reçoit ça comme une agression. Étant donné que c'est subit comme une agression, cela entraîne une plainte derrière et le garçon se retrouve démuni parce qu'il ne comprend pas. C'est déjà arrivé et c'est allé jusqu'à la brigade des mineurs donc imaginez-vous l'impact psychologique sur les garçons qui ne sont pas des violeurs au départ mais on leur met une étiquette parce que c'est considéré comme une agression sexuelle. Ils ont la casquette d'agresseurs sexuels alors qu'ils n'interprétaient pas leurs actes de cette manière. (...) Mais dans la réalité ce n'est pas comme ça, il y a beaucoup de communication non verbale ce sont des signes qu'ils interprètent. Donc il faut passer de ce stade là au stade où ils intègrent qu'ils ne peuvent toucher le corps d'une personne que s'ils y sont autorisés. – Parce que le "non" n'est pas forcément compris ? – Le garçon va toujours insister, comme il y a un jeu de séduction qui se met en place il pense qu'en insistant un peu il va avoir ce qu'il veut. Le problème c'est que la personne se sent agressé alors qu'il n'y avait pas des mauvaises intentions. »*

D'après l'enquête IPSOS 2022, de nombreux stéréotypes qui permettent souvent d'atténuer, voire d'excuser les viols et les agressions sexuelles continuent d'être très répandus au sein de la population française. À la proposition « **Dans la vie, de nombreux événements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas pour les hommes** », 69% des Français interrogés sont d'accord. À la proposition « **Lorsque l'on essaye d'avoir des relations sexuelles avec elles, beaucoup de femmes disent « non » mais ça veut dire « oui »** », 11% des français interrogés sont d'accord dont 23% des 18-24 ans.

En 2021, plus d'un Français sur deux adhère au moins à une circonstance faisant peser une part de responsabilité sur la victime : les hommes et les personnes âgées de 60 ans et plus sont ceux qui le font le plus. Cette enquête met en lumière les raisons du déni et de la banalisation des violences sexuelles en France. Elle explique également la raison de la loi du silence, de nombreuses victimes ne s'expriment pas de peur de ne pas être entendue, de ne pas être prises au sérieux ou pire d'être jugées en partie responsables.

Les jeunes ayant déjà vécus des situations de violences, et s'étant déjà confrontés au déni ou à la banalisation sont d'autant plus concernés par le fait de taire et de banaliser les situations qu'ils ont vécu, qu'ils vivent ou celles qui pourront vivre.

La plupart des professionnels interrogés en sont conscient et c'est pour cela que d'après eux il faut insister sur la prévention surtout en ce qui concerne le consentement bien que ce sujet puisse être difficile à aborder comme l'explique Lila L47 « C'est vraiment quand elles ont confiance en un éducateur qu'elles vont en discuter ». Pour Laetitia L228 « *Elles n'ont pas cette notion-là, pour beaucoup elles ne se rendent pas compte qu'il y a besoin d'un consentement, que la femme est l'égal de l'homme, elles n'en ont pas conscience.* »

### Les difficultés d'une éducation à la santé sexuelle adaptée.

De ce fait les actions d'éducatrices à la santé sexualité se doivent de s'adapter à leurs besoins, leurs problématiques, et leurs vécus. Comme dit Sarah L325 « *Ce sont des gamins qui ont besoin d'en parler mais qui sont tellement fragiles que je marche sur les œufs avec eux encore* ».

L'éducation à la santé sexuelle présente en elle-même différentes difficultés dont l'ensemble des tabous touchant ce domaine. Tout d'abord le tabou lié la sexualité des adolescents, comme le soulève l'OMS, partout dans le monde le profond malaise qui entoure la sexualité des adolescents renforce les obstacles juridiques et sociaux à l'éducation à complète à la sexualité. (OMS, 2019).

Dans *les Enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Marie-Laure Brival évoque la sexualité des adolescents, selon l'auteure prise entre tabou et sexualité leur sexualité a du mal à s'épanouir et fait peur. ML Brival affirme que de nombreux jeunes deviennent sexuellement actifs sans avoir pu parler de façon explicite de la sexualité avec un adulte. Bien que la sexualité reste du domaine de l'intime, l'absence de parole explicite et d'éducation, comme pour n'importe quel apprentissage du comportement social, dès le plus jeune âge laisse certains adolescents dans un grand désarroi à l'entrée dans la sexualité. (ML Brival, 2013).

Les entretiens ont pu mettre en évidence que pour certains professionnels de l'éducation, il est difficile d'aborder la sexualité avec les jeunes dont ils ont la responsabilité. C'est en partie pour cela que la présence d'une personne référente au sein des groupes éducatifs, se sentant à l'aise sur le sujet, faciliterait les actions d'éducation à la santé sexuelle.

Un autre de ces tabous concerne le rapport entre les hommes et les femmes, comme le soulevait Xavier L239 « *Alors je suis un homme donc ce n'est pas avec toutes les filles que je peux parler de sexualité* » ou Sam L405 « *souvent les garçons parlent de leur problème intime aux garçons et les filles font de même avec les femmes* ».

Ce tabou peut représenter un réel obstacle étant donné que comme dans la majorité des métiers du social la profession d'éducateur spécialisé est en grande partie féminine. En 2019, 77% des élèves éducateurs spécialisés en première année étaient des femmes. Cela pourrait également expliquer le manque d'actions d'éducation à la sexualité visant les jeunes garçons.

La culture, la langue ou encore la religion peuvent représenter elles aussi un frein à l'abord de l'éducation à la sexualité comme l'illustre Flore L451 « *Il y a des cultures aussi qui font que nous n'abordons pas les choses de la même manière* » ou Lila L100 « *Pour certains vis-à-vis de leur religion c'est compliqué* ».

Au cours de son entretien, Sarah met la lumière sur un point intéressant, celui du tabou de la sexualité en institution L257 « *C'est trop tabou dans les institutions de la protection de l'enfance.* ». Elle évoque le cas d'un garçon dont elle s'est occupée L253 « *nous avons un jeune qui commençait à avoir une sexualité active donc interdit dans l'établissement MECS, ensuite il est passé par un hôpital où c'était interdit et enfin en hôpital psychiatrique où c'est interdit aussi. Toutes les institutions interdisent je veux bien mais à un moment donné où est-ce que ça se fait, où est-ce que ça se passe, comment fait-on ? Je me mets à leur place je ne comprends pas, on fait ça dans la rue ? Sur un canapé IKEA ?* ».

Les règles et le cadre des relations amoureuses et sexuelles dans les MECS ont été abordées avec chacun des intervenants. Tous expliquent qu'au sein de la structure la règle est l'interdiction formelle de toute relation sexuelle dans les locaux. Certains comme Sarah ou Flore ont un point de vue différent L369 « *qu'elle ait un rapport sexuel non protégé ici ou dehors ça ne change pas grand-chose, on aura le même problème, de même si elle tombe enceinte. Le fond du problème c'est vraiment la prévention pour éviter les maladies, éviter de tomber enceintes (...)* ».

D'après C. Martin, la sexualité de l'adolescent en institution paraît être soumise chez les auteurs à un intense refoulement. Selon lui l'interdiction des relations sexuelles au sein des MECS est une hypocrisie étant donné qu'à l'extérieur les jeunes font ce qu'ils veulent ou du moins ce qu'ils peuvent. L'institution moyenne se comporte comme une famille moyenne, en ce sens il préconise de se questionner sur la manière dont est discutée la sexualité adolescente comme cela se fait dans les familles. (C. Martin, 2003).

## **LES PARTENAIRES ET OUTILS DE L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE**

L'étude montre que parmi les difficultés rencontrées par les éducateurs spécialisés, le manque de formation est abordé par près de la moitié des intervenants. De ce fait certains d'entre eux ont émis le souhait d'être formés par des associations, ou pourquoi pas par des professionnels de santé. Marion, Xavier ou encore Lila évoquent les différentes actions d'éducation à la santé sexuelle venant d'associations et parle de leur effet bénéfique sur les jeunes. Cette première piste d'amélioration est à prendre en compte étant donné que le passé a prouvé qu'il était possible de les mettre en place, et que les jeunes étaient réceptifs et intéressés.

De nombreux entretiens ont également parlé du planning familial comme partenaire dans la prise en charge de la santé sexuelle. Les modalités d'intervention du Planning sont multiples (entretiens de counseling, consultations médicales, groupes de parole, animations en milieu scolaire, actions auprès de publics spécifiques, investissement de l'espace public...). Elles s'appuient sur l'action menée quotidiennement par son réseau d'associations départementales et régionales, qu'il convient de structurer et de

consolider d'années en années. L'éducation à la sexualité fait partie de la charte du planning familial qui réunit deux démarches fondamentales. (Planning familial, 2016).

La première celle de permettre l'accès sans préjugé ni jugement, à tous les âges, à une sexualité libre et épanouie pour disposer librement de son corps. La deuxième est celle de défendre une approche positive par les droits de la santé sexuelle, l'accès à une contraception choisie et le droit pour chaque femme d'avoir recours librement à l'avortement.

Concernant les MECS, la particularité du planning familial est le traitement ponctuel des situations comme l'explique Xavier L402 « *Nous avons à disposition aussi le planning familial mais c'est pour gérer les situations au cas par cas ce n'est pas vraiment de la prévention mais ils ne se déplacent pas c'est encore un problème c'est à nous d'amener les filles.* ». Pour Sarah « *l'avantage c'est qu'ils ont des outils techniques que moi je n'ai pas. Quand je parle d'outils techniques je parle des pénis, des vagins, des choses concrètes, cela dit je pourrai peut-être m'équiper je ne sais pas si c'est possible* ».

Différents supports éducatifs ont pu être mis en place dans les MECS d'après les intervenants, le plus souvent ce sont des brochures ou des affiches mises à disposition des jeunes. Ces supports peuvent être élaborés avec différents partenaires, le planning familial comme précédemment évoqué ou encore la mairie de Marseille. Malgré cela l'utilisation de supports éducatifs ne se pérennise pas toujours, ou se limite à l'enceinte de l'infirmerie. Les supports de l'éducation à la sexualité peuvent être divers et variés le recours aux maquettes anatomiques comme en parlait Sarah ou encore la mise en place de jeux de rôle ou de pièce de théâtre comme évoquait l'entretien de groupe. Les techniques d'animations de séance d'éducation à la sexualité regroupent également les questions anonymes, l'abaque, la photo-expression ou encore le portrait chinois.

Parmi les partenaires de l'éducation à la santé sexuelle, l'étude a montré l'importance de la présence de professionnels de santé qualifiés. Comme l'explique Lila, L112 « *certaines filles ont besoin de se rassurer avec des informations qui viennent de personnes formées pour cela* ». Elle parle de manque de légitimité, en tant qu'éducatrice, à communiquer des informations concernant la santé sexuelle.

Lorsque Xavier parle des partenaires sur lesquels il peut compter, il parle entre autres de « *certaines gynécologues et aussi des sages-femmes qui ont le savoir-faire nécessaire pour s'occuper de nos jeunes. Ce n'est pas donné à tout le monde (...)* ». Au-delà de la qualification professionnelle, le public des MECS nécessite une grande capacité d'adaptation et de compréhension. Kenza explique L78 « *On a des jeunes qui ont vécu des violences sexuelles et qui ne sont jamais aller consulter, c'est très impressionnant pour elles, elles peuvent se rétracter à la dernière minute.* ». Cela peut constituer un réel frein pour les éventuels partenariats avec des professionnels de santé de ville.

Parmi les différentes pistes d'améliorations entendues au cours de l'étude, la présence d'un professionnel de santé spécialisé a été proposée en complément de celle de l'IDE de la structure. Les intervenants ont néanmoins soulevé le fait que cette présence se devait d'être en concordance avec les besoins des jeunes.

Les entretiens de Sarah ainsi que celui mené en groupe ont permis de souligner l'avantage de la présence de professionnels spécialisés au sein de la MECS : celui du secret partagé. Il permet une collaboration et une prise en charge globale de la santé sexuelle des adolescents.

Dans l'Article R-1110-1 du Code de la Santé publique, les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L1110-4, « *échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite, des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne et du périmètre de leurs missions.* ». (Code de la Santé publique, 2016).

L'ensemble des personnes interrogées sont d'accord sur le fait qu'il est plus facile de fournir une éducation à la santé sexuelle, et discuter profondément avec les jeunes dès lors qu'une relation de confiance installée. La mise en place d'un partenariat avec un seul et même professionnel de santé par structure permettrait d'après certains des intervenants de faciliter cette prise en charge. Kenza évoquait les situations de violences sexuelles et une prise en charge plus « facile » dans le cas où une seule et même personne référente, connue des jeunes, puisse s'occuper d'elles.

D'après l'étude qui a été menée, les besoins en termes d'éducation à la santé sexuelle en MECS nécessitent un suivi de **prévention primaire** globale et en particulier des actions faites dans l'enceinte des structures. Cette prévention devrait prendre en compte les points détaillés dans les différents principes internationaux sur l'éducation complète à la sexualité (UNESCO, 2018). En effet, ces principes directeurs insistent sur la nécessité d'établir des programmes éclairés par des données factuelles, adaptés au contexte local et élaborés selon une logique permettant de mesurer et de prendre en compte divers facteurs, tels que les convictions, les valeurs, les attitudes et les compétences qui, à leur tour, sont susceptibles d'influer sur la santé et le bien-être en lien avec la sexualité. Cette prévention devrait se faire dès le plus jeune âge, comme le soulignait Flore, il serait intéressant de mettre en relation les différentes unités d'une même structure et établir une ligne de conduite institutionnel propre à chaque structure en prenant en compte les besoins du public qu'elle accueille.

## **LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS L'EDUCATION A LA SANTE SEXUELLE**

D'après la présente étude, les professionnels en charge des jeunes placés en MECS s'accordent à dire qu'une éducation à la santé sexuelle plus approfondie serait nécessaire. Une éducation complète à la sexualité abordant les différents thèmes de santé sexuelle telle que la contraception, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, ou encore la physiologie du corps humain.

Certains d'entre eux proposent de mettre en place des actions de prévention en partenariats avec des professionnels de santé spécialisés en santé sexuelle.

Les professionnels de santé spécialisés en santé sexuelle sont pour près de la moitié des personnes interrogées, les gynécologues. Pour d'autres, ayant connaissances des différentes compétences des sages-femmes comme le suivi gynécologique de prévention, consultation de contraception et la réalisation d'IVG médicamenteuse, suivi de grossesse et accouchement...), souhaiteraient collaborer avec la profession.

Bien qu'il existe déjà dans certaines MECS, un travail collaboratif avec des sages-femmes libérales principalement dans le cadre du suivi gynécologique de prévention de jeunes filles. Dans d'autres, les équipes éducatives seraient favorables à la collaboration avec une sage-femme pour l'éducation à la santé sexuelle des jeunes filles mais plus réticentes dans le cadre de celle des jeunes garçons.

Il est important de noter qu'au cours des entretiens, la question des différents rôles d'une sage-femme a été abordée. Plus de la moitié d'entre eux limitaient ces rôles à la périnatalité, quelques fois à la rééducation du périnée. Les compétences gynécologiques des sages-femmes n'ont pas été souvent mises en avant.

De manière générale le souhait des personnes interrogées serait une collaboration avec les sages-femmes. Les modalités restent encore à définir mais il semblerait que la mise en place de séances d'éducation à la santé sexuelle par petits groupes répondrait en partie aux besoins des MECS.

Même si le problème du financement de ces interventions est posé par les directeurs de structures, l'enjeu de l'éducation complète à la sexualité est primordial et devrait passer avant les considérations financières.

# CONCLUSION

---

La présente étude a été menée dans le but de déterminer en quoi l'éducation à la santé sexuelle pouvait constituer un enjeu pour les éducateurs spécialisés.

L'étude qualitative a permis dans un premier temps de mettre en évidence les principales situations de santé sexuelles rencontrées en MECS telles que la contraception, les grossesses non désirées mais également les violences sexuelles sous différentes formes. D'après les différents entretiens, la prostitution et les agressions sexuelles représentent la majorité des situations de violences auxquelles sont confrontées le public des MECS.

Les objectifs principaux de cette recherche étaient d'identifier les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS ainsi que les freins et les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer.

Il ressort de l'étude que l'éducation à la santé sexuelle peut être abordée de manière formelle à travers des actions ponctuelles de partenaires extérieurs ou de manière informelle à travers des discussions spontanées en fonction des situations rencontrées avec les jeunes qu'ils encadrent. Tous les intervenants conviennent que les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle restent insuffisantes. La suite de l'étude fait ressortir les principales difficultés de l'abord à la santé sexuelles telles que le manque de temps et de formation des éducateurs spécialisés, le manque de personnel qualifié ou encore les tabous qui entourent la thématique de la sexualité chez les adolescents. Les difficultés matérielles et financières ne représentent qu'une mineure partie des freins à l'abord de l'éducation à la santé sexuelle.

Afin de répondre à ces problématiques, des pistes d'améliorations ont été abordées telles que la mise en place d'actions d'éducation à la santé sexuelle plus régulières et à long terme en association avec différents professionnels spécialisés dans le domaine. Différentes techniques et outils d'interventions ont été proposés comme les jeux de rôle ou les groupes de débats.

Une meilleure prise en charge de l'éducation à la santé sexuelle dans les MECS permettrait de répondre au mieux aux objectifs de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030.

Comme le souhaitaient certains participants de l'étude, une collaboration avec les sages-femmes pourrait être un moyen d'améliorer en partie la prise en charge de l'éducation à la santé sexuelle des jeunes en MECS. Cependant la méconnaissance de la profession, encore assez répandue dans le grand public, pourrait freiner ou décourager cette collaboration.

# BIBLIOGRAPHIE

---

13 900 étudiants en formation d'éducateur spécialisé en 2017, Drees, 2019.

2019 – Enquête IPSOS – Violences sexuelles de l'enfance [WWW Document], n.d. URL <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos-2-violences-sexuelles-de-lenfance.html> (accessed 4.30.22).

2022 – Enquête IPSOS – représentations des Français sur le viol vague 3 [WWW Document], n.d. URL <https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2022-enquete-ipsos-representations-des-francais-sur-le-viol-vague-3.html> (accessed 4.30.22).

Article 222-23 – Code pénal – Légifrance, n.d.

Article L1110-4 – Code de la santé publique – Légifrance, 2016.

Article R1110-1 – Code de la santé publique – Légifrance, 2016.

Bardin, L., 2013. L'analyse de contenu, 2<sup>nd</sup>, France, Quadrige.

Brival, M.-L., 2013. La question de la sexualité chez les adolescents. Érès.

Cailliez, P., 2018. Éducation à la sexualité : évaluation des pratiques professionnelles. Étude qualitative menée auprès des professionnels intervenant au titre des centres de planification et d'éducation familiale dans les collèges publics du Finistère 43.

Communal, L., Guigné, C., 2016. Éducation à la sexualité : au collège et au lycée, Maîtriser. Canopé Éditions, Futuroscope.

Comprendre et lutter contre les violences faites à l'égard des femmes, OMS, 2012. URL:[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO\\_RHR\\_12.37\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf)

DossierPresse\_Fondation\_Pfizer\_PreventionAdosVF\_327421.pdf, n.d. URL [https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/42/1/DossierPresse\\_Fondation\\_Pfizer\\_PreventionAdosVF\\_327421.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/42/1/DossierPresse_Fondation_Pfizer_PreventionAdosVF_327421.pdf)

Enseignements primaire et secondaire [WWW Document], n.d. . Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. URL <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm> (accessed 4.17.22).

EYMARD, 2003. INITIATION A LA RECHERCHES EN SOINS ET SANTE. LAMARRE EDITION, Rueil-Malmaison.

Giami, A., 2007. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le Journal des psychologues* 250, 56–60.

Gilles, N., n.d. Les adolescents victimes et auteurs de violence sexuelle. *Revue de la littérature et étude descriptive clinique autour d'une population d'auteurs suivis en soins* 247.

Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [WWW Document], n.d. URL <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence> (accessed 4.17.22).

Je souhaite comprendre les enjeux de l'éducation à la sexualité [WWW Document], n.d. . éducol | Ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports – Direction générale de l'enseignement scolaire. URL <https://eduscol.education.fr/2078/je-souhaite-comprendre-les-enjeux-de-l-education-la-sexualite> (accessed 4.17.22).

Kaufmann, J.-C., 1996. *L'entretien compréhensif*, 1<sup>ere</sup> édition. Ed. Nathan, Paris.

La charte du planning familial, n.d. URL [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO\\_RHR\\_12.37\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf)

La santé sexuelle à tous les stades de la vie [WWW Document], n.d. URL <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life> (accessed 4.17.22).

L'éducation à la vie affective et sexuelle est un apprentissage fondamental ! [WWW Document], n.d. . Le planning familial. URL <https://www.planning-familial.org/fr/education-la-sexualite/education-la-vie-affective-et-sexuelle-est-un-apprentissage-fondamental> (accessed 12.13.20).

Légifrance – Droit national en vigueur – Circulaires et instructions – L'éducation à la sexualité. [WWW Document], n.d. URL <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43964> (accessed 4.17.22).

Leroy, V., 2019. Les hommes victimes de violences sexuelles sont inaudibles [WWW Document]. *Slate.fr*. URL <http://www.slate.fr/story/175098/hommes-victimes-violences-sexuelles-virilite-liberation-parole-feministes> (accessed 4.30.22).

Les\_techniques\_d\_animation\_EAS\_maqu\_751601.pdf, n.d. URL [https://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv\\_synthese\\_sante\\_sociale\\_2009-2011/60/1/Les\\_techniques\\_d\\_animation\\_EAS\\_maqu\\_751601.pdf](https://cache.media.eduscol.education.fr/file/couv_synthese_sante_sociale_2009-2011/60/1/Les_techniques_d_animation_EAS_maqu_751601.pdf)

LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1), 2001. , 2001-588.

Maison d'enfants à caractère social (MECS) : Tous les établissements de type Maison d'enfants à caractère social (MECS) [WWW Document], n.d. URL <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html> (accessed 4.17.22).

Martin, C., 2003. La sexualité et l'institution. *Journal du droit des jeunes* N° 227, 35–39.

Mercier, E., Merceron, A., n.d. VOS CONTACTS IPSOS France 49.

Milova, H., 2006. Légitimation du métier d'éducateur et évolution des pratiques socio-éducatives. *Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ere nouvelle* Vol. 39, 37–51.

Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports, n.d. Éducation à la sexualité [WWW Document]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. URL <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814> (accessed 4.30.22).

Presentation\_generale\_rbpp\_sante\_mineurs\_jeunes\_majeurs.pdf, HAS n.d. URL [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation\\_generale\\_rbpp\\_sante\\_mineurs\\_jeunes\\_majeurs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)

Prévention | Conséquences sur la victime mineure [WWW Document], n.d. . La Parole Libérée. URL <https://www.laparoleliberee.org/les-degats-causes-sur-victime-mineur> (accessed 4.30.22).

Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle – UNESCO Bibliothèque Numérique [WWW Document], n.d. URL <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214> (accessed 12.13.20).

Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle ; 2018 – 266214fre.pdf [WWW Document], n.d. URL [https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef\\_0000266214&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attachment\\_2b557695-8548-430c-b5f7-3dca96a27fd6%3F\\_%3D266214fre.pdf&updateUrl=updateUrl2281&ark=/ark:/48223/pf0000266214/PDF/266214fre.pdf.multi&fullScreen=true&locale=fr#%5B%7B%22num%22%3A56%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C19%2C857%2Cnull%5D](https://unesdoc.unesco.org/in/documentViewer.xhtml?v=2.1.196&id=p::usmarcdef_0000266214&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attachment_2b557695-8548-430c-b5f7-3dca96a27fd6%3F_%3D266214fre.pdf&updateUrl=updateUrl2281&ark=/ark:/48223/pf0000266214/PDF/266214fre.pdf.multi&fullScreen=true&locale=fr#%5B%7B%22num%22%3A56%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C19%2C857%2Cnull%5D) (accessed 12.13.20).

Rapport relatif l'éducation à la sexualité, n°2016-06-13-SAN-021, 2016, n.d. URL <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/164000367.pdf>

Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241514606> (accessed 4.30.22).

Référentiel professionnel éducateur spécialisé, 2018. URL : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees\\_arrete\\_ssaa1812297a\\_annexes\\_i\\_et\\_ii.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees_arrete_ssaa1812297a_annexes_i_et_ii.pdf)

Salmona, D.M., n.d. VIOLS ET AGRESSIONS SEXUELLES 18.

Santé sexuelle – Ministère des Solidarités et de la Santé [WWW Document], n.d. URL <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle> (accessed 4.17.22).

Santé sexuelle et reproductive : compétences de base en soins primaires [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241501002> (accessed 4.17.22).

UNESCO, 2018. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : une approche factuelle ; 164.

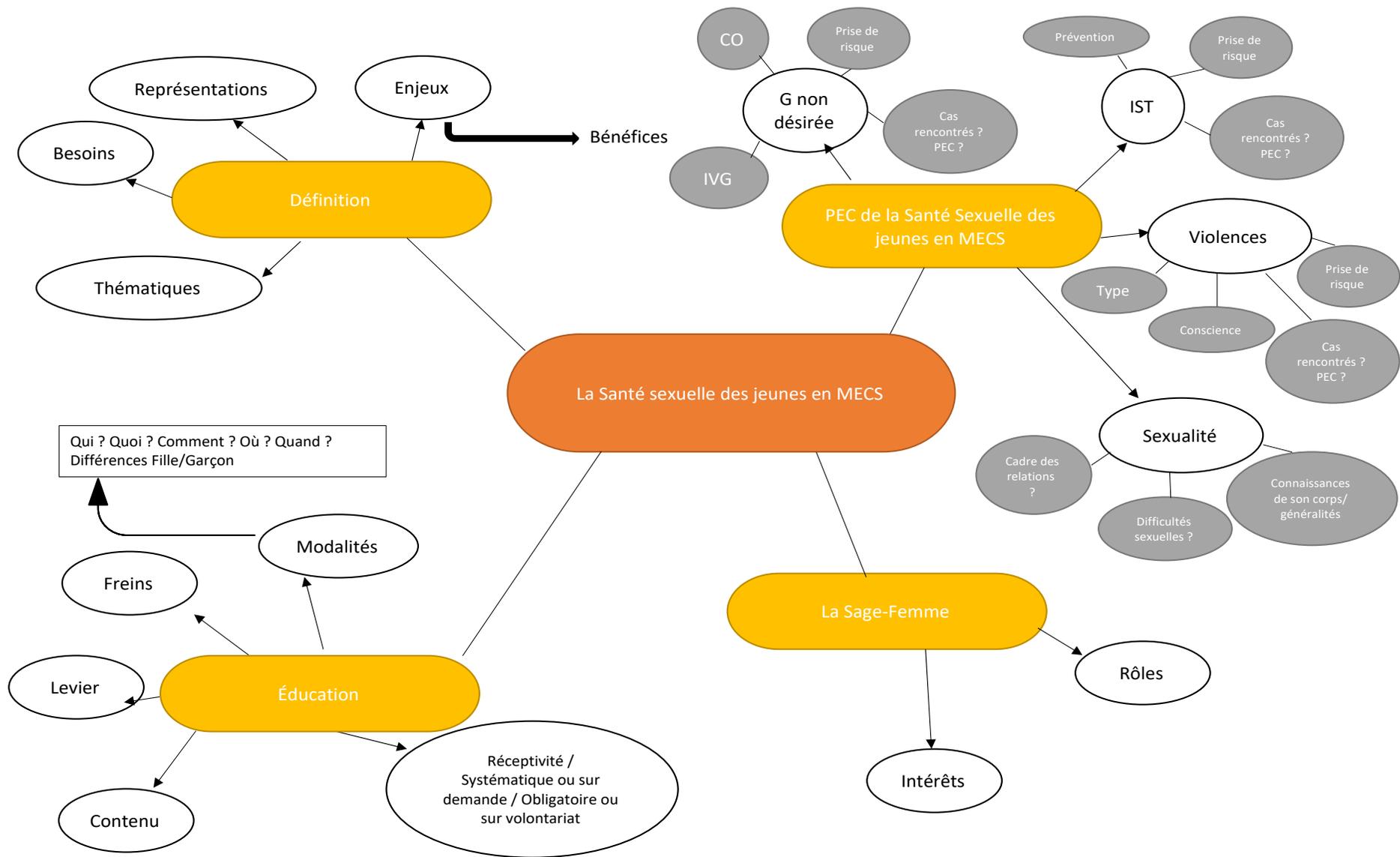
# ANNEXES

---

- ◆ Annexe 1 : Grille d'entretien
- ◆ Annexe 2 : Situations de santé sexuelle rencontrées
- ◆ Annexe 3 : Difficultés et problématiques
- ◆ Annexe 4 : Pistes d'amélioration proposée

# Annexe 1 : Grille d'entretien

**Préalable** : Pseudo/Date/Heure/Lieu/ Présentiel ou distanciél/Sexe/âge/Profession/ancienneté dans la profession et dans la structure/Durée



## Annexe 2 : Situations de santé sexuelles rencontrées

	Grossesses non désirées		IST		Violences				Sexualité	
	IVG	Contraception	Prévention	Protection	Prostitution	Pornographie	Physiques	Sexuelles	Au sein de la structure	A l'extérieur de la structure
<b>Entretien Lila</b>	L82 ; L87-89	L41-42 ; L85-87 ; L382-383	L86	L40-41 ; 57-58 ; 60 ; 344 ; 381-382	L81		L161- 164 ;169- 170 ;176-179	L 154-165	L217-219	L36-37 ;L39-40 ; L233-234 ;
<b>Entretien Marion</b>	L46 ; L84	L17 ; L41-43 ;		L54-55	L54 ; L135-139 ; L193-194	L304	L162-163 L171-172 L187-188			L221-223
<b>Entretien Rachelle</b>	L156	L194-195	L29-30 ; L224- 225 ; L278- 279 ;L292	L197-199 ; L277- 278	L54 ;L126-127 ;		L90 ;L105- 109;L125	L55 ;L85- 86 ; L93		L215
<b>Entretien Laetitia</b>	L85 ; L109- 117 ; L331-334	L27-28 ;L47-49 ; L60-63 ; L118-119 ; L334-335	L49-51 ; L280- 282 ; L288-291	L278-279	L79		L166-169	L140-141	L133-137	
<b>Entretien Kenza</b>		L26 ;L266-269	L277-279		L224-227 ; L229-230 ; L239-242	L21-22, L45-46 ; L354-355 ;L374	L141-146	L50-51 ; L77-78	L421-423	L427 ; L434-437
<b>Entretien Sarah</b>	L396-399	L383-384 ;	L211-215 ; L354-359 ; L415-418 ; L497	L305-306	L182-184 ; L194-197			L26-28. L62- 63	L252 ; L279-280 ; L286 : L501-504	L263-264
<b>Entretien Xavier</b>	L213-214	L58-64	L160-162 ; L288-290		L56-58 ; L101- 104 ; L143-144		L81-83 ; L117-118	L564-565 L567-569 L584	L280-284 ; L454- 456	L51-53 ; L54-56 ; L277-279
<b>Entretien de groupe</b>	L219-231	L148-149 ; L158 ; L531	L69 ; L72-74 ; L182 ; L184 ; L191-194 ; L381-382 ; L525-526 ; L615-618	L52 ; L53	L317 ; L328-333			L276-278 L297-299	L140-141 ; L246 ; L253-257	

### Annexe 3 : Difficultés et problématiques

Annexe 3 : Difficultés et problématiques												
	Ressources Humaines								Ressources matérielles		Ressources financières	
	PEC de la SS insuffisante		Manque de personnel qualifié			Freins			Supports éducatifs	Lieux d'intervention	Structure	Abs de subvention
	Séjour court	Suivi en équipe (Abs de référent)	MED	IDE	SF	Formation	Tabou	Temps				
<b>Entretien Lila</b>		L136-140 ; L206	L113-114 ; L146-149 L374-375	L113-114 L146-149 L374-375	L146-149 L374-375	L91-93 L114-119 ; L224-226 ; L266-267	L 45-49 L222-224		L91-93 L287-288	L110-111 L123-125	L315-316	
<b>Entretien Marion</b>		L109-112		L92-94		L205	L23-24 ; L145-147 ;	L98-100 ; L122-124 L264-265			L122-124 L263-264	
<b>Entretien Rachelle</b>		L139-140	L146-147	L70-71 ; L146-147 ; L166-167	L146-147	L30-33 ; L210 ; L243	L206-207		L204-205 ; L242	L204-205		
<b>Entretien Laetitia</b>			L291-296 ; L344-346	L258	L263-264		L16-18 ; L286-287	L267-268	L22			
<b>Entretien Kenza</b>	L452-454 ; L455-456	L299-302	L36-38			L258-260	L258-260	L388-390	L325	L69-71 ; L442-443		
<b>Entretien Sarah</b>		L137-139 ; L431-432 ;					L219 ; L319-322 ; L557		L223 ; L471 ; L525-526			
<b>Entretien Xavier</b>		L393-395 ; L412-413 ; L451-452				L196-198 ; L493-495	L184-185 ; L239	L299-301 L326-327 L444-445 ; L486-487 ; L499-500		L312-313 ; L410-411	L376-378 ; L516-517	
<b>Entretien de groupe</b>	L552	L85-87 ; L89-91 ; L118-120 ; L436-443					L405-412 ; L451-454 ; L606-607	L597-601	L463-464	L575-577		

## Annexe 4 : Pistes d'améliorations proposées

	Ressources Humaines							Ressources matérielles		Ressources financières		
	Suivi éducatif		Suivi médical			Actions en SS			Supports éducatifs	Lieux d'intervention	Structure	Subvention
	Éducateurs	Associations	MED	IDE	SF	Formation des éducateurs	Associations	Planning familial				
<b>Entretien Lila</b>	L184-185 L189-190	L241-243	L316-318		L126-129 L316-318 L385-386	L286-288			L272-276 L345-346			
<b>Entretien Marion</b>		L271-272				L272-273	L118-123 L272-273	L65-66 L130		L289-292		
<b>Entretien Rachelle</b>	L209-210 ; L264-265	L248-252		L209		L257 ; L265	L245-247	L70	L245 ; L257	L245		
<b>Entretien Laetitia</b>	L435-436							L18 ; L313-314	L249-251			
<b>Entretien Kenza</b>	L315-317	L484-486	L36-38 ; L80-84 L486-487		L515-516		L485-486	L253-254		L71-75 L484-485,	L483	L483 L517
<b>Entretien Sarah</b>	L545-547						L555-556	L229-230	L224	L222		
<b>Entretien Xavier</b>	L506-507 ; L524-527	L373-375 ; L390-393	L431	L507-508	L161-162. L431	L421-425	L138-140 ; L430-431	L176-177 L402-403			L428	
<b>Entretien de groupe</b>	L384-387 ; L469-471 ; L627-638		L4594 61 ( pro de santé)		L664-665			L482-484	L520-521 L535-536 L543			



## RESUME

**Introduction :** L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité qui requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité. La santé sexuelle est un droit fondamental, de ce fait l'éducation à la santé sexuelle s'inscrit dans la première stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 lancée par le gouvernement français ainsi que dans les programmes scolaires. Les adolescents sont la principale cible de cette éducation, ils sont inclus par l'OMS dans les groupes vulnérables. Les Maisons d'Enfants à Caractère Social accueillent des adolescents placés pour différentes raisons notamment dans le cas de violences. Ces jeunes sont pris en charge au quotidien par des éducateurs spécialisés qui les accompagnent dans leur évolution vers la vie d'adulte. Ces professionnels sont donc en première ligne dans l'éducation, notamment dans l'éducation à la santé sexuelle.

**Objectifs de l'étude :** Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle par les éducateurs spécialisés auprès des jeunes en MECS puis d'identifier les freins et les difficultés auxquels ils peuvent être confrontés dans ces situations.

**Matériels et Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive et compréhensive concernant les éducateurs spécialisés travaillant auprès des jeunes en MECS. Les données ont été recueillies à partir de 7 entretiens individuels et 1 entretien de groupe selon la méthode de l'entretien compréhensif. L'analyse de contenu a ensuite été réalisée.

**Résultats :** L'étude montre que les principales situations de santé sexuelle rencontrées en MECS sont les grossesses non désirées, la contraception, ainsi que les violences sexuelles sous différentes formes. Les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle changent en fonction des éducateurs, cette éducation est ponctuelle et se fait en fonction des situations rencontrées. Les difficultés rencontrées par les professionnels concernent notamment le tabou autour de la sexualité, le manque de temps et de formation des éducateurs et l'absence de référent d'éducation à la santé sexuelle dans les structures. Les principales pistes d'améliorations proposées concernent les actions de prévention par des intervenants extérieurs et la volonté de partenariats avec des professionnels de santé qualifiés en santé sexuelle afin d'instaurer un suivi à long terme.

**Conclusion :** Tous les intervenants interrogés conviennent que les modalités d'abord de l'éducation à la santé sexuelle restent insuffisantes. Les différents freins rencontrés par les éducateurs spécialisés pourraient être améliorés par la mise en place d'actions d'éducation à la santé sexuelle sur le long terme par des professionnels spécialisés. Une collaboration avec les sages-femmes pourrait être un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des jeunes en MECS.

**Mots-clés :** éducation à la santé sexuelle, adolescents, sexualité, éducateur spécialisé, sage-femme

## SUMMARY

**Introduction:** The World Health Organization defines sexual health as a state of physical, emotional, mental and social well-being and requires a positive and respectful approach of sexuality. Sexual health is a fundamental right, for this reason sexual health education is part of the first national sexual health strategy 2017-2030 launched by the French government and included in school's programs. Adolescents are the main target of this education, they are considered by the WHO as part of vulnerable groups. A "Maison d'Enfant à Caractère Social" welcomes adolescents placed in care for various reasons, particularly in case of violences. These young people are cared for on a daily basis by specialized educators who guide them in their evolution to become adults. These professionals are consequently on the front line of education, particularly in sexual health education.

**Objectives of the study:** Firstly, to identify the ways in which specialized educators approach sexual health education with young people in MECS and then to identify the obstacles and difficulties they may face in these situations.

**Materials and Method:** This is a qualitative, descriptive and comprehensive study concerning specialized educators working with young people in MECS. The data were collected from 7 individual interviews and 1 group interview using the comprehensive interview method. The content analysis was then carried out.

**Results:** The study shows that the main sexual health situations encountered in MECS are unwanted pregnancies, contraception, and sexual violence in different forms. The ways in which sexual health education is approached vary according to the educators; this education is ad hoc and is done according to the situations encountered. The difficulties encountered by professionals include the taboo surrounding sexuality, the lack of time and training for educators and the absence of a sexual health education referent's in the facilities. The main areas for improvement suggested were prevention activities by outside workers and the desire to establish partnerships with health professionals qualified in sexual health in order to establish long-term accompaniment.

**Conclusion:** All of the participants interviewed agreed that methods of approaching sexual health education remain insufficient. The various obstacles encountered by specialized educators could be improved by the implementation of long-term sexual health education activities by specialized professionals. Collaboration with midwives could be a way to improve sexual health care for young people in MECS.

**Key words:** sexual health education, adolescents, sexuality, specialized educator, midwife