



HAL
open science

La thématique "Éducation à la sexualité" du service sanitaire des étudiant.e.s en santé de la filière médecine : un état des lieux national

Julie Gomez

► To cite this version:

Julie Gomez. La thématique "Éducation à la sexualité" du service sanitaire des étudiant.e.s en santé de la filière médecine : un état des lieux national. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04753373

HAL Id: dumas-04753373

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04753373v1>

Submitted on 25 Oct 2024

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.

Thèse d'exercice pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Gynécologie Médicale

Présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 2024

Julie GOMEZ

Née le 07/06/1997 à Lyon (69)

**La thématique « Éducation à la sexualité » du service sanitaire des
étudiant·e·s en santé de la filière médecine : un état des lieux
national.**

Étude observationnelle, descriptive, par questionnaire adressé aux
étudiant·e·s en médecine de France de 3ème, 4ème et 5ème année.

Directrice de thèse

Madame la Docteure Nathalie RAË

Rapporteuse de thèse

Madame la Professeure Sophie

CATTEAU-JONARD

Membres du jury

Monsieur le Professeur Claude HOCKE
Madame la Docteure Valérie BERNARD
Madame la Docteure Marie PERRISSIN-FABERT
Madame la Docteure Nathalie RAË

Président
Juge
Juge
Juge

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Monsieur le Professeur Claude HOCKE

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et d'évaluer la qualité de mon travail. Je vous remercie également pour vos enseignements en gynécologie médicale tout au long de mon internat et pour les opportunités d'apprentissage et de développement que vous m'avez offertes au sein de votre service. Je vous prie de bien vouloir voir dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma plus sincère reconnaissance.

À la rapporteuse de thèse

Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Je suis profondément honorée que vous ayez accepté, avec tant de bienveillance, de vous prononcer sur la valeur et l'intérêt de mon travail de thèse. J'éprouve une grande admiration pour l'étendue de vos connaissances et pour votre engagement dans les différents domaines de la gynécologie médicale. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À ma directrice de thèse

Madame la Docteure Nathalie RAË

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie également pour la confiance que tu m'as accordé dès le début de ce travail. Ton engagement, ta bienveillance, tes précieux conseils, et ta disponibilité constante ont été un soutien considérable tout au long de ce parcours. Ton encadrement a été pour moi d'une valeur inestimable, tant sur le plan professionnel que personnel, et je suis profondément honorée d'avoir eu l'occasion de partager avec toi tous ces moments et discussions enrichissantes dans le cadre de ce travail.

Aux membres du jury

Madame la Docteur Valérie BERNARD

Je te remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. J'ai eu l'opportunité d'enrichir considérablement mes connaissances à tes côtés, en consultation, en staff, lors de tes cours magistraux et lors de nos échanges dans ton service. Ta carrière et tes connaissances notamment en endocrinologie de la reproduction, intérêt que nous partageons, constituent pour moi une source d'admiration profonde. Je tiens également à t'exprimer ma gratitude pour ton engagement auprès des internes en gynécologie médicale.

Madame la Docteure Marie PERRISSIN-FABERT

Je suis très honorée que tu fasses partie de mon jury de thèse. Bien que j'aie eu peu l'occasion d'assister à tes consultations lors de mon stage à l'hôpital de Mont-de-Marsan, j'ai été marquée par la bienveillance dont tu fais preuve avec tes patientes. Ta pratique positive et complète de la gynécologie, ton engagement en orthogénie et les connaissances et compétences relationnelles que tu développes auprès des adolescentes sont des exemples à suivre pour les jeunes internes que tu encadres.

À Monsieur Florent PEELMAN

Un immense merci pour les actions « Hors les murs » d'éducation à la vie affective et à la sexualité que tu organises avec le CEGIDD 24 et qui ont grandement inspiré ce sujet de thèse. Je te remercie sincèrement pour le temps que tu m'as consacré et, de manière plus générale, pour l'attention que tu portes aux internes qui effectuent leur stage au CEGIDD 24. Ta vision et ta pratique de la médecine sont sources d'inspiration et c'était un plaisir de travailler avec toi et d'apprendre à tes côtés.

A Monsieur Thomas FERTÉ

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour le temps que vous avez consacré à répondre à mes questions et pour vos conseils éclairés concernant l'analyse statistique des résultats de ma thèse.

À Madame Hélène PLOUSSEAU-GUÉDÉ

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour les relectures précises de ma bibliographie. Vos recommandations en matière de référencement bibliographique m'ont été très précieuses.

Aux étudiant·e·s et référent·e·s en santé publique des associations étudiantes

Un immense merci à **Barbara Melo** pour tous les moments associatifs que nous avons vécu ensemble et qui ont forgé notre amitié. Tu as été la première à soutenir le sujet de cette thèse et grâce à toi j'ai pu contacter facilement les référent·e·s en santé publique de l'ANEMF, première étape de la diffusion du questionnaire de ma thèse.

Je tiens à remercier **les référent·e·s en santé publique de l'ANEMF** pour leur aide précieuse et **les référent·e·s des trente-cinq associations d'étudiant·e·s en médecine** qui ont accepté la diffusion du questionnaire de la thèse sur leurs groupes de promotion.

Merci infiniment **aux 1826 étudiant·e·s en médecine** qui ont répondu au questionnaire, merci pour leur participation et pour les témoignages, idées et réflexions développés dans leurs réponses ouvertes.

Au service de gynécologie de Mont-de-Marsan

Je tiens à exprimer ma gratitude à l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale ainsi qu'aux secrétaires. Je ne pouvais espérer un meilleur stage pour débiter mon internat. Un grand merci notamment à **Lucie** pour tes enseignements, ton humanité et tes capacités d'écoute.

Au service d'endocrinologie du CHU de Bordeaux

Merci à l'ensemble des chef·fe·s pour ce stage unique où j'ai appris toutes les bases de l'endocrinologie et où j'ai eu la chance d'être entourée de médecins passionné·e·s et passionnant·e·s. En particulier, merci infiniment à **Marie-Laure** pour la patience et la bienveillance qui ont caractérisé chacun de nos échanges et **Virginie** pour ta pédagogie, ta pratique intersectionnelle de la gynécologie médicale et ton engagement universitaire qui sont des exemples très inspirants.

Au service de gynécologie de Périgueux

Merci à toute l'équipe pour ce stage exceptionnel à bien des égards. Tout d'abord, merci à **Albane** et **Valérie** pour votre aide et votre patience, le service ne serait pas le même sans vous. Merci à **Adélaïde** et **Julie** pour les valeurs que vous défendez et que vous transmettez. L'empathie, la quiétude et le respect sont les règles d'or du service d'orthogénie de Périgueux. À l'équipe de gynécologie médicale, **Blandine**, **Clothilde** et **Elisabeth**, merci infiniment pour vos consultations très variées et exhaustives, pour votre esprit d'équipe et votre confiance. Votre disponibilité, votre expertise et votre pédagogie ont fait de ce stage une étape clé de ma formation. Je me considère très chanceuse d'avoir pu passer dans votre service et d'avoir appris à vos côtés.

Aux Dr. DALSHEIMER, Dr. MARCOTTE, Dr. BASTIDE-ARRIVE et Dr. SCASSO-BAILLY

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à chacune de vous pour l'accompagnement précieux et l'encadrement de qualité que vous m'avez offert durant mon stage en libéral. Vos conseils avisés, vos enseignements et votre approche humaine de la médecine m'ont permis de progresser tant sur le plan professionnel que personnel. Chacune de vous a su, par son approche unique, enrichir ma formation et affiner ma pratique. Je vous remercie sincèrement pour l'opportunité que vous m'avez donnée de me former dans vos cabinets respectifs.

Au service de gynécologie médicale du CHU de Bordeaux

Je souhaite exprimer toute ma reconnaissance envers vous, **Valérie**, **Dounia**, **Gabrielle** et **Marie** pour l'encadrement universitaire que vous m'avez offert durant mon stage en gynécologie médicale. Grâce à votre accompagnement, j'ai pu acquérir des compétences solides et une vision plus approfondie de la gynécologie. Votre dévouement et votre passion pour l'enseignement sont une source d'inspiration pour moi.

Je tiens également à remercier chaleureusement toute l'équipe d'orthogénie pour le professionnalisme, la bonne humeur, l'engagement et le soutien quotidien aux patientes qui créé un environnement de travail à la fois efficace et agréable.

Au service de gynécologie de l'hôpital de Langon

Je souhaite adresser mes remerciements sincères à toute l'équipe médicale, paramédicale ainsi qu'aux secrétaires pour le soutien et la confiance qui m'ont été accordés. Un grand merci surtout à **Anne-Emma, Amandine** et **Inès** pour vos précieux conseils, votre sens de la pédagogie, votre humanité et votre disponibilité.

À mes co-internes

Merci à la team gygy, **Axelle, Clara, Eva, Julie** et **Lise** pour votre bienveillance, votre écoute et votre humour. Vous serez toutes des gynécos exceptionnelles ! En particulier, merci Eva pour tous les moments que nous avons partagés ensemble depuis nos débuts à l'internat, merci Lise d'avoir été une co-interne en or et pour cette coloc mémorable et merci Julie pour l'investissement, le temps et l'aide que tu nous apportes à toutes !

A tous et toutes mes co-internes, merci pour tous les moments de partage, de rire et d'entraide ! Big-up à **Lucile**, merci pour ton soutien et ton humour sans faille. Notre binôme aura marqué mon internat malgré la distance.

À ma famille

Maman, Papa, Laure et **Sébastien** merci de m'avoir toujours aidée et soutenue et de m'aimer si fort. Merci d'être là à chaque étape de ma vie.

À mes ami-e-s

Merci pour votre amitié, pour les 1001 moments passés ensemble et pour tous ceux à venir !

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIERES	6
1 LISTE DES ABRÉVIATIONS	8
2 RÉSUMÉ	9
3 ABSTRACT	10
4 INTRODUCTION	11
5 CONTEXTE	14
5.1. L'ÉDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE	14
5.1.1. <i>La santé sexuelle, un élément primordial au bien-être individuel et collectif</i>	14
5.1.2. <i>Impacts individuels et sociaux de l'éducation à la vie affective et sexuelle</i>	15
5.2. L'EAS : UNE LOI FRANÇAISE INSUFFISAMMENT MISE EN ŒUVRE.....	15
5.2.1. <i>L'acquisition des compétences psycho-sociales, un objectif des programmes d'EAS</i>	15
5.2.2. <i>Des difficultés à la mise en œuvre des séances d'EAS</i>	18
5.3. DES CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES MAJEURES LIÉES AU MANQUE D'EAS.....	20
5.3.1. <i>Les racines des tabous et des complexes : la méconnaissance de l'anatomie</i>	20
5.3.2. <i>Internet : le premier outil d'éducation à la sexualité pour les jeunes</i>	21
5.3.3. <i>Le défaut d'accès à l'EAS et ses conséquences sur les pratiques contraceptives et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)</i>	22
5.3.4. <i>L'augmentation criante de l'incidence des IST : une conséquence du manque d'EAS</i>	23
5.3.5. <i>Un lien étroit entre l'absence d'éducation à la vie affective et à la sexualité et les violences et inégalités liées au genre ou à l'orientation sexuelle</i>	24
5.4. LA FORMATION DES MÉDECINS : UNE CONTRIBUTION PRÉCIEUSE POUR L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ SEXUELLE	27
5.4.1. <i>Soixante-dix pour cent des français e-s confronté-e-s à une dysfonction sexuelle plus ou moins sévère au cours de leur vie</i>	27
5.4.2. <i>La santé sexuelle : un sujet insuffisamment abordé en consultation</i>	28
5.4.3. <i>Le service sanitaire : une opportunité pour former les médecins et les jeunes à l'EAS</i>	29
6 MATÉRIELS ET MÉTHODES	33
6.1. TYPE D'ÉTUDE	33
6.2. POPULATION ÉTUDIÉE	33
6.3. QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX ÉTUDIANT·E·S EN MÉDECINE	33
6.4. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET ÉTHIQUES	35
6.5. DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	35
6.6. ANALYSE DES DONNÉES	35
7 RÉSULTATS	37
7.1. POPULATION DE L'ÉTUDE	37
7.1.1. <i>Origine géographique</i>	37
7.1.2. <i>Formation générale au SSES</i>	38
7.2. ÉTAT DES LIEUX : THÉMATIQUE EAS DU SSES.....	39
7.2.1. <i>Place de l'EAS dans les thématiques du SSES</i>	39
7.2.2. <i>Les publics ciblés</i>	41
7.2.3. <i>La réalisation et l'évaluation des séances d'EAS</i>	42
7.3. ÉTAT DES LIEUX : LE CADRE PÉDAGOGIQUE POUR LES ÉTUDIANT·E·S.....	47
7.3.1. <i>La formation à la thématique EAS dans le cadre du SSES</i>	47
7.3.2. <i>Les outils et référentiels</i>	52
7.3.3. <i>L'encadrement pédagogique</i>	54
8 DISCUSSION	58
8.1. LIMITES DE L'ÉTUDE	58
8.2. FORCES DE L'ÉTUDE.....	60

8.3.	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	61
8.4.	LA THEMATIQUE « ÉDUCATION A LA SEXUALITE » DU SSES : DES ETUDIANT·E·S IMPLIQUE·E·S, UN PUBLIC HETEROGENE, UN SUIVI A AMELIORER	62
8.4.1.	<i>Approche nationale : un quart des étudiant·e·s en médecine mobilisé·e·s mais un suivi territorial perfectible.....</i>	62
8.4.2.	<i>Approche locale : un public adolescent aux caractéristiques plurielles qui nécessite un diagnostic de terrain précis et une répétition des actions.....</i>	65
8.4.3.	<i>Approche locale : des séances appréciées mais des lacunes au niveau de l'évaluation de l'impact sur les élèves</i>	67
8.5.	LE CADRE PEDAGOGIQUE POUR LES ETUDIANT·E·S : UNE FORMATION A L'EAS ET UN ENCADREMENT A RENFORCER	73
8.5.1.	<i>Des étudiant·e·s insuffisamment formé·e·s à l'EAS.....</i>	73
8.5.2.	<i>Des références dédiées à l'EAS multiples et disparates.....</i>	76
8.5.3.	<i>Des lacunes en matière d'accompagnement pédagogique.....</i>	77
8.5.4.	<i>Ouverture : l'impact du SSES sur les futures pratiques médicales</i>	80
9	CONCLUSION.....	82
10	BIBLIOGRAPHIE	86
11	ANNEXES.....	94
	ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE DE LA THESE	94
	ANNEXE 2 – MODE DE PUBLICATION DU QUESTIONNAIRE EN FONCTION DE L'ASSOCIATION	98
	ANNEXE 3 – AVIS DE LA RAPPORTEUSE	100
12	SERMENT D'HIPPOCRATE	102

1 LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **AFSOS** : Association francophone des soins oncologiques de support
- **ANEMF** : Association nationale des étudiant·e·s de médecine de France
- **ANRS** : Agence nationale de recherche sur le Sida
- **ARCOM** : Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique
- **ARS** : Agence régionale de santé
- **CACIS** : Centre accueil consultation information sexualité
- **CeGIDD** : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
- **CEMEA** : Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active
- **CIIVISE** : Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants
- **CLEMI** : Centre de liaison de l'enseignement et des médias d'information
- **CM2** : Cours moyen de deuxième année
- **CRIPS** : Centre régional d'information et de prévention du sida et pour la santé des jeunes
- **CSS** : Centre de santé sexuelle
- **DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- **DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- **EAS** : Éducation à la vie affective et sexuelle
- **ED** : enseignements dirigés
- **EHESP** : École des hautes études en santé publique
- **ENT** : Espace numérique de travail
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HCE** : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
- **HCSP** : Haut conseil de la santé publique
- **HPV** : Papillomavirus humains
- **IFOP** : Institut français d'opinion publique
- **IGESR** : Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
- **IME** : Institut médico-éducatif
- **INED** : Institut national d'études démographiques
- **INJEP** : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire
- **INSERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- **IREPS** : Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
- **IST** : Infections sexuellement transmissibles
- **IVG** : Interruption volontaire de grossesse
- **LGBTI** : personnes lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, transgenres et intersexes
- **MENJ** : Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse
- **OMS** : Organisation mondiale de la santé
- **OSCARS** : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé
- **SIVIS** : Système d'information et de vigilance sur la sécurité scolaire
- **SSES** : Service sanitaire des étudiant·e·s en santé
- **SVT** : Sciences et vie de la terre
- **UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund
- **UFR** : Unité de formation et de recherche
- **VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine
- **VSS** : Violences sexistes et sexuelles

2 RÉSUMÉ

Introduction : L'éducation à la vie affective et sexuelle (EAS) est un pilier essentiel de la prévention des infections sexuellement transmissibles, des grossesses non désirées et de la lutte contre les violences sexistes et sexuelles. Néanmoins, la France peine à mettre en œuvre les trois séances obligatoires d'EAS prévues annuellement par la loi de 2001. En outre, bien que l'EAS figure parmi les quatre priorités du Service Sanitaire des Étudiant·e·s en Santé (SSES), les données disponibles sur cette thématique demeurent limitées. Cinq ans après la mise en place du SSES, cette étude a pour objectif d'établir un état des lieux national de la thématique EAS du SSES au sein de la filière médecine et de son cadre pédagogique.

Méthodes : Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des étudiant·e·s de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année de médecine. Ce questionnaire comportait un premier volet qui s'adressait à l'ensemble des répondant·e·s et un deuxième volet qui s'adressait uniquement aux étudiant·e·s ayant réalisé leur service sanitaire sur la thématique EAS.

Résultats : Le premier volet a été complété par 1826 étudiant·e·s provenant de 35 universités distinctes. 25,7% ont ensuite indiqué avoir effectué leur service sanitaire sur la thématique EAS et ont répondu au deuxième volet. Le public ciblé par les séances est surtout un public adolescent et présente des caractéristiques plurielles. Les étudiant·e·s réalisent un travail pédagogique exhaustif autour de l'EAS, salué par les élèves et les enseignant·e·s. Cependant, les données présentées dans cette étude révèlent que le recensement et l'évaluation des projets d'EAS sont insuffisants. En outre, seul·e·s 53,2% de ces étudiant·e·s ont bénéficié d'une formation dédiée à l'EAS et les étudiant·e·s soulignent des lacunes dans le cadre pédagogique.

Discussion : La thématique EAS du SSES apparaît comme une innovation pédagogique précieuse. Une attention particulière devrait donc être accordée aux projets réalisés et le cadre pédagogique devrait être réexaminé pour l'optimiser.

Mots clés : éducation à la sexualité, santé sexuelle, service sanitaire, études médicales, pédagogie, prévention primaire, promotion de la santé

3 ABSTRACT

Introduction: Sexual education stands as a cornerstone in the prevention of sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, and the fight against sexist and sexual violence. Nonetheless, France struggles to implement the three mandatory sexual education sessions outlined annually by the 2001 law. Furthermore, despite sexual education being among the top four priorities of healthcare students' "service sanitaire" (SSES) in France, data pertaining to this domain remain limited. Five years following the establishment of this SSES, this study aims to provide a national overview of the SSES's sex education's thematic in the medical studies and its pedagogical framework.

Method: A questionnaire survey was conducted among medical students in their 3rd, 4th, and 5th years of study. This questionnaire was comprised of two sections: the first part was directed to all respondents, while the second part was exclusively aimed at students who had completed their "service sanitaire" in the thematic "sex education".

Results: The first section was fulfilled by 1826 students from 35 distinct universities. Subsequently, 25.7% indicated that they had completed their "service sanitaire" in the thematic "sex education" and responded to the second section. The target audience for these sessions was mainly teenagers, who showed diverse characteristics. Medical students undertook comprehensive pedagogical work around sex education, which has been well-received by both pupil and educators. However, the data presented in this study reveal that the tracking and evaluation of sex education projects are insufficient. Furthermore, only 53.2% of these medical students have received dedicated training in sex education, and they highlight deficiencies in the pedagogical framework.

Discussion: The thematic "sex education" within the "service sanitaire" emerges as a valuable pedagogical innovation. Therefore, particular attention should be directed towards the projects undertaken, and the pedagogical framework should be improved.

Key words: sex education, sexual health, health prevention and promotion practical training, medical education, pedagogy, primary prevention, health promotion

4 INTRODUCTION

Selon le dernier rapport annuel du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) sur l'état des lieux du sexisme en France publié le 22 janvier 2024, presque neuf femmes sur dix (86%) déclarent avoir déjà personnellement vécu une situation sexiste (1).

En outre, en France, 94 000 femmes sont victimes de viol et/ou de tentatives de viol par an et neuf femmes sur dix connaissent l'agresseur (2).

En 2022, en France, les services de sécurité ont enregistré 244 000 plaintes de victimes de violences conjugales, soit une augmentation de 15% par rapport à 2021. Les victimes sont dans 86% des cas des femmes et les mis-e-s en cause sont dans 87% des cas des hommes (3). Selon la Fédération Nationale Solidarité Femmes qui anime le numéro 3919 « Violences conjugales info », c'est une femme tous les deux jours et demi qui meurt sous les coups de son conjoint (4).

En France, le coût des violences conjugales est estimé à 3,6 milliards d'euros par an (coût médicaux, policiers, judiciaires, perte de rémunération, absentéisme, arrêt de travail et pertes en capital humain liées aux décès) (5).

Quant aux enfants, selon le rapport, publié en 2023 après deux ans d'enquête, de la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles (CIVISE), 160 000 d'entre eux seraient victimes de violences sexuelles chaque année. Au total, 5,4 millions d'adultes, hommes et femmes, auraient ainsi subi des violences sexuelles durant l'enfance. On compterait 3 enfants dans chaque classe de 30 élèves de CM2 potentiellement victimes d'inceste (6).

Médecins, nous sommes confronté-e-s tous les jours en consultation à des patientes victimes de violences. Cependant, seulement 14% des patientes seraient interrogées sur la relation avec leur partenaire et 3% sur d'éventuelles violences conjugales actuelles ou passées (7). Plusieurs freins au dépistage et à la prise en charge des victimes de violences par les médecins ont été identifiés. On retrouve notamment le manque de formation et de sensibilisation initiale sur les violences, la sous-estimation et la banalisation des violences par les médecins,

le manque d'habilité ou encore la méconnaissance des réseaux et associations d'aide aux victimes (8).

Si ce manque de repérage et d'accompagnement des victimes de violence peut résulter d'un manque de formation des médecins, l'ampleur du phénomène des violences sexuelles nécessite à l'évidence des réponses plus globales, passant par la prévention à l'échelle de la société.

C'est dans ce cadre que s'inscrit l'éducation des enfants et des adolescent·e·s à la vie affective et à la sexualité. Comme l'a constaté le HCE dans ses deux derniers rapports annuels, « l'absence d'éducation à la vie sexuelle et affective favorise le sexisme, qui est lui-même l'antichambre des violences » (1,9). Obligatoire depuis 2001 (Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, article L. 312-16), cette éducation à la vie affective et sexuelle (EAS) doit prendre la forme d'au moins trois séances annuelles organisées par groupe d'âge homogène du cours préparatoire à la terminale. Force est malheureusement de constater que cette obligation n'est pas réellement mise en œuvre, comme l'a à nouveau exposé l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGESR) dans son rapport sur "l'éducation à la sexualité en milieu scolaire" en juillet 2021 (10).

Le Service Sanitaire des Étudiant·e·s en Santé (SSES) constitue une des solutions envisagées pour remédier aux insuffisances de l'EAS en milieu scolaire. Dispositif pédagogique mis en place au cours de l'année universitaire 2018-2019, le SSES est assuré par les étudiant·e·s en médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et kinésithérapie. Pour le Pr. Loïc Vaillant, il est à la fois destiné à sensibiliser et à former ces étudiant·e·s aux enjeux de la prévention primaire et à mettre en œuvre des actions concrètes dans ce domaine pour lutter contre les inégalités sociales de santé, notamment en ce qui concerne l'éducation à la sexualité (11).

Depuis la rentrée 2018, les étudiant·e·s en santé peuvent donc dans le cadre de leur service sanitaire assurer des séances d'éducation à la vie affective et à la sexualité.

Évaluées par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en mars 2021 et juillet 2022, ces séances ont reçu des retours plutôt positifs de la part des établissements et des élèves

concernés. La proximité générationnelle, la position de pair·e·s-formateur·rice·s et la légitimité médicale des étudiant·e·s ont été appréciées. Toutefois, des inquiétudes ont également été exprimées quant au manque de formation spécifique préalable à la réalisation des séances d'EAS et quant à l'encadrement et à l'accompagnement pédagogique des étudiant·e·s en service sanitaire (12,13).

Cette thèse se propose d'apporter une contribution à l'évaluation du travail des étudiant·e·s de 3ème, 4ème et 5ème année de médecine ayant réalisé leur service sanitaire.

Cette étude a pour objectifs principaux de réaliser deux états des lieux : l'un portant sur la thématique « Éducation À la Sexualité » (EAS), l'autre ayant pour objet la description du cadre pédagogique actuel pour les étudiant·e·s choisissant cette thématique dans le cadre du SSES.

Deux objectifs secondaires sont également poursuivis : tout d'abord, examiner les possibilités de pérenniser les actions d'EAS réalisées dans le cadre du SSES. Ensuite, identifier des pistes d'amélioration de l'encadrement pédagogique de la thématique « Éducation à la sexualité » pour les étudiant·e·s en service sanitaire.

5 CONTEXTE

5.1. L'éducation à la vie affective et sexuelle : un enjeu majeur de santé publique

5.1.1. La santé sexuelle, un élément primordial au bien-être individuel et collectif

Au milieu des années soixante, la découverte de la pilule contraceptive a profondément transformé la perception et le rôle de la sexualité dans la société et dans le domaine de la santé publique en particulier. Cette découverte a médicalisé et légitimé socialement la séparation entre l'activité sexuelle érotique et la procréation (14).

Élément de l'identité de l'individu, évoluant tout au long de la vie, la sexualité comporte trois dimensions :

- La dimension biologique qui correspond aux caractéristiques anatomiques et physiologiques des caractères sexuels de chaque individu, influencées par des facteurs génétiques et hormonaux et jouant un rôle majeur dans la reproduction ;
- La dimension psychoaffective qui concerne la construction psychique de chaque individu, impliquant émotions, sentiments, pensées, fantasmes, désirs, plaisir et croyances, comportements et pratiques. Elle englobe la capacité à se connaître et à comprendre les autres, à communiquer et à développer son intimité émotionnelle. Elle passe par l'acceptation et l'affirmation de soi envers son corps, son identité et son orientation sexuelle ;
- La dimension sociale qui englobe les aspects juridiques, socio-économiques, politiques, culturels, médiatiques, religieux et éthiques de la sexualité. L'expression de la sexualité de chaque individu est étroitement liée à son contexte social (la famille, les pair·e·s, le cadre socioculturel).

Ainsi, l'OMS définit la santé sexuelle comme : « *l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et*

maintenir les objectifs de la santé sexuelle, il est nécessaire que les droits sexuels de tous les individus soient reconnus et soutenus. » (15).

Dans cette perspective, la santé sexuelle comprend la qualité de vie, l'absence de violence et le respect des droits individuels humains. C'est une ressource essentielle de la vie quotidienne. La promotion de la santé sexuelle doit donc accorder aux individus une plus grande autonomie dans la gestion de leur propre sexualité et leur fournir les moyens nécessaires pour l'améliorer.

5.1.2. Impacts individuels et sociaux de l'éducation à la vie affective et sexuelle

L'EAS est un processus d'enseignement qui explore les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à donner aux individus des connaissances, compétences, attitudes et valeurs pour favoriser leur épanouissement tout en respectant leur santé, bien-être, et dignité (16).

Des éléments probants robustes confirment les impacts positifs de l'EAS sur le développement des connaissances des adolescent-e-s et l'amélioration de leurs attitudes liées à la santé sexuelle et reproductive. L'EAS peut favoriser l'utilisation des préservatifs, accroître l'utilisation des méthodes contraceptives, améliorer les compétences en communication et en santé sexuelle des adolescent-e-s ainsi que leur capacité à accéder aux services de planification familiale. Aucune donnée ne confirme que l'éducation complète à la sexualité accroît l'activité sexuelle, les comportements à risque en matière sexuelle, ou les taux d'infection au VIH ou d'autres IST (17).

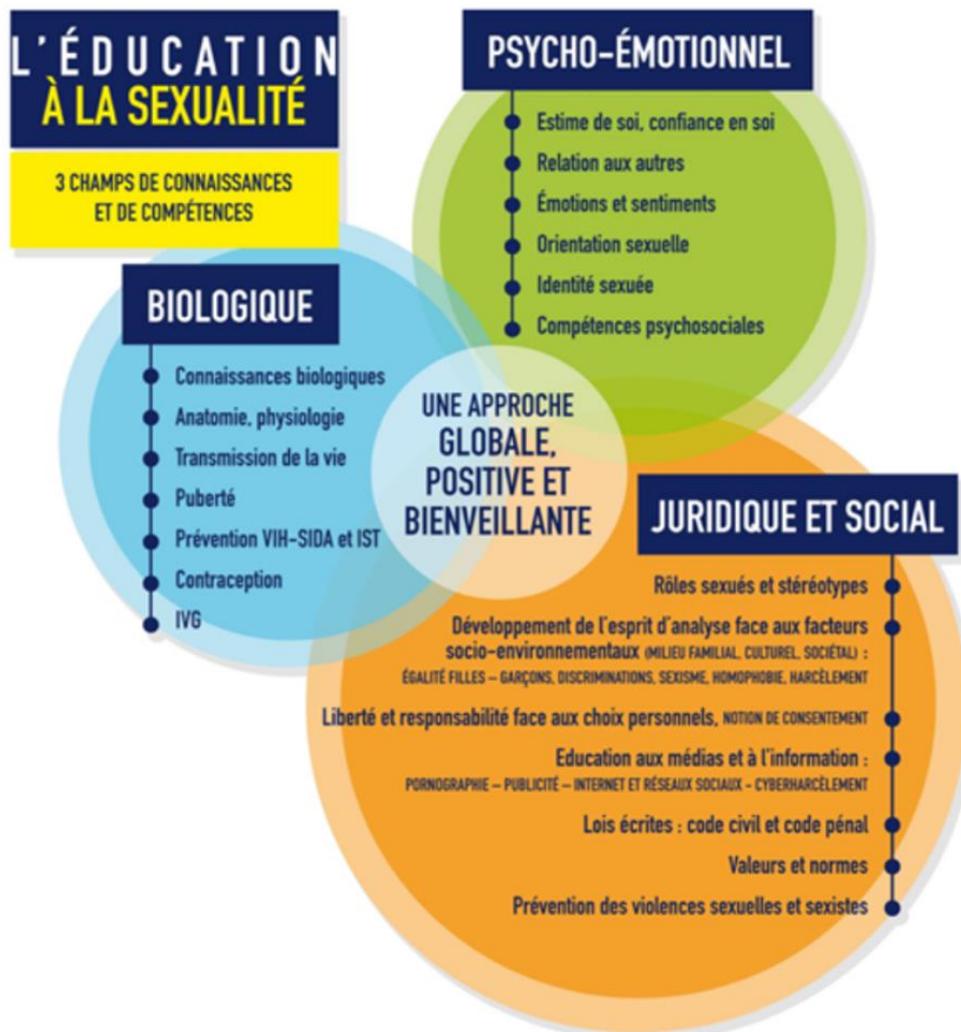
5.2. L'EAS : une loi française insuffisamment mise en œuvre

5.2.1. L'acquisition des compétences psycho-sociales, un objectif des programmes d'EAS

D'abord envisagée comme « information sexuelle obligatoire » par la circulaire Fontanet du 23 juillet 1973, l'éducation complète à la sexualité a été inscrite en 2001 dans le code de l'éducation (Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, article L. 312-16) :

“Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d’au moins trois séances annuelles et par groupes d’âge homogène. Ces séances présentent une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes. Elles contribuent à l’apprentissage du respect dû au corps humain.”

Les champs de l'EAS se sont rapidement élargis pour englober non seulement la prévention des risques tels que les grossesses précoces et les infections sexuellement transmissibles, mais également les aspects liés à l'égalité et au consentement, à la déconstruction des stéréotypes de genre ainsi qu'à la lutte contre le sexisme, les violences sexistes et sexuelles, la pornographie et les LGBTI-phobies (Figure 1).



Source : Je souhaite comprendre les enjeux de l'éducation à la sexualité / Éduscol

Figure 1 Les trois champs de l'éducation à la sexualité

Les séances d'EAS doivent respecter des principes pédagogiques et éthiques. Adaptée à chaque âge et à chaque niveau, elles peuvent être organisées par les établissements scolaires avec des partenaires institutionnels ou associatifs formés dans ce domaine. Il s'agit de créer un espace propice au dialogue et au débat et de stimuler la réflexion des élèves en leur apportant des informations claires et précises (18).

Le caractère intime de la sexualité et des valeurs familiales et culturelles qui la sous-tendent, soulèvent la question du respect de la sphère privée. Ces séances, bien qu'inscrites dans la sphère publique, aident les élèves à définir les limites entre leur intimité et ce qui peut être dit, vu, entendu et exercé dans l'espace public. Toutefois, elles peuvent également susciter des questionnements ou révéler des difficultés personnelles, qui doivent être pris en charge de manière individuelle. Les professionnel-le-s de la santé et du domaine social seront notamment sollicité-e-s dans ces cas là pour répondre à leurs besoins spécifiques (18).

Enfin, les séances d'EAS permettent d'acquérir des compétences psycho-sociales. Les compétences psycho-sociales sont définies par l'OMS en 1993 comme :

« La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement »¹.

Ces compétences peuvent être classées en 3 catégories :

- Cognitives : avoir conscience de soi, savoir se maîtriser, prendre des décisions constructives ;
- Émotionnelles : avoir conscience de ses émotions, savoir réguler et gérer ses émotions et son stress ;
- Sociales : savoir communiquer et savoir développer des relations constructives, savoir résoudre des difficultés (19).

¹ World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. 1993.

Dans le domaine de la sexualité, de nombreux bénéfices pour la santé et la prévention des comportements à risque peuvent être attendus de séances d'EAS visant à développer et à renforcer ces compétences psycho-sociales (Figure 2).

› COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES	› COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES EN LIEN AVEC LA SEXUALITÉ (EXEMPLES)
<ul style="list-style-type: none"> › Savoir résoudre les problèmes › Savoir prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir identifier une difficulté • Prendre le temps d'étudier les différents paramètres d'une situation et envisager des solutions • Dénoncer les discriminations et la violence à caractère sexiste • Exprimer ses limites et envies et éviter des expériences sexuelles non voulues
<ul style="list-style-type: none"> › Avoir une pensée critique › Avoir une pensée créatrice 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à penser par soi-même • Prendre conscience des idées fausses et des idées reçues relatives aux différents contraceptifs • Identifier les différences entre les images dans les médias et la vie réelle • Se construire une opinion en prenant en compte les éléments analysés
<ul style="list-style-type: none"> › Savoir communiquer efficacement › Être habile dans les relations interpersonnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir exprimer ses désirs, ses craintes et ses questionnements • Développer des compétences de communication et de négociation dans les relations intimes • Discuter de sujets sensibles avec respect pour les opinions différentes • Développer des qualités relationnelles avec ses pairs ou des adultes de son entourage
<ul style="list-style-type: none"> › Avoir conscience de soi › Avoir de l'empathie pour les autres 	<ul style="list-style-type: none"> • Apprendre à se connaître • Avoir conscience de son caractère, de ses forces et ses faiblesses pour faire face aux situations rencontrées • Être capable de dire oui ou non, exprimer un désaccord ou un refus, négocier un compromis • Faire preuve de tolérance et d'empathie
<ul style="list-style-type: none"> › Savoir gérer son stress › Savoir gérer ses émotions 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre de la distance par rapport aux influences extérieures et garder son autonomie et son pouvoir de décision • Gérer le fait d'être amoureux, la colère, la jalousie, la confiance, la culpabilité, la peur

Source : Guide pratique SSES 2021-2022 - IREPS Normandie

Figure 2 Exemples de compétences psychosociales en lien avec la sexualité

5.2.2. Des difficultés à la mise en œuvre des séances d'EAS

L'évaluation de grande ampleur de l'IGESR sur la politique publique d'éducation à la sexualité a mis en lumière une grande hétérogénéité de l'EAS tant sur le contenu et la forme des séances, que sur les intervenant·e·s et leur formation.

Concernant le contenu des séances, alors que 80 % des établissements s'engagent à parler d'EAS stricto sensu, seulement 60 % des établissements incluent les violences sexistes et sexuelles dans l'EAS, 55 % la promotion de l'égalité filles/garçons et 20 % la prévention des

LGBTI-phobies. Le choix des thèmes retenus est souvent déterminé par un incident ou par la nature des ressources humaines de l'établissement ou partenariales disponibles, plutôt que par la volonté de déployer un cadre cohérent de mise en œuvre de l'EAS (10).

La distribution des intervenant-e-s qui réalisent les séances d'EAS dans le second degré comptait en 2018-2019 :

- 40 % d'infirmier-e-s scolaires,
- 30 % d'intervenant-e-s extérieur-e-s issu-e-s du milieu associatif (CEMEA, Planning familial, CACIS, IREPS, ADOSEN),
- 15 % d'enseignant-e-s en lycée et 20 % en collège,
- le reste étant réparti entre conseiller-e-s d'orientation et assistant-e-s de service social.

L'IGESR a déploré une formation insuffisante des enseignant-e-s à l'EAS. L'offre explicite de formation sur l'EAS au niveau national et académique est irrégulière, incomplète et accessible principalement sur la base du volontariat. La formation universitaire en sexologie, appréciée lorsqu'elle est réalisée, est rarement proposée aux enseignant-e-s, principalement en raison de son coût.

L'IGESR a également mis en évidence le fait que seulement 15 % des élèves en école ou lycée et 20% en collège, bénéficient de trois séances réglementaires annuelles d'EAS. De nombreux élèves parcourent donc leur scolarité sans bénéficier d'une seule séance d'EAS, à l'exception des enseignements dispensés dans les programmes des disciplines liées aux sciences de la vie qui se concentrent principalement sur des aspects physiologiques (10).

Ces résultats sont corroborés par le dernier rapport annuel du HCE publié en 2024 qui souligne que deux-tiers des personnes interrogées n'ont jamais suivi de séance d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (1).

L'IGESR rapporte également que les élèves manifestent un intérêt important pour l'EAS mais qu'ils et elles expriment des réserves concernant la possibilité pour les enseignant-e-s de diverses disciplines de traiter les thèmes de l'EAS. Ils et elles redoutent parfois leur regard et leurs jugements (10).

La mission d'évaluation a également mis en évidence que les parents sont généralement confiants et rassurés par les séances d'EAS réalisées à l'école. Des informations sont généralement communiquées aux parents par l'établissement ou les collectivités comme le dépliant intitulé "La sensibilisation de mon enfant à la vie affective et sexuelle" distribué par le département de la Gironde, explicitant clairement l'obligation légale, les raisons, l'organisation et les modalités de l'intervention prévue. Dans le rapport de l'IGESR, les parents se sentent démunis face à l'exposition précoce des enfants à la pornographie, au cyberharcèlement ou encore face aux questions liées à la transidentité. Ils et elles estiment que la question du consentement et de l'égalité entre filles et garçons devraient être abordées très tôt à l'école (10).

5.3. Des conséquences sanitaires et sociales majeures liées au manque d'EAS

5.3.1. Les racines des tabous et des complexes : la méconnaissance de l'anatomie

Plusieurs études révèlent un manque de connaissances des français·e·s sur l'anatomie des organes sexuels féminins et la physiologie hormonale de l'axe sexuel. Par exemple, 50 % des françaises déclarent ne pas oser regarder leur vulve et leur périnée (20), 45% ne savent pas quand commence leur cycle menstruel et 54% ne savent pas ce qu'est l'ovulation (21), 41% à 52% ne connaissent pas l'origine utérine des menstruations et 23% identifient le sang des règles comme sale (22,23).

Les connaissances des femmes sur leurs organes génitaux internes semblent être meilleures que celles sur leurs organes génitaux externes, qui sont moins étudiés à l'école (24). Les mots "vulve", "vagin" et "périnée" semblent poser un problème de vocabulaire avec une confusion pour les placer sur un schéma anatomique et seules 19,4% des étudiantes et 6% des étudiants utilisent le terme consacré « vulve » (25,26).

Le niveau de connaissance des femmes sur leur anatomie semble ne pas varier en fonction du niveau d'études ou du niveau de suivi gynécologique (27,28). En revanche, le niveau de connaissances est meilleur chez les femmes ayant suivie une rééducation du périnée

(20,27,29). En outre, deux études menées sur des femmes enceintes rapportent que les femmes ne comprennent pas toujours les changements qui s'opèrent pendant la grossesse, qu'elles ont besoin d'être rassurées par les professionnel-le-s mais qu'une majorité de femmes n'osent pas en parler (30,31). Enfin, les femmes rapportent également une appréhension face au regard de leur partenaire sur leur sexe et dévalorisent leur sexe face à celui des hommes (32).

Les hommes ont aussi un défaut de connaissances de l'anatomie génitale féminine et une méconnaissance de l'organe clitoridien (33).

5.3.2. Internet : le premier outil d'éducation à la sexualité pour les jeunes

Aujourd'hui, la sexualité des adolescent-e-s est intrinsèquement liée aux usages numériques (discussions par messageries instantanées, utilisation des réseaux sociaux pour organiser des rencontres amoureuses ou sexuelles, accès à des informations sur la sexualité via des forums ou des sites spécialisés, ou encore l'accès à des contenus pornographiques) (34).

L'enquête SEXI (pour « SEXualité, Internet ») menée par l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en 2017-2018 révèle qu'internet est le principal moyen de recherche d'informations sur la santé et la sexualité pour la majorité des jeunes, en raison de l'accessibilité et de la nature des contenus disponibles. Environ 80% des jeunes ont effectué des recherches en ligne sur la sexualité, les pratiques sexuelles et les organes sexuels. La pornographie joue un rôle significatif chez les adolescent-e-s, agissant à la fois comme source d'information et d'initiation sexuelle, notamment chez les garçons pour qui il est attendu de parler de pornographie dans l'entre-soi masculin adolescent (34).

Selon l'Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique (Arcom), 19 millions de personnes en France consultent des sites pornographiques chaque mois, dont 30% sont des mineur-e-s, malgré la loi du 30 juillet 2020 imposant aux sites un contrôle d'âge. En moyenne, les mineur-e-s sont exposé-e-s aux images pornographiques pendant plus de 50 minutes par mois. Dès douze ans les garçons visitent ces sites au moins une fois par mois, en

moyenne 2h12 par mois et 43 minutes pour les filles. Les téléphones portables représentent le principal moyen d'accès, utilisé par 75% des moins de dix-huit ans (35).

Or, la majorité des vidéos pornographiques utilisent des scénarios qui valorisent la domination masculine et dans lesquels les violences sexuelles, physiques et verbales sont la règle (36).

5.3.3. Le défaut d'accès à l'EAS et ses conséquences sur les pratiques contraceptives et les interruptions volontaires de grossesse (IVG)

Selon l'enquête Baromètre santé 2016, 71,9% des femmes en France utilisent une méthode contraceptive. La pilule est la méthode la plus courante chez les femmes de 15 à 24 ans (36,5%) et le dispositif intra-utérin chez les femmes de 35 ans et plus (34,6%). Le préservatif est utilisé par 45,6% des 15-19 ans, parfois avec la pilule. L'implant est plus rarement utilisé (4,3%). Les autres méthodes (naturelles/barrières) sont utilisées par 4,6% des femmes (37).

Les résultats de l'enquête EnCLASS (pour Enquête nationale en Collèges et en Lycées chez les Adolescent·e·s sur la Santé et les Substances) réalisée en 2018 par l'EHESP et l'Inserm nous disent que la majorité des collégien·ne·s et lycéen·ne·s peuvent être considéré·e·s comme protégé·e·s contre les grossesses au dernier rapport sexuel (87,6% déclarant un usage de préservatif et/ou de pilule). En revanche, chez les plus jeunes, l'usage d'une contraception est moindre et en diminution entre 2010 et 2018 (26,0% des élèves de 4e contre 13,3% des élèves de terminale ne sont pas protégé·e·s lors de leur dernier rapport sexuel)(38).

En outre, les études montrent que les élèves ont des bonnes connaissances sur le préservatif et la pilule mais qu'ils et elles connaissent moins les autres moyens de contraception (39,40) ainsi que les consignes en cas d'oubli de pilule ou de rupture du préservatif (41). Enfin, l'idée reçue selon laquelle l'examen gynécologique est obligatoire lors de la première consultation pour initiation d'une contraception persiste (39).

En 2022, la DREES a enregistré 234,300 IVG en France, marquant une augmentation par rapport aux années précédentes, avec le taux le plus élevé depuis 1990. Le nombre d'IVG par

rapport au nombre de grossesses conservées est maximal aux âges extrêmes (moins de 20 ans et plus de 40 ans) (42).

Environ un tiers des IVG surviennent chez les femmes sans contraception et deux tiers chez des femmes avec un échec de contraception dans le mois précédant la grossesse (43).

5.3.4. L'augmentation criante de l'incidence des IST : une conséquence du manque d'EAS

Le nombre de personnes testées séropositives au VIH en France en 2022 a été estimé entre 4 200 et 5 700. Parmi ces personnes, 54% sont hétérosexuel·le·s, 41% sont des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), 2% des personnes trans et 1% des usager·e·s de drogues injectables. Enfin 43% des infections à VIH ont été découvertes à un stade tardif de l'infection (44).

Entre 1992 et 2010, les résultats d'une enquête robuste indiquent que le VIH ne semble plus être la principale préoccupation en matière de comportements de prévention, en particulier chez les plus jeunes. Bien que le préservatif soit toujours utilisé lors des premiers rapports sexuels, son efficacité est de moins en moins reconnue et son utilisation diminue (45).

Par ailleurs, entre 2020 et 2022, l'incidence des infections à Chlamydia Trachomatis a augmenté de 16% avec 102 cas pour 100 000 habitants en 2022, celle des gonococcies de 91% avec 44 cas pour 100 000 habitants et celle de la syphilis de 110% à 21 cas pour 100 000 habitants. Cette augmentation est observée en France depuis 2014. Les personnes les plus touchées par les IST bactériennes sont les jeunes de 15 à 24ans et les hommes homosexuels (46).

En ce qui concerne la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains (HPV), elle est estimée à 43,6% en France métropolitaine, bien en deçà de l'objectif recherché de 80%. Parmi les moins de 75 ans, 62,5% ont déjà entendu parler de l'infection à HPV, 73,1 % des personnes qui ont connaissance de l'HPV, ont déjà entendu parler du vaccin contre HPV, 93,9 % pensent que le vaccin est recommandé pour les filles, et 36,3 % seulement pensent qu'il l'est pour les

garçons. Bien que 91,6% associent l'infection à HPV au cancer du col de l'utérus, seulement 38,3% pensent qu'elle peut causer d'autres cancers, tels que ceux des voies aérodigestives supérieures (47,48).

5.3.5. Un lien étroit entre l'absence d'éducation à la vie affective et à la sexualité et les violences et inégalités liées au genre ou à l'orientation sexuelle

Les violences sexistes désignent les situations dans lesquelles une personne impose à autrui un ou des comportements ou propos (oral ou écrit) à caractère sexiste, c'est-à-dire fondé sur les rôles différents que la société attribue aux hommes et aux femmes et sur des relations de pouvoir inégales. Elles sont l'expression de la volonté de domination de l'auteur sur la victime. Ces violences peuvent porter atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne.

Ces violences peuvent être de nature :

- Psychologique et verbale : injures, culpabilisation, menaces, humiliation
- Physique : coups, brûlures, piqûres, morsures, étranglement ...
- Sexuelle : harcèlement, agressions et crimes sexuels ...
- Économique : privation de ressources (revenus, pension alimentaire ...)
- Administrative : privation d'accès à des services (rétention de documents d'identités)
- Gynécologique : examen gynécologique sans consentement, refus de contraception ou d'IVG, IVG forcée, stérilisation forcée ...

Elles peuvent être infligées dans la sphère publique et/ou dans la sphère privée et sont toutes punies par la loi.

Selon les données du baromètre Santé 2016, 18,9% des femmes et 5,4% des hommes de 18 à 69 ans déclarent avoir été confronté·e·s à des rapports forcés ou à des tentatives de tels actes. La première occurrence de ces agressions survient principalement avant l'âge de 18 ans. En outre, il convient de noter que les violences sexuelles affectent tous les milieux sociaux (49,50).

Selon le dernier rapport annuel du HCE sur l'état des lieux du sexisme en France publié le 22 janvier 2024, les réflexes masculinistes persévèrent, y compris chez les jeunes. Par exemple un

quart des hommes de 25-34 ans pensent « qu'il faut parfois être violent pour se faire respecter » (1).

Cette expression précoce de la violence et de l'incivilité prédominante chez les garçons a des répercussions significatives non seulement sur leur propre parcours, mais aussi sur l'ensemble de la société. Dans l'étude, menée par l'historienne Lucile Peytavin, sur les répercussions économiques et sociétales découlant de la surreprésentation des hommes dans les comportements à risques et violents, le "coût de la virilité" est estimé à 100 milliards d'euros par an (51).

Les stéréotypes de sexe et le sexisme sont intégrés très tôt et créent un environnement favorable aux agresseurs. La « culture du viol » permet de normaliser, excuser et justifier la violence sexuelle, faisant peser la responsabilité de l'agression sur la victime dont la parole est remise en question. Ces comportements se perpétuent ensuite à l'âge adulte, comme le souligne la dernière étude Ipsos/Mémoire traumatique et victimologie (52).

En effet, les violences sexuelles ne diminuent pas, 37 % des femmes déclarent avoir vécu au moins une situation de non-consentement dont une femme sur deux chez les 25-49 ans. Or, seulement 23 % des hommes reconnaissent avoir été l'auteur d'au moins une situation de non-consentement (1).

5.3.5.1. Les violences conjugales : définition et épidémiologie

Les violences conjugales sont les violences commises par un·e partenaire ou ex-partenaire, vivant ou non sous le même toit, dans le but de dominer l'autre. Leurs auteur·rice·s sont des hommes dans 96% des cas et pour 40% des viols commis sur femme majeure, l'auteur présumé est son conjoint (2).

Chaque année, en France, en moyenne 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou leur ex-conjoint sur une année (2).

En 2022, 118 femmes ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint et le nombre estimé d'enfants devenu·e·s orphelin·e·s suite à un féminicide cette année-là est de 119 (53).

Les facteurs de risque de violences conjugales sont l'âge jeune au moment des faits, l'absence d'emploi et la recherche d'emploi, souvent associées à un isolement social accru, la grossesse et l'arrivée d'un enfant (50,54).

5.3.5.2. Les violences sur mineur-e-s : quelques chiffres

Parmi les victimes de violences sexuelles, 57% sont des enfants dont 83% sont des filles et 75% ont moins de 15ans (2). Pour rappel, le rapport de la CIIVISE publié le 17 novembre 2023 montre que 160 000 enfants sont victimes de violences sexuelles chaque année, et 5,4 millions de femmes et d'hommes adultes en ont été victimes dans leur enfance. L'agresseur-euse est un homme dans neuf cas sur dix (6).

Ces violences sexuelles subies dans l'enfance se déroulent majoritairement dans la famille. L'inceste traverse tous les milieux sociaux et est une manifestation de domination fondée sur le sexe et l'âge. Une victime sur deux en parle : un quart dans l'année qui vient, et plus de la moitié au moins 10 ans après (50).

Les victimes souffrent d'amnésie traumatique qui peut durer jusqu'à plus de vingt ans après les événements, de troubles de l'apprentissage scolaire et de conséquences impactant durablement leur vie sociale, affective et professionnelle. L'inceste est un facteur de risque d'autres violences sexuelles au cours de la vie (une victime de violences sexuelles dans l'enfance sur trois déclare avoir subi d'autres agressions sexuelles au cours de sa vie) (50).

5.3.5.3. État des lieux des LGBTIphobies

En 2022, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 4 040 actes "anti-LGBTI", soit une augmentation de 3% par rapport à 2021. Les auteurs de ces actes sont en majorité des hommes jeunes (35% ont moins de 20 ans) (55).

L'enquête nationale SIVIS sur la sécurité scolaire montre que 3,9% des élèves ont été victimes d'insultes homophobes. Les agressions motivées par l'homophobie représentent 9% des incidents graves entre élèves (56). Les conséquences pour les jeunes LGBTI incluent le stress, le décrochage scolaire, l'absentéisme, la phobie scolaire, des difficultés de concentration ou de mémoire, et des tentatives de suicide.

Les violences contre les personnes LGBTI ne s'arrêtent pas après l'école. A l'Université, 24,6% des étudiant·e-s LGBTI déclarent avoir été victimes de LGBTI-phobies dans leur établissement (57). Selon l'association L'Autre Cercle, spécialisée dans les LGBTI-phobies dans le monde professionnel, une personne LGBTI sur quatre est victime d'au moins une agression LGBTI-phobe dans son organisation et 41 % des personnes salariées entendent des expressions LGBTI-phobes dans leur organisation (58).

5.4. La formation des médecins : une contribution précieuse pour l'amélioration de la santé sexuelle

5.4.1. Soixante-dix pour cent des français·e-s confronté·e-s à une dysfonction sexuelle plus ou moins sévère au cours de leur vie

Selon la dernière enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) menée par l'INSERM et l'INED à l'initiative de l'Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS) en 2006 auprès de 12364 femmes et hommes âgé·e-s de dix-huit à soixante-neuf ans en France, près de 70% de la population française peut, à un moment donné être confrontée à une difficulté sexuelle plus ou moins sévère. Chez les jeunes, c'est l'éjaculation précoce pour les hommes et le vaginisme pour les femmes qui sont le plus souvent citées. Ces troubles sexuels ont un impact sur la qualité de vie, sur la sexualité des partenaires et sur l'harmonie du couple. Ils sont également associés à une augmentation des scores de dépression et d'anxiété (59).

En outre, les dysfonctionnements sexuels peuvent être la conséquence de nombreuses pathologies.

En gynécologie, pour ne citer que quelques exemples, les dysfonctions sexuelles peuvent être en lien avec des douleurs pelviennes chroniques dans l'endométriose ; avec de la sécheresse vaginale dans l'insuffisance ovarienne prématurée et la ménopause ; avec des malformations utéro-vaginales congénitales ou des troubles acquis de la statique pelvienne ou encore avec des pathologies vulvo-vaginales d'origine infectieuses, dermatologiques ou iatrogènes.

En cancérologie, la morbidité sexuelle liée au cancer lui-même et aux traitements affecte la qualité de vie dans la plupart des types de cancer.

Plus généralement, les pathologies systémiques et psychiatriques chroniques et leurs traitements peuvent également être à l'origine d'une atteinte globale de la fonction sexuelle. Il est également important de noter que les dysfonctions érectiles peuvent être l'un des premiers indicateurs du risque cardiovasculaire. Il est aujourd'hui bien établi que la dysfonction érectile peut être une forme clinique de la maladie endothéliale et sa prévalence est particulièrement élevée chez les patients souffrant d'hypertension, de maladies coronariennes, de diabète et de syndrome métabolique (60).

5.4.2. La santé sexuelle : un sujet insuffisamment abordé en consultation

Comme mentionné précédemment, la santé sexuelle est essentielle tout au long de la vie. De nombreuses circonstances peuvent offrir l'opportunité d'aborder la vie affective et la sexualité lors des consultations médicales (figure 3).

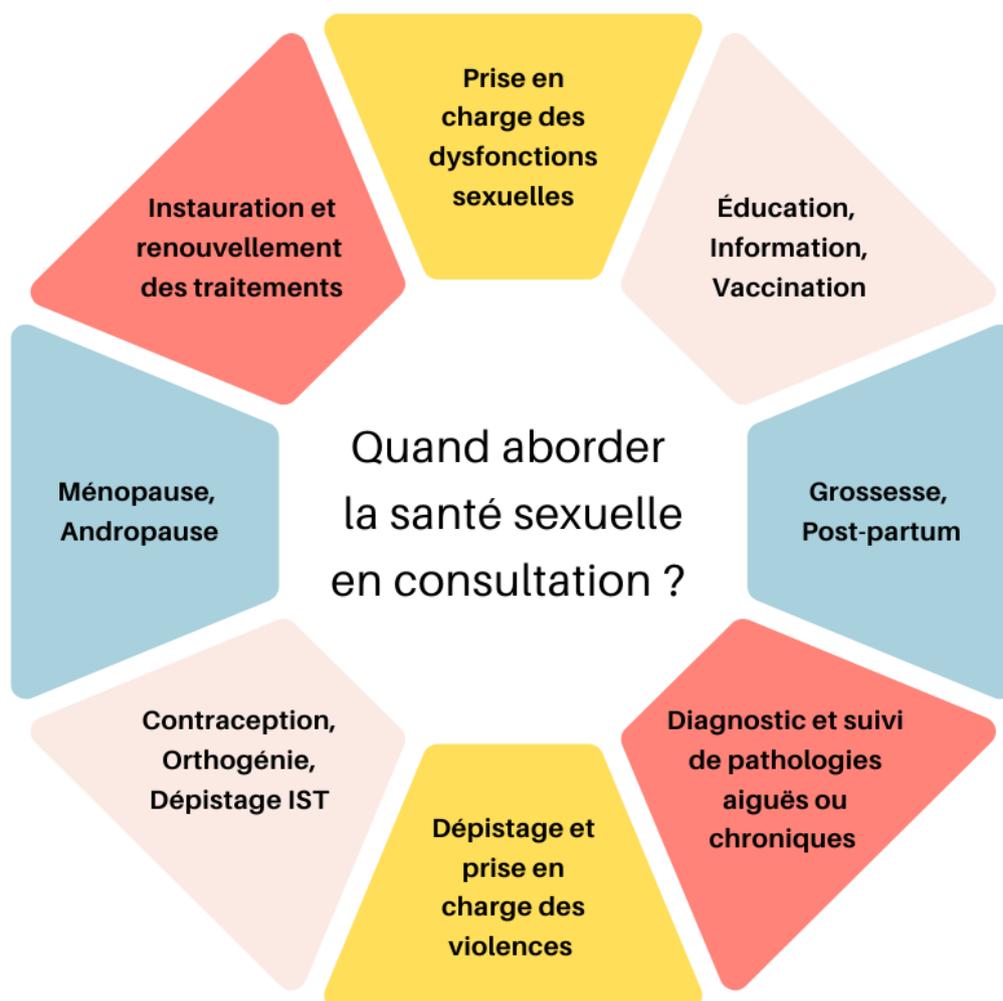


Figure 3 Les moments opportuns pour aborder la santé sexuelle en consultation

Or, le sujet de la sexualité et de la vie affective demeure insuffisamment exploré en consultation, avec seulement 10 % des médecins qui interrogent leurs patient·e·s sur leur santé sexuelle et leur activité sexuelle (61). Cela contraste fortement avec les attentes des patient·e·s à ce sujet (61,62).

De plus, le dépistage systématique des violences conjugales par les médecins généralistes, les gynécologues, les psychiatres et plus généralement tous·tes les professionnel·le·s de santé est recommandé par la HAS depuis 2019. Cette question devrait être posée systématiquement lors de l'interrogatoire, au même titre que les antécédents personnels et familiaux, les allergies, les traitements ou les habitudes de vie (63).

Cependant, seules 14% des patientes sont interrogées sur leur relation avec leur partenaire et 3% sur d'éventuelles violences conjugales actuelles ou passées. Pourtant 96% des patientes déclarent être très favorables à un dépistage systématique des violences et 83% des femmes victimes de violences pensent qu'elles seraient soulagées si leur médecin abordait la question (7).

Trois catégories de freins au dépistage et à la prise en charge des victimes de violences conjugales ont été identifiés (les freins liés aux professionnel·le·s de santé, les freins liés au cadre professionnel et les freins liés aux patient·e·s). Parmi les freins liés aux professionnel·le·s de santé, on retrouve notamment le manque de formation et de sensibilisation initiale sur les violences conjugales, le manque d'habileté sur le sujet des violences conjugales, la méconnaissance des réseaux et associations ou encore la sous-estimation et la banalisation des violences (8).

5.4.3. Le service sanitaire : une opportunité pour former les médecins et les jeunes à l'EAS

Issu des recommandations du rapport du Professeur Loïc Vaillant, le Service Sanitaire des Étudiant·e·s en Santé (SSES) a été mis en place dans le cadre de la stratégie nationale de Santé 2018-2022 par l'arrêté du 12 juin 2018 (11,64).

Depuis 2018, ce sont donc environ 47 000 étudiant·e·s en 2e et 3e années des filières sanitaires qui doivent obligatoirement réaliser et valider ce dispositif pédagogique.

Visant à sensibiliser et à former les étudiant·e·s aux enjeux de la prévention primaire, le SSES a également pour objectif de mettre en œuvre des actions concrètes de prévention primaire ciblées sur des territoires et des publics prioritaires (11).

Le service sanitaire se déroule sur une période totale de six semaines à temps plein, sans obligation de continuité entre ces semaines (figure 4). La moitié de cette durée est dédiée à la mise en œuvre d'actions concrètes. Les actions sont réalisées dans des structures ayant passé une convention avec les organismes de formation des étudiant·e·s, notamment des établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur (64).

Tout au long de leur service sanitaire, les étudiant·e·s sont encadré·e·s par deux types de référent·e·s :

- Les référent·e·s pédagogiques, du côté des universités : leur objectif est d'assurer le suivi de la préparation, du déroulement et de l'évaluation de cette action ;
- Les référent·e·s de proximité, du côté des structures d'accueil : leur rôle est d'organiser la venue et l'intégration des étudiant·e·s dans la structure d'accueil, de préparer le public ciblé à l'intervention, et d'assister aux interventions afin d'assurer la qualité des interactions avec le public, la discipline et la sécurité des étudiant·e·s.

Le SSES s'organise ensuite en trois étapes pédagogiques (figure 4). Les étudiant·e·s issu·e·s des différentes filières sanitaires (médecine, pharmacie, odontologie, maieutique, soins infirmiers et kinésithérapie) reçoivent d'abord une formation théorique sur la prévention primaire, la promotion de la santé et les déterminants de la santé et une formation pratique sur l'élaboration et la conduite d'un projet de promotion de la santé. Une formation spécifique aux thématiques d'actions peut être proposée par les universités mais elle n'est pas systématique.

Ensuite ils et elles doivent élaborer et réaliser des projets de prévention, en inter-filiarité, autour de thématiques d'actions prioritaires telles que l'éducation à la sexualité, l'alimentation, l'activité physique et la prévention des conduites addictives (11).

Enfin, une dernière étape pédagogique d'évaluation doit leur permettre d'analyser les pratiques, de mesurer la satisfaction du public ainsi que l'impact sur les comportements et les compétences psycho-sociales et de tirer des enseignements personnels de l'expérience (64).



Source : Ministère du travail, de la santé et des solidarités (France)

Figure 4 Les trois temps pédagogiques du service sanitaire

La majorité de ces projets est à destination des élèves de l'enseignement primaire et secondaire et leur effet est susceptible d'être renforcé par la mise en œuvre du principe de l'éducation par les pair·e·s (65). Par « pair·e », il faut entendre toute personne appartenant à un même groupe social ou présentant une condition similaire. Par leur statut d'apprenant·e·s et par leur âge, les étudiant·e·s en santé sont en effet proches des collégien·ne·s et des lycéen·ne·s.

Cette approche éducative repose sur l'hypothèse selon laquelle l'influence des pair·e·s est plus importante que d'autres sources d'information et d'éducation, particulièrement durant l'adolescence et sur des sujets sensibles tels que la sexualité (66).

Bien que les effets bénéfiques spécifiques sur le public ciblé soient difficiles à prouver, plusieurs études trouvent un intérêt certain à cette forme d'enseignement. L'efficacité de l'éducation par les pair·e·s a été démontrée dans certains comportements à risque, tels que la réduction de l'initiation au tabagisme et de la consommation d'alcool (67). Des actions concernant la santé mentale et la sexualité ont également montré des résultats bénéfiques. On observe généralement une augmentation de l'écoute et de l'intérêt pour les sujets abordés, ainsi qu'une amélioration de l'utilisation des ressources et services disponibles, tels que les services de l'infirmière scolaire ou du planning familial (66).

En outre, l'éducation par les pair·e·s a également démontré des avantages pour les pair·e·s-formateur·rice·s. La conception de projets, la recherche d'informations et l'acquisition de techniques d'animation favorisent le développement personnel, renforcent l'estime de soi, améliorent les compétences relationnelles, d'écoute, d'empathie, de soutien et de médiation et encouragent l'engagement dans un domaine spécifique. La participation à ces projets de prévention et d'éducation entraîne également un changement de regard des professionnel·le·s et des adultes sur la jeunesse (66).

Ainsi, depuis 2018, les étudiant·e·s en service sanitaire mènent des séances d'EAS dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire. Cette initiative pourrait à la fois enrichir la formation des futur·e·s médecins en matière de santé sexuelle et renforcer l'éducation à la sexualité des jeunes.

Évaluées par le HCSP en mars 2021 et en juillet 2022, ces séances ont reçu des retours globalement positifs de la part des établissements et des élèves concerné·e·s. La proximité générationnelle, la position de pair·e·s-formateur·rice·s et la légitimité médicale des étudiant·e·s ont été particulièrement appréciées. Cependant, des inquiétudes ont également été exprimées concernant le manque de formation spécifique préalable à la réalisation des séances d'EAS ainsi que l'encadrement et l'accompagnement pédagogique des étudiant·e·s en service sanitaire (10,12,13).

6 MATÉRIELS ET MÉTHODES

6.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle et descriptive effectuée à l'aide d'un questionnaire adressé aux étudiant·e·s en médecine de France de 3ème, 4ème et 5ème année.

6.2. Population étudiée

Nous avons fait le choix d'interroger les étudiant·e·s en médecine sur tout le territoire français afin de recenser la diversité des parcours de SSES à l'échelle nationale. D'autre part, nous avons interrogé les étudiant·e·s ayant réalisé leur SSES sur les trois dernières années afin d'augmenter le nombre de réponses.

Enfin, le questionnaire était adressé uniquement aux étudiant·e·s en médecine et non à l'ensemble des étudiant·e·s en santé qui réalisent un service sanitaire pour faciliter l'analyse des données concernant la formation à la thématique EAS.

En effet, nous avons considéré que les étudiant·e·s en médecine de France ayant réalisé leur SSES en 3ème année de médecine ont tous et toutes les mêmes connaissances scientifiques et médicales sur la physiologie et les pathologies des organes sexuels, des axes hormonaux, de la puberté et de la reproduction. Les questions concernant la formation s'intéressent à des enseignements spécifiques au service sanitaire permettant la réalisation des séances d'éducation à la vie affective et à la sexualité (EAS).

6.3. Questionnaire adressé aux étudiant·e·s en médecine

Pour la réalisation du questionnaire, nous avons utilisé Google Forms. Il s'agit d'une plateforme en ligne permettant d'élaborer un questionnaire puis de le diffuser à travers un lien et de recevoir au fur et à mesure les différentes réponses directement sur la plateforme.

Le questionnaire comportait deux parties (Annexe 1).

La première partie s'adressait aux étudiant·e·s en médecine de 3ème, 4ème et 5ème année qui avaient réalisé leur service sanitaire, indifféremment de la thématique choisie.

Elle nous renseigne tout d'abord sur les caractéristiques des étudiant·e·s ayant répondu (leur université et leur participation ou non aux deux formations théoriques et pratiques préalables au SSES).

Puis, elle permet de décrire les thématiques accomplies par les étudiant·e·s et leurs critères de choix pour ces thématiques.

Enfin, elle permet d'évaluer la proportion d'étudiant·e·s ayant réalisé leur service sanitaire autour de l'EAS et la proportion de celles et ceux qui auraient aimé le réaliser autour de ce thème.

La deuxième partie s'adressait uniquement aux étudiant·e·s qui avaient effectué leur service sanitaire autour de l'EAS.

Elle permet de dresser un tableau des différents publics ciblés par les interventions, des sujets abordés et des outils utilisés par les étudiant·e·s lors de ces interventions.

Elle nous renseigne également sur le niveau de connaissance et de formation des étudiant·e·s sur ces sujets, ainsi que sur le temps nécessaire à la préparation des séances d'EAS et les difficultés rencontrées par les étudiant·e·s.

Ensuite, elle précise le pourcentage de ces interventions qui ont été évaluées par le public ciblé et les établissements d'accueil.

Elle estime l'impact que les étudiant·e·s pensent avoir eu sur le public ciblé. Enfin, elle évalue le niveau d'accompagnement et de satisfaction des étudiant·e·s concernant leur SSES et la proportion d'étudiant·e·s qui seraient disposé·e·s à devenir tuteur·rice·s d'autres étudiant·e·s qui réalisent leur SSES l'année suivante sur les thématiques de l'EAS.

Ce questionnaire comporte un volet quantitatif avec des questions à choix unique ou multiple et un volet qualitatif avec des questions ouvertes. La réalisation du questionnaire a été le fruit d'une réflexion et d'une collaboration avec la directrice de thèse.

6.4. Aspects réglementaires et éthiques

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive non interventionnelle utilisant des données anonymes sans aucun critère permettant l'identification (absence de données sur l'identité, l'âge, le sexe, l'origine raciale, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques, l'appartenance syndicale, les habitudes de vie, les revenus, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des répondant·e·s et absence de données génétiques ou biométriques ou de santé ou de sécurité sociale ou d'infractions et condamnations pénales). Le projet n'a donc pas nécessité la soumission au Comité de protection des personnes ni à la Commission Nationale Informatique et Liberté.

6.5. Diffusion du questionnaire

Nous avons tout d'abord contacté le pôle santé publique de l'association nationale des étudiant·e·s en médecine de France (ANEMF) afin d'avoir la liste des personnes référentes en santé publique dans chacune des associations d'étudiant·e·s en médecine de France. Nous avons ensuite contacté à l'aide des réseaux sociaux Messenger et Instagram les personnes référentes en santé publique des 36 associations d'étudiant·e·s en médecine de France afin de diffuser le questionnaire sur les groupes de promotion des étudiant·e·s de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année de médecine.

Une seule association étudiante sur les trente-six contactées a refusé la publication du questionnaire de la thèse. Le questionnaire a été publié par 22 associations sur Facebook, 12 associations ont préféré que nous assurions nous-même la publication du questionnaire sur leurs groupes de promotion et une association l'a publié sur Instagram (Annexe 2).

Le questionnaire a été accessible du 1er mai 2023 au 28 juin 2023, et, après 15 jours sans nouvelle réponse, nous l'avons clôturé à cette date. Au total, il est resté 59 jours en ligne.

6.6. Analyse des données

Pour l'analyse des données, la formation en ligne « Aide à la thèse d'exercice » de juin 2023 organisée par le Collège santé de l'Université de Bordeaux a offert l'opportunité d'une

rencontre avec Thomas Ferté, médecin spécialiste en santé publique. Sur son conseil, l'étude étant observationnelle et descriptive, sans comparaison entre différents groupes, nous avons conclu qu'il n'était pas nécessaire de réaliser des tests statistiques. Une analyse descriptive a été effectuée pour l'ensemble des données quantitatives recueillies.

Concernant les réponses aux questions ouvertes du questionnaire, nous les avons analysées toutes ensemble afin d'isoler les différents thèmes et concepts qui étaient évoqués dans ces réponses. Il s'agissait d'une analyse simple, sans la méthodologie d'une analyse qualitative formelle, à visée uniquement exploratoire pour enrichir l'analyse quantitative et donner des pistes de réflexion.

7 RÉSULTATS

7.1. Population de l'étude

7.1.1. Origine géographique

Au total, 1826 étudiant·e·s de 35 universités différentes ont répondu au questionnaire (tableau 1), soit une moyenne de 52 réponses par université.

La population cible de notre étude comprenait les étudiant·e·s de troisième, quatrième et cinquième année de médecine durant l'année universitaire 2022-2023, c'est-à-dire les étudiant·e·s ayant débuté leur deuxième année de médecine au début des années universitaires 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022.

Les numerus clausus pour l'admission en deuxième année de médecine pour les années universitaires 2019-2020 et 2020-2021 étaient respectivement de 9314 et 9361 places (68,69). L'année universitaire 2021-2022, marquée par une période de transition, a établi un numerus clausus de 3672 places pour les étudiant·e·s redoublant·e·s inscrit·e·s en Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) (70). Parallèlement, des numerus apertus ont été fixés par chaque université pour les étudiant·e·s primant·e·s inscrits en Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) et en Licence Accès Santé (LAS). Ces numerus apertus n'ont pas fait l'objet d'une publication nationale.

Le nombre total d'étudiant·e·s ciblé·e·s par cette étude a donc été estimé avec une moyenne de 9337 étudiant·e·s par an admis·e·s en deuxième année de médecine soit environ 28011 étudiant·e·s sur trois ans. À partir de cette estimation, cette étude aurait ainsi permis d'interroger 6,5% des étudiant·e·s de troisième, quatrième et cinquième année inscrit·e·s en médecine durant l'année universitaire 2022-2023.

Tableau 1 : Nombre de répondant·e·s par Université

Universités	Effectif n = 1826 (%)
Marseille	114 (6,2%)
Université de Paris	103 (5,6%)
Saint-Etienne	88 (4,8%)
Université de Lyon-Est	80 (4,4%)
Angers	71 (3,9%)
Rennes	71 (3,9%)
Université Catholique de Lille	64 (3,5%)
Clermont-Ferrand	60 (3,3%)
Amiens	59 (3,2%)
Besançon	59 (3,2%)
Toulouse	59 (3,2%)
Poitiers	57 (3,1%)
Nantes	56 (3,1%)
Université de Paris-Ouest	54 (3%)
Strasbourg	54 (3%)
Tours	54 (3%)
Limoges	53 (2,9%)
Nancy	51 (2,8%)
Bordeaux	48 (2,6%)
Créteil	48 (2,6%)
Grenoble	48 (2,6%)
Université de Lyon-Sud	46 (2,5%)
La Réunion	46 (2,5%)
Antilles-Guyane	45 (2,5%)
Brest	43 (2,4%)
Dijon	43 (2,4%)
Nice	42 (2,3%)
Reims	42 (2,3%)
Sorbonne Université	37 (2%)
Montpellier	33 (1,8%)
Nîmes	27 (1,5%)
Université Kremlin-Bicêtre	22 (1,2%)
Caen	19 (1%)
Rouen	16 (0,9%)
Bobigny	14 (0,8%)
Université de Lille	0

7.1.2. Formation générale au SSES

Concernant leur formation générale, les étudiant·e·s qui ont répondu à l'étude ont en majorité participé à au moins une des deux formations générales obligatoires du SSES : 85,5% ont participé à la formation théorique et 63,9% à la formation pratique.

Seulement 58,5% des étudiant·e·s ont participé aux deux formations et 9,3% n'ont participé à aucune des deux formations.

7.2. État des lieux : thématique EAS du SSES

7.2.1. Place de l'EAS dans les thématiques du SSES

Parmi les différentes thématiques, l'EAS (comprenant les thèmes « Santé sexuelle, vie affective, égalité filles/garçons, violences sexistes et sexuelles (VSS) ») est celle majoritairement choisie (23,6%) par les répondant·e·s. Ensuite, on retrouve les thématiques « Alimentation et activité physique » et « Addictions aux écrans et autres addictions comportementales » avec 22,3% et 13,3% des répondant·e·s respectivement. La distribution du nombre et du pourcentage d'étudiant·e·s ayant choisi chaque thématique est détaillée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Thématiques des interventions réalisées par les répondant·e·s

Thèmes des interventions	Effectif n = 1826 (%)
Santé sexuelle, vie affective, égalité filles/garçons, VSS	431 (23,6%)
Alimentation et activité physique	408 (22,3%)
Addictions aux écrans et autres addictions comportementales	242 (13,3%)
Tabac, alcool, cannabis, autres drogues	234 (12,8%)
Hygiène	157 (8,6%)
Formation aux premiers secours	86 (4,7%)
Le harcèlement et les discriminations	52 (2,8%)
Vaccination, prévention de l'antibiorésistance	41 (2,2%)
Santé environnement-climat : soleil, froid, pollution ...	19 (1%)
Cancers	10 (0,5%)
Prévention des chutes	7 (0,4%)
Autres	139 (7,6%)

En fonction des universités, les étudiant·e·s ont plus ou moins la liberté de choisir la thématique de leur service sanitaire. Dans notre étude, un peu moins de la moitié (47,2%) des étudiant·e·s a eu la possibilité de choisir le thème de son intervention.

Concernant les critères de choix de la thématique, les plus importants pour les étudiant·e·s sont l'intérêt personnel pour les thèmes (46,1%) et le fait d'avoir des connaissances sur le

sujets (32,7%). On peut noter que le temps nécessaire à la réalisation du projet et l'existence d'un projet déjà réalisé par les étudiant·e·s l'année précédente et pouvant être reconduit ne sont pas des critères de choix pour la majorité des répondant·e·s avec respectivement 8,4% et 4,8% de réponses à ces items (tableau 3).

Tableau 3 : Critères de choix de la thématique du service sanitaire

Critères de choix de la thématique	Effectif n = 1826 (%)
Intérêt personnel pour la thématique	842 (46,1%)
Connaissances sur la thématique	598 (32,7%)
Proposition par un.e référent.e de proximité	282 (15,4%)
Proposition par un.e personne de l'établissement d'accueil	260 (14,2%)
Distance entre le domicile et la structure d'accueil	217 (11,9%)
Formation spécifique sur la thématique à l'Université	165 (9%)
Temps nécessaire à la réalisation du projet	154 (8,4%)
Existence d'un projet déjà réalisé pouvant être reconduit	87 (4,8%)
Autres	570 (31,2%)

Parmi les 1826 répondant·e·s, 25,7% de l'échantillon soit 470 étudiant·e·s ont répondu, à la question sept, avoir réalisé leur service sanitaire sur la thématique EAS et ont répondu à la suite du questionnaire. Cependant nous pouvons noter un écart de 39 réponses (431 versus 470) entre cette question et la question trois qui détaillait la répartition des thématiques réalisées (tableau 2).

L'hypothèse principale concernant cette différence repose sur le fait que des étudiant·e·s ayant effectué un service sanitaire sur une autre thématique que l'EAS ont finalement abordé des thèmes liés à l'EAS lors de leur échange avec les élèves comme le rapportent les témoignages suivants :

« Notre intervention sur la vie affective et sexuelle a été improvisée. Notre sujet était l'hygiène du corps en général. En parlant du sujet de l'hygiène des parties intimes et des règles, beaucoup de questions sur le pénis, la masturbation, l'éjaculation, la grossesse, etc. sont survenues. Nous avons tenté de répondre aux questions mais cela fut très dur car nous n'étions pas préparés à ce sujet et surtout pour expliquer cela à des enfants de primaire. »

« Notre service sanitaire concernait les addictions aux écrans mais pour autant dans tous les groupes ça finissait par dériver sur les violences, parce qu'on parlait des réseaux sociaux, du harcèlement et ils avaient tous un truc à dire. Et je trouve qu'on n'a pas du tout été assez formés aux situations de violences, alors que la plupart du temps les élèves arrivent très vite au sujet même si ce n'était pas du tout le thème de départ. »

« Notre intervention était sur les risques festifs et nous suivions un personnage confronté à tous les risques en soirées, y compris les violences sexistes et sexuelles. »

Sur les 470 répondant·e·s ayant réalisé leur service sanitaire sur le thème de l'EAS, 89,1% (419) ont répondu avoir un intérêt important pour la thématique et 56,8% (267) ont déclaré avoir des connaissances suffisantes pour en parler avant le service sanitaire.

Sur les 1356 étudiant·e·s n'ayant pas réalisé leur service sanitaire sur le thème de l'EAS, 87,5% ont répondu qu'ils et elles auraient été intéressé·e·s pour réaliser leur service sanitaire sur l'EAS.

Le choix de la thématique de l'EAS semble être possible dans toutes les universités citées car on retrouve au minimum deux étudiant·e·s pour chaque université ayant réalisé leur service sanitaire sur cette thématique.

7.2.2. Les publics ciblés

Dans la majorité des cas, ce sont des adolescent·e·s au collège (50,4%) et/ou au lycée (45,5%) qui ont participé à ces séances d'EAS (tableau 4).

Tableau 4 : Publics ciblés par les séances d'EAS réalisées par les étudiant·e·s en service

sanitaire

Publics ciblés	Effectif n = 470 (%)
Adolescent·e·s au collège	237 (50,4%)
Adolescent·e·s au lycée	214 (45,5%)
Étudiant·e·s post-bac	37 (7,9%)
Enfants à l'école élémentaire/primaire	29 (6,2%)
Personnes en situation de handicap	11 (2,3%)
Migrant·e·s, personnes en situation de précarité	9 (1,9%)
Jeunes en insertion	9 (1,9%)
Professionnel·le·s de santé	8 (1,7%)
Usager·e·s d'associations	5 (1,1%)
Parents	4 (0,9%)
Patient·e·s, malades	3 (0,6%)
Enfants à l'école maternelle	3 (0,6%)
Personnes en prison ou sous la protection judiciaire de la jeunesse	0
Autres	1 (0,2%)

7.2.3. La réalisation et l'évaluation des séances d'EAS

7.2.3.1. Les sujets abordés

Les thématiques des risques médicaux en lien avec la sexualité (IST, grossesse, contraception) sont bien sûr retrouvés dans les sujets abordés par les étudiant·e·s lors des séances d'EAS. Mais on peut également noter que les étudiant·e·s attachent une grande importance à toute la thématique de la prévention des VSS avec notamment les thèmes du consentement et de la bienveillance vis-à-vis de soi et des autres, des orientations sexuelles et des genres. La pornographie et les dangers potentiels d'internet sont également des thèmes qui ont une place de choix dans les séances d'EAS réalisées par les étudiant·e·s (figure 5).

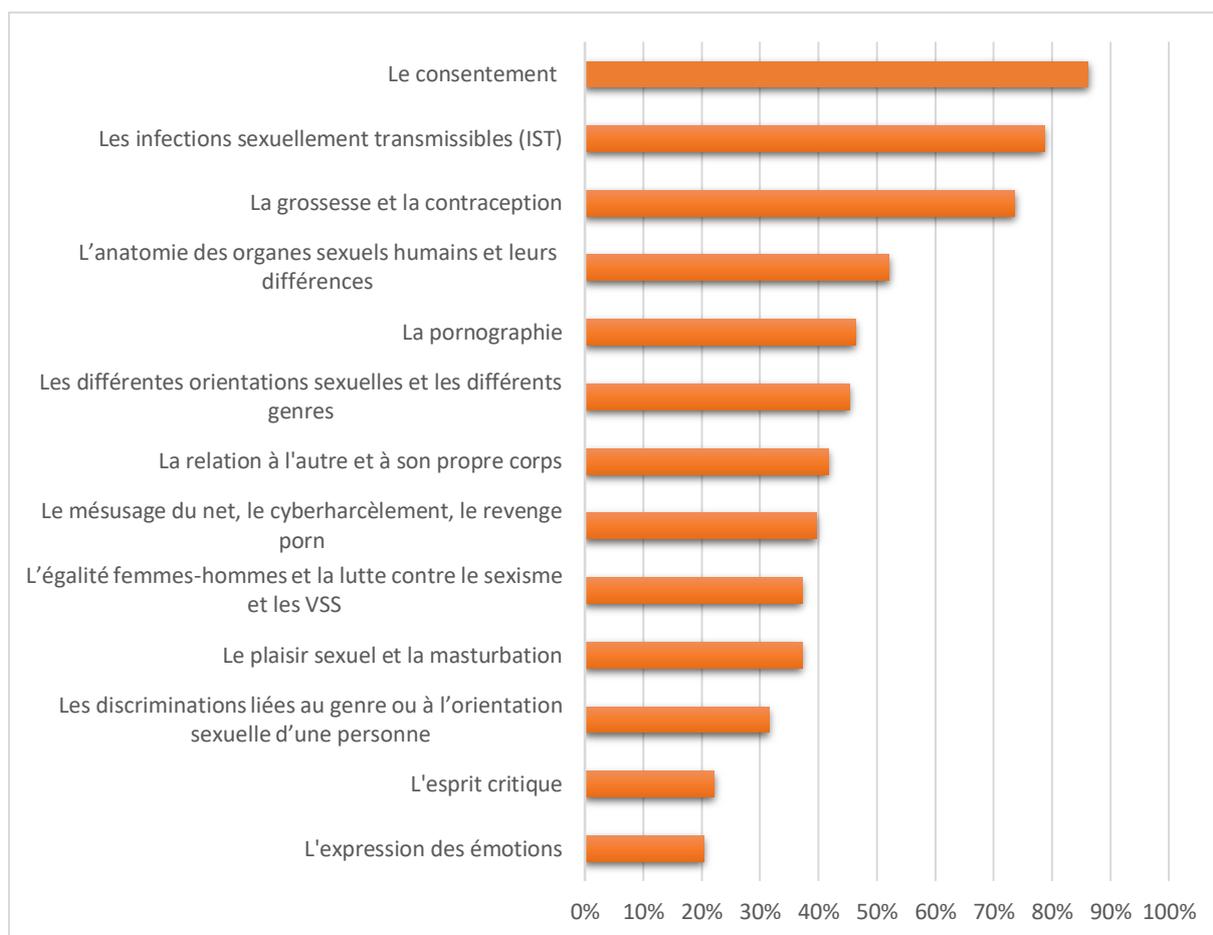


Figure 5 Sujets abordés lors des séances d'EAS par les étudiant-e-s en service sanitaire

7.2.3.2. L'évaluation des séances d'EAS

a. Recensement et mode d'évaluation

Un questionnaire d'évaluation a été donné à remplir au public ciblé dans 63% des cas et à l'établissement d'accueil dans 33,2% des cas.

Les observations tirées des réponses ouvertes ont révélé une grande diversité dans les approches d'évaluation adoptées. À titre d'exemple, les étudiant-e-s ont recouru à des questionnaires de connaissances avant-après les séances, à des jeux éducatifs, à des échelles telle que l'échelle des visages, ainsi qu'à des évaluations interactives en ligne.

b. Des retours très positifs des élèves et des équipes éducatives

Tout d'abord, parmi les 470 répondant-e-s, 93% pensent que les séances d'EAS réalisées ont eu un impact positif sur les élèves et 88% ont été « très satisfait-e-s » ou « plutôt satisfait-e-s » de cette expérience.

Deux-cent soixante et onze étudiant-e-s ont raconté dans une courte réponse ouverte quels avaient été les retours du public ciblé et des établissements d'accueil sur les séances d'EAS réalisées.

La très grande majorité de ces témoignages (229 témoignages) expliquait avoir reçu des retours positifs de leurs interventions. Les adjectifs rapportés par les étudiant-e-s sont, par exemple, « très positif et encourageant », « adapté », « intéressant », « pertinent », « fluide ».

Les étudiant-e-s rapportent également que leurs interventions ont permis une progression des connaissances, très hétérogènes au début des séances et qui s'améliorent à la fin, notamment celles portant sur le consentement, les IST et la contraception. Les retours montrent une bonne compréhension des thématiques abordées avec des élèves qui ont participé, qui étaient intéressé-e-s en grande majorité et qui ont rapporté lors des évaluations avoir appris des notions qui leur serviront dans le temps.

Le fait que les interventions soient réalisées par des étudiant-e-s jeunes, proches en âge avec le public ciblé a été très apprécié et a permis un meilleur dialogue.

La forme comme le contenu des interventions ont été félicités. Les étudiant-e-s utilisent de multiples supports éducatifs et techniques d'animations ludiques et interactives (brise-glace, débat mouvant, jeux de société, sondage instantané en ligne, forum, pièce de théâtre, vidéos, etc...). De plus, leur posture d'intervention a été décrite comme ouverte au débat, sans tabou, équitable et à l'écoute. Les élèves ont pu s'exprimer librement et poser toutes leurs questions.

D'ailleurs, l'intervention sous forme de cours magistral a été décrite comme un point négatif par un-e des étudiant-e-s qui avait été contraint-e de réaliser son intervention sous cette forme par l'établissement d'accueil.

Les étudiant-e-s ont également souligné que les élèves et les référent-e-s de proximité ont exprimé un vif intérêt pour davantage de sessions similaires et plus de temps consacré à l'exploration de ces concepts. Certain-e-s enseignant-e-s ont même rapporté avoir acquis des connaissances essentielles en tant que parents. En ce qui concerne les parents, un témoignage indique qu'une des séances était spécifiquement destinée aux parents d'élèves et qu'elle a été grandement appréciée par ces derniers.

Ci-dessous, sont énumérés quelques commentaires que les étudiant-e-s ont rapportés en réponse à la question dix-sept :

« Les élèves étaient contents d'avoir une intervention où la parole était libre, équitable et sans tabou. Ils ont apprécié apprendre sous forme de jeux et de discussions qui leur ont permis de discuter de leurs doutes, insécurités et ressentis librement. »

« Les retours étaient très émouvants à lire car très positifs ! Ils ont de façon générale trouvé notre intervention utile, nécessaire, ça leur a permis d'avoir un point de vue de jeunes sur la santé sexuelle et la sexualité. Beaucoup ont aimé les explications sur les règles et sur la contraception. Ce sont des sujets qu'ils ne traitent souvent jamais à la maison et de façon très timide avec la prof de SVT. Ils nous ont beaucoup remercié ! »

« Ils ont adoré avoir un temps de parole autour de ce sujet fait par des personnes avec seulement quelques années de plus qu'eux et que chacun puisse s'exprimer librement. Ils étaient à l'aise pour en parler avec nous. »

« Très très positifs. La structure a gardé les documents qu'on avait créé pour l'occasion. Nous avons selon leurs mots "dépassé leurs attentes". »

« Retour du personnel d'accueil : ils étaient ravis. Ils trouvaient l'intervention assez intéressante et nous ont avoué qu'ils ont même appris des choses en tant que parents. Ils nous ont dit vouloir mettre en place à nouveau des interventions comme celles-ci dans les classes. »

c. Les freins identifiés lors de la réalisation des séances

Lorsque les témoignages étaient mitigés ou négatifs, trois principaux motifs sont évoqués.

Le premier est le manque de temps et de répétition des séances pour aborder tous les sujets et répondre aux questions. Ce manque de temps revient dans dix témoignages avec le sentiment que les stéréotypes de genre sont très ancrés chez certain·e·s élèves et qu'il y a de nombreuses fausses idées reçues, notamment sur la contraception. Quatre étudiant·e·s rapportent également des lacunes importantes au niveau de la notion du consentement dans certaines classes avec des difficultés à créer un dialogue constructif autour de ce sujet avec certains élèves. Par exemple, certains élèves garçons leur ont dit :

« Quand je suis en couple, ma copine est obligée d'accepter une relation sexuelle. »

« Un garçon ne peut pas être violé. »

« Forcément il est consentant parce que c'est un homme. »

Selon ces étudiant·e·s, les sessions sont jugées trop brèves et insuffisamment régulières ou répétées dans le temps pour déconstruire ces idées reçues et avoir un impact durable sur les élèves.

Le deuxième frein est la difficulté à aborder un public adolescent très hétérogène. Sur les 27,7% de répondant·e·s déclarant avoir rencontré des difficultés lors de la réalisation des séances d'EAS, ils et elles sont 60,8% à lier ces difficultés au public ciblé. A l'aide des réponses ouvertes, nous avons pu préciser certaines de ces difficultés liées au public ciblé.

Cinq étudiant·e·s ont témoigné de la difficulté à trouver un juste milieu avec des élèves qui ont des connaissances et des expériences très hétérogènes au même âge, notamment en 3^{ème}-4^{ème} avec des élèves qui en savent déjà beaucoup et qui trouvent les interventions

redondantes, d'autres pour qui l'intervention est adaptée et qui ont beaucoup de questions et enfin certain·e·s qui sont choqué·e·s et gêné·e·s.

Trois autres témoignages rapportent également que certain·e·s élèves ont été réticent·e·s ou choqué·e·s par ces séances à cause de leur religion. De plus, certains parents n'avaient pas souhaité que leurs enfants assistent à ces interventions.

Deux étudiant·e·s ont rapporté que leurs interventions n'étaient pas adaptées à l'âge des élèves (soit trop jeunes soit trop âgé·e·s) et que leur référent·e de proximité ne les avait pas assez encadré·e pour éviter cela.

Par ailleurs, dans un cas particulier, deux étudiant·e·s de deux universités différentes racontent avoir réalisé leur service sanitaire dans un institut médicoéducatif (IME) sur les thèmes de l'EAS à la demande des établissements à la suite d'une problématique de violences sexuelles. Or, beaucoup des résident·e·s présentaient un handicap lourd et les deux étudiant·e·s expliquent avoir eu des difficultés à bien répondre aux demandes de l'établissement car insuffisamment formé·e·s pour parler à ce public. L'évaluation de l'impact de ces séances a été en outre compliqué.

Enfin, les étudiant·e·s évoquent des problèmes récurrents de gestion des classes et de discipline.

7.3. État des lieux : le cadre pédagogique pour les étudiant·e·s

7.3.1. La formation à la thématique EAS dans le cadre du SSES

7.3.1.1. Recensement et caractéristiques des formations

Tout d'abord, seulement 53,2% (250) des étudiant·e·s ayant réalisé la thématique EAS au cours de leur service sanitaire ont eu une formation spécifique sur l'EAS.

Lorsque les étudiant·e·s ont participé à une formation spécifique, l'université est support dans la majorité des cas (72,4%). Aucun·e étudiant·e ayant répondu à notre étude n'a réalisé de diplôme universitaire autour de l'éducation à la sexualité et un·e seul·e étudiant·e a été formé par l'IREPS de sa région (tableau 5).

La durée de cette formation varie, allant d'une à trois heures pour un peu moins d'un quart des étudiant·e·s à plus de dix heures pour un peu plus d'un quart d'entre eux (tableau 5).

Tableau 5 : Caractéristiques des formations spécifiques sur l'EAS proposées aux étudiant·e·s

Étudiant·e·s ayant reçu une formation spécifique sur l'EAS	Effectif n = 250 (53,2%)
Formation délivrée par	
L'université	181 (72,4%)
Un CEGIDD, CSS ou CACIS	25 (10%)
Une association	23 (9,2%)
Un·e référent·e de proximité	11 (4,4%)
L'établissement d'accueil	6 (2,4%)
L'IREPS de la région	1 (0,4%)
Un diplôme universitaire	0
Autres	3 (1,2%)
Temps de la formation	
Entre 1h et 3h	60 (24%)
Entre 3h30 et 5h	64 (25,6%)
Entre 5h30 et 10h	59 (23,6%)
Plus de 10h	67 (26,8%)

7.3.1.2. Apport des formations spécifiques à l'EAS

Pour la majorité des étudiant·e·s ayant eu une formation dédiée à l'éducation à la sexualité, celle-ci s'est révélée être un ajout significatif et indispensable (figure 6).

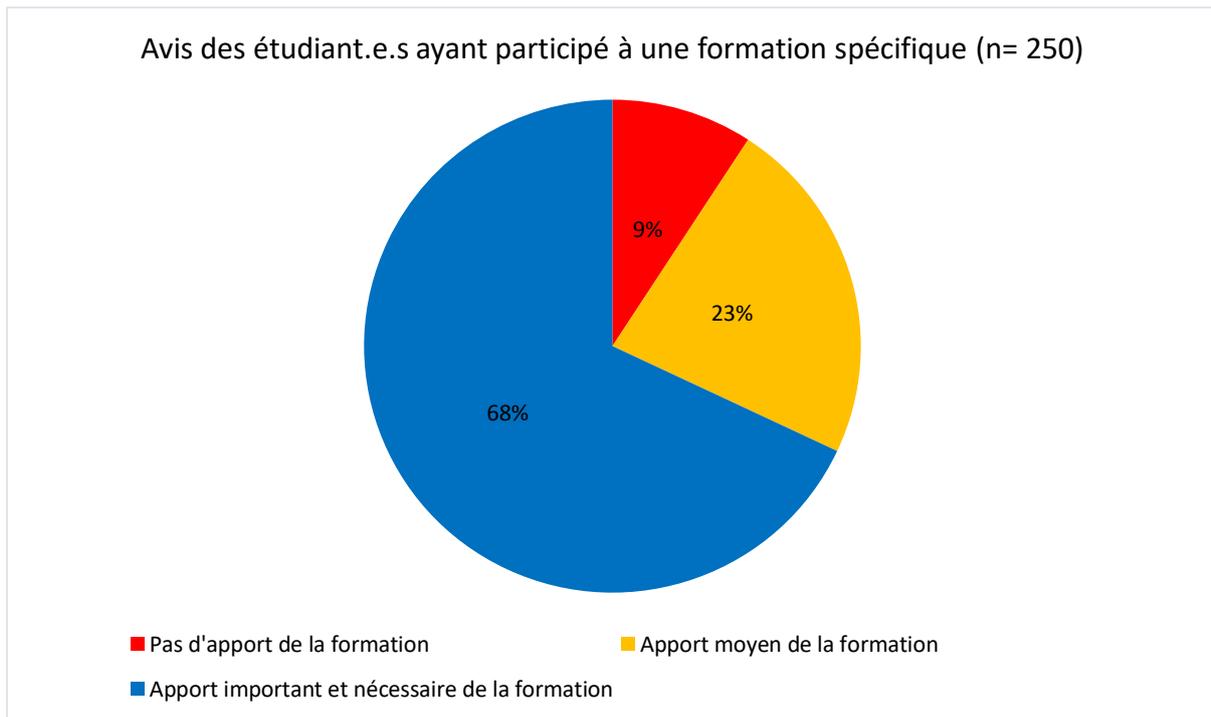


Figure 6 Avis des étudiant.e.s ayant participé à une formation spécifique sur l'EAS sur l'apport de cette formation

En effet, lorsque les étudiant.e.s ont une formation complète et approfondie à l'EAS avant leur service sanitaire, les retours sont très positifs.

« L'EAS est un enseignement complémentaire proposé aux P2 à Strasbourg et qu'il faut avoir suivi pour faire le service sanitaire EAS en D1. La formation correspond à un enseignement de 3h/semaine en P2 avec beaucoup d'intervenants extérieurs concernant pleins de sujets (un pédopsychiatre pour parler de la puberté, une juriste pour parler de harcèlement, viol ...) donc formation très complète et on faisait énormément de mises en situations entre nous. C'était incroyable ! »

« Notre formation pour le service sanitaire a commencé en 2^{ème} année avec un enseignement complémentaire « éducation à la santé sexuelle ». C'était vraiment très enrichissant avec différentes intervenantes : des sages femmes, des personnes du planning familial, des infirmières scolaires... Je pense que chaque université devrait proposer ces cours pour tous les étudiants. »

En revanche, 46,8% (220) des étudiant-e-s ayant réalisé la thématique EAS au cours de leur service sanitaire n'ont pas eu de formation spécifique. On peut cependant noter que ces étudiant-e-s se sont quand même sentis capables de réaliser les séances d'EAS même si la plupart (75,5%) auraient préféré avoir une formation spécifique préalable (figure 7).

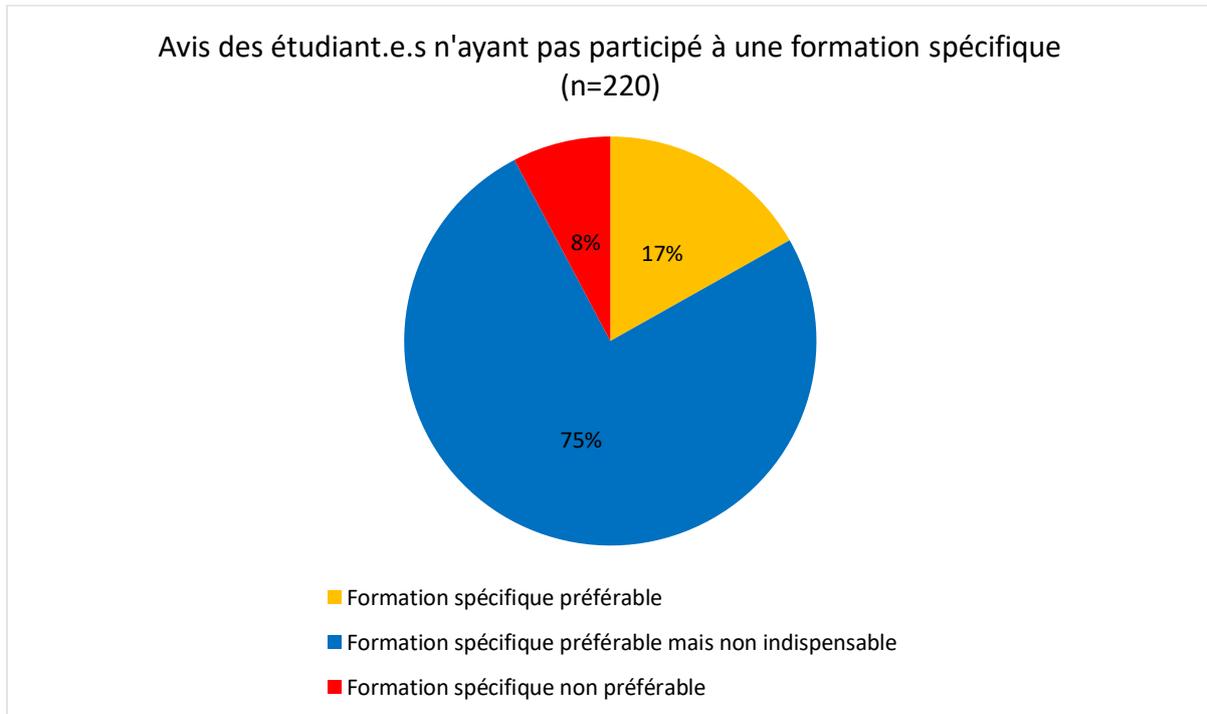


Figure 7 Avis des étudiant.e.s n'ayant pas participé à une formation spécifique sur l'intérêt d'avoir une formation à l'EAS

A l'aide des réponses ouvertes, nous avons pu préciser les difficultés rencontrées par les étudiant-e-s concernant leur formation à l'éducation à la sexualité et leurs attentes à cet égard. Nous avons sélectionné quelques commentaires parmi les réponses ouvertes pour illustrer ce propos.

Premièrement, les étudiant-e-s ont rapporté des difficultés liées au manque de formation à l'animation et à la pédagogie.

« Le problème vient de la forme que prend l'accompagnement et la formation. On est livrés à nous-mêmes face à des dizaines et des dizaines de capsules vidéo. On n'est pas formés sur l'art de faire une intervention sur ce genre de sujets sensibles. »

En second lieu, ils et elles soulignent également des problèmes liés à l'absence de formation théorique sur les différents sujets de l'EAS, ainsi qu'à l'insuffisance de supports référencés et adaptés.

« Les ressources mises à disposition par notre fac étaient des liens vers des sites officiels (planning familial) ou des power point succincts. Aucun cours théorique ou pratique n'a été dispensé. »

« Beaucoup de travail personnel pour rattraper l'absence totale de supports ou d'accès aux anciennes préparations. »

Enfin, dix étudiant-e-s, dont trois sont cité-e-s ci-dessous, ont témoigné de la nécessité d'aborder les violences au cours des séances d'EAS tout en expliquant que ce sujet méritait une formation préalable qui, pour certain-e-s, leur avait manqué.

« Au cours de notre intervention, nous avons distribué des questionnaires de satisfaction sous format papier. Une collégienne a laissé sous-entendre dans un questionnaire qu'elle subissait des violences sexuelles à son domicile. L'élève étant partie juste après nous avoir remis la feuille remplie, nous avons, avec l'aide du référent de proximité, retrouvé son nom. Par la suite, son école a pu la recevoir et a pu faire un signalement. Nous étions un peu pris au dépourvu quand ça nous est arrivé et avons essayé de gérer au mieux la situation mais je pense qu'une formation expliquant comment gérer ces situations aurait été particulièrement utile dans ce cas-là. »

« Après notre intervention (en primaire), certains élèves se sont confiés à nous sur des problématiques de violences intrafamiliales. N'ayant aucune formation spécifique, nous avons fait du mieux que l'on pouvait mais c'était très frustrant et difficile en tant que futurs médecins de ne pas savoir du tout ce qu'il fallait faire. Il nous manque beaucoup de formation sur comment parler aux enfants et justement aborder ces sujets difficiles comme le viol et la maltraitance d'enfants. »

« Attribuer ce sujet au hasard à des étudiants sans les préparer peut-être assez violent je pense. Par exemple, certaines personnes de mon groupe ont eu du mal à aborder des sujets comme le harcèlement puisqu'eux-mêmes en ont été victimes au lycée (soit seulement 2 ans auparavant). Les séances se sont toutes globalement bien passées mais je crois que certains membres du groupe ne s'attendaient pas à ce que ça soit éprouvant et à ce que ça les confronte autant à leur propre histoire. »

7.3.2. Les outils et référentiels

Les étudiant.e-s font des recherches par eux-mêmes et consultent en priorité le site du planning familial, le site onsexprime.fr de Santé Publique France et le guide « Éducation à la sexualité » de l'éducation nationale (figure 8).

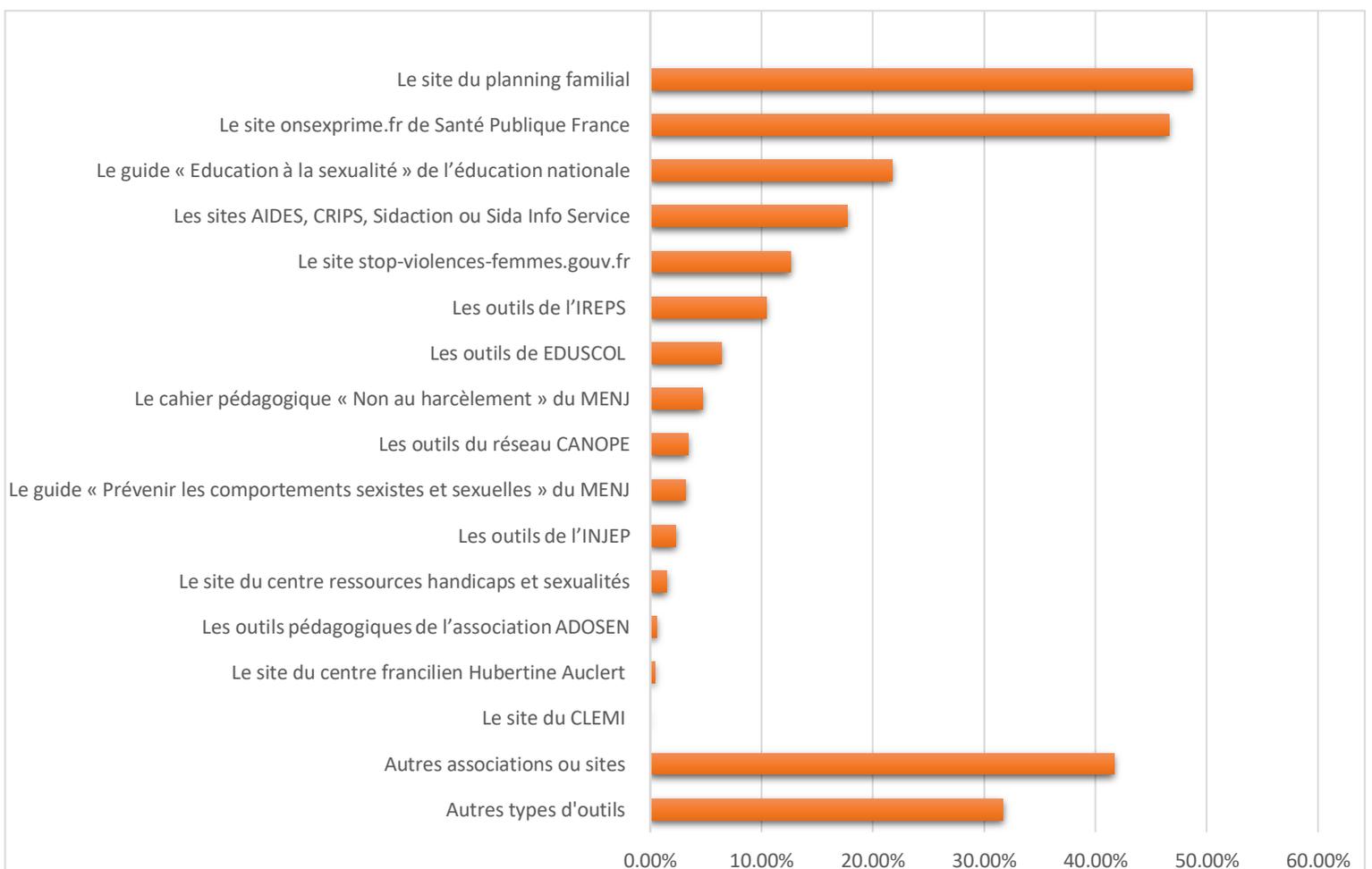


Figure 8 Outils d'animation et d'éducation à la vie affective et à la sexualité utilisés par les étudiant.e-s

Une majorité (41%) des étudiant·e·s estiment que la préparation des séances d'EAS a nécessité entre 5h30 et 10h de travail. Cependant, ce temps nécessaire à la préparation des séances d'EAS est variable, pouvant aller d'une heure à plus de quinze heures de préparation (figure 9).

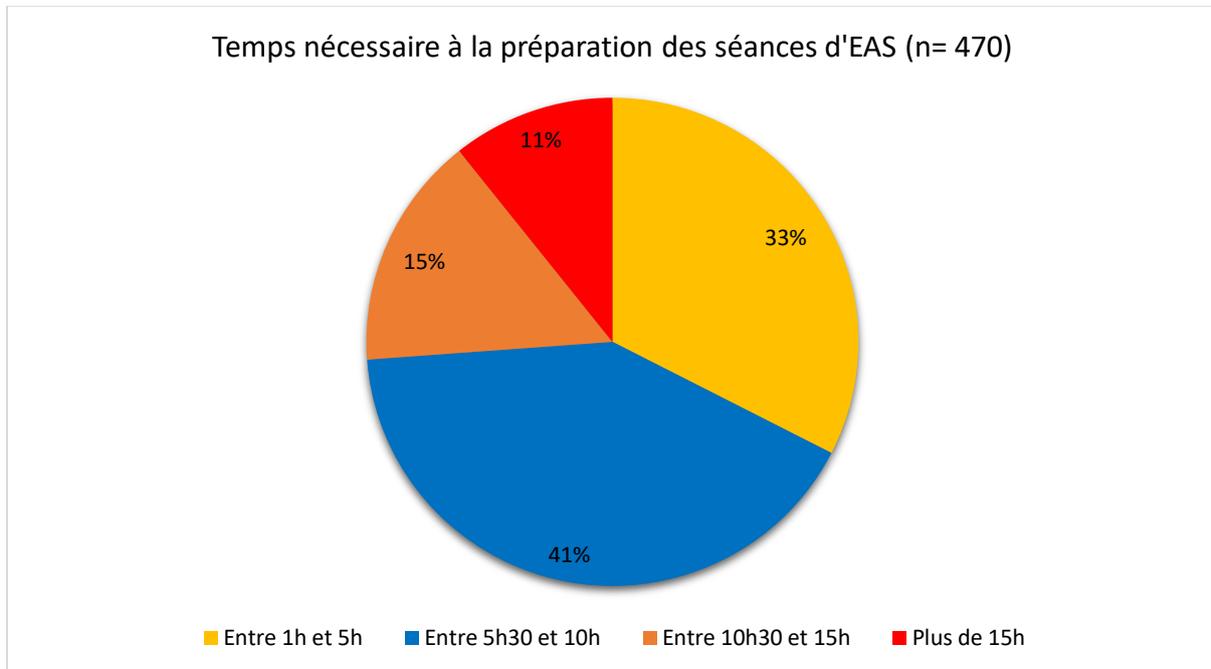


Figure 9 Temps dédié à la préparation des séances d'EAS

Dans les réponses ouvertes, deux étudiant·e·s font remarquer que la charge de travail des étudiant·e·s en médecine est déjà très importante et que le service sanitaire est très chronophage. Ces deux personnes plaident pour un meilleur encadrement pédagogique et une meilleure formation à l'EAS avec l'apprentissage d'outils et supports en amont de la préparation de ces séances afin de diminuer le temps nécessaire pour préparer les séances. Un·e autre étudiant·e dénonce l'absence de suivi des actions réalisées et l'absence de recensement des supports créés par les étudiant·e·s les années précédentes qui pourraient être ré-utilisés et améliorés les années d'après.

7.3.3. L'encadrement pédagogique

Les étudiant·e·s semblent peu satisfait·e·s de l'accompagnement qu'ils et elles reçoivent par leur référent·e pédagogique (figure 10) et de proximité (figure 11).

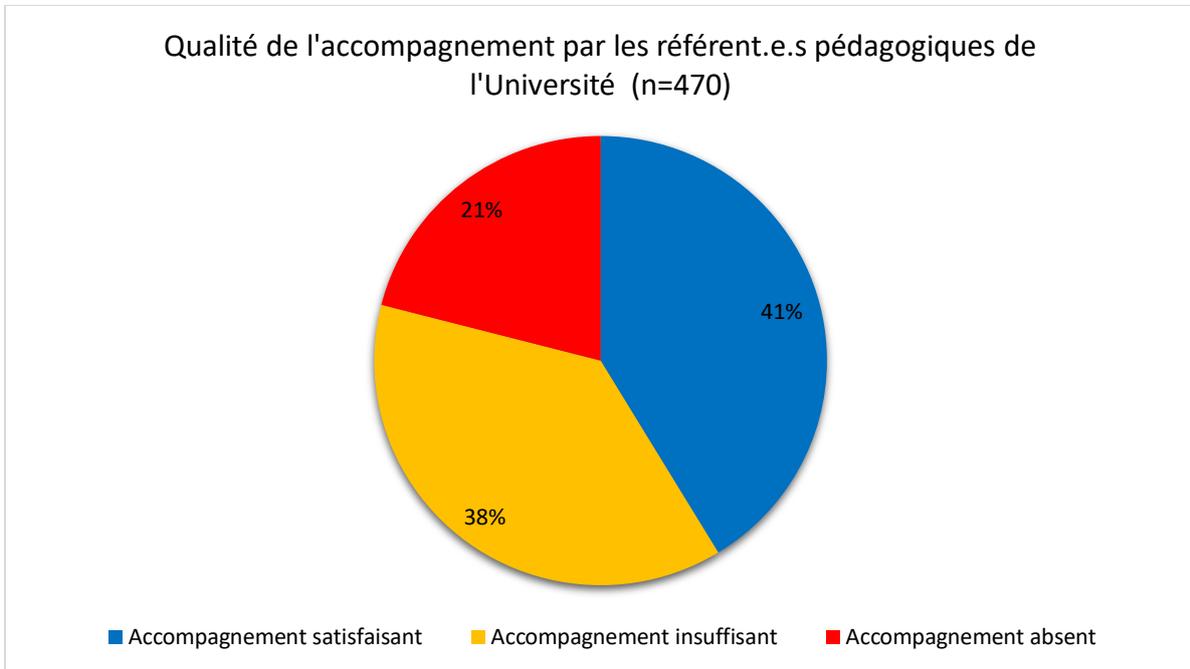


Figure 10 Avis des étudiant·e·s sur la qualité de leur accompagnement par les référent·e·s pédagogiques de l'Université

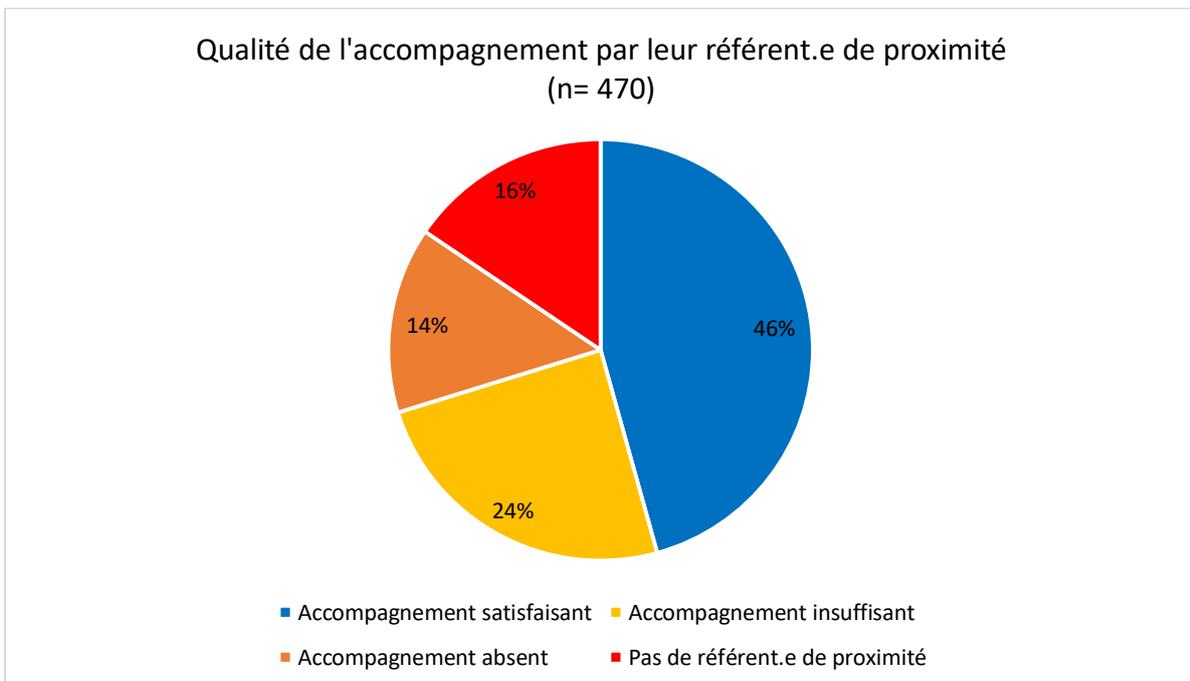


Figure 11 Avis des étudiant·e·s sur leur accompagnement par leur référent·e de proximité pendant le service sanitaire sur la thématique de l'EAS

Comme nous l'avons déjà dit, 27,7% (130) des étudiant·e·s ont déclaré avoir rencontré des difficultés lors de la préparation et la réalisation des séances d'EAS. Dans 60,8% des cas, les difficultés étaient liées au public ciblé et dans 40% des cas ces difficultés été en lien avec les référent·e·s de proximité ou les référent·e·s pédagogiques de l'Université. Les étudiant·e·s ont également rapporté des difficultés avec leur histoire personnelle dans 15,4% des cas ou avec les autres étudiant·e·s du projet dans 24,6% des cas.

A l'aide des réponses ouvertes, nous avons pu préciser les difficultés liées aux référent·e·s de proximité et référent·e·s pédagogiques.

Dix témoignages, dont quatre sont cités ci-dessous, concernent des réticences voire des interdictions de la part de l'établissement d'accueil (infirmier·e·s scolaires, chef·fe·s d'établissement, professeur·e·s) à aborder certains sujets.

« Nous n'avons pas pu parler des sujets qui nous tenaient réellement à cœur comme la contraception et l'avortement, thèmes qui nous ont été interdit par le collègue. »

« Le proviseur du lycée a imposé son thème. On a voulu parler des violences sexuelles mais il n'a pas voulu en disant que ce genre de choses n'arrivaient pas dans son lycée. »

« Les principales difficultés que nous avons rencontrées étaient avec notre référente de proximité (l'infirmière scolaire), qui a censuré certains sujets. Elle ne voulait pas que nous parlions des différentes orientations sexuelles. Elle a refusé que nous mettions des schémas d'anatomie. Elle nous a également interdit de parler de masturbation, de sexe anal et sexe oral. Cela rendait l'intervention sur la contraception et les IST compliquée. Elle n'était clairement elle-même pas assez renseignée et souhaitait que nous parlions des maladies qui se transmettent « par la gourde » (échange de salive). »

« Malheureusement, je pense que le public adulte a encore du mal à accepter et à dédramatiser le sujet de la sexualité et ce qu'elle englobe. Nos référents de proximité

nous ont confié qu'ils n'étaient pas à l'aise avec l'éducation à la sexualité par peur d'encourager les élèves à avoir des rapports, et également par peur des parents d'élèves. »

La forme des séances entre cours magistral et format ludique proposé par les étudiant·e·s avec des animations en groupe, des supports visuels et/ou connectés a été également l'objet de réticences et de désaccord entre les étudiant·e·s et les référent·e·s de proximité.

Le manque d'information des établissements sur le rôle et la légitimité des étudiant·e·s à réaliser ces interventions peut constituer une autre raison expliquant les difficultés rencontrées avec les référent·e·s de proximité. Sept étudiant·e·s ont évoqué le manque d'organisation de l'établissement d'accueil avec l'impression que leurs référent·e·s de proximité ne connaissaient pas leur rôle et que leur venue n'était pas organisée. Quatre autres étudiant·e·s racontent qu'il n'y avait pas eu de discussion préalable autour de l'encadrement de la classe et que ce sont les étudiant·e·s qui ont dû gérer l'encadrement de la classe ce qu'ils et elles ne savaient pas faire.

Un.e étudiant.e rapporte d'ailleurs, dans un témoignage détaillé, qu'un des points positifs des séances d'EAS de son service sanitaire était la présence du professeur pendant l'intervention ce qui permettait de recadrer les élèves dissipés (téléphones confisqués, élèves séparés, bavardages). L'étudiant.e précise que la présence du professeur a été apprécié aussi car celui-ci était accommodant et accueillant. Il a notamment autorisé son groupe à organiser leurs séances à leur façon (création de petits groupes d'élèves, outils d'animation comme les chaises en U, des quizz et des schémas) ce qui a facilité les échanges. Ce point est cependant discutable. On peut par exemple noter qu'une autre personne a témoigné que la présence du professeur pendant la séance avait freiné les élèves qui n'avaient pas osé parler et poser leurs questions.

Concernant les référent·e·s pédagogiques de l'Université, on retrouve de façon moins détaillée, dans les remarques personnelles, onze étudiant·e·s qui témoignent d'un manque

d'organisation du service sanitaire par leur faculté avec très peu d'encadrement par les référent·e·s pédagogiques et un manque de communication par la fac.

Dans certaines facultés, un système de tutorat entre étudiant·e·s volontaires a été instauré pour renforcer l'encadrement pédagogique. Nous avons enquêté sur l'intégration du tutorat pour la thématique de l'EAS, et près de la moitié des étudiant·e·s (45,5%) seraient disposé·e·s à devenir tuteur·rice·s pour d'autres étudiant·e·s effectuant leur service sanitaire l'année suivante.

8 DISCUSSION

8.1. Limites de l'étude

8.1.1. Biais de sélection

Comme toutes enquêtes réalisées sous forme d'auto-questionnaire, il peut exister un biais de participation. En effet, les étudiant·e·s qui ont répondu à cette étude ont probablement des caractéristiques différentes de celles et ceux ayant pris la décision de ne pas y répondre. Les résultats ne seront donc pas totalement superposables à la population générale des étudiant·e·s en médecine.

Cependant, afin de limiter le nombre de sujets non-répondants, nous avons réalisé des procédures de relance régulières lorsque le questionnaire était en ligne.

De plus, le questionnaire a été diffusé par les réseaux sociaux, utilisés par une majorité d'étudiant·e·s en médecine. Cependant, les étudiant·e·s qui n'utilisent pas ces réseaux sociaux n'ont peut-être pas eu accès au questionnaire.

Enfin, le thème principal de l'enquête a pu influencer les étudiant·e·s à répondre au questionnaire en fonction de leur intérêt personnel ou non pour la thématique EAS. En effet, même si un nombre important de répondant·e·s n'avaient pas effectué leur service sanitaire autour de la thématique l'EAS, un intérêt notable pour celle-ci est néanmoins observé.

8.1.2. Biais de mesure

L'écart de 39 réponses entre la question 3 et la question 7 concernant le fait d'avoir réalisé la thématique EAS peut refléter une mauvaise formulation des questions et des réponses du questionnaire. En effet, ce défaut de précision du questionnaire fait varier le nombre d'étudiant·e·s ayant réalisé leur service sanitaire autour de l'EAS de 23,6% à 25,7%.

D'ailleurs, pour donner suite aux échanges que nous avons eu avec le collègue santé, nous avons conscience que pour de futures études sur le sujet, il serait intéressant de développer un questionnaire validé et reproductible. De plus, utiliser les multiples fonctionnalités d'un logiciel comme LimeSurvey, accessible après autorisation sur l'ENT de l'Université, plutôt que GoogleForm qui est un logiciel avec des fonctionnalités plus restreintes pourrait également être plus pertinent. Pour cette étude, nous n'avons pas pu modifier ces paramètres car notre échange avec le collègue santé est survenu lorsque le questionnaire était déjà en ligne et que nous avons déjà les résultats ; il n'était plus possible de changer.

8.1.3. Absence de critères permettant d'évaluer la représentativité de l'échantillon

Nous n'avons pas interrogé certaines données, notamment l'âge et le sexe, pour préciser les caractéristiques de la population étudiée.

Nous ne pouvons donc pas savoir si l'échantillon d'étudiant·e·s ayant participé à l'étude est représentatif de la population générale des étudiant·e·s en médecine.

8.1.4. Une analyse qualitative simple à visée uniquement exploratoire

Nous avons réalisé l'analyse des réponses aux questions ouvertes du questionnaire de façon simple, toutes ensemble, en isolant les différents thèmes et concepts qui sont énoncés dans les témoignages, sans la méthodologie d'une analyse qualitative formelle. Cette analyse a uniquement une visée exploratoire pour enrichir l'analyse quantitative et donner des pistes de réflexion.

8.1.5. Absence d'évaluation de l'inter-filiarité

Un des objectifs du SSES est de travailler en interdisciplinarité. En faisant le choix de n'interroger que des étudiant·e·s en médecine, nous n'avons pas pu évaluer cette caractéristique du SSES.

8.2. Forces de l'étude

8.2.1. Puissance de l'étude

Le questionnaire a été diffusé auprès des étudiant·e·s en médecine de 35 des 36 universités de France. Cela a permis de dresser un tableau de la thématique EAS du SSES et de la formation des étudiant·e·s sur la quasi-totalité des universités de médecine françaises.

Le fait que cette enquête soit nationale a aussi permis d'obtenir un nombre important de réponses qui donne de la puissance à l'étude.

Il est probable que le nombre important de réponses soit également attribuable au mode de diffusion du questionnaire via les réseaux sociaux, ce qui a assuré une visibilité et une accessibilité satisfaisantes. Cette méthode de diffusion pourrait s'avérer pertinente pour d'éventuelles études futures portant sur les étudiant·e·s en médecine.

8.2.2. Exhaustivité des items du questionnaire

Nous avons opté pour une description minutieuse des réponses potentielles à chaque question du questionnaire, en ajoutant systématiquement une option "autres" afin de recueillir de façon exhaustive les diverses pratiques mises en œuvre lors du SSES.

De plus, grâce aux 4 questions ouvertes, nous avons pu obtenir des précisions et des témoignages qui apportent des éléments de discussion et des perspectives d'amélioration du SSES et des séances d'EAS.

8.2.3. Une contribution à l'évaluation de la thématique EAS du SSES

Le thème abordé au cours de ce travail est une des grandes forces de cette étude.

Alors que l'EAS est un enjeu majeur de santé publique, les trois séances d'EAS obligatoires du CP à la terminale ne sont pas systématiquement mises en œuvre et les données pour évaluer la thématique EAS du service sanitaire manquent.

Cinq ans après la mise en place du SSES, cette thèse propose des éléments de réponse. Ces résultats aideront à identifier les aspects positifs et négatifs des séances d'EAS réalisées par les étudiant·e·s pendant leur service sanitaire, à mieux comprendre les attentes des étudiant·e·s et à formuler des pistes d'amélioration.

Ce travail présente une réelle utilité dans le domaine de la pédagogie médicale, offrant notamment des perspectives d'amélioration de formation et d'encadrement des étudiant·e·s.

8.3. Description de la population étudiée

À notre connaissance, il n'existe pas d'autres études qui se soient intéressées à une ou plusieurs thématiques du service sanitaire et/ou aux étudiant·e·s en service sanitaire à une échelle nationale. En effet, la majorité des études sur le service sanitaire proposent des évaluations à une échelle universitaire ou régionale.

Les étudiant·e·s de l'Université de Marseille et de l'Université de Paris sont celles et ceux qui ont le plus répondu avec respectivement 114 et 103 participant·e·s (tableau 1). Ce nombre plus élevé de réponses peut être expliqué par plusieurs raisons.

Premièrement, les universités de Marseille et de Paris se distinguent par un effectif d'étudiant·e·s par promotion plus élevé que dans d'autres établissements universitaires. Deuxièmement, ces deux universités abritent plusieurs associations étudiantes qui organisent de nombreux événements et soutiennent divers projets de santé publique. Les étudiant·e·s de ces universités sont souvent sensibilisé·e·s voire engagé·e·s dans ces projets, ce qui peut expliquer leur sensibilité accrue à l'égard du questionnaire.

Les étudiant·e·s des universités de Caen, Rouen et Bobigny sont les étudiant·e·s ayant le moins répondu avec moins de vingt réponses par faculté (tableau 1). En communiquant avec leur association respective, nous avons pu faire l'hypothèse que ce faible taux de réponses s'explique par un nombre plus faible d'étudiant·e·s par promotion que dans d'autres facultés

et par des difficultés générales à recueillir des réponses à des questionnaires au sein de ces promotions.

8.4. La thématique « Éducation à la Sexualité » du SSES : des étudiant·e·s impliqué·e·s, un public hétérogène, un suivi à améliorer

8.4.1. Approche nationale : un quart des étudiant·e·s en médecine mobilisé·e·s mais un suivi territorial perfectible

La thématique EAS du service sanitaire se distingue comme la plus fréquemment choisie par les étudiant·e·s en médecine, avec environ un quart des répondant·e·s de cette étude ayant effectué leur service sanitaire dans ce domaine. Toutes les universités semblent bien proposer cette thématique.

Cependant, cette étude portait uniquement sur les étudiant·e·s de la filière médecine et nous ne pouvons pas extrapoler cette proportion aux autres corps de formation en santé. Malgré cela, il est pertinent de noter que les recherches menées par Joséphine Odoul à l'Université de Clermont-Auvergne et par Camille Lizin à l'Université de Nice-Sophia-Antipolis ont examiné l'intégration de la thématique EAS dans les stages de service sanitaire. Leurs résultats ont révélé que la santé sexuelle était abordée respectivement dans 31,3% et 33,4% des rapports de stage du SSES (71,72). Une autre thèse, réalisée par Sébastien Delescluse en 2020, a analysé la mise en place du service sanitaire dans les Hauts-de-France, révélant que la thématique santé sexuelle avait été traitée dans 13,8% des structures ayant accueillies des étudiant·e·s en service sanitaire en 2018-2019 (73).

Un autre point positif soulevé par cette étude est l'intérêt important des étudiant·e·s pour la thématique EAS avec un bon niveau de connaissance initial auto-évalué pour cette thématique et une satisfaction importante des étudiant·e·s à l'issue des projets. L'intérêt pour l'EAS est aussi partagé par 87,5% des étudiant·e·s n'ayant pas réalisé leur service sanitaire sur cette thématique. On retrouve d'ailleurs dans la thèse de Pierre Leblanc, soutenue en 2019, cet intérêt et le regret des étudiant·e·s lyonnais·e·s de ne pas avoir eu accès à cette thématique la

première année de mise en place du SSES. Ainsi, l'année suivante, le projet d'éducation à la sexualité porté depuis plusieurs années par des étudiant-e-s de la faculté de médecine Lyon Est a été inclus dans le service sanitaire lyonnais. Ce module de santé sexuelle issu de cette initiative étudiante est constitué de quarante heures de formation supplémentaire sur les questions de la découverte de la sexualité, des IST, de la contraception et de la prévention du sexisme et des violences sexistes et sexuelles (74).

D'ailleurs l'intérêt et le niveau de connaissance antérieur pour la thématique sont les critères de choix des thématiques les plus importants pour les étudiant-e-s. L'attrait préférentiel des étudiant-e-s pour les thématiques qu'ils et elles considèrent situées dans leur périmètre de compétences était aussi mis en évidence dans le rapport relatif à l'évaluation du SSES du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) publié en mars 2021 (12).

Cette étude est la première étude depuis la fermeture de la base nationale OSCARS qui propose une estimation nationale des thématiques travaillées par les étudiant-e-s en service sanitaire.

La base nationale OSCARS pour le service sanitaire avait pour objectif de recenser et de cartographier les actions régionales réalisées dans chaque thématique au cours du SSES. L'analyse de la base de données OSCARS 2018-2019 réalisée par le HCSP retrouvait une prévalence des thématiques prioritaires nationales, notamment les addictions (34%), l'alimentation (21%), l'activité physique (13%), et la santé sexuelle (9%). Les autres sujets, représentaient 23% des cas et 42% des étudiant-e-s abordaient plusieurs thématiques dans leurs actions (12).

La base OSCARS a cependant été interrompue après la première année de mise en place du SSES. À ce jour, il n'y a pas d'autre estimation ou cartographie nationale des actions réalisées par les étudiant-e-s.

La thématique de l'EAS étant l'une des quatre priorités du SSES, si en moyenne un quart des étudiant-e-s en santé à l'échelle nationale réalisent effectivement leur service sanitaire sur

cette thématique, nous avons cherché à savoir si ces projets d'EAS issus du SSES étaient recensés et articulés avec les programmes ou dispositifs existants au niveau régional. En effet, l'évaluation de l'impact d'une intervention brève telle que le SSES auprès des élèves ne peut être pertinente que si elle est intégrée et coordonnée avec une politique globale d'éducation à la sexualité sur le site concerné (12).

Afin de savoir s'il y avait un suivi des actions réalisées au niveau de l'académie de Bordeaux, nous avons échangé par mail avec le Pr. François Alla, responsable de la formation Service Sanitaire à l'Université de Bordeaux. Il nous a expliqué qu'au niveau régional, chaque ARS et UFR peut suivre ou non les actions réalisées dans le cadre du SSES. À sa connaissance l'ARS de Nouvelle-Aquitaine fait une évaluation du SSES mais elle n'a que des informations partielles transmises par les filières. Il a également indiqué que chaque filière pouvait assurer un suivi des actions réalisées par ses étudiant·e·s mais que ce suivi était hétérogène et que lui-même n'avait pas de visibilité sur les différentes actions réalisées par les étudiant·e·s de l'Université de Bordeaux.

Le HCSP soulignait déjà en 2021 que l'absence de données sur ce sujet nécessitait un appui national pour mener des recherches visant à déterminer dans quelle mesure le SSES s'articule avec les programmes d'éducation à la santé de l'éducation nationale et les programmes locaux (12).

Devant l'absence de recensement national et régional des projets d'EAS réalisés dans le cadre du SSES et la difficulté apparente de maintenir sur le long terme une base de données nationale comme la base de données OSCARS, il semble pertinent de proposer un recensement des projets d'EAS à l'échelle des universités à l'aide d'une base de données coordonnée par les référent·e·s pédagogiques qui encadrent les différents groupes d'étudiant·e·s. Cette base de données pourrait recenser par exemple pour chaque projet :

- Les référent·e·s pédagogiques
- Les référent·e·s de proximité
- L'établissement scolaire
- La classe ciblée

- Le diagnostic de terrain annuel avec les partenaires locaux, les besoins et les attentes du public ciblé et le niveau des connaissances théoriques et des compétences psycho-sociales des élèves avant le projet
- Les objectifs spécifiques du projet sur les connaissances théoriques et les compétences psycho-sociales
- Le protocole du projet
- Les supports utilisés et créés
- Les résultats des évaluations annuelles et systématiques du projet sur deux axes : les connaissances théoriques et les compétences psycho-sociales
- Le coût du projet
- Le nom et les coordonnées des étudiant·e·s en fonction de leur souhait de participer ou non à un tutorat du projet l'année suivante.

Il serait également intéressant d'établir une cartographie régionale, réalisée par les ARS et les référent·e·s universitaires, des projets d'EAS menés par les étudiant·e·s en service sanitaire. Cette cartographie des établissements bénéficiant de la thématique EAS du SSES pourrait servir de prérequis pour évaluer l'intégration des projets d'EAS dans les dispositifs et programmes préexistants de chaque région.

8.4.2. Approche locale : un public adolescent aux caractéristiques plurielles qui nécessite un diagnostic de terrain précis et une répétition des actions

Les séances d'EAS menées par les étudiant·e·s dans le cadre du service sanitaire s'adressent principalement à des adolescent·e·s au collège et au lycée, présentant des traits spécifiques qu'il est crucial de considérer.

Tout d'abord, il s'agit d'un public aux profils variés, caractérisé par des connaissances et des expériences très différentes au même âge, ce qui se traduit par des besoins et des attentes divergentes en matière d'éducation à la vie affective et sexuelle. On retrouve cette hétérogénéité des niveaux de connaissance dans la thèse de Pierre Leblanc qui s'est intéressé aux actions réalisées par les étudiant·e·s lyonnais·e·s lors de la première année de mise en place du SSES. Ces disparités ne sont éclairées qu'au moment des séances et les étudiant·e·s

déplorent un manque de diagnostic de terrain et de préparation de l'action avec le public cible en amont (74).

Ce public diffère aussi sur le plan religieux, culturel et familial. Ces différences peuvent impacter les séances d'EAS si elles ne sont pas évaluées préalablement et si élèves comme parents d'élèves ne sont pas préparé-e-s et informé-e-s à l'avance.

Cette étude met aussi en évidence qu'il s'agit d'un public nécessitant d'être encadré et pouvant être irrespectueux ou dissipé, perturbant ainsi le bon déroulé des séances d'EAS. Les questions de discipline et d'encadrement doivent être abordées en amont entre les référent-e-s de proximité et les étudiant-e-s. Ces dernier-e-s éprouvent des difficultés à prendre la place d'une figure d'autorité et n'y sont pas préparé-e-s mais la place des professeur-e-s doit également être définie car leur présence peut entraîner la censure de certain-e-s élèves (74).

Il paraît donc important de renouveler les recommandations concernant l'importance du diagnostic de terrain. Il est maintenant bien reconnu qu'il est crucial de considérer le contexte lors de la mise en œuvre d'un nouveau dispositif de promotion de la santé, notamment dans les établissements scolaires. L'engagement des élèves dans la réflexion, les aspects du partenariat et l'analyse des freins et leviers mobilisables sont autant de facteurs qui influent sur la réussite et la durabilité des initiatives de promotion de la santé dans les écoles (75,76).

De plus, la continuité des actions est un gage d'efficacité en santé publique. Pour envisager l'acquisition des compétences psychosociales sur le long terme et la modification des comportements, il est important de répéter les interventions auprès du même public tous les ans (17). Cependant, on note que l'existence d'un projet déjà réalisé par les étudiant-e-s l'année précédente et pouvant être reconduit n'est pas un critère de choix de la thématique pour la majorité des répondant-e-s. La capacité du SSES à pallier les carences en matière d'éducation à la sexualité est aussi remise en question par les étudiant-e-s. Malgré les retours positifs du public et des établissements, l'un des points négatifs majeurs rapporté est toujours le manque de temps et de répétition des séances.

Plus généralement, les différentes études portant sur le SSES rapportent un déséquilibre entre le temps de préparation et la qualité de l'implication des étudiant·e·s avec le nombre et la fréquence des interventions qui sont limitées ainsi que le manque de suivi et d'intégration des actions dans le temps et l'espace (77–82).

En revanche, il existe de nombreuses associations d'étudiant·e·s en santé qui organisaient avant l'instauration du SSES des actions et des projets de santé publique. Une étude a été réalisée à ce sujet par Vincent Beaudat à l'Université de Bordeaux. Malgré un nombre très important d'actions organisées (plus de 150) par les associations étudiantes avec des pôles santé publique présents de façon systématique, très peu de ces actions sont validantes pour le SSES. A l'Université de Bordeaux, 3 actions organisées par les associations sont validantes pour le SSES : « Choquez-nous », « Gardez le sourire », « Hôpital des nounours ». L'étude retrouve une motivation importante des étudiant·e·s et des actions qui sont reconduites d'année en année ce qui montre une bonne faisabilité et une bonne acceptabilité. De plus, le diagnostic de terrain est souvent meilleur du fait de la reconduction d'année en année, alors que les actions de service sanitaire plus conventionnelles n'ont souvent pas d'antériorité et ne sont parfois pas reconduites l'année suivante, ce qui limite le diagnostic de terrain et la pérennité des actions (83).

Les défis inhérents au défaut de diagnostic de terrain et à l'absence de continuité des actions soulignent à nouveau l'importance de réfléchir à la nécessité d'assurer un suivi à long terme. Dans un intérêt concret de santé publique, il semble plus judicieux de proposer aux étudiant·e·s de reconduire les projets d'une année à l'autre au sein des mêmes établissements, ce qui permettrait d'améliorer le diagnostic sur le terrain et la durabilité des actions entreprises. Cette proposition pourrait cependant restreindre l'autoformation et l'autonomie des étudiant·e·s sur ces questions.

En outre, il serait pertinent de consulter les associations étudiantes sur les initiatives de santé publique qu'elles mettent en œuvre et d'examiner la possibilité de les intégrer aux actions validantes pour le SSES, en tenant compte de leur qualité et de leur durabilité.

8.4.3. Approche locale : des séances appréciées mais des lacunes au niveau de l'évaluation de l'impact sur les élèves

Cette étude met en lumière que les étudiant·e·s en service sanitaire sont exhaustif·ve·s dans les thèmes abordés lors de leurs séances d'EAS. Ils et elles s'appliquent à faire une éducation des risques liés à la sexualité (78,7% des étudiant·e·s abordent les IST dans leurs séances et 73,6% la grossesse et la contraception). On peut souligner également que 52,1% des étudiant·e·s s'appliquent à faire une éducation anatomique en expliquant aux élèves l'anatomie des organes sexuels humains et leurs différences (figure 4).

Ils et elles s'attachent aussi à réaliser une éducation à la vie affective et aux plaisirs sexuels en abordant dans 41,7% des cas la relation à l'autre et à son propre corps, dans 20,4% des cas l'expression des émotions et dans 37,2% des cas le plaisir sexuel et la masturbation. Les usages sexuels d'internet ne sont d'ailleurs pas omis, avec 46,4% des étudiant·e·s qui communiquent sur la pornographie et 39,6% sur les mésusages du net, le cyberharcèlement et le revenge porn (figure 4).

Enfin, et c'est remarquable, les étudiant·e·s en service sanitaire ont à cœur de donner aux élèves une éducation au consentement, à l'égalité et à la bienveillance avec 86,2% des étudiant·e·s qui abordent la notion du consentement et 45,3% qui abordent les différentes orientations sexuelles, les différents genres et les discriminations qui y sont liées (figure 4).

Cet état des lieux est également positif sur la forme des séances. En effet, les étudiant·e·s utilisent de multiples outils d'animation ludiques et interactifs qui facilitent le dialogue et qui ont été particulièrement apprécié par les élèves comme par les professeur·e·s. On retrouve cette pluralité des supports et des techniques d'animation utilisés par les étudiant·e·s en service sanitaire dans l'article de Marie Kuenemann publié dans BMC Medical Education en mai 2023 qui s'est intéressé aux méthodes éducatives utilisées par les étudiant·e·s en service sanitaire à l'Université de Grenoble et à leur impact (84).

La proximité en âge a été aussi soulignée. Elle permet de créer un espace de dialogue, ouvert aux questions, sans tabou et constructif, ce qui est très encourageant. L'éducation par les pair·e·s et le double rôle de pair·e·s-formateur·rice·s des étudiant·e·s en service sanitaire sont

largement mis en avant dans d'autres études. Les étudiant·e·s en SSES se distinguent par leur écoute, leur compréhension, leur capacité à reformuler les idées des élèves et par l'utilisation d'un même langage et de supports ludiques qui favorisent le dialogue (71,74,81,85–88).



Figure 12 Les critères essentiels pour une séance d'EAS réussie

De plus, les retours des élèves et des professeur·e·s semblent être en majorité très positifs. Comme nous l'avons vu précédemment, 93% des étudiant·e·s pensent avoir eu un impact positif sur les élèves. Ils et elles rapportent une participation et un intérêt de la part des élèves, une bonne compréhension des thématiques abordées ainsi qu'une amélioration des connaissances des élèves après les interventions.

D'autres études se sont intéressées à l'impact sur les élèves des projets réalisés dans le cadre du service sanitaire. Elles retrouvent cette tendance positive.

À propos de la thématique EAS, les recherches de Mégane Delaunay, de Charline Loiseau ou encore d'Anaïs Nuttal montrent que les élèves trouvent les séances d'EAS claires, adaptées et ouvertes aux débats. Ces trois études mettent en évidence une amélioration des

connaissances des adolescent·e·s sur la santé sexuelle et reproductive suite aux interventions des étudiant·e·s en service sanitaire (87–89).

On peut noter également qu'Enora Le Roux et Marie Kuenemann avec leur équipe pédagogique respective à l'Université de Paris et Grenoble se sont intéressées à l'impact des projets du SSES sur les compétences psychosociales des élèves ciblé·e·s. Ces deux études retrouvent une évolution positive des compétences psychosociales à l'issue des interventions, notamment des compétences cognitives (l'esprit critique particulièrement) et des compétences sociales (communication et empathie) (84,90).

Les évaluations auprès des établissements scolaires sont également très positives. On peut notamment citer le rapport final du HCSP concernant l'évaluation du SSES et la thèse de Cynthia Hurel qui s'est intéressée à l'apport du SSES pour les établissements scolaires. Ces deux études rapportent que les établissements scolaires voient dans le SSES une opportunité d'éducation à la santé pour les élèves et de formation des professionnel·le·s des établissements scolaires aux pratiques de promotion de la santé. La très grande majorité des chef·fe·s d'établissement et des référent·e·s de proximité se déclaraient très satisfait·e·s et la plupart des établissements ont reconduit d'une année à l'autre leur accord pour accueillir des étudiant·e·s. Enfin, ces deux études montrent également une réciprocité des apprentissages entre étudiant·e·s et référent·e·s de proximité (13,86).

Le service sanitaire offre donc la possibilité de créer de nombreux projets de prévention primaire et en particulier d'éducation à la sexualité. L'exhaustivité des séances d'EAS réalisées par les étudiant·e·s en service sanitaire, l'éducation par les pair·e·s, la forme ludique et interactive des séances et les retours très positifs des élèves et des établissements sont autant de facteurs qui suggèrent que les séances d'EAS réalisées dans le cadre du SSES sont de qualité et sont susceptibles d'exercer un effet bénéfique sur les apprenant·e·s. Cependant, alors que l'évaluation du projet réalisé dans le cadre du service sanitaire par les élèves et la structure d'accueil est le troisième temps obligatoire du service sanitaire, ce temps d'évaluation ne semble pas être systématique en pratique.

En effet, dans notre étude, le public ciblé a évalué les séances d'EAS dans 63% des cas et l'établissement d'accueil dans seulement 33,2% des cas. De la même façon, cette évaluation n'est pas standardisée. Bien que originales et pédagogiques, les méthodes d'évaluation semblent être très différentes en fonction des projets. L'absence de méthodes d'évaluation systématiques et standardisées et l'absence de données concernant ces évaluations interrogent. Dans quelle mesure les actions conduites par les étudiant·e·s en service sanitaire sont évaluées, validées, améliorées et pérennisées comme un véritable programme d'éducation et de promotion en santé ?

Comme évoqué ci-dessus, plusieurs études ont été conduites afin d'évaluer l'impact des projets du SSES sur les connaissances et les compétences psycho-sociales. Cependant les évaluations des projets ne sont pas systématiques et non recensées. Sans cela il paraît difficile d'examiner l'impact réel sur les connaissances et les compétences psycho-sociales des élèves.

Ainsi il semble opportun d'encourager des évaluations systématiques « avant-après » des projets d'EAS, tant en ce qui concerne leur influence sur les acquis théoriques que sur les compétences psycho-sociales (CPS) des élèves et de favoriser, une fois de plus, la compilation régulière des évaluations de chaque projet d'EAS, année après année, à l'échelle des facultés.

Si le recensement et la cartographie des projets d'EAS du SSES sont effectués à l'échelle des établissements universitaires, si ces projets sont pérennisés, au sein des mêmes institutions, grâce à un diagnostic de terrain affiné au fur et à mesure des années et soumis à une évaluation régulière avec un suivi systématique des résultats, alors il deviendra envisageable de repérer des actions pouvant correspondre à des programmes probants de Santé Publique France individualisables sur chaque territoire et d'évaluer pleinement l'efficacité préventive des projets d'EAS du SSES (figure 13).

POUR DES PROJETS D'EAS EFFICACES EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ SEXUELLE

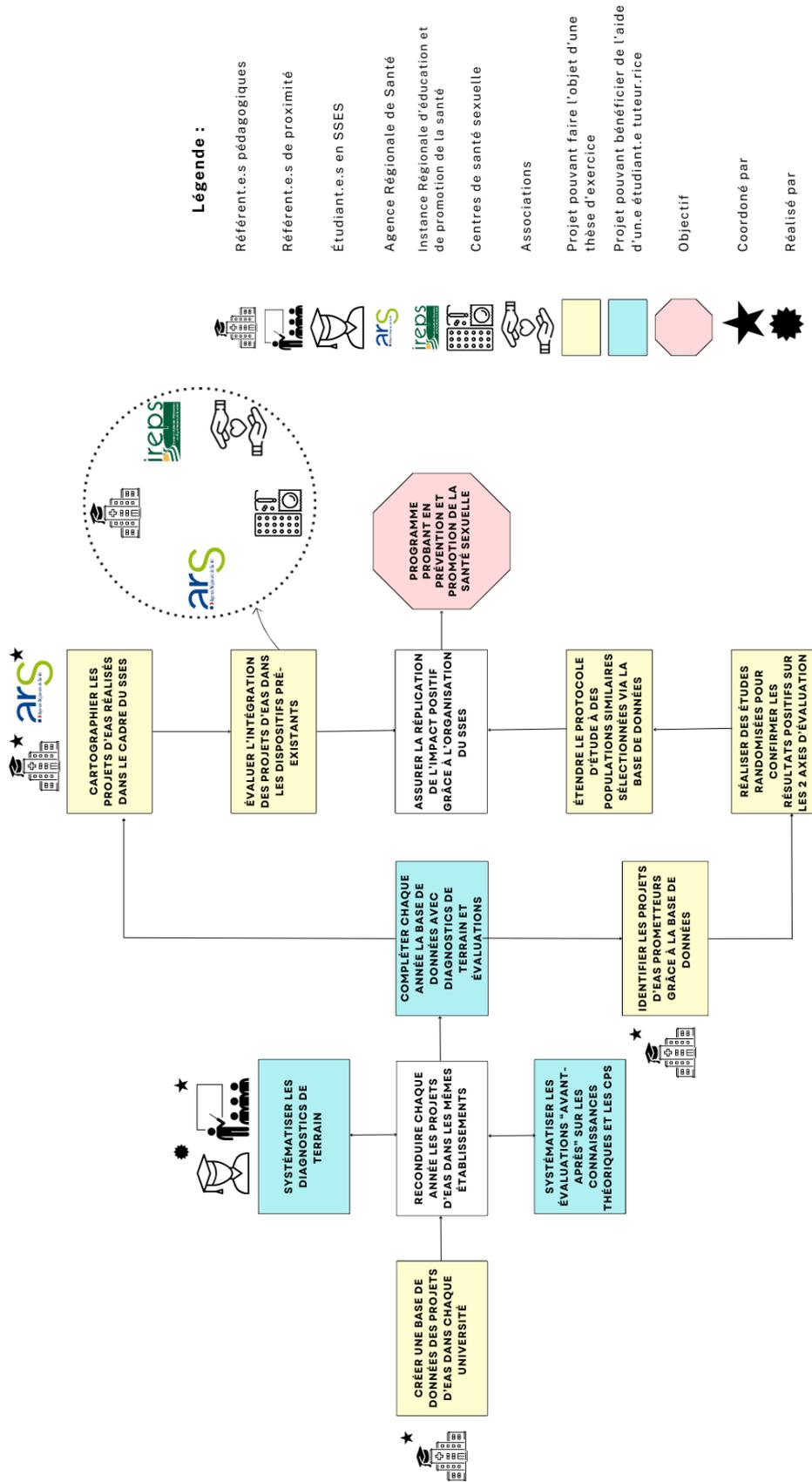


Figure 13 Distribution chronologique et des parties prenantes pour une évaluation de l'efficacité préventive des projets d'EAS du SSES

8.5. Le cadre pédagogique pour les étudiant·e·s : une formation à l'EAS et un encadrement à renforcer

8.5.1. Des étudiant·e·s insuffisamment formé·e·s à l'EAS

Pour rappel, dans le cadre du service sanitaire, toutes thématiques confondues, les universités doivent proposer aux étudiant·e·s deux formations obligatoires, théorique et pratique, afin de savoir mener à bien un projet d'éducation à la santé. Ces formations ont pour but de sensibiliser et de former les étudiant·e·s à la prévention primaire, la promotion de la santé et les déterminants de la santé et de leur permettre d'élaborer et de conduire un projet de promotion de la santé.

Les universités sont libres de proposer aussi une formation spécifique sur les différentes thématiques du SSES mais celle-ci n'est pas obligatoire. Il est considéré que les étudiant·e·s ont des connaissances suffisantes grâce à la validation des différentes unités d'enseignement (UE) de leur cursus de premier cycle. Il n'existe pas, à notre connaissance, de recensement des formations à la thématique EAS dans le cadre du SSES. Cependant, comme nous l'avons exposé précédemment, le domaine de l'éducation à la vie affective et à la sexualité est vaste et les médecins n'y sont pas bien formés.

Dans notre étude, bien que obligatoires, seulement 58,5% des répondant·e·s ont participé aux deux formations initiales du SSES et 9,3% n'ont participé à aucune des deux formations. Une autre étude réalisée à l'Université de Nantes s'est intéressée au taux de participation des étudiant·e·s aux formations générales du SSES et retrouve un taux de participation de 84,9% des étudiant·e·s aux deux formations (81).

Les difficultés de formation générale des étudiant·e·s en service sanitaire sont mises en évidence dans plusieurs études. À l'Université de Paris, deux tiers des étudiant·e·s en service sanitaire ne se sentaient pas assez préparé·e·s à délivrer une intervention de prévention en santé (91). À Angers, la principale difficulté rencontrée par les encadrant·e·s du SSES a été la mise en place de formation adaptée pour les étudiant·e·s (92). Dans le rapport relatif à

l'évaluation du service sanitaire des étudiant·e·s en santé, le HCSP mettait en évidence qu'il y avait peu de liens entre les enseignements préexistants et ce qui était demandé aux étudiant·e·s en service sanitaire et que les principales notions du service sanitaire n'étaient pas abordées dans le cursus (12).

Ensuite, seul·e·s 53,2% des étudiant·e·s ayant réalisé la thématique EAS au cours de leur service sanitaire ont eu une formation spécifique sur l'EAS. C'est l'université qui organise les formations spécifiques sur l'EAS dans 72,4% des cas. Comme le disait déjà le rapport sur l'éducation à la sexualité en milieu scolaire et le rapport intermédiaire sur le SSES, il semble que la formation spécifique à l'EAS reçue par les étudiant·e·s en service sanitaire dépende plutôt d'une motivation singulière de former les étudiant·e·s de l'université ou d'un CEGIDD, CSS ou CACIS ou d'une association dans la majorité des cas que d'un axe pédagogique bien défini (10,12).

Il semble donc possible pour les étudiant·e·s de commencer leur service sanitaire sans avoir participé aux deux formations obligatoires, théorique et pratique. Les formations spécifiques aux thématiques n'étant pas la règle, certain·e·s étudiant·e·s réalisent probablement leur service sanitaire sans aucune formation en dehors des cours de leurs unités d'enseignement habituelles qu'ils et elles n'ont pas encore toutes validées.

Le manque de formation à l'EAS est, d'ailleurs, un point récurrent mis en évidence par notre étude. Les étudiant·e·s rapportent ne pas avoir assez de formation théorique sur les différents objectifs et thèmes de l'EAS et un manque de formation pratique pour parler de sexualité et adopter une bonne posture pédagogique face aux élèves. Ils et elles soulignent plus spécifiquement un manque de formation sur les violences sexistes et sexuelles.

En revanche, plusieurs autres études mettent en lumière que des formations spécifiques à certaines thématiques dans le cadre du SSES sont possibles et très appréciées des étudiant·e·s. Nous pouvons par exemple citer la formation au programme Unplugged de prévention des addictions à l'Université Grenoble Alpes (78), la formation à l'évaluation des risques cardiovasculaires à l'Université de Bretagne (93), la formation à la réanimation cardio-

pulmonaire avec le projet « 1000 acteurs pour sauver une vie » à l'Université de Lille (94) ou encore la formation au dépistage et au soutien psychologique par le projet Nightline en île de France (95).

De plus, les formations à l'EAS semblent être également hétérogènes dans le fond et la forme. Le temps de formation, par exemple, est variable, pouvant aller d'une heure à plus de dix heures de formation.

Certains critères de qualité de ces formations semblent être particulièrement pertinents pour les étudiant·e·s.

Tout d'abord, le fait d'avoir une formation multidisciplinaire avec différent·e·s intervenant·e·s spécialistes dans les domaines de l'éducation à la sexualité est salué dans les différents témoignages des étudiant·e·s. Dans son rapport relatif au SSES, le HCSP mettait aussi en avant l'importance de recourir à plusieurs intervenant·e·s expert·e·s dans les formations des étudiant·e·s (12).

Par ailleurs, les étudiant·e·s soulignent que la valeur pédagogique des formations dédiées à l'EAS est étroitement liée à leur caractère présentiel, en particulier à leur aspect pratique, ce dernier étant un critère clé de qualité. Cette modalité permet non seulement de poser des questions, mais aussi de s'exercer à adopter une posture pédagogique adéquate. Les enseignements dirigés (ED) de posture pédagogique et les formations pratiques par simulation, sont particulièrement appréciées, car elles aident les étudiant·e·s à développer des compétences psycho-sociales en communication, essentielles pour leurs futures interventions en service sanitaire et leur pratique médicale (80,96).

En revanche, lorsque la formation se déroule en distanciel, sans éléments pratiques ni possibilité d'interaction, elle semble moins adéquate pour préparer efficacement les étudiant·e·s à l'exercice du service sanitaire. Pierre Leblanc avait d'ailleurs évalué dans sa thèse que la formation générale du SSES dispensée par e-learning était peu adaptée et très chronophage. Les points cruciaux n'étaient pas assimilés par les étudiant·e·s, qui éprouvaient

un manque de confiance dans leurs connaissances théoriques et pratiques à la fin de la formation en ligne (74).

Il apparaît indispensable d'intégrer une formation spécifique à l'EAS dans le cursus du SSES pour les étudiant·e·s qui se consacrent à la thématique EAS. Il est primordial de promouvoir l'intervention pluridisciplinaire d'expert·e·s sur les divers concepts relatifs à l'éducation à la vie affective et à la sexualité. De plus, il convient de recommander que ces formations intègrent des périodes de mise en pratique et de simulation de la posture pédagogique.

Il serait opportun d'entreprendre un travail de recensement des formations dédiées à l'EAS au sein des différentes universités françaises et de s'inspirer des modèles les plus aboutis. Comme en témoignent différents retours, les facultés de Strasbourg et de Lyon, par exemple, proposent des formations multidisciplinaires dédiées à l'EAS, complètes et très appréciées par les étudiant·e·s.

8.5.2. Des références dédiées à l'EAS multiples et disparates

Notre étude retrouve une hétérogénéité dans les outils et les références utilisés par les étudiant·e·s pour préparer les séances d'EAS.

On remarque que certains supports, tels que le site du planning familial et le site onsexprime.fr de Santé Publique France sont largement privilégiés par les étudiant·e·s comme le montre la figure 8. Ces supports sont vraisemblablement davantage utilisés par les étudiant·e·s en médecine que d'autres car ils se rapportent à des institutions en lien avec la santé.

À l'inverse, certaines références en pédagogie et ressources en éducation à la sexualité comme le site du centre francilien Hubertine Auclert (0,4%), les outils de l'INJEP (2,3%), le site EDUSCOL du MENJ (6,4%) ou encore les outils des IREPS (10,4%) sont peu utilisés (figure 8).

Dans le rapport relatif à l'évaluation du SSES, le HCSP alertait déjà sur le manque de temps alloué à la présentation et à l'appropriation des ressources. Les étudiant·e·s se plaignaient d'un manque d'information sur les plateformes et les outils disponibles ainsi que sur leur

pertinence respective. Face à cette diversité de ressources et de supports, se pose aussi la question d'une meilleure organisation des plateformes de documentation du service sanitaire, ainsi que de leur indexation et de leur hiérarchisation (12).

De plus, on note également que d'autres types d'outils et d'autres sites non cités dans le questionnaire sont utilisés par les étudiant·e·s (figure 8). Les supports utilisés sont donc variés mais peu standardisés.

Enfin, comme précédemment mentionné, il est observé un faible recours aux projets antérieurs avec seulement 4,8% des étudiant·e·s ayant reconduit un projet déjà réalisé l'année précédente.

À l'échelle nationale, il serait propice de réitérer les recommandations du HCSP concernant le rôle de Santé Publique France, de la Fédération Promotion Santé et des collègues d'enseignant·e·s des différentes filières, en les incitant à former un groupe de travail national visant à harmoniser les ressources documentaires. Ceci dans le but de faciliter l'accès des étudiant·e·s et des équipes pédagogiques à des ressources adaptées pour le service sanitaire (12).

À l'échelle universitaire, il apparaît crucial d'intégrer une session spécifique dédiée à la présentation des ressources dans les programmes de formation des étudiant·e·s.

Par ailleurs, la veille des initiatives entreprises par les étudiant·e·s au sein de chaque établissement universitaire, comme recommandé précédemment, pourrait également faciliter la mutualisation des supports conçus chaque année par les étudiant·e·s, favorisant ainsi leur réutilisation, leur amélioration et leur validation.

8.5.3. Des lacunes en matière d'accompagnement pédagogique

Les étudiant·e·s expriment un niveau de satisfaction faible concernant l'encadrement pédagogique reçu lors de leur service sanitaire sur la thématique EAS. Que ce soit au sein de leur université ou auprès des référent·e·s de proximité dans les établissements d'accueil, les

étudiant·e·s semblent bénéficier d'un soutien insuffisant dans la préparation des séances (figures 9 et 10).

De plus, la question de la formation des référent·e·s pédagogiques et des référent·e·s de proximité est un point critique qui revient dans plusieurs études portant sur le service sanitaire. Les référent·e·s de proximité ne sont pas tous et toutes bien formé·e·s et informé·e·s du rôle des étudiant·e·s en service sanitaire. Certain·e·s sont même insuffisamment sensibilisé·e·s à l'importance d'une éducation à la sexualité complète, bienveillante et positive et semblent faire barrage au bon déroulé des séances (74,86,97).

Il a d'ailleurs été démontré que la présence d'un·e référent·e pédagogique impliqué·e et expérimenté·e en éducation pour la santé et le soutien et la valorisation des étudiant·e·s par les référent·e·s de proximité étaient des déterminants positifs majeurs du vécu du service sanitaire pour les étudiant·e·s. À l'inverse, le manque de contact avec les référent·e·s, le décalage entre les consignes données par l'Université et les attentes de l'établissement d'accueil et des référent·e·s peu impliqué·e·s ou mal formé·e·s sont des déterminants négatifs du vécu des étudiant·e·s en service sanitaire (81).

Dans le rapport intermédiaire relatif au SSES, le HCSP expliquait que le grand nombre d'équipes d'étudiant·e·s constituées en région, lié aux effectifs des promotions concernées par le SSES, provoque de réelles difficultés logistiques et d'encadrement. La qualité de l'accompagnement des étudiant·e·s varie considérablement d'un établissement de formation à un autre, ainsi que d'un lieu d'accueil à un autre (12).

Bien que les étudiant·e·s semblent être peu accompagné·e·s et avoir des formations disparates, on constate que 67% des étudiant·e·s passent plus de cinq heures et trente minutes à préparer leurs séances d'EAS dont 11% qui y passent plus de quinze heures (figure 9). Les étudiant·e·s effectuent des recherches, réfléchissent longuement à leurs séances d'EAS et créent leurs propres outils d'enseignement. Ce travail bibliographique et de pédagogie peut être salué. De plus, ce temps de préparation permet un renforcement des connaissances, une répartition des rôles et une appropriation des outils.

Cependant, la charge de travail des étudiant·e·s en médecine est déjà très importante et le service sanitaire apparaît chronophage, d'autant plus qu'il n'y a pas toujours de temps dédié pour la préparation de ces séances dans leur emploi du temps (80,84,97).

En ce qui concerne l'encadrement pédagogique, il relève de la responsabilité des référent·e·s pédagogiques de s'assurer que chaque équipe d'étudiant·e·s bénéficie d'un encadrement universitaire approprié. De même, il incombe aux structures d'accueil de garantir la disponibilité d'un·e référent·e de proximité, en encourageant leur formation et en facilitant la communication avec les universités, afin de favoriser leur implication dans les sessions de formation des étudiant·e·s (12).

Il semble également important de rappeler l'importance d'un temps dédié à la préparation des séances dans les emplois du temps des étudiant·e·s.

Enfin, on remarque que 45,5% des étudiant·e·s interrogé·e·s seraient disposé·e·s à devenir tuteur·rice d'autres étudiant·e·s qui réalisent leur service sanitaire l'année suivante sur les thématiques de l'EAS.

Pour améliorer l'encadrement pédagogique, il pourrait être avisé de mettre en place un système de tutorat impliquant des étudiant·e·s volontaires ayant effectué leur service sanitaire l'année précédente. Ces tuteur·rice·s pourraient collaborer avec les référent·e·s pédagogiques chargé·e·s d'accompagner les équipes d'étudiant·e·s. La principale mission de ce tutorat pourrait consister, par exemple, à favoriser la continuité des actions en invitant des étudiant·e·s ayant réalisé un projet d'EAS à devenir tuteur·rice·s de ce projet pour un groupe d'étudiant·e·s l'année suivante, et ainsi de suite.

Comme exposé plus haut, les étudiant·e·s en santé sont déjà confronté·e·s à une charge de travail importante. Il sera donc essentiel d'intégrer un créneau spécifique dédié au tutorat pour les étudiant·e·s tuteur·rice·s et de mettre en valeur leur engagement pédagogique.

8.5.4. Ouverture : l'impact du SSES sur les futures pratiques médicales

Malgré une formation et un encadrement hétérogènes des étudiant·e·s ayant réalisé la thématique EAS du service sanitaire, 88% étaient très satisfait·e·s ou plutôt satisfait·e·s de cette expérience. L'intérêt, l'investissement et la satisfaction des étudiant·e·s ayant réalisé la thématique de l'EAS est un point très positif de cet état des lieux.

Le ressenti positif des étudiant·e·s à l'issue des actions est mis en avant par plusieurs autres études réalisées sur le SSES, toutes thématiques confondues. Les étudiant·e·s expriment leur motivation pour des projets futurs de promotion de la santé ainsi qu'un sentiment d'utilité et d'épanouissement professionnel au cours du service sanitaire. Les étudiant·e·s déclarent également mobiliser de nouvelles compétences dans les champs de la communication et de la pédagogie. Le travail en groupe que nécessite le SSES leur permet de développer des compétences collectives, de l'empathie et de prendre confiance en soi (71,77–81,94).

Dans son rapport final sur le SSES, le HCSP soulignait que pour les enseignant·e·s en santé publique, l'intégration du service sanitaire représente un atout incontestable à la formation des étudiant·e·s. Cela leur offre l'opportunité, au cours de leurs études, de mettre en pratique une action de santé destinée à un public en bonne santé, ce qui constitue une première étape cruciale dans l'acquisition d'une culture pratique de santé publique. Ce rapport définit cinq blocs de compétences favorisées par le SSES que sont l'interprofessionnalité, la posture professionnelle, les compétences relationnelles, les compétences pédagogiques et les compétences en conduite de projet en éducation à la santé (13).

De plus, l'organisation du SSES sur une période de plusieurs mois, combinée à l'utilisation de diverses stratégies d'apprentissage et de rappels, suggère que cela pourrait favoriser des acquis plus durables pour les étudiant·e·s (96).

Il pourrait être opportun d'entreprendre des recherches complémentaires afin d'évaluer l'influence du service sanitaire sur la sensibilisation des jeunes professionnel·le·s de santé aux approches d'éducation à la vie affective et à la sexualité ainsi que leur intégration de cette

culture de prévention et de promotion de la santé sexuelle dans leurs futures pratiques médicales.

Il serait également intéressant de renouveler cet exercice de promotion et de prévention de la santé au cours du deuxième et troisième cycles des études médicales afin d'espérer des modifications sur le long terme des pratiques préventives des futurs professionnel-le-s de santé.

VERS UN CADRE PÉDAGOGIQUE D'EXCELLENCE

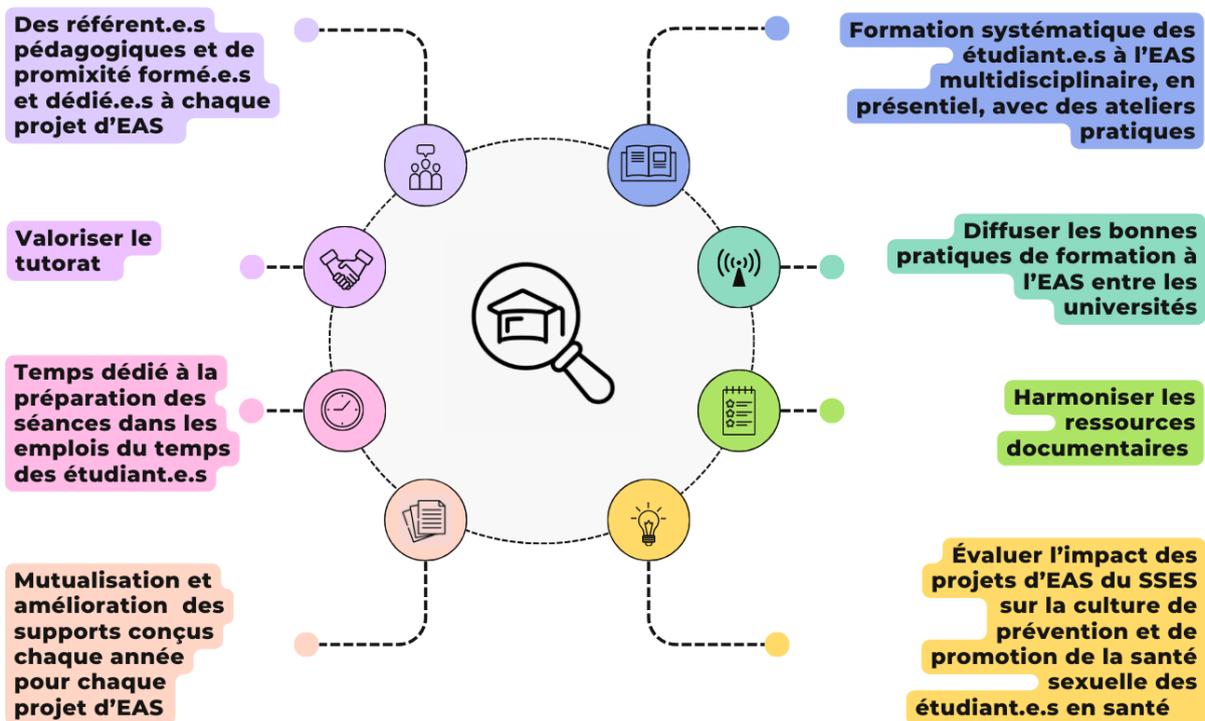


Figure 14 Les éléments nécessaires pour un cadre pédagogique d'excellence pour les étudiant.e.s en service sanitaire réalisant un projet d'EAS

9 CONCLUSION

Nous avons dressé un état des lieux national de la thématique « Éducation à la sexualité » du service sanitaire des étudiant·e·s en santé au sein de la filière médecine et du cadre pédagogique attaché à cette thématique.

L'étude présentée dans ce manuscrit est une étude observationnelle, descriptive, par questionnaire adressé aux étudiant·e·s en médecine de France de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année permettant le recueil de 1826 réponses entre le 1^{er} mai 2023 et le 13 juin 2023.

Les répondant·e·s étaient originaires de 35 des 36 universités de France, seul·e·s les étudiant·e·s de l'Université de Lille ne sont pas représenté·e·s dans cette étude nationale.

En ce qui concerne le recensement de la thématique EAS, nous avons évalué qu'environ un quart des étudiant·e·s en médecine effectuent leur service sanitaire sur cette thématique, et que l'intérêt important des étudiant·e·s pour cette dernière est un critère déterminant dans le choix de leur domaine d'intervention. Malgré le statut prioritaire accordé à cette thématique dans le cadre du SSES, nous avons constaté des lacunes, à la fois au niveau national et régional, concernant le suivi et la cartographie des actions entreprises par les étudiant·e·s.

Le public ciblé par les séances d'EAS réalisées par les étudiant·e·s est en majorité adolescent et présente des caractéristiques plurielles qui nécessitent un diagnostic de terrain approfondi en amont des actions, diagnostic qui fait parfois défaut.

Concernant la réalisation des séances d'EAS, les étudiant·e·s en service sanitaire réalisent un travail pédagogique complet, offrant aux élèves à la fois une éducation anatomique ainsi qu'une sensibilisation aux risques associés à la sexualité et aux pratiques en ligne, tout en promouvant l'éducation au consentement, à l'égalité, à la bienveillance, à la vie affective et aux plaisirs sexuels. Les sessions d'EAS organisées par les étudiant·e·s sont conçues de manière ludique et interactive, tirant parti du double rôle de pair·e·s-formateur·rice·s des étudiant·e·s en service sanitaire pour favoriser un espace de dialogue ouvert, exempt de tabous et constructif pour répondre aux questions. Cependant, la reconduction limitée des projets d'EAS

dans le cadre du SSES suscite des interrogations quant à la capacité du programme à instaurer une dynamique éducative durable et efficace en matière de santé publique.

Par ailleurs, les retours d'évaluation des séances d'EAS par les élèves et les enseignant·e·s sont principalement favorables et les étudiant·e·s font état d'une influence positive de ces sessions sur les élèves. Diverses études menées à ce sujet semblent confirmer que les projets du SSES contribuent à accroître les connaissances des adolescent·e·s en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à favoriser une évolution positive de leurs compétences psycho-sociales à l'issue des interventions. Cependant, les méthodes d'évaluation des sessions d'EAS réalisées par les étudiant·e·s en service sanitaire ne sont ni systématiques, ni standardisées, ni consignées, rendant difficile à ce jour l'évaluation de l'impact réel de ces séances sur les connaissances et les compétences psycho-sociales des élèves.

En ce qui concerne la formation des étudiant·e·s, seulement 58,5% de l'ensemble des répondant·e·s à cette étude ont participé aux deux formations initiales, à la fois théorique et pratique, du SSES et seul·e·s 53,2% des étudiant·e·s ayant effectué leur service sanitaire sur la thématique EAS ont bénéficié d'une formation dédiée. Il apparaît ainsi que certains étudiant·e·s peuvent réaliser leur service sanitaire sans avoir suivi de formation spécifique, en dehors des cours dispensés dans leurs unités d'enseignement habituelles. Le déficit de formation théorique et pratique des étudiant·e·s en service sanitaire, tant sur le plan général que sur le plan spécifique de l'EAS, constitue un aspect récurrent du SSES mis en lumière par plusieurs études sur le sujet.

De plus, lorsque ces formations existent, elles sont très hétérogènes tant sur le plan du contenu que de la méthode et ne permettent pas aux étudiant·e·s une appropriation suffisante des outils et référentiels pédagogiques qui sont eux-mêmes peu standardisés. Néanmoins, certains critères de qualité de ces formations peuvent être identifiés, notamment la forme présentielle, la multidisciplinarité, les méthodes d'enseignement par simulation et les travaux dirigés de posture pédagogique.

Enfin, les étudiant·e·s semblent disposer d'un soutien insuffisant dans la préparation des séances de la part des référent·e·s pédagogiques et de proximité. De plus, les référent·e·s de proximité ne bénéficient pas tous et toutes d'une formation adéquate ni ne sont pleinement informé·e·s du rôle des étudiant·e·s en service sanitaire. La question de leur formation constitue ainsi un point critique soulevé par plusieurs études portant sur le service sanitaire.

En dépit de lacunes dans le cadre pédagogique, les étudiant·e·s ayant effectué leur service sanitaire sur la thématique EAS expriment majoritairement leur satisfaction à l'égard de cette expérience. L'intérêt, l'investissement et la satisfaction manifestés par ces étudiant·e·s constituent des points très positifs de cet état des lieux. De plus, près de la moitié se montrent intéressé·e·s à apporter leur aide à d'autres étudiant·e·s qui effectueront leur service sanitaire l'année suivante sur la même thématique. Bien que les données actuelles sur l'impact du SSES sur les pratiques médicales futures soient limitées, les étudiant·e·s expriment leur motivation pour des initiatives futures de promotion de la santé, ainsi qu'un sentiment d'utilité et d'épanouissement professionnel pendant leur service sanitaire.

Face à l'impérative nécessité d'intégrer l'éducation à la vie affective et sexuelle, ainsi que la lutte contre les violences sexistes et sexuelles, dans le cursus scolaire universel, et de former les médecins à ces questions et à leur approche avec leurs patient·e·s, la thématique "Éducation à la sexualité" du SSES apparaît comme une opportunité précieuse.

Ainsi, nous recommandons la mise en place d'un recensement et d'une cartographie des projets d'EAS à l'échelle universitaire pour améliorer le suivi et l'évaluation de leur intégration dans les dispositifs régionaux existants. Nous encourageons également la reconduction des projets d'une année à l'autre dans les mêmes établissements afin d'améliorer le diagnostic sur le terrain et la pérennité des actions entreprises. De plus, il est proposé de réaliser des évaluations systématiques des projets d'EAS, en portant une attention particulière à leur qualité pédagogique et à leur impact sur les connaissances théoriques et les compétences psycho-sociales des élèves. Enfin, il est nécessaire d'assurer le recensement et le suivi régulier de ces évaluations afin d'évaluer pleinement l'efficacité préventive du SSES.

En outre, une attention particulière doit être accordée au cadre pédagogique entourant la thématique EAS. Il est indispensable d'intégrer une formation spécifique à l'EAS, qui soit exhaustive, multidisciplinaire et axée sur la pratique, destinée aux étudiant·e·s qui se consacrent à cette thématique. Il est également essentiel de souligner l'importance d'assurer un encadrement pédagogique de qualité pour les étudiant·e·s en service sanitaire, tout en encourageant la simplification et l'harmonisation des ressources documentaires. Faciliter la mutualisation des supports créés chaque année par les étudiant·e·s pourrait également être bénéfique, favorisant ainsi leur réutilisation, leur amélioration et leur validation.

En conclusion, il pourrait être judicieux de mener des études supplémentaires visant à évaluer l'impact du service sanitaire sur la sensibilisation des jeunes professionnel·le·s de santé aux approches éducatives en matière de vie affective et sexuelle, ainsi que sur leur adoption de cette culture de prévention et de promotion de la santé sexuelle dans leurs futures pratiques médicales.

10 BIBLIOGRAPHIE

1. Pierre-Brossolette S, Alberti X, Bernard MA. Rapport annuel 2024 sur l'état des lieux du sexisme en France : S'attaquer aux racines du sexisme. [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2024 [cité 26 janv 2024]. Report No.: 2024-01-22-STER-61. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_-_rapport_annuel_2024_sur_l_etat_du_sexisme_en_france.pdf
2. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Lettre n°18 : Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2021 [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances (France); 2022 nov [cité 22 janv 2024]. (La lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes). Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/Lettre%20n%C2%B018%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202021.pdf>
3. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. Info Rapide n°28 - Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2022 [Internet]. 2023 nov [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-Rapide-n-28-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2022>
4. Fédération Nationale Solidarité Femmes. Extrait de l'analyse globale des données issues des appels au « 3919-Violences Femmes Info » Année 2021 [Internet]. 2022 nov [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://solidaritefemmes.org/wp-content/uploads/2023/06/pdf-2021-avec-compression-1.pdf>
5. Cavalin C, Albagly M, Mugnier C, Nectoux M, Bauduin C. Estimation du coût des violences au sein du couple et de leur incidence sur les enfants en France en 2012 : synthèse de la troisième étude française de chiffrage. Bull Épidémiologique Hebd. 2016;22-23:390-8.
6. Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants. Violences sexuelles faites aux enfants : « On vous croit ». Rapport public. [Internet]. 2023 nov [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ciiivise.fr/le-rapport-public-de-la-ciiivise/>
7. Haute Autorité de Santé. Le repérage des violences conjugales en médecine générale : point de vue des femmes françaises. Synthèse de l'enquête BVA-HAS [Internet]. 2023 nov [cité 29 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/synthese_resultats_t1_enquete_bva-has_-_violences_conjugales_-_novembre_2023_-_vf.pdf
8. Dautrevaux M, Bouchy O, Di Patrizio P, Martrille L, Mauffrey V. Violences conjugales, un problème d'actualité en soins primaires : quelles solutions ? Médecine. 2018;
9. Pierre-Brossolette S, Alberti X, Bernard MA. Rapport annuel 2023 sur l'état des lieux du sexisme en France [Internet]. Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2023 janv [cité 26 janv 2024]. Report No.: 2023-01-23-STER-55. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_-_rapport_annuel_2023_etat_du_sexisme_en_france.pdf
10. Liouville É, Romulus AM. Éducation à la sexualité en milieu scolaire [Internet]. Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche; 2021 juill [cité 27 janv 2024]. Report No.: 2021-149. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-en-milieu-scolaire-341103>
11. Vaillant L. Mise en oeuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé - Rapport [Internet]. 2018 [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/184000110.pdf>
12. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du service sanitaire des étudiants en

- santé - Rapport intermédiaire [Internet]. 2021 mars [cité 30 oct 2023]. (Avis et rapports). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=998>
13. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé - Rapport final [Internet]. 2022 juill [cité 31 oct 2023]. (Avis et rapports). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1244>
 14. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *J Psychol.* 2007;250(7):56-60.
 15. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. [cité 15 févr 2024]. Santé sexuelle - Définitions. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
 16. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle. [Internet]. 2018 [cité 23 déc 2023]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education-fr.pdf?sfvrsn=10113efc_29&download=true
 17. Chaire de recherche en prévention des cancers INCA/IREPS/EHESP. Synthèse d'interventions probantes relative à la contraception et la vie affective et sexuelle chez les jeunes. *SIPrev Vie Affective et Sexuelle* [Internet]. 2017 août [cité 12 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2017/11/SIPRev-VAES-GLOBAL.pdf>
 18. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Circulaire n°2018-111 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées [Internet]. MENE1824340C sept 12, 2018. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
 19. Lamboy B, Arwidson P, Du Roscoät E, Fréry N, Lecrique JM, Shankland R, et al. Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. [Internet]. *Santé Publique France*; 2022 [cité 29 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>
 20. Tonneau H, Branger B, Chauvin F, Guermeur J, Grall JY. Le périnée, qu'en savent les femmes? *Rev Sage - Femme.* 2005;4(3):109-14.
 21. Kojchen L. Connaissances des femmes sur les organes reproducteurs et la reproduction: étude transversale multicentrique réalisée sur un échantillon de 249 femmes consultant dans les services d'IVG dans le Sud et l'Ouest de l'île de la Réunion [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2015.
 22. Wattebled F. Connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur appareil génital: étude transversale descriptive à partir de 168 questionnaires à La Réunion [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
 23. Lannes S. Quelles sont les connaissances des femmes majeures consultant en médecine générale sur leur anatomie et leur physiologie féminine. Étude quantitative réalisée en 2020-2021 dans l'agglomération du Havre [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Rouen]: Université Rouen Normandie; 2021.
 24. Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhone-Alpes [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
 25. Indaco C. Connaissances et représentations de la vulve, impacts sur la santé sexuelle des femmes [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Marseille]: Aix-Marseille Université; 2020.
 26. Moulin C. Sexe féminin et représentations. Enquête menée auprès d'étudiant.e.s d'Île

- de France [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Paris]: Université de Paris; 2021.
27. Chapat M. Connaissance de l'anatomie féminine, une étude descriptive et comparative selon le niveau d'étude [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
 28. Oudar C. Évaluation des connaissances des femmes et des hommes majeurs au sujet de l'anatomie génitale féminine en Normandie Occidentale en 2021 [Thèse d'exercice : Médecine]. [Caen]: Université de Caen Normandie; 2021.
 29. Blanchard V, Nyangoh Timoh K, Bruyère F, Fritel X, Pizzoferrato AC. Intérêt de l'éducation périnéale en rééducation périnéale chez la femme. *Prog En Urol*. 2020;30(4):190-7.
 30. Bourgoïn E, Callahan S, Séjourné N, Denis A. Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychol Fr*. 2012;57(3):205-13.
 31. Demarest ÈM. Un corps en métamorphose: comment le vivent les femmes? Étude prospective auprès de 134 primipares au troisième trimestre de grossesse [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Rouen]: Université Rouen Normandie; 2010.
 32. Dumortier C. Les connaissances et les représentations des jeunes femmes de leur appareil génital [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Lille]: Université Lille II; 2019.
 33. Pinson H. Connaissance des hommes majeurs sur l'anatomie du sexe de la femme: étude quantitative transversale [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2021.
 34. Amsellem-Mainguy Y, Vuattoux A. Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne. Usages d'internet dans la socialisation à la sexualité à l'adolescence. [Internet]. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire; 2018 [cité 29 juin 2024]. (INJEP notes & rapports). Report No.: INJEPR-2018/14. Disponible sur: <https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport-2018-14-SEXI-v2.pdf>
 35. Autorité de régulation de la communication audiovisuelle et numérique. La fréquentation des sites « adultes » par les mineurs [Internet]. 2023 mai [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: https://www.arcom.fr/sites/default/files/2023-05/La_frequentation_des_sites_adultes_par_les_mineurs%20-%20Etude_Arcom_0.pdf
 36. Billon A, Borchio Fontimp A, Cohen L, Rossignol L. Porno : l'enfer du décor - Rapport [Internet]. Sénat; 2022 [cité 26 janv 2024]. Report No.: 900 (2021-2022). Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-900-1/r21-900-1.html>
 37. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. [Internet]. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2017 [cité 14 juin 2023]. (Études et enquêtes). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
 38. Maillochon F, Ehlinger V, Spilka S, Godeau E. Relations amoureuses et sexualité. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances - EnCLASS 2018 [Internet]. France: École des hautes études en santé publique; 2018 [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2021/06/9-Fiche-EnCLASS-2018-sexualite.pdf>
 39. Bertrandie C. Connaissances des lycéens Samariens de seconde sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles en 2019 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2020.
 40. Sureau A. Connaissances des lycéens auvergnats en matière de contraception [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne - Clermont 1; 1991.

41. Bardonnex J. Connaissances des lycéens sur les conduites à tenir en cas d'échec d'utilisation des deux principaux moyens de contraception [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017.
42. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 [Internet]. 2023 sept [cité 15 janv 2024] p. 8. (Études et résultats). Report No.: 1281. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/ER1281MAJ.pdf>
43. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Rev Fr Aff Soc. 2011;116-47.
44. Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2023 nov [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-novembre-2023>
45. Saboni L, Beltzer N. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS. Bull Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2012 [cité 22 janv 2024];46-47. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/vingt-ans-d-evolution-des-connaissances-attitudes-croyances-et-comportements-face-au-vih-sida-en-france-metropolitaine.-enquete-kabp-anrs-ors-in>
46. Santé Publique France. VIH et autres infections sexuellement transmissibles : enjeux de la surveillance et de la prévention. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 12 déc 2023 [cité 9 mai 2024];(24-25). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-12-decembre-2023-n-24-25-vih-et-autres-infections-sexuellement-transmissibles-enjeux-de-la-surveillance-e>
47. Institut national du cancer, Santé Publique France. Baromètre cancer 2021 [Internet]. 2023 [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
48. Santé Publique France. Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de vaccination, France, 2021. Bull Épidémiologique Hebd. 2022;(24-25):446-55.
49. Santé Publique France. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité : d'une décennie à l'autre [Internet]. 2016 [cité 15 janv 2024]. (Études et enquêtes). Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite>
50. Institut national d'études démographiques. Enquête Violences et rapports de genre (Virage). Enquête sur les contextes et les conséquences des violences pour les femmes et les hommes. Violences au cours de la vie. [Internet]. 2015 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf
51. Peytavin L. Le coût de la virilité : ce que la France économiserait si les hommes se comportaient comme des femmes. Paris: Anne Carrière; 2021.
52. Mercier E, Merceron A. Les français et les représentations sur le viol et les violences faites aux femmes. Vague 3. [Internet]. Association mémoire traumatique et victomologie; 2021 [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2022-ipsos3/2022-Enquete-Ipsos-Memoire-Traumatique-et-Victimologie.pdf>
53. Ministère de l'intérieur et des outre-mers (France). Étude nationale sur les morts

- violentes au sein du couple 2022 [Internet]. 2023 [cité 16 févr 2024]. Disponible sur: <https://mobile.interieur.gouv.fr/Publications/Securite-interieure/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-pour-l-annee-2022>
54. Institut national d'études démographiques. Enquête Violences et rapports de genre (Virage). Enquête sur les contextes et les conséquences des violences pour les femmes et les hommes. Violences au cours des 12 derniers mois. [Internet]. 2015 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette.result.virage.2020_violences12mois.fr.pdf
55. Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer (France) [Internet]. 2023 [cité 22 janv 2024]. Les atteintes « anti-LGBT+ » enregistrées par les forces de sécurité augmentent de 3 % en 2022. Disponible sur: <https://www.interieur.gouv.fr/actualites/grands-dossiers/lgbtqiphobies-ministere-sengage/atteintes-anti-lgbt-enregistrees-par>
56. Fréchou H. Résultats de l'enquête Sivis 2017-2018 [Internet]. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (France)/ Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance; 2018 [cité 22 janv 2024]. Report No.: 18.32. Disponible sur: https://archives-statistiques-depp.education.gouv.fr/Default/doc/SYRACUSE/44015/resultats-de-l-enquete-sivis-2017-2018-helene-frechou?_lg=fr-FR#:~:text=Au%20cours%20de%20l'année,les%20lycées%20généraux%20et%20technologiques.
57. Commission nationale consultative des droits de l'homme. Rapport « Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits » [Internet]. Paris; 2022 [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/285185.pdf>
58. L'Autre Cercle [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Ressources. Disponible sur: <https://autre Cercle.org/ressources/>
59. Levinson S. Les « difficultés » de la fonction sexuelle : contextes, déterminants et significations. In: Enquête sur la sexualité en France. Paris: La Découverte; 2008. p. 485-508. (Hors Collection Social).
60. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. JAMA. 21 déc 2005;294(23):2996-3002.
61. Buvat J, Glasser D, Neves RCS, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED, et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: results of a population-based survey in France. Int J Urol Off J Jpn Urol Assoc. juill 2009;16(7):632-8.
62. Zeler A, Troadec C. Ressenti des patients lorsque la sexualité est abordée par un médecin généraliste : étude qualitative sur 96 patients adultes du Languedoc-Roussillon, France. Sexologies. 1 juill 2017;26(3):136-45.
63. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. [Internet]. 2019 [cité 18 févr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf
64. Ministère des solidarités et de la santé (France). Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037051110>
65. Amsellem-Mainguy Y, Le Grand É. Éducation pour la santé des jeunes, la prévention par les pairs [Internet]. Paris: Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire; 2014 [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/09/CA43.pdf>
66. Arwidson P, Bury JA, Choquet M, De Peretti C, Deccache A, Moquet-Anger ML.

- Education pour la santé des jeunes: démarches et méthodes [Internet]. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2001 [cité 6 nov 2023]. (Expertise collective). Disponible sur: <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570634>
67. Wilquin JL, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé Publique*. 2013;S1(HS1):65-74.
68. Ministère des solidarités et de la santé (France). Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020. *Journal officiel de la république française*. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=xqu1ntKJQ_Qf10Fimh1S_4OIURU_fHHytH0XV8C1OKk=
69. Ministère des solidarités et de la santé (France). Arrêté du 13 mai 2020 fixant le nombre d'étudiants autorisés selon les différentes modalités d'admission à poursuivre en deuxième ou troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2020-2021. *Journal officiel de la république française*. [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Tj64qws_MYWEC-6xcUokYYPCIFRafx3LLguySD-i24w=
70. Ministère des solidarités et de la santé (France). Arrêté du 5 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2021-2022. *Journal officiel de la république française*. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=GBvgUKHKeeZs1ZeR0qI6hN2jrTMm77dcSXD8mlaldq8=>
71. Odoul J. Rôle du Service Sanitaire des Étudiants en Santé (SSES): quels apports perçus par les étudiants de l'Université-Clermont-Auvergne (UCA), en tant que futurs professionnels de santé? Retour d'expérience entre 2018 et 2022 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2022.
72. Lizin C. Évaluation du module de santé sexuelle: évolution de l'acquisition des connaissances et des comportements à risque des étudiants en santé à Nice [Mémoire de sage-femme : Maïeutique]. [Nice]: Université Côte d'Azur; 2020.
73. Delescluse S. Le service sanitaire des étudiants en santé: évaluation de la mise en place d'une politique publique à l'échelle des Hauts-de-France [Thèse d'exercice : Médecine. Santé publique]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2020.
74. Leblanc P. Evaluation de la mise en place du Service Sanitaire des Etudiants en Santé (SSES) dans les facultés de médecine de Lyon par une approche méthodologique mixte : satisfaction, vécu et perceptions des étudiants. [Thèse d'exercice : Médecine. Santé publique]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2019.
75. Darlington EJ, Violon N, Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: an approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health*. 22 janv 2018;18(1):163.
76. Samdal O, Rowling L. Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. Marks R, éditeur. *Health Educ*. 30 août 2011;111(5):367-90.
77. Courtois-Dubresson C, Francesca Manca M, Sizaret A, Millot I. Service sanitaire : retour sur la première année de mise en œuvre en Bourgogne-Franche-Comté. *Adsp*. juin 2019;(107).
78. Busi A, Boussat B, Rigaud M, Guyomard A, Seigneurin A, François P. Bilan du service sanitaire 2018-2019 de l'Université Grenoble Alpes, inter-filière médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie: *Santé Publique*. 15 sept 2020;Vol. 32(2):149-59.

79. Chapron A, Metten MA, Maury A, Prestel T, Bajeux E, Andres É, et al. Service sanitaire des étudiants en santé : ancrer l'éducation pour la santé dans le cursus des étudiants. *Santé Publique*. avr 2021;Vol. 33(3):407-13.
80. Leblanc P, Occelli P, Etienne J, Rode G, Colin C. Assessing the implementation of community-based learning in public health: a mixed methods approach. *BMC Med Educ*. janv 2022;22(1):40.
81. Valyi S. Regard des étudiants en santé sur le service sanitaire: une étude mixte à l'Université de Nantes en 2020-2021 [Thèse d'exercice : Médecine. Santé publique]. [Nantes]: Université de Nantes; 2022.
82. Marcucci L, Chapoton B, Régnier V. Éduquer les adolescents à l'influence des médias via le dispositif « Service sanitaire ». *Santé Publique*. 7 juin 2023;Vol. 35(1):47-58.
83. Beaudat V. Le service sanitaire des étudiants en santé : évolutions et perspectives. Une étude des actions organisées par des associations étudiantes [Thèse d'exercice : Pharmacie. Officine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2022.
84. Kuenemann M, Gaillet M, Shankland R, Fournier J, Boussat B, François P. Healthcare students' prevention training in a sanitary service: analysis of health education interventions in schools of the Grenoble academy. *BMC Med Educ*. 2 mai 2023;23(1):302.
85. Benamara M, Bui E, Traoré F, Diallo R. Education par les pairs dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé : un exemple d'intervention emboîtée [Internet]. Poster présenté à: Journées Nationales du Service Sanitaire des Étudiants en Santé; 2023 [cité 9 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/service-sanitaire/journees-nationales-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante.html>
86. Hurel C. Place du service sanitaire des étudiants en santé (SSES) dans la promotion de la santé en milieu scolaire : qu'apporte le SSES aux établissements scolaires ? [Thèse d'exercice : Médecine]. [Rennes]: Université de Rennes 1; 2022.
87. Loiseau C. Impact d'une information adaptée sur le papillomavirus et ses moyens de prévention [Thèse d'exercice : Gynécologie médicale]. [Angers]: Université d'Angers; 2019.
88. Delaunay M. Evaluation de l'éducation sexuelle par les pairs à destination des élèves du secondaire [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Angers]: Université d'Angers; 2019.
89. Nuttall A, Mancini J, Lizin C, Hamzaoui S, Mariotti S, Louesdon H, et al. Multidisciplinary peer-led sexual and reproductive health education programme in France, a prospective controlled-study. *BMC Public Health*. 1 déc 2022;22(1):2239.
90. Le Roux E, Muro MM, Novic M, Chauvin F, Zerr P, Alberti C, et al. Health students to relaunch health prevention in France: gamble of the health service. *J Epidemiol Community Health*. 1 avr 2020;74(4):305-6.
91. Le Roux E, Mari Muro M, Mognon K, Saïd M, Caillavet V, Matheron S, et al. A governmental program to encourage medical students to deliver primary prevention: experiment and evaluation in a French faculty of medicine. *BMC Med Educ*. 13 janv 2021;21:47.
92. Vuillermoz A, Delaunay M, Rabier V, de la Chapelle M, Saint-André JP, Dubée V. Le service sanitaire, une opportunité pour délivrer des messages de prévention des maladies infectieuses. *Médecine Mal Infect*. 1 juin 2019;49(4, Supplement):S114-5.
93. Margerit L. Recherche des facteurs facilitant l'évaluation du risque cardiovasculaire dans le pays Centre Ouest Bretagne du point de vue des étudiants du service sanitaire: une étude qualitative basée sur des entretiens semi-structurés [Thèse d'exercice : Médecine]. [Brest]: Université de Bretagne Occidentale; 2020.
94. Montuelle C. « 1000 acteurs pour sauver des vies »: Étude qualitative du projet de sensibilisation d'une population à la réanimation cardio-pulmonaire dans le cadre du service sanitaire à l'Université de Lille. [Thèse d'exercice : Médecine d'urgence]. [Lille]: Université de Lille; 2021.

95. Bideau-de-Bock M. Nightline [Internet]. Diaporama présenté à: Journées Nationales du Service Sanitaire des Étudiants en Santé; 2023 [cité 13 avr 2024]; Université d'Angers. Disponible sur: <https://www.univ-angers.fr/fr/acces-directs/facultes-et-instituts/faculte-de-sante/service-sanitaire/journees-nationales-du-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante.html>
96. Morere J. Évaluation de la formation aux gestes et comportements qui sauvent dans le cadre de la mise en place du service sanitaire au sein des facultés de médecine Lyon-Est et Lyon-Sud [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2020.
97. Faussat C. Impact de la mise en place du service sanitaire sur les représentations que les étudiants en médecine de la faculté de Tours ont de la prévention en santé [Thèse d'exercice : Médecine]. [Tours]: Université de Tours; 2021.

11 ANNEXES

Annexe 1- Questionnaire de la thèse

Première partie du questionnaire :

- 1) Dans quelle université suivez-vous vos études ? (Liste déroulante)
- 2) Avez-vous participé aux formations suivantes ?
 - A. Une formation théorique générale sur la prévention primaire, la promotion de la santé et les déterminants de la santé ?
 - B. Une formation pratique à l'élaboration et la conduite d'un projet de promotion de la santé ?
 - C. Ni l'une, ni l'autre
- 3) Quels thèmes étaient abordés lors de vos interventions ?
 - A. Alimentation, obésité, activité physique
 - B. Tabac, alcool, cannabis, autres drogues
 - C. Addictions aux écrans, jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, autres addictions
 - D. Santé sexuelle, vie affective, IST, contraception, égalité femmes-hommes, lutte contre le sexisme et les violences sexistes et sexuelles
 - E. Prévention des autres violences, du harcèlement, des discriminations
 - F. Hygiène, lavage des mains, prévention des infections, santé bucco-dentaire
 - G. Santé environnement-climat : soleil, froid, pollution, ..
 - H. Prévention des chutes
 - I. Vaccination, prévention de l'antibiorésistance
 - J. Cancers, dépistage organisé des cancers
 - K. Formation aux premiers secours
 - L. Autres
- 4) Avez-vous eu la possibilité de choisir les thématiques de vos interventions ?
 - A. Oui
 - B. Non
- 5) Si vous avez coché "non" à la question précédente, pourquoi n'avez-vous pas eu la possibilité de choisir les thématiques de vos interventions ? (Réponse ouverte)
- 6) Quels ont été vos critères pour choisir la/les thématique(s) de votre service sanitaire ?
 - A. Votre intérêt personnel pour le/les sujet(s)
 - B. Vos connaissances sur le/les sujet(s)
 - C. L'existence d'un projet déjà réalisé par des étudiants en service sanitaire une année supérieure et pouvant être reconduit
 - D. L'existence d'une formation spécifique sur la/les thématique(s) de votre service sanitaire dans votre université
 - E. La présence d'un.e ou de référent.e.s de proximité qui proposait un/des thèmes en particulier
 - F. Le temps nécessaire à la réalisation du projet
 - G. La distance entre chez vous et la structure d'accueil
 - H. L'intervention d'une personne extérieure (établissement scolaire, association, structures d'accueil, autres professionnels ..) qui vous a proposé de venir faire votre service sanitaire sur un/des thèmes en particulier dans leur établissement
 - I. Autres
- 7) Votre service sanitaire concernait-il la santé sexuelle, la vie affective, les IST, la contraception, l'égalité femmes-hommes, la lutte contre le sexisme et la prévention des violences sexistes et sexuelles (toutes structures d'accueil confondues) ?
 - A. Oui
 - B. Non

Dernière question pour les étudiants ayant répondu non à la question 7 :

- Auriez-vous été intéressé(e) pour réaliser un service sanitaire sur l'un ou plusieurs de ces thèmes ?
- A. Oui
 - B. Non

Deuxième partie du questionnaire, uniquement pour les étudiants ayant répondu oui à la question 7 :

- 8) A qui vos interventions étaient-elles destinées ?
- A. Enfants à l'école maternelle
 - B. Enfants à l'école élémentaire, primaire
 - C. Adolescents au collège
 - D. Adolescents au lycée
 - E. Etudiants post-bac
 - F. Parents
 - G. Migrants, personnes en situation de précarité ou d'exclusion
 - H. Personnes en situation de handicap
 - I. Personnes en prison ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
 - J. Jeunes en insertion
 - K. Usagers d'associations
 - L. Professionnels de santé, personnels soignants
 - M. Patients, malades
 - N. Autres
- 9) Quels ont été les sujets abordés lors des interventions ?
- A. Les IST
 - B. La grossesse et la contraception
 - C. L'anatomie des organes sexuels humains et leurs différences (taille et forme des petites lèvres et de la vulve, taille du pénis, intersexes...)
 - D. Le consentement et les mécanismes (émotions, groupe, communication ...) du non-consentement
 - E. Le plaisir sexuel et la masturbation
 - F. L'expression des émotions
 - G. La relation à l'autre et à son propre corps
 - H. Les différentes orientations sexuelles et les différents genres
 - I. L'égalité femmes-hommes et la lutte contre le sexisme et les violences sexistes et sexuelles
 - J. Les discriminations liées au genre ou à l'orientation sexuelle d'une personne
 - K. La pornographie
 - L. Le mésusage du net, le droit à l'image, le cyberharcèlement, le revenge porn
 - M. L'esprit critique
- 10) Quel était votre niveau de connaissances et d'intérêt pour parler de ces sujets avant le début du service sanitaire ?
- A. Je m'intéressais déjà beaucoup à ces sujets et j'avais déjà des bonnes connaissances pour en parler
 - B. Je m'intéressais déjà à ces sujets mais je n'avais pas des connaissances suffisantes pour en parler
 - C. Je m'intéressais un peu à ces sujets mais je n'avais pas des connaissances suffisantes pour en parler
 - D. Je ne m'intéressais pas à ces sujets avant le service sanitaire
- 11) Avez-vous eu une formation spécifique dans le cadre de votre service sanitaire pour animer ces séances d'éducation à la vie affective et sexuelle ?
- A. Oui
 - B. Non

Si vous n'avez pas bénéficié d'une formation spécifique dans le cadre de votre service sanitaire pour animer les séances d'EAS :

Pensez-vous que suivre une formation spécifique sur ces thèmes aurait été préférable ?

- A. Oui, ça ne m'a pas manqué mais cela aurait été mieux
- B. Oui, ça m'a manqué
- C. Non

Si vous avez bénéficié d'une formation spécifique dans le cadre de votre service sanitaire pour animer les séances d'EAS :

Par qui était délivré cette formation ?

- a. Par votre université
- b. Par une structure telle que un CEGIDD, un centre de santé sexuelle (CSS), un Centre Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS)
- c. En faisant appel à l'IREPS (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) de votre région
- d. Par votre référent de proximité
- e. Par une ou des association(s)
- f. Par la réalisation d'un diplôme universitaire (DU)
- g. Par la structure dans laquelle vous avez fait votre service sanitaire
- h. Autres

Pensez-vous que cette formation vous a aidé à la bonne réalisation de votre service sanitaire sur ces thèmes ?

- A. Oui, je pense que la formation m'a aidé et qu'elle était nécessaire
- B. Oui, je pense que la formation m'a aidé mais elle n'est pas forcément nécessaire
- C. Non, je ne pense pas que cette formation m'ait aidé ni qu'elle soit nécessaire

Combien de temps a pris cette formation ?

- A. Entre 1h et 3h
- B. Entre 3h30 et 5h
- C. Entre 5h30 et 10h
- D. Plus de 10h

Concernant la préparation et la réalisation des séances d'éducation à la vie affective et à la sexualité (EAS) :

12) Si vous avez utilisé des outils d'animation et d'éducation à la vie affective et à la sexualité, quels étaient-ils ?

- A. Le guide « Education à la sexualité » de l'éducation nationale
- B. Le cahier pédagogique « Non au harcèlement » du ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse (MENJ)
- C. Le guide « Prévenir les comportements sexistes et sexuelles » du MENJ
- D. Les outils de l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé)
- E. Les outils de EDUSCOL (site d'accompagnement des professionnels de l'éducation)
- F. Le site onsexprime.fr de Santé Publique France
- G. Les outils pédagogiques de l'association ADOSEN
- H. Le site du centre francilien Hubertine Auclert pour l'égalité Femmes-Hommes
- I. Les outils de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP)
- J. Les outils du réseau CANOPE
- K. Le site du centre ressources handicaps et sexualités
- L. Le site du CLEMI (Centre de Liaison de l'Enseignement et des Médias d'Information)
- M. Le site de AIDES ou du CRIPS ou de Sidaction ou de Sida Info Service
- N. Le site du planning familial
- O. Le site stop-violences-femmes.gouv.fr
- P. Les ressources d'une ou plusieurs autre(s) association(s) non citées ci-dessus
- Q. Autres

13) Combien de temps a pris la préparation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle (sans compter la formation préalable si elle a eu lieu) ?

- A. Entre 1h et 5h
- B. Entre 5h30 et 10h
- C. Entre 10h30 et 15h
- D. Plus de 15h

14) Avez-vous rencontré des difficultés pour aborder les différents thèmes des séances d'EAS ?

- A. Oui
- B. Non

Si vous avez rencontré des difficultés pour aborder certains thèmes des séances d'EAS :

Avec qui avez-vous rencontré ces difficultés ? (Plusieurs réponses possibles) :

- a. Avec les personnels de la structure dans laquelle vous réalisiez votre service sanitaire (directeur.e, professeur.e.s, infirmier.e.s scolaires, éducateur.trices, autres)
- b. Avec votre université
- c. Avec votre référent.e de proximité
- d. Avec le public ciblé
- e. Avec vous-même
- f. Avec les autres étudiant.e.s avec qui vous avez réalisé votre service sanitaire
- g. Avec d'autres intervenant.e.s

Concernant l'évaluation et l'accompagnement de votre service sanitaire :

- 15) Avez-vous donné un questionnaire d'évaluation de vos interventions à remplir par le public ciblé ?
A. Oui
B. Non
- 16) Avez-vous donné un questionnaire d'évaluation de vos interventions à remplir par le personnel de l'établissement d'accueil ?
C. Oui
D. Non
- 17) Si vous avez donné un questionnaire d'évaluation au public ciblé et/ou au personnel de l'établissement d'accueil, quels ont été les retours ?
→ Réponse ouverte
- 18) Pensez-vous que vos interventions ont eu un impact sur le public ciblé ?
A. Oui
B. Non
- 19) Si vous avez répondu "non" à la question précédente, pourquoi selon vous vos interventions n'ont-elles pas eu d'impact sur le public ciblé ?
→ Réponse ouverte
- 20) Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement de votre projet de service sanitaire sur ces thèmes par les enseignants de votre université ?
A. Satisfait.e de l'accompagnement, du début à la fin
B. L'accompagnement était présent mais insuffisant
C. Il n'y a pas eu d'accompagnement
- 21) Qu'avez-vous pensé de l'accompagnement de votre projet de service sanitaire sur ces thèmes par votre référent de proximité ?
A. Satisfait.e de l'accompagnement, du début à la fin
B. L'accompagnement était présent mais insuffisant
C. Il n'y a pas eu d'accompagnement
- 22) Etes-vous satisfait.e de votre service sanitaire ?
A. Très satisfait.e
B. Plutôt satisfait.e
C. Plutôt insatisfait.e
D. Très insatisfait.e
- 23) Seriez-vous disposé.e à devenir tuteur.trice ou venir en appui d'autres étudiant.e.s qui réalisent leur service sanitaire l'année prochaine sur les thématiques de l'EAS ?
A. Oui
B. Non
- 24) Avez-vous des remarques personnelles ? (Réponse ouverte)

Annexe 2 – Mode de publication du questionnaire en fonction de l'association

Nom de l'association	Nom de l'Université	Mode de publication du questionnaire
Association des Étudiants en Médecine de Marseille (AEM2)	Marseille	L'association a publié sur Facebook.
Solidarité Université de Paris (Solid'UP)	Université de Paris	Autorisation de publication.
Association Des Étudiants en Médecine de Saint-Etienne (ADEMSE)	Saint-Etienne	L'association a publié sur Facebook.
Association des Carabins de Lyon-Est (ACLE)	Université de Lyon-Est	L'association a publié sur Facebook.
Association Des Étudiants en Médecine Angevins (ADEMA)	Angers	L'association a publié sur Facebook.
Corporation Médecine de Rennes	Rennes	Autorisation de publication.
Association Corporative des Étudiants en Médecine (ACEM)	Université Catholique de Lille	Autorisation de publication.
Bloc Santé	Clermont-Ferrand	Autorisation de publication.
Corporation Médecine Amiens (CMA)	Amiens	Autorisation de publication.
Bénéfique Organisation Unifiée de Droits Universitaires (BOUDU)	Besançon	Autorisation de publication.
Association Corporative des Étudiants en Médecine de Toulouse (ACEMT)	Toulouse	Autorisation de publication.
Comité Régional des Étudiants en Médecine (CREM)	Poitiers	Autorisation de publication.
Corporation Nantaise des Étudiants en Médecine (CNEM)	Nantes	L'association a publié sur Facebook.
Tribu des Étudiants en Médecine de Paris Ouest (TEMPO)	Université de Paris-Ouest	L'association a publié sur Facebook.
Association Amicale des Étudiants de Médecine de Strasbourg (AAEMS)	Strasbourg	L'association a publié sur Facebook.
Association des Carabins de Tours (ACT)	Tours	L'association a publié sur Instagram.
Association Corporative des Étudiants en Maïeutique, Médecine et Pharmacie de Limoges (ACE2MPL)	Limoges	Autorisation de publication.
Association des Carabins de Nancy (ACDN)	Nancy	Autorisation de publication.
Carabins de Bordeaux	Bordeaux	Autorisation de publication.
Associations des Étudiants en Médecine Cristoliens (AEMC)	Créteil	L'association a publié sur Facebook.
Associations des Étudiants en Médecine de Grenoble (AEMG)	Grenoble	L'association a publié sur Facebook.
Association Médicale des Étudiants de l'Unité Sud-Ouest (AMEUSO)	Université de Lyon-Sud	L'association a publié sur Facebook.
Carabins de Bourbon	La Réunion	L'association a publié sur Facebook.
Association des Étudiants en médecine des Antilles-Guyane (Medik'WestIndies)	Antilles-Guyane	L'association a publié sur Facebook.
Corporation des Étudiants en Médecine de Brest (CEMB)	Brest	L'association a publié sur Facebook.
Corporation des Étudiants en Médecine de Dijon (CEMD)	Dijon	L'association a publié sur Facebook.
Corporation des Carabins Niçois	Nice	Autorisation de publication.
Corporation des Étudiants en Médecine de Reims (CREM)	Reims	L'association a publié sur Facebook.
Corporation des Carabins de Sorbonne Université (C2SU)	Sorbonne Université	L'association a publié sur Facebook.
Association Carabine Montpellieraine (ACM)	Montpellier	L'association a publié sur Facebook.

Corporation Carabins Crocodiles	Nîmes	L'association a publié sur Facebook.
Organisation des Karabins de Bicêtre (OKB)	Université Kremlin-Bicêtre	L'association a publié sur Facebook.
Corporation Médecine Caen	Caen	L'association a publié sur Facebook.
Association Corporative des Étudiants en Médecine de Rouen (ACEMR)	Rouen	L'association a publié sur Facebook.
Association des Étudiants en Santé de Paris 13 (AESP13)	Bobigny	L'association a publié sur Facebook.
Association Corporative des Étudiants en Médecine de Lille (ACEML)	Université de Lille	Refus de publication.

Annexe 3 – Avis de la rapporteuse

RAPPORT EN VUE DE LA SOUTENANCE DE THESE

Nom du candidat GOMEZ Prénom JULIE

Titre de la thèse La thématique « Éducation à la sexualité » du service sanitaire des étudiant-e-s en santé de la filière médecine : un état des lieux national.

Date de la soutenance envisagée 17 OCTOBRE 2024

Rapporteur(s) * PU-PH MCU-PH PH Dr
 Nom CATTEAU-JONARD Prénom SOPHIE
 Service Cheffe du service de gynécologie médicale, orthogénie et sexologie Hôpital Jeanne de Flandre
 Adresse 2 avenue Oscar Lambret
 CP 59037 Ville Lille

Évaluation générale

Par comparaison avec les thèses de Doctorat récentes soutenues dans votre Université, ou dont vous avez eu connaissance personnellement, cette thèse est-elle à votre avis :

Digne d'être soutenue, en l'état, en vue du Doctorat ? Oui Non
 Sinon, y a-t-il des modifications à apporter avant la soutenance ? Oui Non

Cette thèse est-elle :

D'un niveau scientifique :	<input type="checkbox"/> Exceptionnel	<input checked="" type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Satisfaisant
D'une présentation matérielle :	<input type="checkbox"/> Exceptionnelle	<input checked="" type="checkbox"/> Très bonne	<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Satisfaisante

<p>Date 29/07/2024</p> <p>Nom et signature du Rapporteur</p> <p>Pr Catteau-Jonard Sophie</p> 	<p>Veillez remettre le présent rapport à l'étudiant ou à la Cellule de gestion des validations de DES / DESC / THESES <u>4 semaines avant la soutenance</u> :</p> <p>Université de Bordeaux Cellule de gestion des validations de DES / DESC / THESES 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex</p> <p>Tél. : 05 57 57 11 14 nadia.chaib@u-bordeaux.fr</p>
--	--

Rapport : raisons pour lesquelles vous êtes favorable à la soutenance de cette thèse, ou au contraire vous êtes défavorable en l'état actuel du manuscrit.

Très beau et impressionnant travail sur l'état des lieux du service sanitaire sur la thématique Santé Sexuelle.
L'étudiante a interrogé l'ensemble des étudiants en médecine sur le plan national. Elle a accompli un travail conséquent pour interroger puis récupérer et surtout analyser les données recueillies.
Ce travail est original et manquant pour évaluer l'impact du service sanitaire tant au niveau des étudiants que de public (collégiens et lycéens essentiellement) qui reçoit ces étudiants.
Cette étude met bien en valeur les différents aspects et problèmes quant à la formation des étudiants. De plus Julie Gomez propose des pistes et voies d'amélioration pratiques.
De Plus le manuscrit est bien rédigé, facile à lire.
J'émet donc un avis très favorable à la soutenance de cette thèse.

Date | 29/07/2024

Nom et signature du Rapporteur

Pr Catteau-Jonard Sophie



**Veillez remettre le présent rapport à l'étudiant ou à la
Cellule de gestion des validations de DES / DESC / THESES
4 semaines avant la soutenance :**

Université de Bordeaux
Cellule de gestion des validations de DES / DESC / THESES
146 rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 57 57 11 14

nadia.chaib@u-bordeaux.fr

12 SERMENT D'HIPPOCRATE

“ Au moment d’être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patient·e·s des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent·e et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères (et consœurs) ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes (et les femmes) et mes confrères (et consœurs) m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j’y manque. »