

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE**

Année 2013

N 018

**THESE
Pour le
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en MEDECINE GENERALE**

**Par Stéphanie CUTARELLA
née à SALON-DE-PROVENCE, le 22 mai 1984**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2013

**Evaluation d'une campagne d'éducation à la vie
sexuelle et affective chez l'adolescent : étude sur 792
élèves de collèges et lycées de la région nantaise.**

Président du jury : Monsieur le Professeur SENAND Rémy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur MESLE Bernard

Membres du jury : Monsieur le Professeur LOPES Patrice
Monsieur le Professeur BONNOT Olivier
Madame le Docteur DUMAS Nadège

REMERCIEMENTS :

A notre jury,

Monsieur le Professeur SENAND Rémy,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur LOPES Patrice,

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie du jury devant lequel je présente ma thèse et de représenter votre spécialité médicale.

Trouvez ici l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur BONNOT Olivier,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, soyez en remercié.

Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude.

Madame le Docteur DUMAS Nadège,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury, de m'avoir reçu dans votre service et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Trouvez ici l'expression de ma reconnaissance.

A notre maitre de thèse,

Monsieur le Docteur MESLE Bernard,

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Je suis heureuse et fièvre d'avoir pu travailler avec vous.

Je vous remercie de votre aide, de vos conseils éclairés et de votre patience dans la réalisation de ce travail.

A Madame ARAGOT Françoise, sage-femme du centre de planification du CHU de Nantes, pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre aide précieuse dans ce travail et recevez mes respects face à votre engagement auprès des adolescents.

A ma famille,

A Kévin, avec tout mon amour.

A mes parents,
Qui m'ont toujours soutenu dans mes études
Je suis heureuse d'atteindre cette étape à vos côtés.

A mon frère et mes belles-sœurs,
Avec toute mon affection.

A mes grands-parents paternels et maternels.

A Cyndie,
Ma vieille branche.

A Adeline, Damien, Matthieu, Florie, Camille, Cédric, Julien et Rémi.
Les piliers de l'amitié, merci pour votre soutien.

A Aurélie et Louise,
En souvenir d'une grande complicité amicale, médicale et féminine.

A Stéphanie et les autres marseillaises.

GLOSSAIRE

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CESC : Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté

CFA : Centre de Formation Apprentis

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

COP : Contraception Oestro-Progestative

CSHE : Comprehensive School Health Education

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer - Territoires d'Outre-Mer

EICCF : Etablissement d'Information, de Consultation et de Conseil Familial

EPE : Ecole des Parents et des Educateurs

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

GIP: Groupement d'Intérêt Public

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children

HPV : Human PapillomaVirus

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IPPF: International Planned Parenthood Federation

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MDA : Maison Départementale des Adolescents

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MFR : Maisons Familiales Rurales

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEJ : Les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes

PAF : Plan Académique de Formation

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis

SVT : Sciences et Vie de la Terre

TV : télévision

VIH : Virus de l'Immunodéficiency Human

YAPP: Youth AIDS Prevention Project

SOMMAIRE

INTRODUCTION

GENERALITES

A- L'EDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

1- Définition

2- Naissance et historique de l'éducation à la vie affective et sexuelle

3- Le cadre légal actuel

- a) La loi du 4 juillet 2001
- b) La circulaire du 17 février 2003
- c) Le bulletin officiel de décembre 2003

B- LA SEXUALITE DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE

1- Le développement psychoaffectif

- a) La petite enfance
- b) L'adolescence : le choc physique et psychique
- c) Le passage à l'acte sexuel

2- Les préoccupations et interrogations des adolescents

- a) La normalité...
- b) La masturbation
- c) La jouissance sexuelle et l'orgasme : nouvelle dictature ?
- d) La virginité

3- Epidémiologie et état des lieux sur les comportements sexuels des adolescents

- a) Le premier rapport sexuel
- b) Leurs pratiques sexuelles
- c) Connaissances et croyances sur les IST et l'usage du préservatif
- d) Grossesse et IVG
- e) Contraception et contraception d'urgence
- f) Homosexualité et bisexualité

4- Les adultes accompagnants les adolescents et leur rôle dans l'éducation à la sexualité

- a) Les parents : la juste distance à trouver
- b) L'école
- c) Les professionnels de santé : médecins et IDE scolaires

5- L'influence de la société et des médias sur la sexualité des adolescents

- a) L'influence de la société actuelle
- b) L'influence des images pornographiques

MATERIEL ET METHODES

1- La population cible : élèves et établissements

2- Les moyens pédagogiques

- a) Les questionnaires
- b) Les intervenants
- c) Les partenaires

3- La séance d'éducation à la vie affective et sexuelle : contenu et organisation

- a) Le contact préliminaire
- b) L'intervention proprement dite
- c) La phase d'évaluation

4- Les méthodes statistiques

RESULTATS

1- Caractéristiques des adolescents interrogés (âge, sexe, établissements fréquentés...)

2- Analyse des questions portant sur le fond de l'intervention selon leur âge

- a) Question sur l'intérêt porté à cette intervention
- b) Question sur les nouvelles informations apportées par l'intervention
- c) Question sur une intervention antérieure et son utilité

3- Analyse des questions portant sur l'échange entre intervenant/élève, l'aisance de la prise de parole et le respect du groupe durant l'intervention

- a) Question sur l'échange et l'aisance de la prise de parole des élèves face à l'intervenant
- b) Question sur le respect de l'intervenant et du groupe d'élève

4- Analyse des questions portant sur la forme de l'intervention : séparation filles /garçons

- a) Question sur la séparation filles/garçons lors de l'intervention
- b) Question sur un schéma d'intervention différent avec une 1ère séance filles/garçons séparés puis une 2ème séance en classe mixte.

5- Analyse des questions portant sur le dialogue parents/enfants sur le sujet

- a) Question sur le fait d'avoir parlé de l'intervention à leurs parents

- b) Question sur une éventuelle ouverture au dialogue avec leurs parents suite à cette intervention

6- Leurs commentaires généraux

DISCUSSION

1- Critiques et biais de l'étude

- a) Caractéristique des établissements et des adolescents
- b) Evaluation de la satisfaction des adolescents concernant le fond de ces interventions en fonction de l'âge
- c) L'échange entre les adolescents et les intervenants
- d) La mixité ou non des séances
- e) Le rapport entre adolescents et parents concernant le sujet
- f) Commentaires généraux

2- Les problèmes soulevés durant l'étude, les solutions à proposer et les perspectives d'avenir...

- a) Une éducation à la vie affective et au respect encore plus précoce
- b) La formation des intervenants et l'intégration à la formation d'adultes qui encadrent les jeunes (professeurs, éducateurs, parents...)
- c) La connaissance par les adolescents des lieux d'écoute et d'information à leur disposition
- d) L'unification et la clarification de la gestion de ces centres au point de vue national
- e) Les moyens pédagogiques et de support d'information à améliorer
- f) Organisation et limites des établissements et du système de santé actuel dans la prévention

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

INTRODUCTION

L'apprentissage à la vie affective et sexuelle fait partie de notre construction identitaire, propre à chacun. L'école mais aussi l'environnement familial et social joue un rôle important dans cette construction.

Accompagner les adolescents à travers leurs attentes, leurs doutes, leurs expériences vécues, leurs interrogations sur le sujet, reste l'objectif de l'éducation à la vie sexuelle et affective. Cet accompagnement doit se faire à travers l'échange, l'écoute et la réflexion, en développant leur esprit critique.

En France, l'éducation à la vie sexuelle s'organise à travers des séances obligatoires dans les établissements scolaires, établit par la loi du 4 juillet 2001.

Mais l'application de la loi et la mise en place des interventions provoquent interrogations et polémiques. Ces interrogations concernent le contenu thématique des séances, la manière d'aborder le sujet pour mettre à l'aise les élèves, les acteurs les plus pertinents à ce type d'actions ainsi que la motivation et l'intérêt des établissements scolaires portés à l'éducation sexuelle et affective.

Tout ceci nous amène donc à se questionner et à évaluer la mise en place des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle en région nantaise.

Dans une première partie, nous étudierons l'éducation sexuelle depuis sa naissance jusqu'à la mise en place de son cadre légal actuel en définissant son rôle et ses objectifs. Ensuite, nous verrons comment la sexualité se construit de la naissance jusqu'à l'âge adulte, en détaillant la période charnière de l'adolescence à travers ses transformations physiques et psychiques, ses préoccupations, ses interrogations sur le sujet ainsi que les nouveaux comportements sexuels des adolescents. Enfin nous verrons le rôle des intervenants et de l'influence de l'environnement sur la vie affective et sexuelle des adolescents de notre société actuelle.

La deuxième partie sera consacrée à notre étude réalisée sur la mise en place des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements scolaires de la région nantaise. Les résultats seront présentés sous forme de statistiques, de graphiques et de commentaires des adolescents. Enfin la discussion viendra analyser ces résultats et nous finirons en proposant des perspectives d'avenir.

A- L'EDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

Freud : « Nous sommes partagés entre le sauvage mu par nos pulsions et une rigidité morale qui réserve la sexualité à la contrainte. »

1- Définition (12) (16) (19) (41) (46)

Le père de la sociologie, Emile Durkheim, nous définit les enjeux de la démarche éducative et sa complexité : *« lorsqu'on étudie historiquement la manière dont sont formés et développés les systèmes d'éducation, on s'aperçoit qu'ils dépendent de la religion, de l'organisation politique, du degré de développement des sciences, de l'état de l'industrie...etc...Comment dès lors, l'individu peut-il prétendre à reconduire, par le seul effort de sa réflexion privée, ce qui n'est pas à l'œuvre de la pensée individuelle ? »*. (15)

La définition de la sexualité au sens de la psychanalyse est un réseau de tension et de soulagement, de plaisirs et déplaisirs, constitué par son environnement, c'est un concept de pulsion. Elle reste une question individuelle, intrapsychique, intersubjective et collective, influencée par ses propres références culturelles.

L'éducation de la santé sexuelle, relationnelle et affective a donc pour mission de comprendre les différences et les pulsions, elle doit rester dans un cadre de prévention et non de prédiction. C'est un enjeu social car elle prévient des risques liés au rapport sexuel et à sa dimension psychique. C'est aussi un apprentissage à la culture et au rapport à l'autre selon trois principes essentiels : le respect de soi, le respect de l'autre et le consentement mutuel.

2- Naissance et historique de l'éducation à la vie affective et sexuelle (1) (46)

Nous avons assisté à l'essor clandestin de la sexualité depuis un siècle.

En effet les mariages « arrangés » du début du XXème siècle deviennent des mariages « en fonction de la classe sociale ». Ensuite, dans les années 1950, le « flirt » devient presque obligatoire avant le mariage puis arrive la libération sexuelle grâce au progrès de la contraception.

L'historique de l'éducation sexuelle moderne organisée peut se résumer ainsi:

- 1920 : création de l'*Ecole des Parents et des Educateurs* (EPE) qui est une association créée suite à la réaction des parents face à l'instauration de l'éducation sexuelle des jeunes filles mis en place par le ministère de l'instruction. L'objectif de cette association est de réclamer à ce que ce soit aux parents d'assurer l'éducation sexuelle de leurs filles.
- 1947 : l'éducation sexuelle dans les établissements d'instructions publiques se développe de plus en plus.
- Années 50, le discours relève implicitement du dénigrement où la sexualité est associée avec péché et saleté. « Chasteté » rime avec « ignorance » et « connaissance » rime avec « vis ».
- 1960 : l'EPE intervient autour de l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires de plus en plus souvent accompagnée par des psychologues et des médecins.
- 1968-1973 : l'information s'améliore à travers les cours de biologie et d'économie familiale et sociale au programme scolaire.
- Loi du 11 juillet 1973 : apparaît le conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiales. Il dépend du ministère de la santé et propose aux pouvoirs publics des mesures pour favoriser l'information sexuelle.
- 23/07/1973 la circulaire Fontanet (annexe 1) : dicte une politique d'information et d'éducation à la santé et à la sexualité. Elle offre la possibilité de réaliser une information sur la sexualité, non seulement dans le cadre des programmes de biologie et d'économie familiale et sociale, mais aussi au cours d'actions complémentaires proposées en dehors du temps scolaires.
- Décembre 1974 : création des centres de planification et d'éducation familiale, la loi n°74-1026 autorise les centres à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale aux mineurs qui souhaite garder le secret.
- Février 1976 : arrêté et circulaire du 18/02/1976 (annexe 2) : instaure quatre heures par an d'information sexuelle en classe de troisième.
- 1985 : les nouveaux programmes de collège éducatifs complémentaires abordent des « thèmes transversaux ».
- 1986 : l'épidémie de SIDA entraîne des actions de prévention, amenant une vision hygiéniste de l'éducation sexuelle à travers la promotion du préservatif.
- 1988-1993 : arrivent en milieu scolaire des acteurs extérieurs, intervenant « avant » et non « contre » la sexualité. L'éducation doit maintenant porter aussi sur un comportement responsable dicté à travers le circulaire du 19 mai 1989 (annexe 3)
- La circulaire du 15 avril 1996 (annexe 4) : la prévention de la contamination VIH se fait maintenant dans tous les établissements scolaires.
- Le bulletin officiel n°46 du 10 décembre 1998 (8) (annexe 5) : institue des séances d'éducation à la sexualité obligatoires à raison de deux heures dans l'année. Organisées de préférence, en petits groupes de dix à quinze élèves, ces séances offrent un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion. Des intervenants extérieurs qualifiés peuvent intervenir à la demande, et sous la

responsabilité du chef d'établissement, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur (décret n° 92-1000 du 6 novembre 1992).

Puis arrive un nouveau cadre légal, toujours d'actualité, définit par la loi n°2001-588 article 22 du 4 juillet 2001 puis la circulaire du 17 février 2003, version en vigueur au 11 août 2004.

3- Le cadre légal actuel

a) La loi du 4 juillet 2001 (6) (annexe 6)

Loi relative à la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs sans consentement de la part d'un titulaire de l'autorité parent, loi relative aussi à l'éducation à la santé et à la sexualité.

« Article L312-16. Créé par [Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 22 JORF 7 juillet 2001](#)

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 pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

b) La circulaire du 17 février 2003 (9) (annexe 7)

Elle souligne la volonté des pouvoirs publics de développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Cette éducation vient en complément du premier plan joué par les familles. Celle-ci : « *définit les objectifs de l'éducation à la sexualité, de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée. Elle constitue un cadrage pour les personnels de l'Education Nationale et pour les partenaires appelés à intervenir dans les écoles et les établissements scolaires.* »

Elle n'est en aucun cas la promotion d'un discours militant ni d'idéologie de la sexualité (1).

Les objectifs définis dans la circulaire sont les suivants :

- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres.
- analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations.

- apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique, affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique.
- développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité.
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective, notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre.
- apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

Elle précise également les principes suivants :

- la mise en œuvre de cette éducation doit être le résultat d'une collaboration entre tous les membres de l'équipe éducative, ce qui implique une cohérence entre eux. La création de Comité d'Education à la Santé et la citoyenneté (CESC) au sein des établissements, permettra de mettre en réseau des partenaires de proximité auxquels il pourra être fait appel.
- les enseignants, organismes sociaux, de santé, viennent en relais pour les élèves dans le cas où ceux-ci seraient amenés, suite aux séances, à des questionnements d'ordre privé ou encore à la révélation de difficultés personnelles. L'appel aux organismes extérieurs est tout à fait conforme aux lois.
- chaque académie doit disposer d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet d'établissement.
- des dispositifs de formation pour les personnes volontaires animant ces séances, doivent être mis en place à l'échelle des académies et des établissements.

c) Le bulletin officiel de décembre 2003 (40) (annexe 8)

En décembre 2003, dans ce cadre du programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la santé des élèves, on retrouve les principes de la circulaire de février 2003 au Bulletin officiel n°46 du 11 décembre 2003. Ce bulletin prévoit d'assurer, tout au long de la scolarité, la continuité des actions d'éducation à la santé, et plus particulièrement de développer l'éducation à la sexualité. Les points suivants ont notamment été précisés :

- « *dans les lycées, une information est souvent effectuée sur des thématiques précises, notamment en termes de prévention des risques. Il importe désormais de mettre en œuvre une véritable éducation à la sexualité ; l'objectif à atteindre est fixé à au moins 50% des lycées sur 3 ans.* »

- « les élèves doivent être informés, dans les établissements scolaires, des diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes au sein de ceux-ci et à l'extérieur. »

B- LA SEXUALITE DE L'ENFANCE A L'ADOLESCENCE

1- Le développement psychoaffectif

a) La petite enfance (1) (15) (16) (19) (39) (41)

La sexualité infantile a commencé à être étudiée par Freud à travers une sexualité biphasée infantile et adulte séparée par la puberté. Il a ainsi décrit trois étapes d'apprentissage à la sexualité durant la petite enfance : le stade oral, le stade anal ou sadique anal et le stade phallique.

Lors de cette période, l'enfant prend conscience de son corps à travers ses parents. Des mouvements de désir et de plaisir s'organisent autour de lui pour qu'il intègre progressivement son corps.

Puis vers 8-11 ans, l'enfant va traverser une phase de latence sexuelle qui va faire place à une grande curiosité intellectuelle. Il veut comprendre et contrôler le monde. Il va alors prendre conscience de son anatomie, va se questionner sur la sexualité et commencer son orientation sexuelle. Il devient alors pudique et réagit à certains comportements et situations à travers ses parents. A l'école, les relations aux autres s'intensifient, il se sociabilise à travers des jeux de règles.

La phase de latence reste période idéale pour mettre en place l'éducation sexuelle, sans lui imposer un discours ou une information mais respecter sa pudeur et éviter des réponses péremptoires. Le rôle des parents serait d'aborder la question de la puberté.

b) L'adolescence : le choc physique et psychique (1) (11) (12) (15) (16) (19) (32) (34) (39) (46)

L'adolescence est pareille pour tous quelque soit la diversité géographique (rural ou urbain), ou son origine ethnique. C'est une phase de construction identitaire se faisant à partir d'un plan symbolique et d'un plan familial.

C'est l'âge de la recherche de soi passant par la maturation physique sexuée : la puberté, ce « choc » physique et psychique. On retrouve à travers cette phase, une grande hétérogénéité maturative psycho-sexuelle car elle débute dans 95% cas vers 8-13 ans chez les filles et 10-14 ans chez les garçons.

* le choc physique :

La puberté est une transformation morphologique qui a valeur de traumatisme et le corps en transformation est la source de la plupart des conflits sur l'image de soi.

Ainsi les préoccupations sexuelles vont commencer et l'enfant va préserver son intimité en limitant les liens parents/enfant. Car en effet, le corps change au regard de l'adolescent mais aussi au regard de son entourage.

Chez les filles, le processus pubertaire, sous la l'influence des hormones sexuelles, se manifeste par :

- apparition des règles et le syndrome pré menstruel : si elles sont perçues comme évènement naturel, cela prouve que l'adolescente a reçu une éducation sexuelle sans tabou.
- le développement mammaire : les filles en sont toujours insatisfaites mais il faut leur montrer que la diversité apparente s'associe à la diversité des goûts.
- le développement des organes génitaux et l'extériorisation du sexe féminin : il représente psychiquement la maîtrise et l'intimité avec son corps, la reproduction ainsi que la sexualité partagée.
- le changement du corps et l'image de soi avec l'élargissement du bassin, la pilosité et la mue vocale.

Chez les garçons, le processus pubertaire est plus tardif entraînant un décalage important et donc parfois, le mépris et le désintérêt des filles :

- la croissance physique où les organes génitaux externes se développent notamment l'augmentation de taille de la verge. Cette dernière reste une grande préoccupation et une inquiétude très fréquente car la taille est associée aux performances sexuelles et au plaisir féminin.
- autres transformations plus difficiles comme la pilosité, la mue vocale, les odeurs corporelles, les érections non contrôlées ou la gynécomastie.

* le choc psychique

A l'adolescence un retentissement psychique en trois temps s'opère face au phénomène pubertaire :

- 13-14 ans : abandon des objets parentaux
- 14-16 ans : conflit entre homosexualité latente et hétérosexualité
- A partir de 16 ans : la personnalité se réorganise.

La puberté est vécue comme une violence interne. Les conséquences psychologiques en sont l'anxiété, l'insécurité, l'importance de son image et l'atteinte égocentrique.

Les années « collège » (11-15 ans):

Elles sont une période de chamboulement, de changement où la satisfaction scolaire et la qualité familiale diminuent, le mode de vie change aussi (sorties, ordinateur) et les troubles des conduites augmentent avec une prédominance chez les garçons.

Les années collégiennes passent par une phase de maturation psychique avec un passage de la pensée concrète à la pensée formelle et à la capacité d'abstraction ainsi que l'apparition d'un dialogue intérieur.

C'est une phase de renonciation à l'enfance. Les adolescents y découvrent leur fonction orgasmique et les pulsions et fantasmes sexuels à travers les tous premiers échanges et l'auto érotisme. Mais autour de la puberté, l'adolescent ressent de l'angoisse, du dégoût.

Leurs relations sociales se font à travers leur pouvoir de séduction testé, leurs premiers émois amoureux et dans la sécurité d'un groupe souvent de même sexe.

Les années « lycée » (15-18 ans):

Le lycée reste l'âge de la stabilité toute relative. Les habitudes de vie sont plus ou moins installées.

Les adolescents pensent le monde, pensent ce nouveau corps et comprennent l'autre sexe.

Les adolescents partent à la découverte de l'autre et de l'intime, ils vont construire leur identité et vont engager leur corps.

L'adolescent investit progressivement de nouveaux objets d'amour, une socialisation à travers des groupes de pairs ou des amis en substituts des parents.

Le désengagement progressif des objets parentaux est comme un deuil, une mort fantasmatique des parents qui l'amène vers son autonomie mais aussi sa culpabilité.

Enfin à cet âge, l'adolescent construit sa quête identitaire à travers des attitudes d'opposition et un certain mimétisme. Le corps provoque ce déclic et est un moyen de clivage avec le monde adulte dans sa manière d'être et de présentation.

c) Le passage à l'acte sexuel

L'entrée dans la sexualité adulte commence par les baisers, les caresses puis l'auto érotisme ou masturbation active qui est préparatoire à l'acte sexuel.

Puis l'adolescent passe d'une activité « autocentrée » à une activité « hétéro centrée », c'est à dire, la relation sexuelle à proprement dite. Leur désir de passage à l'acte est une forme d'indépendance et d'autonomie, une façon de se séparer et quitter la famille.

Chez l'adolescent le fonctionnement et ou l'idéalisation de l'acte sexuel renvoient à des réactions problématiques.

Tout d'abord, la fonctionnalisation de l'acte sexuel est perçue par son côté purement fonctionnel et opératoire pour se protéger de ses besoins affectifs. Ensuite l'idéalisation de l'acte sexuel est vu d'un côté romantique, mais ce point de vue entraîne souvent une déception.

En effet, les jeunes ont tendance à séparer les rapports sexuels (technique, pratique, performance) de la relation amoureuse. Leur sexualité est donc un temps de « papillonnage » et d'expérimentations, un moment « égocentrique ».

Les premières expériences sexuelles apparaissent avec le développement psycho sexuel et sont centrées sur le plaisir génital pour les garçons et la séduction pour les filles.

En effet l'engagement des corps dans la relation soulève des enjeux différents selon les sexes et cette approche perçue différemment peut être source de malentendus.

Les garçons sont en contact quotidien avec leurs organes génitaux externes, l'envie et plaisir sont supérieurs à la relation. Ils tendent plus vers la brutalité, la virilité, la puissance, l'immédiateté, exploite sportif et l'apprentissage du corps féminin mais aussi ils éprouvent la peur de ne pas être à la hauteur.

Chez les filles, les organes génitaux externes sont moins accessibles, elles développent plutôt la séduction, la passivité, le flirt, la tendresse, les caresses, l'imaginaire amoureux (journal intime, conversation entre filles...) ainsi que la réflexion, l'idéalisation et l'engagement d'une relation affective et relationnelle.

2- Les préoccupations et interrogations des adolescents (12) (16) (19) (22) (27) (41)

Les adolescents ont les interrogations qui ne leur sont pas faciles à poser car elles touchent leur intimité. Les thèmes préférés des garçons reste le « désir, plaisir » et chez les filles « le lien entre cultures, religion et sexualité ».

Mais quelques questions restent encore difficiles.

a) La normalité...(1) (3) (15) (16)

Les adolescents sont extrêmement préoccupés par la normalité, normalité concernant l'anatomie, les attirances sexuelles, les pratiques sexuelles, l'âge ...

Il faut les rassurer et insister sur le fait qu'il n'y ait pas de norme médicale en matière de sexualité. Par ailleurs, il faut être très vigilant avec les chiffres, le mieux est d'éviter de répondre par des chiffres car ils peuvent provoquer un mal être de l'adolescent s'il ne se trouve pas dans la moyenne.

Il faut aussi lutter contre la reproduction des normes médiatiques et pornographiques en promouvant des représentations alternatives masculines et féminines.

Ainsi, pour aborder ces normes, il faut partir des représentations et des attentes du groupe, développer l'analyse de l'image et de l'esprit critique par rapport au modèle et amener les jeunes à échanger.

b) La masturbation (1) (15) (16) (19) (31)

La masturbation reste une question gênante surtout chez les filles.

Souvent plus répandue que les déclarations (pratiquée chez 40% des filles et 90% des garçons), elle reste le tabou le plus répandu dans le domaine de la sexualité alors qu'elle constitue une étape positive pour la maturité sexuelle et retarde l'entrée dans la sexualité génitale. Les adolescents éprouvent de la culpabilité car ils pensent qu'ils sont les seuls à enfreindre ces interdits parentaux, religieux ou sociaux.

La masturbation féminine est néanmoins moins taboue de nos jours et contrairement à elle, la masturbation masculine est perçue comme beaucoup moins culpabilisante.

Il faut donc les rassurer car la masturbation est normale et non néfaste car elle permet la découverte du corps et diminue les angoisses sur la sexualité.

c) La jouissance sexuelle et l'orgasme : nouvelle dictature ? (1) (16)

Les adolescents sont de plus en plus préoccupés par le « devoir » que par le « plaisir ». En effet, les normes et performances sexuelles sont de plus en plus contraignantes avec une obligation de jouissance.

Or la banalisation du sexe et l'idéalisation de jouissance dans les médias peuvent provoquer un décalage avec la réalité.

Il faut là aussi les rassurer en leur expliquant que le plaisir et l'orgasme sont complexes et cette capacité à se laisser-aller relève d'un état psychologique et non des capacités anatomiques du garçon.

d) La virginité (1)

La représentation de l'hymen et de la virginité n'est pas toujours claire chez les adolescentes, souvent influencées par le poids des interdits sexuels qui proviennent souvent de valeurs familiales, culturelles et religieuses.

Dans certaines religions et cultures, le saignement lié à la déchirure de l'hymen est une preuve de virginité envers le nouvel époux, or 50% des hymens ne saignent pas. A l'inverse, certaines filles sont angoissées par les saignements et les douleurs pouvant survenir suite à leur premier rapport sexuel.

Le but est de redonner un sens aux interdits : vierges ou pas vierges, les adolescentes doivent être tolérantes par respect de leur estime de soi mais aussi respect des choix des autres.

3- Epidémiologie et état des lieux sur les comportements sexuels des adolescents

L'évolution de la sexualité a connu un grand bouleversement lié à l'apparition de la pilule, du préservatif, de l'IVG et des IST.

En France, la maturité sexuelle légale est de 15 ans et se définit comme un choix libre, autonome, réfléchi et responsable d'avoir un rapport sexuel avec les personnes de son choix.

a) Le premier rapport sexuel (1) (2) (15) (16) (19) (31) (32)

**Quel est l'âge moyen du premier rapport sexuel ? Les adolescents sont-ils plus précoces ?*

Des publications alarmistes, notamment nord-américaines (Tripp et coll., 1994), attribuent une grande et précoce activité sexuelle aux jeunes. Cependant, en se référant à l'âge moyen au premier coït, nous n'observons pas de variations notables dans les pays occidentaux : vers 17 ans avec un léger retard pour les filles dans la plupart des cas (en France, d'après l'enquête ACJF, il est à 17 ans et 3 mois pour les garçons et 17 ans et 6 mois pour les filles).

En 2005, « l'enquête baromètre santé jeune en Pays de la Loire » auprès de jeunes de 15-25 ans, situe le 1^{er} rapport sexuel médian à 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles (2) et reste comparable à la situation nationale de 2006. (16)

Il n'y a donc pas de plus grande précocité.

Le premier rapport sexuel est estimé à moins de 15 ans pour 23,2% des jeunes (enquête HBSC) avec une prédominance chez les garçons.

Il a été démontré que les adolescents qui ont bénéficié de séance d'éducation sexuelle à l'école retardent le moment de leur premier rapport sexuel. En effet plus le sujet est tabou, plus il est source de curiosité et donc plus il y a passage à l'acte.

Ce n'est donc pas l'information qui favorise la précocité des rapports sexuels mais le contraire.

* Quelles sont leurs angoisses face au 1^{er} rapport sexuel ?

Mal vécu le premier rapport sexuel peut avoir des conséquences sur la sexualité à l'adolescence mais aussi à l'âge adulte. (15)

Face à leur propre maturité sexuelle, certains adolescents disent « je ne suis pas prêt.. » ou « je n'aurai pas du... », surtout chez les filles, avec un sentiment de « s'être fait avoir ». Il faut d'abord les rassurer, les écouter, leur vie sexuelle ne sera pas condamnée mais il faut aussi leur faire prendre leurs responsabilités.

Les premiers rapports sexuels seront vécus différemment par chacun, en fonction de :

- la motivation d'entrée dans la sexualité. La question essentielle est de savoir si le rapport sexuel engagée est « pour moi », « pour les autres » « pour le petit ami » ou contre les autres »
- l'influence du partenaire sexuel pouvant faire évoluer favorablement comme négativement
- le vécu de la sexualité
- les réactions parentales : par rapport aux valeurs religieuses ou traditions culturelles, l'adolescent transgresse ses lois, agresse sa famille pour s'en libérer.

Certains jeunes n'ont pas encore eu de rapports sexuels car se déclarent trop jeunes ou pas prêts, par peur ou par influence des parents, de la religion et de la culture.

L'adolescent peut être confronté aussi à une absence ou une impossibilité de passage à l'acte par inhibition ou blocage. Au contraire les adolescents multipliant des rapports avec plusieurs partenaires cachent une lutte contre des affects dépressifs.

Chacun a donc sa façon de « se sentir prêt ». Pour les garçons, leurs représentations stéréotypées de la sexualité masculine les conduisent à dire « toujours prêt », même si ce n'est pas la réalité. Pour les filles, se « sentir prête » est la première condition pour le premier rapport sexuel, mais parfois il y a un décalage avec la réalité car elles sont influencées par des facteurs internes (ménarche précoce) et des facteurs externes (mise en image de la sexualité).

Parfois les adolescents ressentent une certaine pression et un besoin de conformité aux normes du groupe et de la société, ils veulent avoir des relations « comme tout le monde »...

Il faut qu'ils apprennent à dire « oui » pour exprimer la « non ambivalence » et endosser leur part de responsabilité ou à dire « non », même pour le garçon, pour éviter la panne sexuelle.

b) Leurs pratiques sexuelles (4) (31) (32) (38) (41)

En termes d'activité sexuelle, filles et garçons entre 15-18 ans ont des comportements proches.

Quelques statistiques peuvent nous faire rendre compte des leurs pratiques sexuelles.

Par exemple, 89% des adolescents se sont dit satisfaits de leur premier rapport sexuel et 35% ont éprouvé du plaisir (15). Parmi les déçus, on retrouve deux fois plus de filles, déçues par manque d'informations ou par des informations erronées.

12% des garçons et 5% des filles disent avoir eu cinq ou plus partenaires et 51% des garçons déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des connaissances ou des inconnues. (15)

La durée de la première relation chez 50% des jeunes varie entre un jour et un mois. Leur sexualité est plutôt une série d'épisodes brefs et espacés.

La fréquence des rapports sexuels dans 50% des cas est d'une fois par semaine. (31)

Enfin, parmi ceux qui disent avoir eu des rapports sexuels, la quasi-totalité d'entre eux ont pratiqué la pénétration.

c) Connaissances et croyances sur les IST et l'usage du préservatif (14) (19) (20)

(31) (35)

En général, les adolescents savent que les IST et le VIH se transmettent par voie sexuelle, que les préservatifs servent à se protéger, que le test de dépistage du VIH est accessible et que tout signe au niveau des organes génitaux externes doit faire l'objet d'une consultation chez le médecin.

En France, selon l'enquête ACSJ (Attitudes et comportements sexuels des jeunes) réalisée en 1994 et l'étude de Lagrange et Lhomond (1997 et 2000), 1,1 % des jeunes de 15-18 ans ont eu une MST autre qu'une mycose.

Selon l'Institut National de Veille Sanitaire, 494 cas d'infection par le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans ont été mis en évidence d'avril 2003 à juin 2004, soit 12% de l'ensemble des découvertes de séropositifs, et la proportion de contamination récente (moins de 6 mois avant le diagnostic) chez les 15-24 ans s'élève à 40% (16).

Cependant, les comportements de prévention de cette population sont les plus adaptés au VIH (plus d'utilisation de préservatifs, sélectivité des partenaires...) (Choi et Coates, 1994 ; Earl, 1995).

En France, selon les données de l'enquête ACSJ, le phénomène le plus remarquable est la forte progression dans le temps de la proportion des jeunes qui ont utilisé des préservatifs lors de leurs premiers rapports sexuels; cette tendance est confirmée par des données de 1997 (Arènes et coll., 1988). Dans l'enquête ACSJ, 78,9 % et 74,4 % des filles âgées de 15 et 18 ans au 1er janvier 1994 déclaraient avoir utilisé un préservatif au premier rapport sexuel. Les données correspondantes recueillies fin 1997 auprès de jeunes de 15 à 19 ans (Arènes et coll., 1998) sont respectivement 88,6 % et 85,4 %.

Enfin, selon « l'enquête baromètre santé jeune en Pays de la Loire » en 2005 auprès de jeunes de 15-25 ans, il a été constaté une augmentation de 4% depuis 2000 de l'utilisation d'un préservatif lors du 1^{er} rapport sexuel.

Les connaissances et les attitudes vis à vis du VIH sont bien établies, la différence se fait selon la filière scolaire et les croyances transmises. Les filières professionnelles se caractérisent par une relative sous évaluation des risques de transmissions. La prévention ou les orientations de la communication concernant le VIH ont moins d'influences.

Enfin, face aux IST, les parents ont eux aussi pour rôle de transmettre l'information sur les risques, le sujet ne doit pas rester tabou, ils doivent sensibiliser l'adolescent sans se montrer intrusifs ou curieux ou bien l'orienter vers un professionnel.

d) Grossesse et IVG (1) (14) (15) (16) (19) (21) (39) (41) (46)

L'augmentation des grossesses non prévues, d'IVG et d'IST a fait constituer une éducation aux risques sexuels auprès des adolescents, malgré le fait que la situation en France est moins critique par rapport à d'autres pays sauf pour certaines classes sociales défavorisées où ce risque est plus élevé. Il est vrai qu'aux États-Unis, les risques liés à la transmission des MST et aux grossesses précoces non désirées (Creatsas, 1993 ; Committee on Adolescence, 1995 ; Felice et coll., 1999 ; Nitz, 1999) sont très importants : un million de grossesses précoces par an, dont 80 % non désirées (Santelli et coll., 1999) débouchant sur une naissance dans plus de la moitié des cas et sur une interruption volontaire (IVG) dans plus d'un tiers des cas ; chaque année 10 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans deviennent enceintes (Coyle et coll., 1996).

En Europe, à l'exception de la Grande-Bretagne, qui connaît aussi une forte proportion de grossesses précoces (Mellanby et coll., 1997 ; Mawer, 1999 ; Nicoll et coll., 1999 ; Thomson et coll., 1999 ; Wellings et Kane, 1999), de l'ordre de 30 naissances pour 1 000 annuellement chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans, il semble qu'on ne peut considérer véritablement les personnes en dessous de 18 ans comme un groupe particulièrement exposé.

*** Qu'en est-il de l'IVG chez les adolescentes en France ?**

L'IVG est en augmentation depuis 20 ans chez les 15-24 ans avec de grandes disparités régionales et entre la métropole et les DOM-TOM, mais on constate néanmoins une stabilisation depuis 2006.

En France, 17000 IVG de mineures par an, 6000 grossesses à terme dont 400 chez les moins de 15 ans. Pour être plus précis, le nombre d'IVG est de 11000 en 2003 pour les 15-17 ans et 16000 pour les 18-19 ans et 51800 pour les 20-24 ans.

Enfin selon « l'enquête baromètre santé jeune en Pays de la Loire » auprès de jeunes de 15-25 ans, 8000 IVG ont été réalisées dans les établissements des Pays de Loire en 2004 soit 10,3 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, ce chiffre est le plus faible de France.

L'IVG est perçu par certaines adolescentes comme la garantie de maternité et une certitude de fécondité. Il est difficile d'en évaluer les séquelles qui peuvent être d'ordre psychologique avec un sentiment de culpabilité, d'échec, de honte, de regret pouvant conduire à la détresse voir la dépression.

Après une augmentation pendant deux décennies, le taux d'IVG en France se stabilise depuis 2006 ; peut être parce que les informations commencent à prendre en compte les aspects psychologiques et anthropologiques de la situation ?

* Qu'en est-il de la grossesse chez l'adolescente ?

En termes d'éducation à la sexualité, le sujet de la grossesse et de la maternité reste un échec. En France, selon l'enquête ACSJ (Attitudes et comportements sexuels des jeunes) réalisée en 1994 et l'étude de Lagrange et Lomont, 3,3% des filles sexuellement actives de moins de 18 ans ont eu au moins une expérience de grossesse dont 2/3 se terminent par une IVG. Selon les données démographiques actuelles, le nombre de grossesses avant 18 ans est estimé à 10 000 par an, dont 6 500 aboutissent à une IVG.

La grossesse est souvent la conséquence d'un incident de contraception mais chez une adolescente qui souhaite une grossesse, se cache une quête inconsciente de sa capacité à être fécondée. En effet, le désir de grossesse chez l'adolescente cache souvent un questionnement « suis-je fertile ? » et ravive le fantasme œdipien entre la mère et la fille. La grossesse s'inscrit donc dans l'agressivité et la rivalité avec la mère, une sorte de satisfaction narcissique grâce au nouveau pouvoir d'accéder au statut convoité de femme.

e) Contraception et contraception d'urgence (1) (3) (7) (15) (16) (19) (29) (41) (46)

Il existe un lien entre l'ouverture à une contraception chez l'adolescente et une sexualité vécue sans culpabilité.

* Un peu d'histoire...

- 28 Décembre 1967 : loi n°67-1176 dite loi Neuwirth : autorisation mise sur le marché de la contraception oestro-progestative (COP).

- 1974 : COP est remboursée par la sécurité sociale et sa prescription est gratuite en centre de planification.

- 1999 : la contraception d'urgence dans les écoles et pharmacies est délivrée de façon anonyme et gratuite pour les mineures.

- 04/07/2001 : la prescription de la COP pour les mineurs peut être faite dans tous les cabinets médicaux sans accord parental.

- décret du 09/01/2002 : rôle clé des pharmaciens « ... *s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception... fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical... communiquer également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche.* »

En ce qui concerne la contraception, quelque soit l'âge, aucune autorisation parentale n'est requis lors de la délivrance. En ce qui concerne l'anonymat et la gratuité, elles ne sont appliquées uniquement dans les CPEF ou alors en cabinet via le « Pass'contraception » pour les lycéennes, apprenties et élèves des MFR.

En effet, le Conseil régional des Pays de la Loire a mis en place ce dispositif en septembre 2012. Il prend la forme d'un chéquier de huit coupons, qui sera remis, à la demande du jeune, par le personnel de santé scolaire ou éducatif « référent » de l'établissement.

* L'information sur la contraception est-elle bien délivrée ?

En 2005-2006, 85% des jeunes femmes de 18-25 ans se disent bien ou très bien informés sur la contraception contre 78% des jeunes hommes. (3)

Les méthodes de contraceptions sont souvent rappelées durant les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, en insistant sur la contraception hormonale, en rappelant aux adolescentes le principe de fonctionnement, les avantages (dysménorrhées, acné, hyper séborrhées) et les risques (hypercoagulabilité, phlébite) mais aussi en rassurant les adolescentes sur leurs craintes comme la prise de poids et la crainte de stérilité.

Il faut aussi diffuser plus largement le « double-Dutch » ou "double protection" (COP + préservatif) et une contraception ne dépendant pas de l'observance.

* Quelles sont les pratiques actuelles en termes de contraception ?

La libération sexuelle est venue grâce à la contraception mais pour la génération suivante, la contraception est vécue comme une contrainte voire une incompréhension.

Mais le sujet sur la contraception reste encore exclusivement féminin dans son choix car les femmes veulent plus de liberté, de fiabilité et moins de contraintes.

12% des adolescentes n'utilisent pas de contraception alors qu'elles sont sexuellement actives (Institut National de la Santé 2000).

En pratique chez l'adolescent, le préservatif est le premier moyen en contraception utilisé depuis les campagnes SIDA. Selon l'étude de l'INPES en 2004, 90% des 15-19 ans ont déclaré avoir utilisé le préservatif comme contraception pour leur premier rapport sexuel puis cette contraception diminue surtout si la relation se stabilise, pour laisser place à la pilule qui reste la contraception la plus efficace. Selon « l'enquête baromètre santé jeune en Pays de la Loire » auprès de jeunes de 15-25 ans en 2005, l'usage de la pilule a fortement augmenté par rapport à la situation nationale entre 2000 et 2005, passant de 76% à 86% et l'utilisation de la contraception d'urgence 23% en 2005 est inférieure à la moyenne nationale des 15-25 ans (30%).

Par ailleurs, elle est utilisée par 13,6% des adolescents mineurs contre 9% de la population générale surtout depuis la diffusion gratuite par les IDE scolaire et les pharmaciens. (15)

* *Quels sont les obstacles à l'accès de la contraception ?*

Tous ces obstacles sont contournés quand il s'agit de pilule du lendemain, voir d'IVG, suite aux réformes les concernant.

Plusieurs obstacles à une contraception efficace chez les mineures peuvent être mis en évidence.

Tout d'abord, le manque d'information et de prévention au moment où débute leur vie sexuelle peuvent être un obstacle, ainsi que certaines croyances erronées (« pilule rend stérile », ou « il n'y a pas de risque d'être enceinte si c'est le premier rapport sexuel » ou encore « une femme ne peut pas tomber enceinte se elle a un rapport pendant la période de règles ») qui restent ancrées dans les esprits des jeunes filles.

Un autre obstacle constaté, est le défaut de confidentialité d'une consultation du fait de son remboursement par la sécurité sociale des parents.

Enfin, le coût d'une contraception orale et des examens et des consultations qui en découlent peut être aussi incriminé.

f) Homosexualité et bisexualité (3) (15) (19) (32)

1,4-4% des garçons et 1,3-2,6% des filles déclarent avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire du même sexe au moins une fois dans leur vie. (1) (31)

L'orientation sexuelle commence dès l'enfance vers 4-5 ans et est fixée à l'adolescence. En première partie d'adolescence, l'homosexualité reste une phase normale mais en deuxième partie elle peut engager l'adolescent dans la voie de l'homosexualité adulte.

L'adolescent qui se pose des questions sur l'homosexualité, n'a pas encore pris en compte la réalité de la différence anatomique entre les deux sexes. Ces questionnements sont plus accentués depuis l'augmentation des programmations ou de la presse sur l'homosexualité.

La difficulté pour accepter son homosexualité se tient qu'il s' imagine comme un choix délibéré qui peut être modifié avec un peu de volonté.

Il ne faut pas le dissuader mais le rassurer en lui disant que l'ambivalence et l'attirance homosexuelle sont normales à cette période de construction identité sexuelle. Il n'y a rien d'irréversible ni irréversible et que c'est peut être ponctuel. L'adolescent se retrouvera moins perturbé quand les parents seront plus tolérants. En effet, la problématique face à la révélation d'une orientation sexuelle est les réactions négatives de l'entourage (rejet, rupture...).

La bisexualité est plus rare et il faut bien la différenciée des expériences homosexuelles.

4- Les adultes accompagnants les adolescents et leur rôle dans l'éducation à la sexualité (1) (12)

La sexualité reste dans le domaine de l'intime, mais cet enjeu social relève de la « charge morale » transmise implicitement par les parents et explicitement par l'école. L'école a son rôle de socialisation, d'éducation, de réflexion et d'enseignement alors que les parents jouent leur influence sur leurs enfants dans leurs comportements et leur éducation

Il n'y a ni choc ni lutte des idéologies mais une complémentarité.

a) Les parents : la juste distance à trouver (1) (2) (15) (41) (46)

L'adolescent est en recherche d'autonomie et maudit l'autorité parentale. Cependant un laisser-aller des parents serait vécu comme un abandon et s'il trahit la confiance de ses parents, un sentiment de honte et de culpabilité s'empare de lui.

*** Comment la « famille » influence-t-elle la sexualité de l'adolescent ?**

Une perspective anthropologique à la sexualité est symboliquement liée à des cultures anciennes. La sexualité se développe à travers des codes familiaux et légaux dans le cadre de la société contemporaine.

Les parents éduquent donc implicitement leurs enfants à travers le fonctionnement familial qui laisse une empreinte sur le développement et la sexualité.

Cependant certaines influences familiales peuvent être plus négatives sur la sexualité notamment certains « problèmes familiaux ». En effet, les dysfonctionnements familiaux pathologiques sont souvent transgressifs.

Les adolescents fragiles ont souvent un capital narcissique, des défenses et des repères internes à la famille, fragiles. L'initiation sexuelle par la famille augmente leurs difficultés et les confronte dans leur violence et leurs représentations, ne rendant pas facile leur altérité et leur vie sexuelle.

* Quelle est la place des parents face au sujet ? (3) (16) (37)

Les parents ne doivent jamais parler de leur sexualité personnelle, de même qu'ils ne doivent pas connaître la sexualité de leurs enfants.

Or, les parents sont confrontés à la difficulté de savoir où en sont leurs enfants dans leur sexualité et les jugent souvent trop « petits » pour une vie sexuelle.

Du côté des adolescents, parler de sa sexualité à ses parents, c'est les interroger sur leur propre sexualité et sur le secret de leur propre origine. Cette impudeur va leur faire choisir des interlocuteurs externes.

Les adultes projettent leurs peurs sur l'éducation sexuelle des jeunes par souvenir de leur propre sexualité. En effet, pour les parents, « adolescence + sexualité = danger ».

La hantise des parents est la grossesse et les MST, or nos adolescents sont plus responsables que leurs aînés. Les médias nourrissent les préoccupations des parents alors que la majorité des adolescents se comporte bien.

* Quel est donc le rôle des parents ? (1) (3) (12) (15) (18) (28) (34) (46)

De part leurs transmissions de valeurs, les parents sont les premiers responsables de l'éducation à la sexualité et à la responsabilité de leurs enfants pour permettre le passage à la vie adulte.

Sexualité contre reproduction, leur rôle est d'informer, aider à débattre et de mettre en garde leurs enfants contre les dangers d'accéder sans précaution à leur pouvoir de reproduction.

Ils ont une fonction centrale dans l'expression des limites et de l'impossible réalisation de la jouissance, ils transmettent les valeurs en respectant la place de l'adolescent de ne « pas être encore grand ». En effet, si les parents ne fixent pas de limite, ils n'apportent pas à l'adolescent la protection nécessaire pour se construire. Ce dernier va donc aller vers d'autres adultes pour l'aide à avancer dans sa quête identitaire.

L'interdit des parents sera bienfaisant si la relation est dynamique et ouverte à l'autre, à travers des investissements extérieurs et des représentations symboliques de la part des parents.

Ni rigidité, ni trop grande complicité, les parents doivent trouver la bonne distance qui n'est jamais fixe, ils doivent s'adapter sans cesse. Le modèle relationnel adolescent-parents idéal serait le contrôle

parental associé à leur soutien et intérêt pour la vie de leur adolescent, en plaidoyant la pudeur car elle s'avère une qualité vis-à-vis de ses propres expériences et émotions.

b) L'école (3) (12) (14) (15) (16) (23) (34) (46)

L'école est un lieu de socialisation privilégié par regroupement des jeunes. C'est un espace de mixité, un espace protégé où l'adolescent apprend des règles sociales dans la relation à l'autre et règles du fonctionnement de groupe.

c) Les professionnels de santé : médecins et IDE scolaires (1) (11) (12) (16) (23) (28) (34) (36) (46)

**Quelle attitude est à adopter face aux adolescents en tant que professionnel de santé ?*

Il faut savoir avant tout que la majorité des adolescents va bien et en termes de santé, les jeunes se portent plutôt bien.

Le médecin, et notamment le médecin traitant, a un rôle pivot, il doit faire avant tout de la médecine de prévention et d'information. C'est pourquoi, au delà des vaccinations, des infections saisonnières et de la délivrance de certificats qui sont les premières causes de consultation d'un adolescent, son rôle est d'utiliser au mieux ces consultations pour établir un dialogue avec ces jeunes, d'autant plus que les adolescents sont réceptifs à ce genre d'informations.

En effet, dialoguer avec les adolescents pour les professionnels de santé est d'abord le considérer comme un adulte, le voir seul, le mettre à l'aise, s'occuper du problème pour lequel il vient, le rassurer sur la confidentialité, avoir une attitude ouverte et recueillir son consentement pour l'examen clinique.

L'alliance avec les parents en cas de difficulté est importante car la fuite dans une vie relationnelle extra familiale intense est un indicateur d'un malaise plus grand et permanent.

**Quel est le rôle d'un professionnel de santé dans l'éducation à la sexualité ?*

La mission de promotion de la santé et de l'action sociale se fait grâce aux médecins, IDE, assistantes de service social qui font le lien entre l'adolescent et le monde enseignant.

La démarche éducative consiste à lever les freins à la relation comme la tournure des phrases ou l'attitude comme professionnels et non comme parents. Il faut décoder les attitudes et construire ses

réponses avec l'adolescent. Il faut l'aider à accéder à ses ressources personnelles et/ou sociales, à savoir les utiliser et les développer. Enfin il faut travailler en lien avec d'autres adultes et/ou professionnels.

5- L'influence de la société et des médias sur la sexualité des adolescents

a) L'influence de la société actuelle (1) (3) (15) (18) (28) (32) (37) (39) (46)

Le sexe, dans notre société, est un véritable débat philosophique où l'altérité est mise à mal.

Tout d'abord, les pressions sociales vécues par certains adolescents sont la conséquence du poids des institutions comme l'église et la famille à travers des normes.

De plus, la société est d'une hypocrisie invraisemblable avec la sexualité. En effet on se retrouve dans une société hyper sexualisée où la parole des adultes reste absente car la sexualité des adolescents leur fait peur.

Face à cette société de plus en plus « sexuelle », les jeunes représentent la population la plus sensible et vulnérable.

Il faut quand même temporiser la situation. Car face à la sexualité actuellement très médiatisée comme un produit de consommation, les adolescents globalement savent faire la différence avec la réalité.

* Quelle est l'influence des médias sur la sexualité des adolescents ? (1) (3) (15) (16) (18) (24) (34) (37) (41)

Les adolescents sont nés dans les médias, le multimédia, les jeux vidéo et le monde virtuel. Ils sont leur univers de consommation, leur support d'affirmation d'identité. (34)

Concernant l'éducation sexuelle, l'influence des images et des représentations médiatiques des corps dépendent de trois facteurs : le contexte des images, l'attente des spectateurs et l'environnement proche du spectateur.

Les médias ont donc une place centrale dans l'univers social des jeunes, ils vont donc avoir un rôle important dans leur maturité psycho sexuelle.

* Internet et les réseaux sociaux : comment influencent-ils les adolescents sur leur rapport à l'intime et à l'autre?

L'accès à internet a augmenté surtout chez les jeunes. En 2010, 99% des 12-17 ans se sont connectés à internet.

En 2011, 98% des 12-17 ans ont un ordinateur chez eux, 72% ont un ordinateur portable, 97% sont connectés à internet à la maison et 84% à des réseaux sociaux.

Les adultes ont tendance à diaboliser internet ce qui provoque chez les adolescents une incompréhension et la perception d'un double monde.

La problématique est l'utilisation de manière perverse et pathologique d'internet, le meilleur exemple est celui de la pornographie ou de la pédophilie.

Le but est donc de promouvoir les sites fiables et apprendre aux jeunes à repérer les sites d'information juste et adaptés.

En ce qui concerne les réseaux sociaux, ces derniers influencent leurs comportements et leur rapport à l'intime et aux autres. Ils deviennent une exposition de soi, une interaction, une identité numérique et un espace intime de socialisation secondaire pour communiquer sans les adultes.

Les images que produisent les adolescents sur les réseaux sociaux sont une nouvelle manière de rencontrer l'autre, d'exprimer leur sexualité et de symboliser leur désir avec pour rôle la découverte de l'autre et de soi même ainsi que de symboliser un engagement ou la confiance.

La problématique est que les réseaux sociaux sont à la limite entre le public et le privé, entre le social et l'intime. Cependant, la parole entre parents ou adultes peut restituer ces limites.

Il faut donc développer le sens critique des jeunes, les faire réfléchir sur les différents enjeux d'internet, son utilisation, ses risques et la divulgation d'informations personnelles.

Cependant les jeunes savent bien faire la distinction sur la nature et la fiabilité des informations sur la sexualité.

Le point positif est que les réseaux sociaux sont devenus leurs nouveaux outils de prévention.

b) L'influence des images pornographiques

** Quels impacts ont les représentations érotiques des corps à travers la publicité ou la pornographie sur les comportements des adolescents ?*

30% des adolescents de 13-14 ans ont déjà vu de la pornographie.

En 2004, entre 14-18 ans, 80% des garçons et 45% des filles ont vu au moins un film X dans l'année.

Enfin, chez les 18-19 ans, 59% des filles et 90% des garçons ont déjà vu un film pornographique.

Selon l'étude de l'Institut national de la Santé et de la Recherche Médicale réalisée en 2005, 62% des 14-18 ans dont 80% de garçons et 45% de filles ont regardé des images pornographiques durant les 12 derniers mois.

La pornographie est une industrie, un commerce, un marché spectaculaire qui met en scène la sexualité. Ce monde artificiel et fantasmagorique de la pornographie réduit l'acte amoureux à son caractère animal.

Les réactions des adolescents sont mitigées : 80% des garçons disent que ça leur plaît alors que 80% des filles se disent dégoûtées et choquées. (34)

On ignore actuellement son impact sur la sexualité et les comportements des adolescents par manque de recul et par impossibilité de l'évaluer.

Pour eux, elle n'est ni transgressive ni subversive mais banalisée. On remarque quand même que même si les images peuvent avoir un fort pouvoir émotionnel, les jeunes ont tendance à s'approprier activement et critiquer ses représentations pour leur donner un sens.

Mais l'inquiétude est légitime et reste toujours très peu objectivée. L'enquête reste donc à faire...

Ce que l'on peut affirmer est que la pornographie est néfaste et dangereuse si elle reste la seule source d'information ou le seul moyen d'éducation sexuelle pour les jeunes car elle ne répond pas aux questions des adolescents mais au contraire les interroge sur leurs capacités physiques et pratiques sexuelles.

* Quel le rôle des adultes face à ces images ?

Comment traiter la question de la pornographie avec les adolescents de plus de 15 ans ?

On peut leur faire analyser le contenu des films pornographiques avec certaines questions ouvertes comme : « que mettent en scène les films pornographiques et à qui s'adressent-ils ? », « qu'est ce qu'un fantasme ? », « pour qui sont fait ces films ? », « que pensez-vous de l'image de la femme et de l'homme dans ces films ? ».

Le dialogue reste la meilleure arme contre les méfaits et les violences des images.

La totale suppression des médias à thématique de violences et d'érotisme pornographiques serait illusoire. Nos adolescents ont une curiosité sexuelle, interdire l'accès n'est pas une solution car ils ne feront qu'attiser leur curiosité et les adolescents vont se retrouver dans une tension érotique liée à l'interdit. Il faut plutôt donner aux jeunes le pouvoir de décoder, analyser la mise en scène, proposer une réflexion et développer l'œil critique.

Quand l'image est choquante, les parents doivent, eux aussi, apporter des réponses car la meilleure arme est la parole, prêt à attendre leur questionnement pour « humaniser » la sexualité.

MATERIEL ET METHODES

1- La population cible : élèves et établissements

Aucun système institutionnel ne peut remplacer l'école car celle-ci permet de recruter un nombre très important d'adolescents dans une population la plus diversifiée possible.

L'enquête se déroule de septembre 2011 à juin 2012 auprès de 972 élèves.

La répartition des élèves s'est faite à partir d'établissements privés ou publics, d'enseignement général ou professionnel de la région nantaise plutôt en zone urbaine et périurbaine. (Annexe 9 : liste des établissements scolaires)

Les établissements scolaires qui ont été recrutés, regroupent plusieurs cycles :

- Premier cycle : de la 5^{ème} à la 3^{ème} au collège d'enseignement général.
- Second cycle : 1^{ère} au lycée d'enseignement général.
- Second cycle professionnel : 2^d, 1^{ère} et CAP au lycée d'enseignement professionnel.

2- Les moyens pédagogiques

a) Les questionnaires (annexes 10, 11 et 12)

Les questionnaires ont été élaborés et validés par l'équipe des conseillères conjugales et familiales depuis plusieurs années. Au fil du temps, ils ont été modifiés en fonction des informations recherchées et étudiées.

Les questionnaires ont été construits à partir d'un tronc commun de questions, identique à tous les établissements, cependant quelques questions ont été rajoutées ou supprimées, pour les classes de lycée professionnel. En effet, les questions relatives à l'échange entre intervenants/adolescents et à la mixité du groupe n'ont pas été mentionnées ainsi que la question relative à une intervention antérieure (chez les filles uniquement). En revanche chez les filles, deux questions relatives au respect du groupe et des intervenants et à une ouverture au dialogue parents/adolescent se sont rajoutées.

Le caractère confidentiel et anonyme a bien été explicité aux élèves.

Le questionnaire comporte des données administratives (âge, sexe). Il porte aussi sur des interrogations principales : le fond et la forme de l'intervention d'éducation à la vie sexuelle et affective, sur le dialogue parents/adolescent.

Des commentaires ont été mis à disposition pour une plus grande ouverture aux attentes et questionnements des adolescents.

Les questionnaires ont été dépouillés par les directeurs d'établissement puis les résultats ont été transmis au centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), ou bien, envoyés directement au CPEF qui, lui, procédera au dépouillement.

b) Les intervenants

Les intervenants sont essentiellement des sages femmes ou des conseillères conjugales et familiales ayant reçues la formation à l'éducation à vie sexuelle et affective.

Cependant tout autre professionnel, ayant reçu cette formation, peut être intervenant.

c) Les partenaires

La Loire Atlantique est un département impliqué dans l'éducation sexuelle des adolescents à travers de nombreuses associations et organismes.

Le projet a été soumis à autorisation du principal et du conseiller principal d'éducation (CPE) de chaque établissement pour les collèges et du proviseur pour les lycées.

Le Conseil Général du département de Loire-Atlantique en est le partenaire principal et finance les actions des CPEF pour les interventions des collèges.

Le Conseil Régional des Pays de la Loire finance les actions de prévention à la sexualité des lycées, des centres d'apprentissage et des Maisons Familiales Rurales.

Ce financement comprend un partenariat associatif avec Sida Info Service et le MFPPF ainsi qu'un « Pass' prévention-contraception » mis à disposition des élèves depuis la rentrée de septembre 2012, par le personnel de santé scolaire ou éducatif «réfèrent» de l'établissement ou par les CPEF.

3- La séance d'éducation à la vie affective et sexuelle : contenu et organisation

a) Le contact préliminaire

Chaque année, un document rappelant la loi sur l'éducation à la vie sexuelle et affective est adressé par le Conseil Régional de Pays de la Loire au CESC (Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté) pour les collèges et par le Conseil Régional Des Pays de la Loire pour les lycées, les centres d'apprentissage et les MFR.

Les professionnels de l'équipe éducative des établissements contactent ensuite les organismes habilités à l'éducation à la vie affective et sexuelle (associations et CPEF) pour organiser les séances d'éducation de la vie affective et sexuelle.

Du côté des adolescents, un mot est parfois noté dans le carnet de correspondance qui devra être signé par les parents, mais ce n'est pas toujours le cas car la loi n'y oblige pas les établissements. Par contre une autorisation de sortie est obligatoirement demandée aux parents en cas de déplacement de l'élève au centre de planification. Enfin les intervenants demandent systématiquement que les interventions soient préparées et que les cours d'anatomie et de physiologie soient antérieurs aux interventions. Ceci permettra un échange en amont dans la classe et d'éventuels questionnements.

b) L'intervention proprement dite

Les acteurs de la séance

Les intervenants sus cités président, en général, seuls ou en binômes ou idéalement en trinômes, et peuvent être accompagnés ou pas de co-auteurs comme les infirmières scolaires, les enseignants, les médecins scolaires, les assistantes sociales ou des stagiaires.

Les élèves eux sont accueillis en petits groupes de 7 à 15. Dans cette étude, filles et garçons d'une même classe sont séparés mais selon la décision du directeur d'établissement, les groupes peuvent être mixtes.

Les lieux de la séance

L'intervention nécessite deux heures pendant ou en dehors des heures de cours habituelles des élèves. Les séances peuvent se dérouler soit dans l'établissement scolaire soit, les élèves se déplacent au CPEF. La plupart du temps, les sièges sont disposés en demi-cercle pour que les séances restent conviviales et s'ouvrent à l'écoute, aux échanges et au débat.

Les thèmes abordés : fond et forme

L'objectif des séances est celui expliqué dans la loi de 2001, il est censé correspondre à la notion de santé sexuelle définie par l'OMS.

Concrètement, les objectifs sont de contribuer à faire diminuer les conflits relationnels et les sentiments de mal-être des adolescents grâce à leurs questionnements sur leur vie affective et sexuelle. Il s'agit d'évaluer leurs connaissances afin de les informer sur les manifestations physiques et

psychologiques de la puberté, sur la contraception, sur leurs droits et sur les structures d'accueil et d'écoute.

Enfin il s'agit également de savoir comment est perçue cette démarche auprès des adolescents, et de confronter leurs idées et comprendre leurs attitudes.

L'intervention débute par la présentation du ou des intervenants, suivie d'explications sur le déroulement de l'intervention et le rappel du secret professionnel et du respect du groupe sur chacun lors mais aussi en dehors de la séance.

L'intervention est construite selon une « animation-débat », guidée et orchestrée par les interrogations des adolescents.

En effet, la séance part toujours de la parole des adolescents, de leurs questionnements ou de leurs préoccupations. En général l'intervenant lance juste une question ouverte telle que : « pourquoi êtes vous ici ? » ou « comment avez-vous accédé au centre de planification et qu'est ce que la planification familiale ? »

Puis les sujets abordés sont pour le moins intimistes et adaptés au développement de l'adolescent.

En général les thèmes les plus fréquemment abordés sont :

- la planification familiale : définition, rôle, confidentialité, anonymat, gratuité, secret professionnel, déroulement des consultations, prescription de contraception...
- les différents types de contraception : pilule, patch, anneau, préservatifs masculin et féminin, stérilet (DIU) et implant.
- anatomie génitale et fonctionnement du cycle ovarien, de la fécondation et de la grossesse.
- VIH et autres IST, notamment l'HPV (transmission, vaccination, lésions du col/cancer du col, rôle du FCV...)
- la virginité : hymen et saignement lors du 1^{er} rapport sexuel, religion et culture.
- la relation avec l'autre : la relation sexuelle proprement dite, le bien être avec l'autre, le respect de l'autre, l'absence de dominance masculine, la responsabilité de chacun dans le mode et l'utilisation de la contraception.

Enfin, à la fin de l'intervention, des fascicules et brochures sont distribués (exemples : « questions d'ados, amour et sexualité », « le livre des IST », « la première consultation gynécologique »...) (annexe 13), ainsi que la liste des lieux d'écoute et de consultation de leur circonscription (annexe 16), sans oublier de leur proposer des préservatifs.

c) La phase d'évaluation

L'établissement qui demande l'animation se charge de remettre le questionnaire aux élèves. En général il est rempli en tout début d'un cours quelques jours après l'intervention en rappelant aux élèves que

les réponses sont anonymes et sans délai imposé. Une fois récupérés, l'établissement les revoie au centre de planification.

4- Les méthodes statistiques

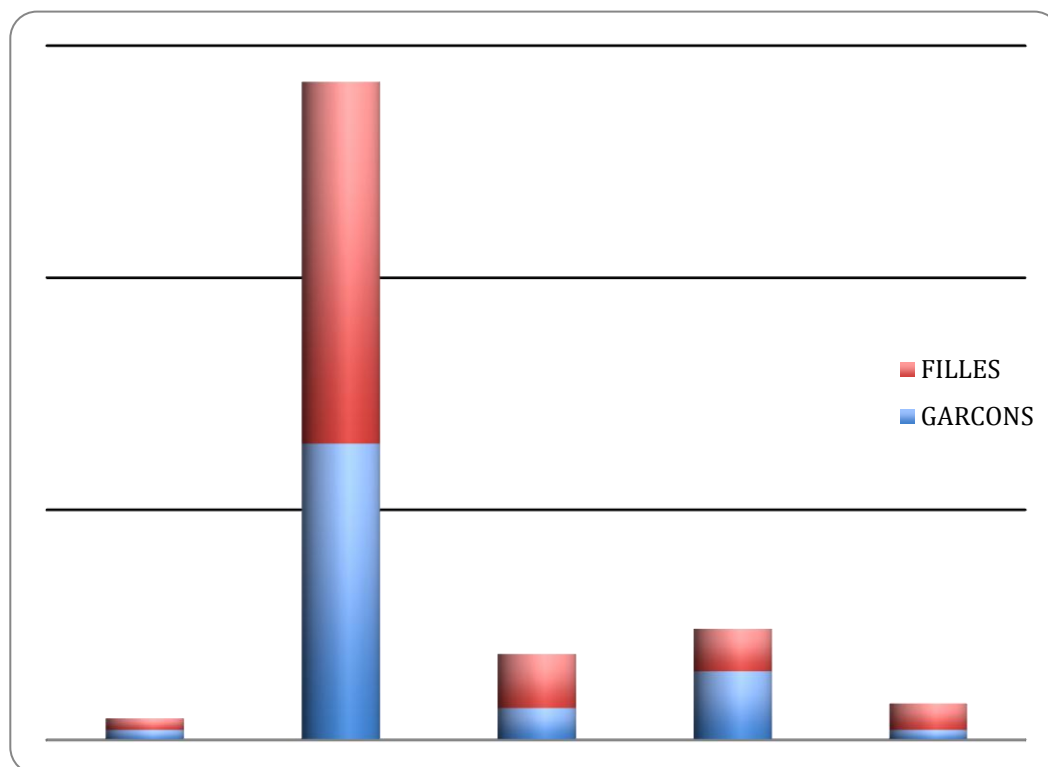
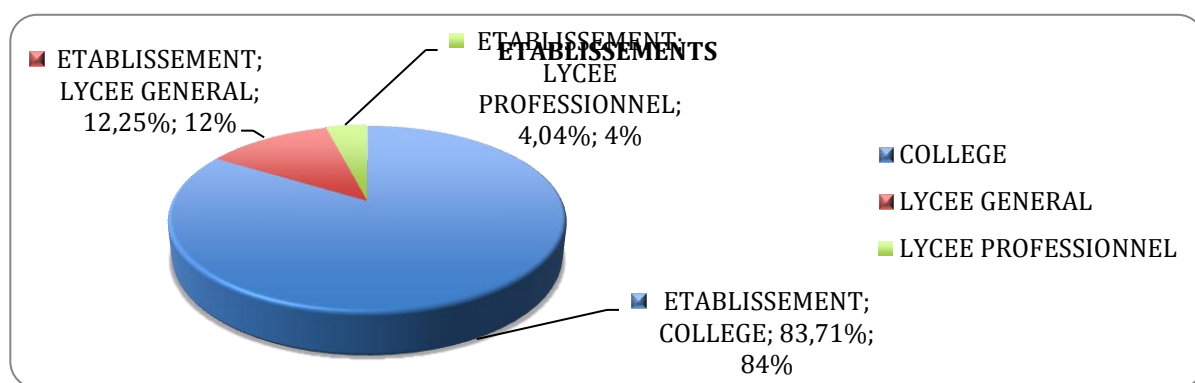
Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne +/- déviation standard (pour les variables quantitatives) ou de pourcentages (pour les variables qualitatives)

Pour comparer les résultats pour les variables qualitatives, le test de Chi 2 est utilisé. La différence est considérée comme significative quand p est inférieur à 0,05.

RESULTATS

1- Caractéristiques des adolescents interrogés (âge, sexe , établissements fréquentés...)

Camembert et graphique 1 : caractéristiques des adolescents en fonction de leur sexe et de leur établissement d'enseignement d'origine

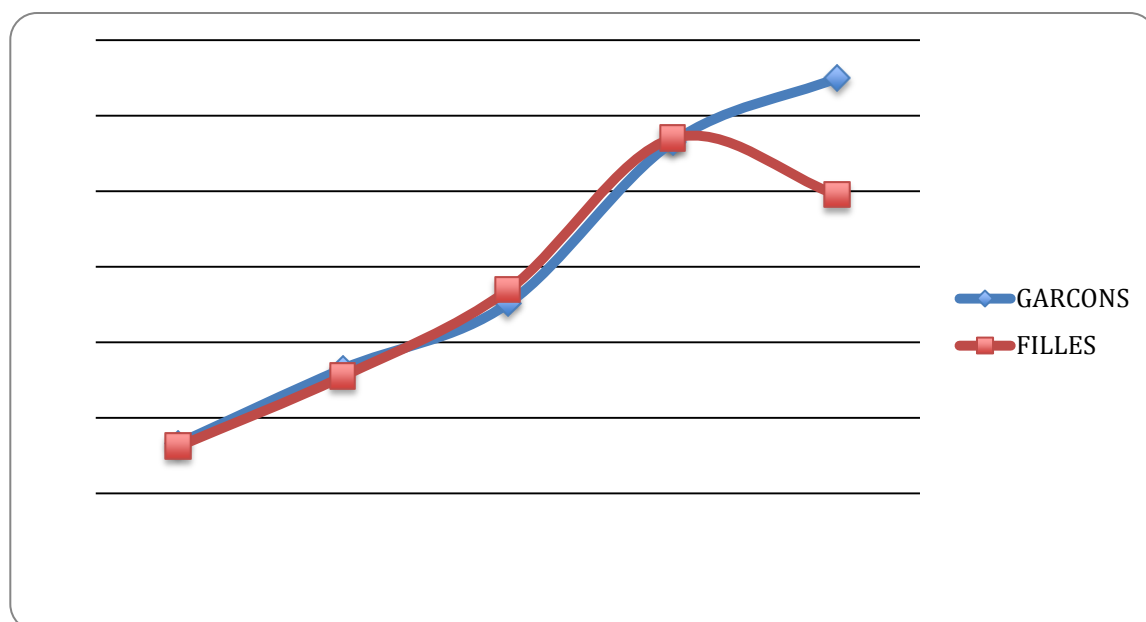


Sur 792 élèves recrutés, 663 soit 83.71% sont issus du collège, 97 soit 12.25% du lycée d'enseignement général et 32 soit 4,04% du lycée d'enseignement professionnel.

On peut constater que la répartition générale filles/garçons est de 54,17% de filles et 45,83% de garçons sans disproportion dans les classes de 5^{ème} et 4^{ème} mais une participation plus active des filles dans les classes de 3^{ème} et du lycée professionnel et des garçons dans les classes de 1^{ère} du lycée général.

Enfin nous pouvons constater un recrutement plus important pour les classes de 4^{ème}.

Graphique 2 : caractéristiques des adolescents en fonction de leur moyenne d'âge par classe



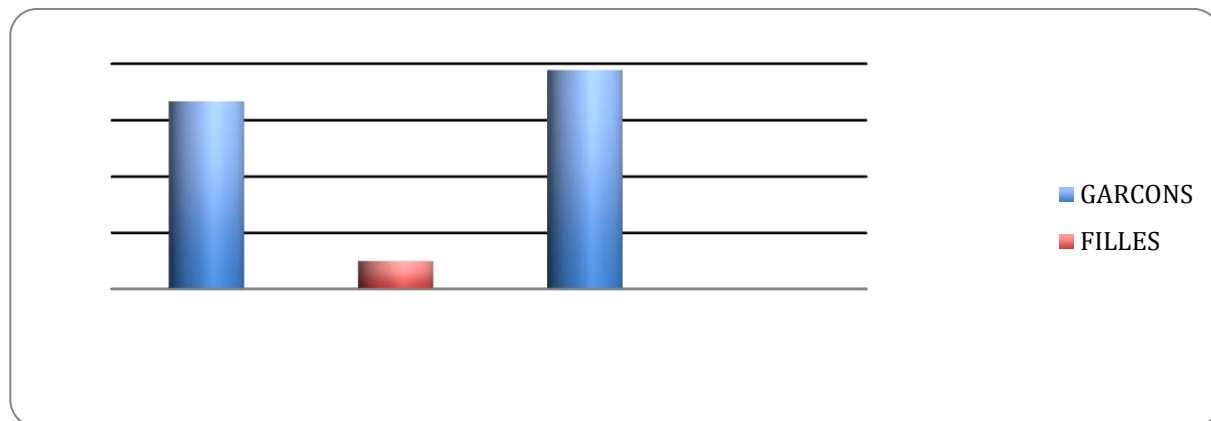
Pour la classe de 5^{ème}, l'âge moyen est de 12,64 ans ; pour la classe de 4^{ème}, il est de 13,60 ans ; pour la classe de 3^{ème}, il est de 14,63 ans et pour la classe de 1^{ère}, il est de 16,67 ans. En général, pour toutes les classes des collèges et des lycées généraux, il existe une quasi absence de différence de moyenne d'âge entre les filles et les garçons d'une même classe.

En ce qui concerne les classes de 2d, 1^{ère} et CAP de lycée professionnel, la moyenne d'âge est de 16,36 ans avec une moyenne plus élevée chez les garçons (17,5 ans) par rapport aux filles (15,95 ans).

2- Analyse des questions portant sur le fond de l'intervention selon leur âge

a) Question sur l'intérêt porté à cette intervention

Graphique 3 : intérêt porté à cette intervention par les élèves des classes de 5^{ème}

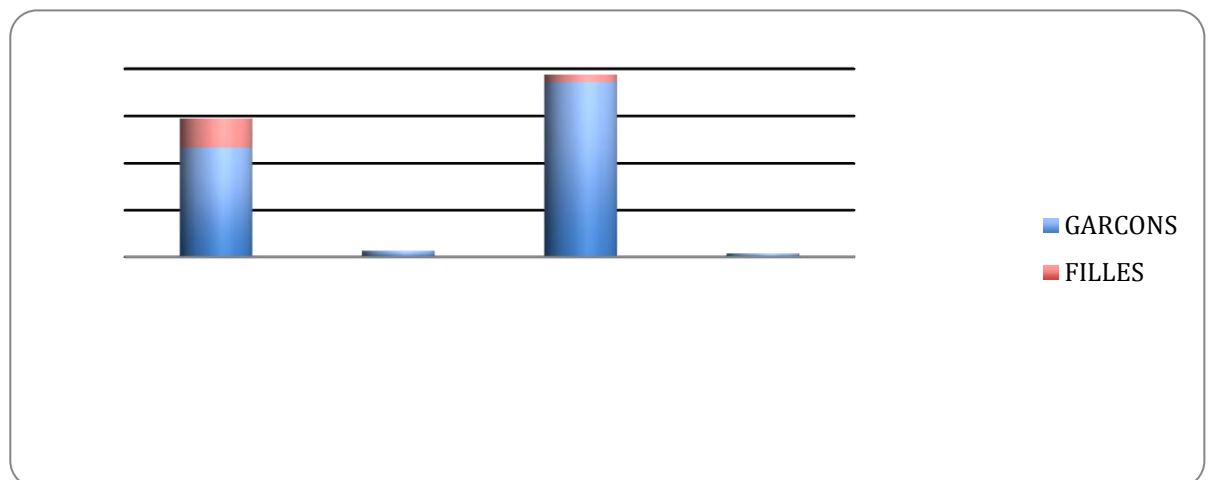


Pour les 12-13 ans, une petite majorité de la classe (52,63%) pense que cette intervention est plutôt utile avec une prédominance chez les garçons (66,67%) par rapport aux filles (40%) mais cette différence n'est pas significative car $\chi^2 = 0,6083$ donc $0,5 > p > 0,3$.

Une fille pense que l'intervention lui a été inutile.

Enfin, 73,68% de la classe a trouvé cette intervention intéressante mais aucun inintéressante.

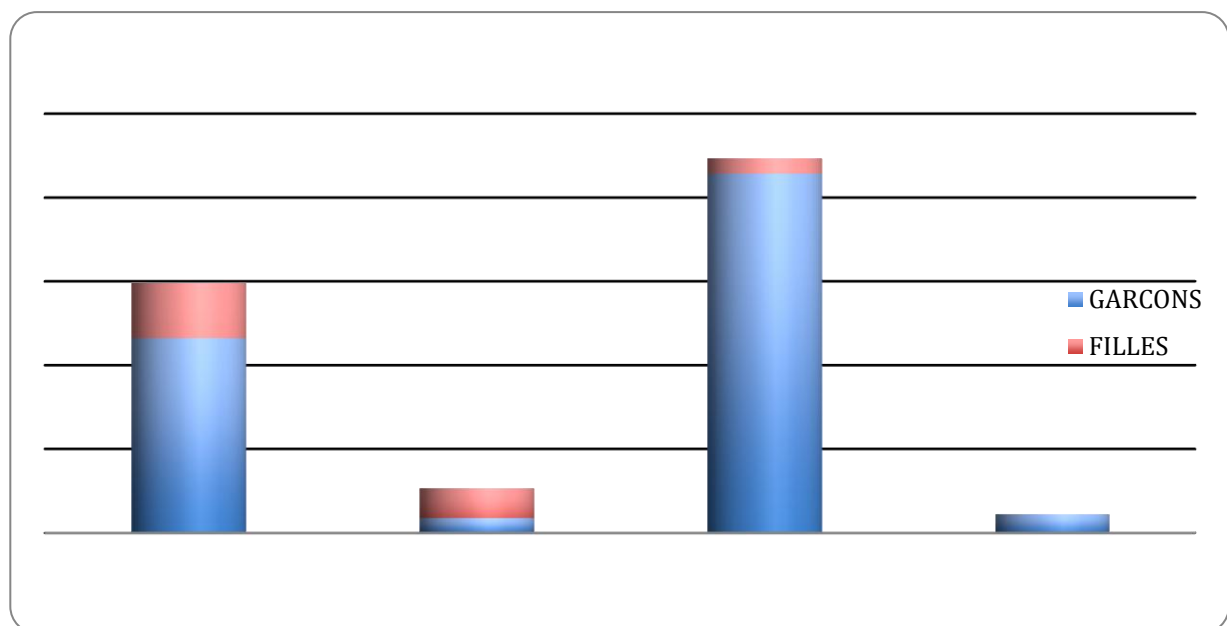
Graphique 4 : intérêt porté à cette intervention par les élèves des classes de 4^{ème}



Pour les 13-14 ans, on retrouve aussi une petite majorité (53,43%) qui pense cette intervention est « utile » contre 1,50% « inutile ». La prédominance est en faveur des filles (58,97%) par rapport aux garçons (46,69%), différence significative car $\chi^2 = 6,3$ donc $0,02 > p > 0,01$.

6 élèves soit 1,05% pensent que cette intervention est « inintéressante » contre 76,1% « intéressante ». 2 élèves n'ont pas répondu à l'item.

Graphique 5 : intérêt porté à cette intervention par les élèves des classes de 3ème

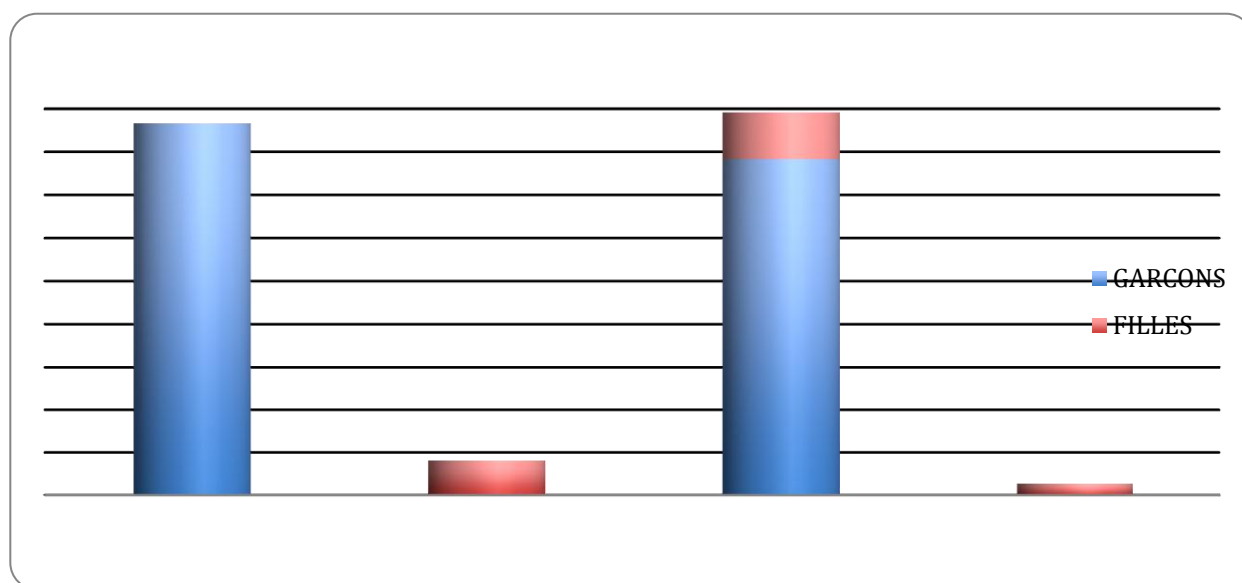


Pour les 14-15 ans, de la même manière on retrouve qu'une petite majorité (54,67%) pensant que cette intervention est « utile », avec là aussi, une « semblante » prédominance des filles (59,57%) par rapport aux garçons (46,43%) mais non significative car $\chi^2 = 0,3$ donc $0,9 > p > 0,5$.

Les élèves se disent de plus en plus intéressés par l'intervention (88%).

Cependant le pourcentage «intervention inutile » à tendance à s'élever (8%), tout comme « intervention inintéressante » (2,67%).

Graphique 6 : intérêt porté à cette intervention par les élèves des classes de 1^{ère}

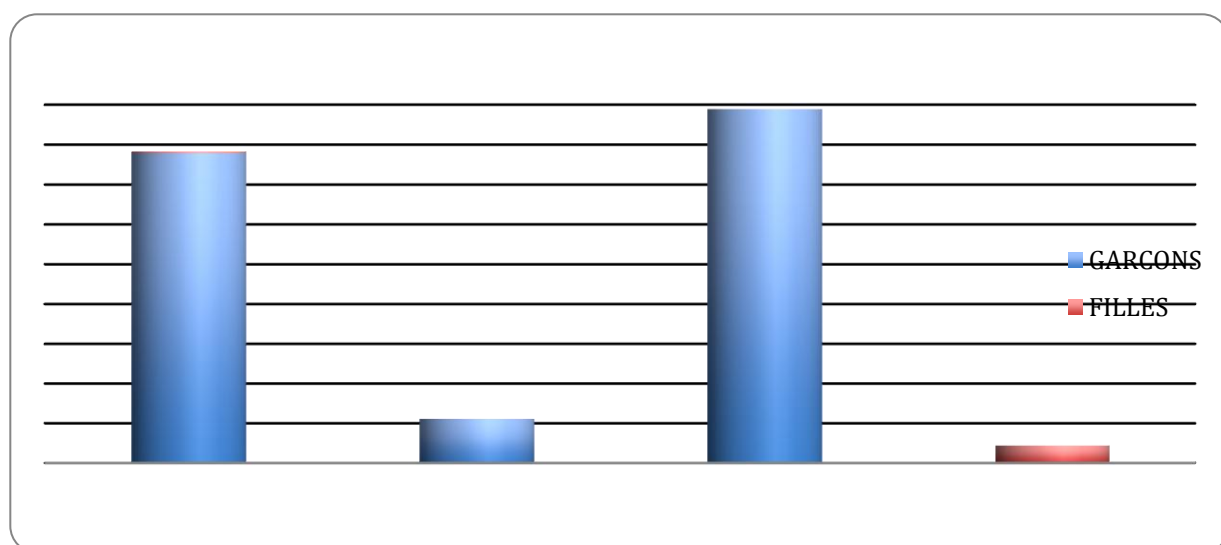


Pour les 16-17 ans, 66,31% pendant cette intervention est « utile » avec une très large prédominance pour les garçons (86,67%) par rapport aux filles (45,95%) alors que celles –ci la considère plutôt « intéressante » (89,19%).

Mais d'un point de vue plus général, l'intervention est intéressante pour 83,76% des élèves.

Enfin, les élèves ont pensé que l'intervention était « inutile » et « inintéressante » à respectivement 4,05% et 1,35%.

Graphique 7 : intérêt porté à cette intervention par les élèves des classes de 2d, 1ère professionnelles et CAP

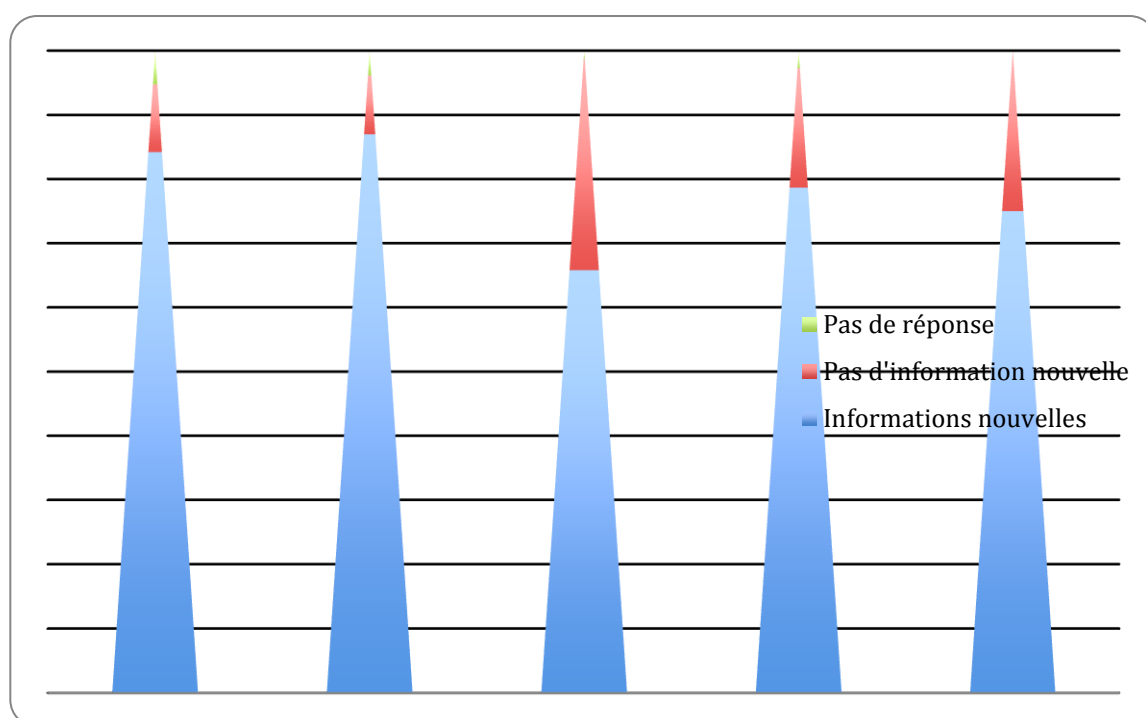


Pour les 16-17 ans du lycée professionnel, les pourcentages sont élevés sur le fait que cette intervention soit « utile » (78,13%) et « intéressante » (84,38%) autant chez les filles que chez les garçons.

9,38% et 3,13% pensent que cette intervention est respectivement « inutile » et « inintéressante ».

b) Question sur les nouvelles informations apportées par l'intervention

Graphique 8: nouvelles informations apportées par l'intervention en fonction de la classe



84,21% des classes de 5^{ème} ont considéré que l'intervention leur a apporté des informations nouvelles sans différence significative entre les garçons et les filles puisque $\chi^2 = 1,25$ donc $0,3 > p > 0,2$.

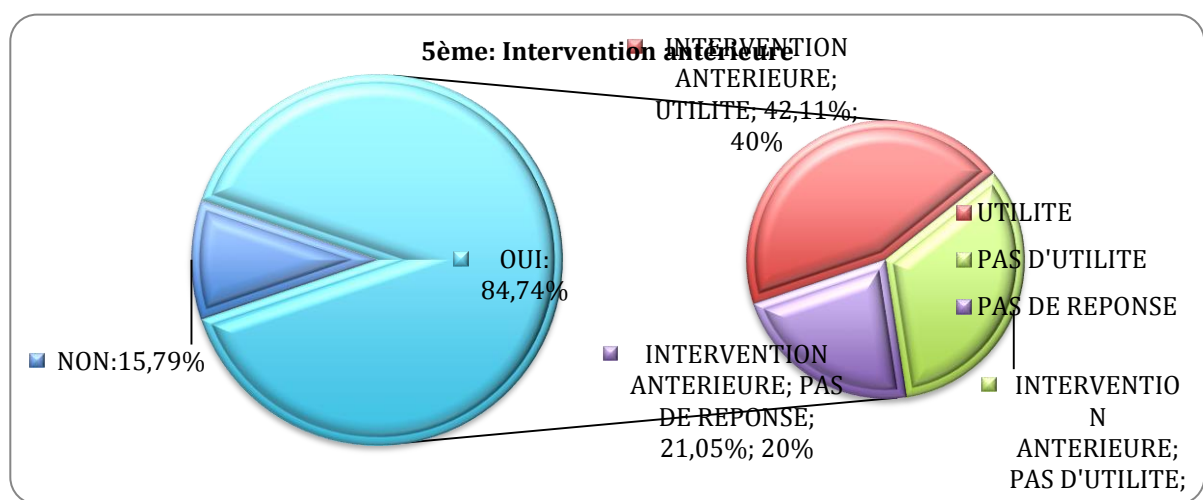
Presque 87% des élèves des classes de 4^{ème} pensent que cette intervention leur a apporté de nouvelles informations. Les filles semblent même plus considérer que les garçons cette affirmation de façon significative car $\chi^2 = 13,99$ donc $p > 0,001$.

A peine 2/3 des élèves des classes de 3^{ème} ont considéré que cette interventions leur a apporté des informations nouvelles sans différence significative entre filles et garçons car $\chi^2 = 0,72$ donc $0,5 > p > 0,3$.

78% des élèves des classes de 1^{ère} générale pensent que l'intervention leur a apporté des informations nouvelles sans différence significative entre filles et garçons puisque $\chi^2 = 0,04$ donc $0,9 > p > 0,5$. Enfin $\frac{3}{4}$ des élèves des classes de lycée professionnel pensent que cette intervention leur a apporté des informations nouvelles sans différence entre filles et garçons car $\chi^2 = 2,52$ donc $0,2 > p > 0,1$.

c) Question sur une intervention antérieure et son utilité

Graphique 9 : intervention antérieure et son utilité aux yeux des adolescents de classe de 5^{ème}



84,21% d'entre eux ont déjà reçu antérieurement ce type d'intervention.

Et seulement 42,11% pensent que cette intervention leur a été utile sans différence entre filles et garçons car $\chi^2 = 0,38$ donc $0,5 > p > 0,9$.

Leurs commentaires sur l'utilité de l'intervention antérieure :

GARCONS :

Oui car : « pour connaître la puberté, pour ne pas faire n'importe quoi avec les filles »

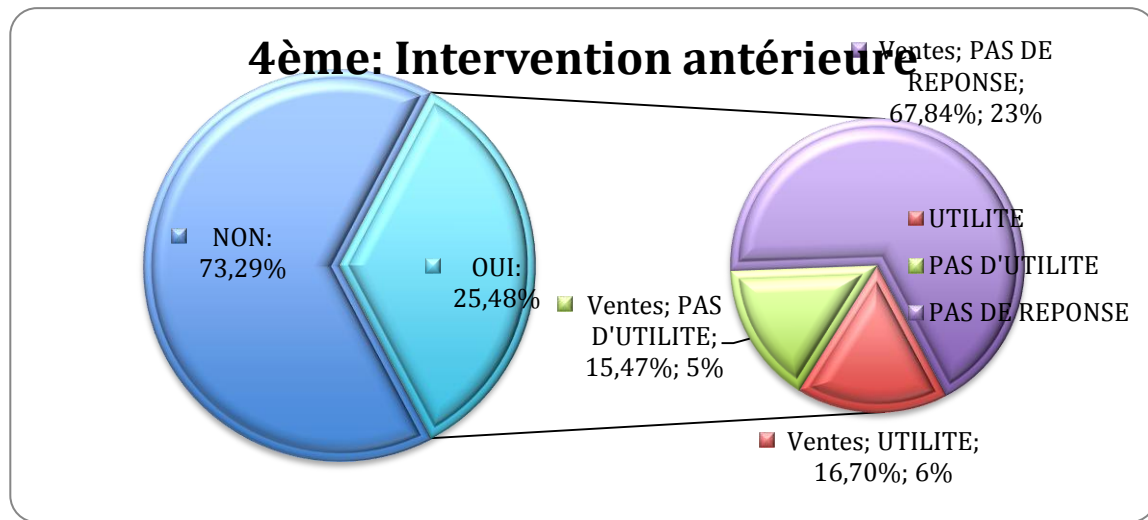
Non car : « presque rien appris »

FILLES :

Oui car « très important »

Non car : « on était trop petit »

Graphique 10: intervention antérieure et son utilité aux yeux des adolescents de classe de 4^{ème}



En 4^{ème}, 73,29% des élèves n'avaient jamais eu d'intervention antérieure et pour ceux qui l'ont eu presque la moitié n'y voyait pas l'utilité, de même sans différence significative entre les filles et les garçons car $\chi^2 = 0,77$ donc $0,5 > p > 0,3$.

Leurs commentaires sur l'utilité de l'intervention antérieure:

GARCONS :

Oui car : « répondre aux 1ère questions que l'on se pose, connaître les risques, apprendre les moyens de contraception, informations sur le sujet, ne pas croire aux bêtises, je croyais tout savoir mais utile, intéressant de savoir comment ça marche »

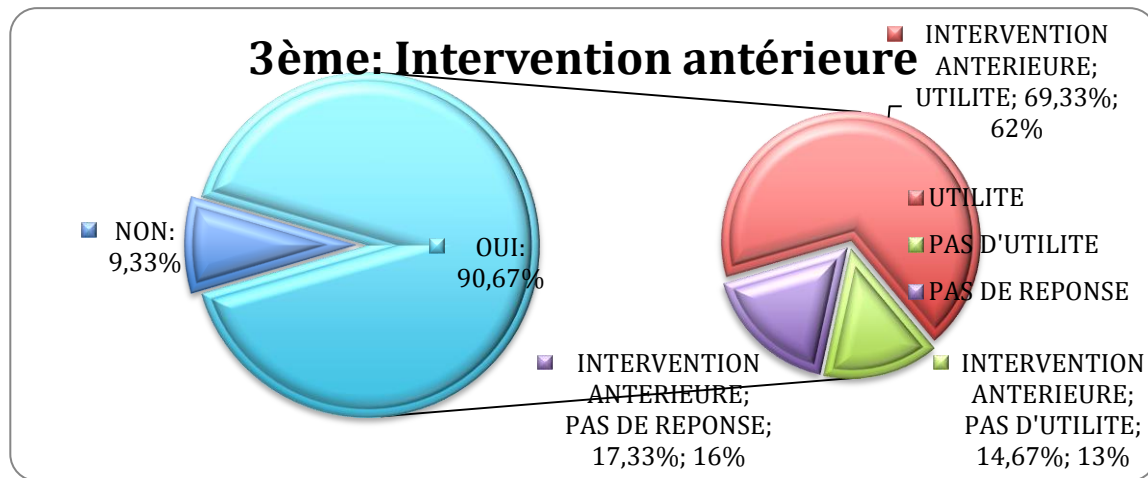
Non car : « regret de ne pas en avoir eu, on n'a presque rien appris, pas intéressé par le sujet, trop jeune, tout le monde s'en fichait, on connaissait déjà »

FILLES :

Oui car : « pour apprendre des choses, pour nous rassurer, pour ne pas se mettre en danger pour plus tard, prévenir des risques, regret de ne pas en avoir eu »

Non car : « trop jeunes, trop jeune pour comprendre, pas d'utilité, puberté non faite, pas assez approfondi, avant la puberté ce n'est pas important, je ne pensais pas à ça, on n'est pas assez mûres »

Graphique 11 : intervention antérieure et son utilité aux yeux des adolescents de classe de 3^{ème}



90,67% de la classe avait déjà reçu une intervention antérieurement.

Et presque 70% de la classe l'a trouvée utile avec une prédominance significative des garçons par rapport aux filles car $\chi^2 = 4,3$ donc $0,02 > p > 0,05$.

Leurs commentaires sur l'utilité de l'intervention antérieure:

GARCONS :

Oui car : « puberté en cours, mieux informé, on a appris des choses, préciser certaines choses, pas au courant de tout, informations sur IST, toujours bien de la savoir le plus tôt possible, connaître les moyens de contraception, important d'en parler »

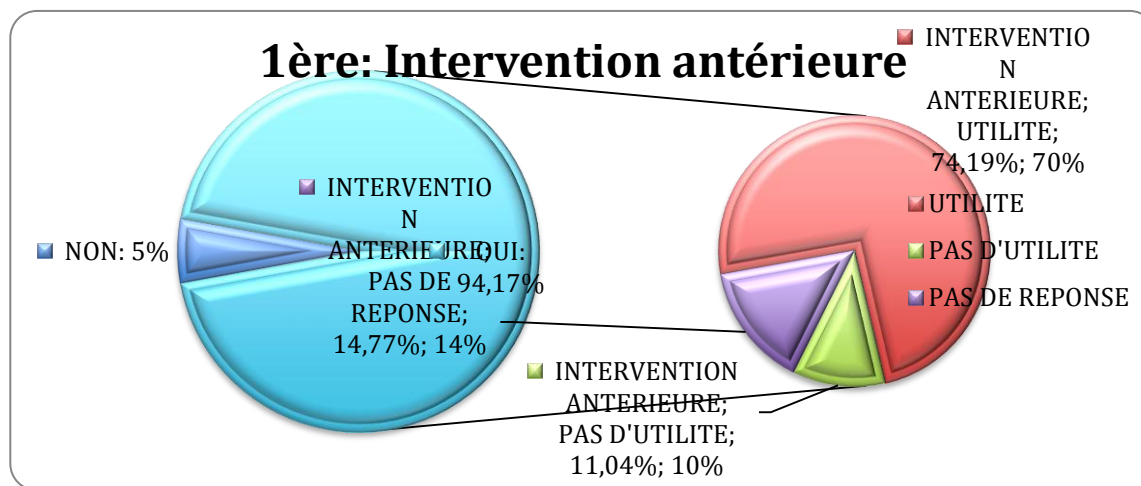
Non car : « on connaît beaucoup moins de chose au CM2, beaucoup trop diversifié, pas assez approfondi »

FILLES :

Oui car : « le corps change, utile de savoir pourquoi la vie affective devient un sujet moins tabou auquel on s'intéresse davantage, information par ma mère, ça nous concerne, non connaissance de la contraception, on se posait déjà des questions, je ne connaissais pas certaines choses »

Non car : « trop jeune, on ne pouvait pas parler librement donc pas intéressant, pas concernée »

Graphique 12 : intervention antérieure et son utilité aux yeux des adolescents de classe de 1ère



Plus de 94% des classes de 1ère avaient déjà eu une intervention du même type antérieurement et 74% en avaient trouvé son utilité sans différence significative entre filles et garçons car $\chi^2 = 2,42$ donc $0,2 > p > 0,1$.

Leurs commentaires sur l'utilité de l'intervention antérieure:

GARCONS :

Oui car : « car jamais d'intervention avant, j'avais déjà eu des problèmes sur ça »

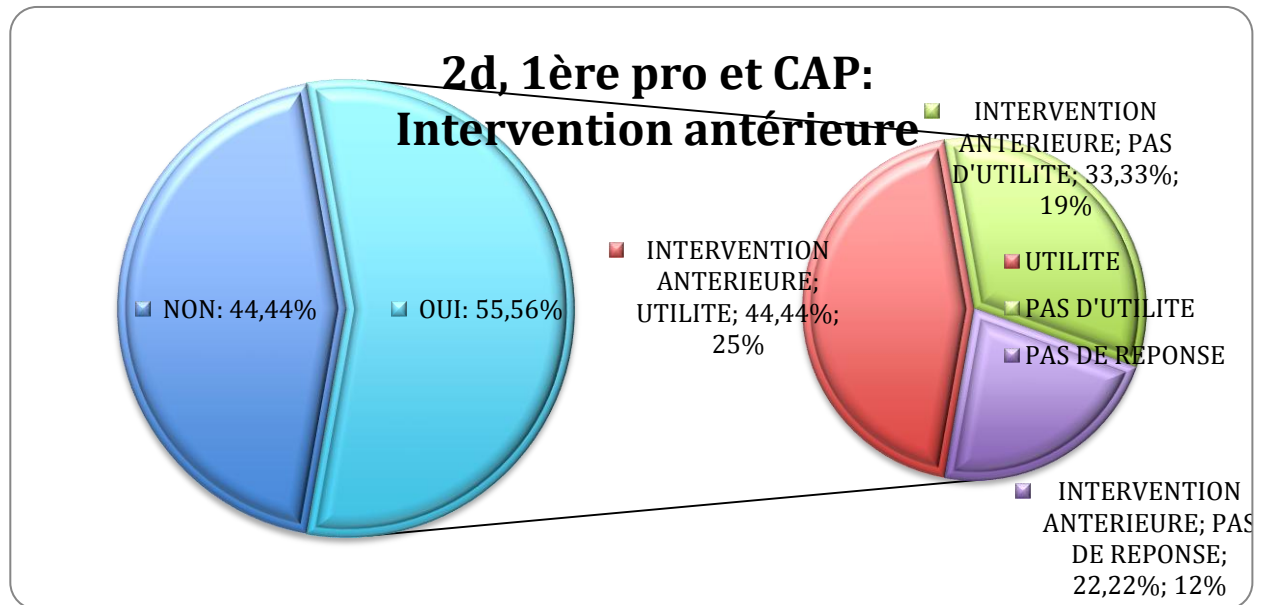
Non car : « non concerné par le sujet, trop jeune, aucun souvenir »

FILLES :

Oui car : « pour IST à partir de la 3ème, pas le même âge, pas les mêmes interrogations, pour apprendre des choses, avoir des infos utiles »

Non car : « pas concernée par le sujet »

Graphique 13 : intervention antérieure et son utilité aux yeux des adolescents de classe de 2d, 1ère professionnelles et CAP



Sur les 9 garçons seulement 4 ont reçu une intervention antérieure et 4 l'ont trouvée utile.

Les filles n'avaient pas cet item dans leur questionnaire.

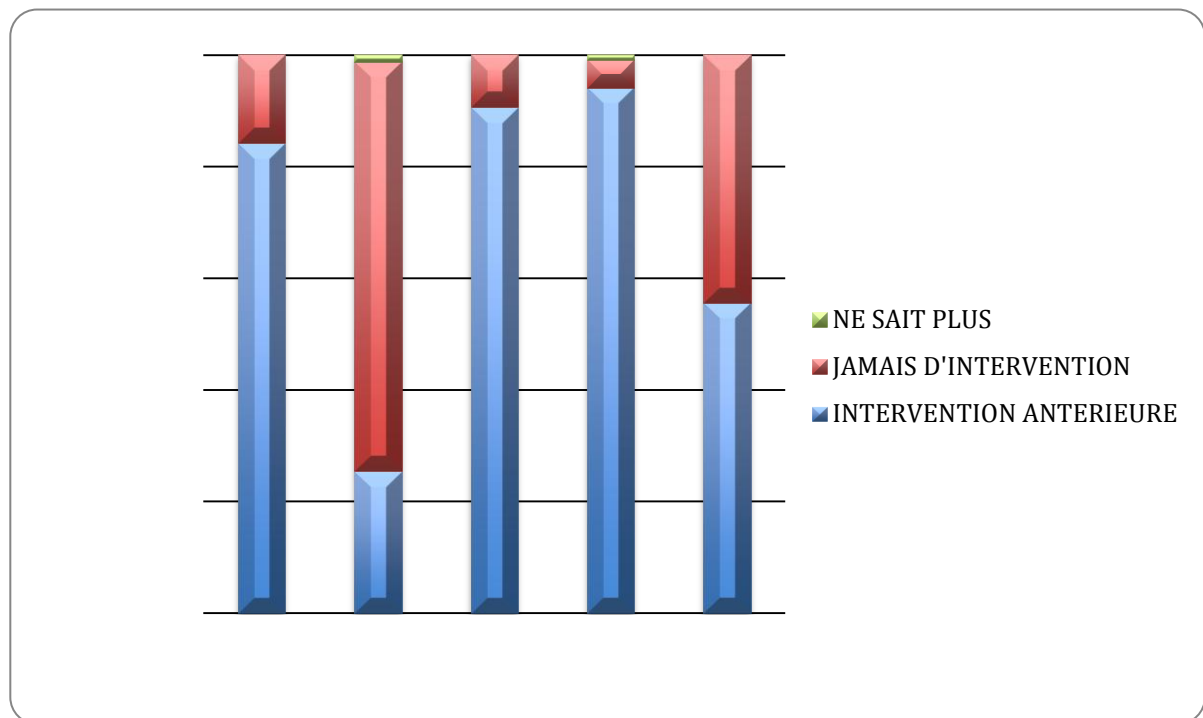
Leurs commentaires sur l'utilité de l'intervention antérieure:

GARCONS :

Oui car : « prépare à devenir adulte, car plus jeune, poser des questions, on ne connaissait pas tout, toujours utile en période d'adolescence »

Non car : « pas à l'aise pour parler de ce sujet, pas l'occasion d'y réfléchir ni d'en parler, parce que le sujet avait déjà été abordé l'année d'avant »

Graphique 14 : récapitulatif concernant toutes les classes

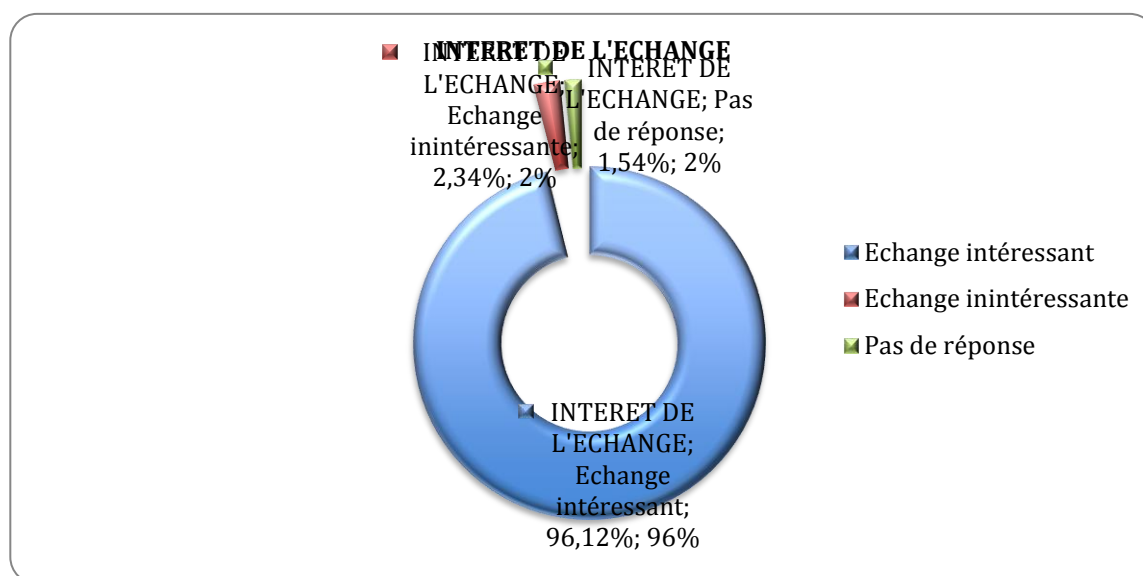


Les classes de 4^{ème} ont eu le taux de recrutement le plus important, elles sont donc probablement les plus proches de la réalité en terme de statistique.

3- Analyse des questions portant sur l'échange entre intervenant/élève, l'aisance de la prise de parole et le respect du groupe durant l'intervention

a) Question sur l'échange et l'aisance de la prise de parole des élèves face à l'intervenant

Graphique 15 : intérêt de l'échange entre intervenant/élèves, retrouvé chez les élèves des établissements généraux



On peut constater que la plupart des élèves (96,12%) ont apprécié et ont trouvé intéressant cet échange.

Cet item n'a pas été posé aux élèves du lycée professionnel.

Leurs commentaires sur cet échange avec l'intervenante :

GARCONS :

- 5ème : « on a appris plus de choses qu'en CM2, on pose des questions et on nous répond »
- 4ème : « on a appris ce qu'on connaissait pas, parler ouvertement, apprentissage de plein de choses surtout IST, intervenante sympa, réponses aux questions sans tabou, connaître risque IST et contraception, drôle et instructif, captivant, intéressant, utile pour la suite, on peut faire confiance aux adultes, parler sans gêne sur des thèmes dont on a honte »

- 3ème : « informations utiles et concrètes, c'était sérieux, on a parlé à une professionnelle, on peut dire tout ce qui nous passe par la tête, montre les différentes étapes ou phases, c'était marrant, drôle, j'ai appris des choses, échanger des points de vue même si je connaissais la plupart des choses, il faut en parler, parler sans gêne, évoquer des points de vue encore flous pour moi, approfondi, complet, sujet de conversation ouvert à tous, intéressant, marrant »

- 1ère : « j'avais besoin d'être rassuré, bonne pédagogie, liberté d'expression, on n'en parle jamais avec les adultes, bien conçu, rappels, intervenants sympas, sympas quand les collègues de classe sont sympas, liberté d'échange, discussion avec les professionnels, on nous a expliqué comment mieux comprendre »

FILLES :

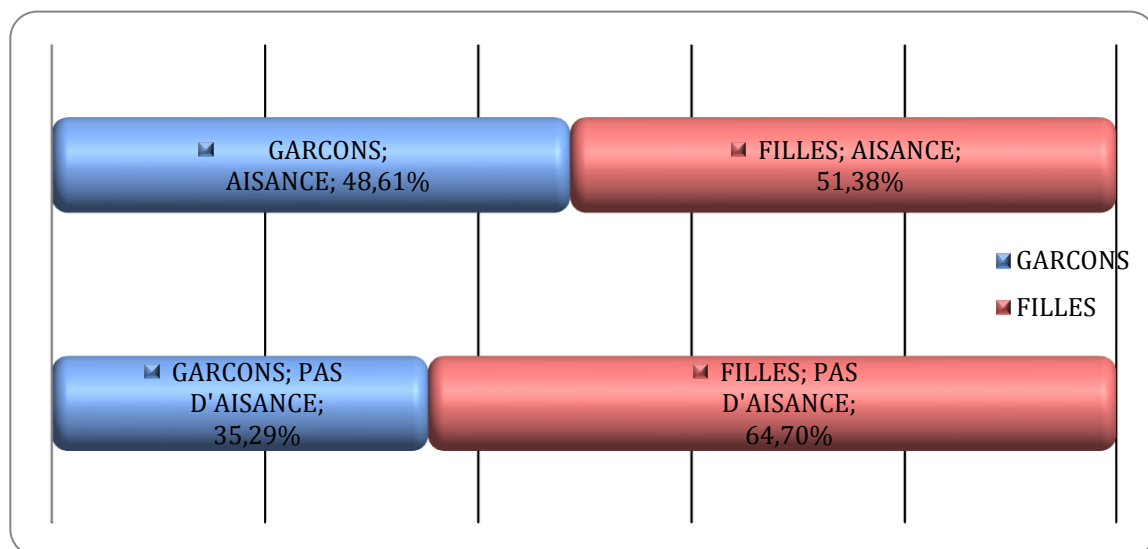
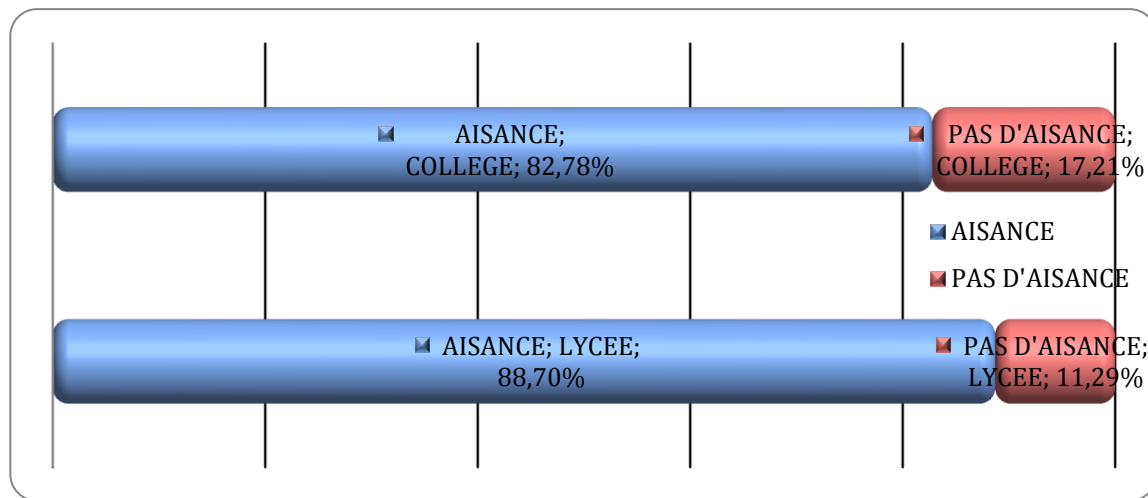
- 5ème : aucun commentaire

- 4ème : « même si je sais des choses, cela permet d'en reparler, bonnes explications, nouvelles choses, plus qu'en SVT, on s'est rapproché de certaines personnes, aide pour l'avenir, ça peut servir pour maintenant, poser des questions sans gêne, s'exprimer sans crainte, pas de préjugés sur nous, je n'en parle pas avec mes parents, j'ai appris plus de choses sur moi, sur mon corps, sur la vie et la sexualité, avoir confiance en soi et son copain, parler ouvertement, réponse à mes questions, appris de nouvelles choses, mieux compris, limiter les risques, savoir dire non »

- 3ème : « complet, j'en sais plus maintenant, dialogue libre, parler avec quelqu'un d'extérieur permet d'approfondir les connaissances, la dame nous a mis à l'aise, on a eu des rappels, échanger avec les autres, connaître opinions du groupe, apprendre toujours quelque chose d'utile »

- 1ère : « on se pose plus de questions, j'ai appris des choses et obtenu des explications, intervenante nous a donné envie de parler, constructif et animé, débattre autrement avec les autres personnes de la classe, autre approche de discussion, bonne ambiance, dialogue »

Graphiques 16.: aisance de la prise de parole des élèves face à l'intervenant par type d'établissement et par sexe.



On peut constater que quelque soit l'âge et l'établissement fréquenté, les adolescents sont en grande majorité pour 78,31% à l'aise pour prendre la parole sur le sujet contre 15,05% qui restent encore mal à l'aise.

Chez les élèves qui n'ont pas été à l'aise pour la prise de parole, les filles sont majoritaires 63,70% contre 35,29% des garçons avec une différence significative car $\chi^2 = 7,09$ donc $0,01 > p > 0,001$.

De plus, on constate que les lycéens sont quand même plus à l'aise et de façon significative pour prendre la parole sur le sujet puisque $\chi^2 = 16,17$ donc $p < 0,001$

Quelques commentaires ont été relevés en classe de 3ème et 1ère générale chez les garçons et filles, sur l'aisance ressentie face à l'intervenante sur le sujet de la sexualité :

GARCONS :

- 3ème :

Je suis à l'aise car : « petit groupe, entre garçons, bonne ambiance, on se sentait tous à l'aise dans le groupe, la personne nous a mis en confiance, hors du cadre scolaire, on ne connaît pas la dame, même si je n'ai pas parlé »

Je suis mal à l'aise car : « bizarre de parler de ça devant tout le monde, je suis très pudique »

- 1ère :

Je suis à l'aise car : « cadre sympa, habitude de parler de ça, petit groupe classe, sujet important, ne devrait pas être tabou, car séparation fille/garçon, je connais les gens présents »

Je suis mal à l'aise car : « compliqué de parler de ce sujet, trop timide, sujet embarrassant »

FILLES :

- 3ème :

Je suis à l'aise car : « on était entre filles, peu nombreuses »

Je suis mal à l'aise car : « je ne prends jamais la parole, sujet délicat mais au fur et à mesure c'était plus facile, sujet que je n'aime pas aborder devant les autres, sujet difficile à aborder, on ne parle pas de ça tous les jours, au départ non et puis la personne nous a tous mis à l'aise »

- 1ère :

Je suis à l'aise car : « pas à l'aise, je ne parle pas de ça avec les gens que je ne connais pas vraiment »

Je suis mal à l'aise car : « entre filles c'est mieux, confiance dans les personnes présentes, difficile au début et puis bonne ambiance, détente »

b) Question sur le respect de l'intervenant et du groupe d'élève

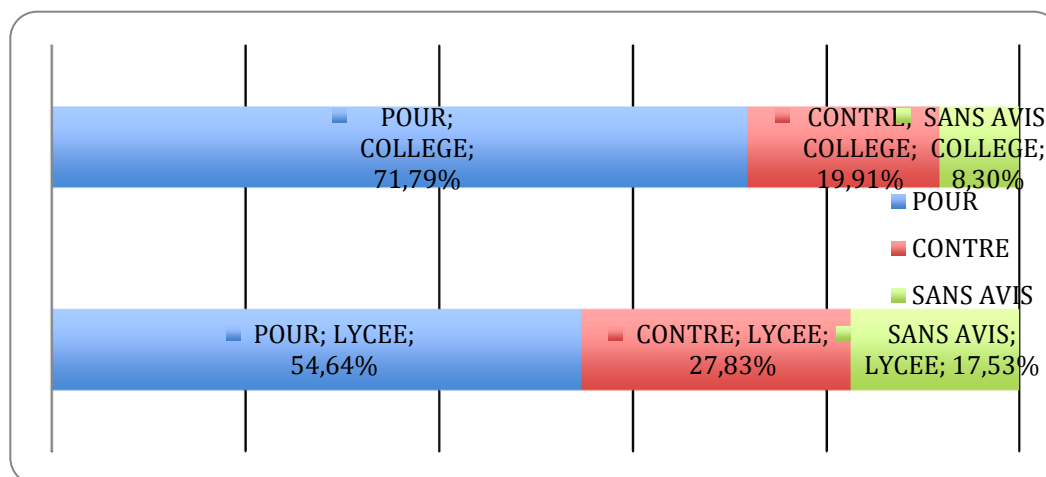
Cette question n'a été abordée qu'avec les filles de 2d, 1ère professionnelles et CAP car au vu des résultats, la pertinence de cette question a été remise en question et donc supprimée.

En effet 100% des 23 filles ont répondu qu'elles se sont senties complètement respectées par l'intervenant et le groupe d'élève.

4- Analyse des questions portant sur la forme de l'intervention : séparation filles /garçons

a) Question sur la séparation filles/garçons lors de l'intervention

Graphique 17 : avis des adolescents sur la séparation filles/garçons lors de l'intervention



En général, 2/3 des adolescents souhaitent que la séance soit faite filles et garçons séparés contre 1/3 qui ne sont pas favorable ou qui n'ont pas donné leur avis. Les plus jeunes semblent encore plus favorables (71,79%) à la non mixité filles /garçons par rapport à leurs aînées du lycée (54,64%).

Leurs commentaires sur la séparation filles/garçons lors de l'intervention :

GARCONS

- 5ème :

Pour car : « car c'est confidentiel, mieux entre garçons, éviter les disputes»

- 4ème :

Pour car : « c'est plus simple pour prendre la parole, trop de complexes, plus à l'aise, c'est gênant, il y a des choses que l'on ne peut pas dire, pas à l'aise avec les filles, plus simple pour prendre la parole, plus à l'aise entre garçons, on ne parle pas de la même chose, moins humiliant, certaines choses sont plus personnelles, plus facile de parler, moins de gêne, aborder des questions de garçon, on n'est pas pareil, oser moins en parler, éviter les moqueries, ça n'intéressent pas les filles, les filles ne parleraient pas, »

Contre car : « bien de savoir le point de vue des filles, pour voir la différence, pour mieux s'y connaître avec nos futures femmes, une vie de couple se fait à 2, l'avis des filles est toujours intéressante, ça ne sert à rien de nous séparer, savoir le point de vue des filles, se mettre d'accord sur certaines décisions,

tous concernés, intéressant, voir la réaction des filles, apprendre ensemble, respect de l'autre, il n'y a rien à cacher, échange de savoir entre nous »

- 3ème :

Pour car : « non concernés par les mêmes choses, on peut être jugé par l'autre sexe, moins de gêne entre garçons, certaines personnes n'oseraient pas parler, pas le même point de vue, pas la même conception des choses, pas les mêmes idées, plus de mal à prendre la parole »

Contre car : « c'est bizarre de nous séparer, c bien d'avoir l'avis du sexe opposé »

- 1ère :

Pour car : « pour poser nos questions, c'est plus simple pour s'exprimer, on n'a pas la même vision de la sexualité, pas à l'aise, gênant, facilité de parole, ce serait encore plus embarrassant »

Contre car : « créer un échange, mieux se comprendre, partager idées, mixité sympa, c'est bien de savoir se que pensent les filles »

FILLES

- 5ème

Pour car : « respect intimité, trop difficile avec les garçons, trop gênant »

Contre car : « on doit s'expliquer tous ensemble »

- 4ème

Pour car : « pour s'exprimer sans peur, pour ne pas être gêné, ça ferait trop de bavardage, pas les mêmes mises en garde à faire, pas la même maturité, pour ne pas être mal à l'aise, garçons immatures, parler librement être filles, moqueries garçons qui feraient des réflexions à tout bout de champs, garder son intimité, être plus libre, pas confiance aux garçons, choses intimes, confidentialité, gênant, profit des garçons pour des mauvaises blagues, garçons n'ont pas de règles, pas de confiance aux garçons, pas la même puberté, pas la même maturité, les garçons en font des tonnes, pas le même corps c'est gênant, trop personnel, ce serait le bazar avec les garçons, moins bien parler, moins à l'aise, moqueries, gêné pour prendre la parole »

Contre car : « connaître l'avis de tous, savoir ce que l'on ressent mais dépend du sérieux et maturité de chacun, pour savoir ce qui se passe de "l'autre côté", s'écouter, savoir se que pensent les garçons, se sentir prêt »

- 3ème

Pour car : « à cause de certains sujets, on n'aurait pas posé des questions, on est plus libre sans les garçons, moins de gêne, garçons immatures, c'est mieux, trop gênant, parler de ce qu'on veut »

Contre car : « c'est bien de s'entendre et de s'écouter, pour que les garçons puissent mieux comprendre la contraception et la grossesse »

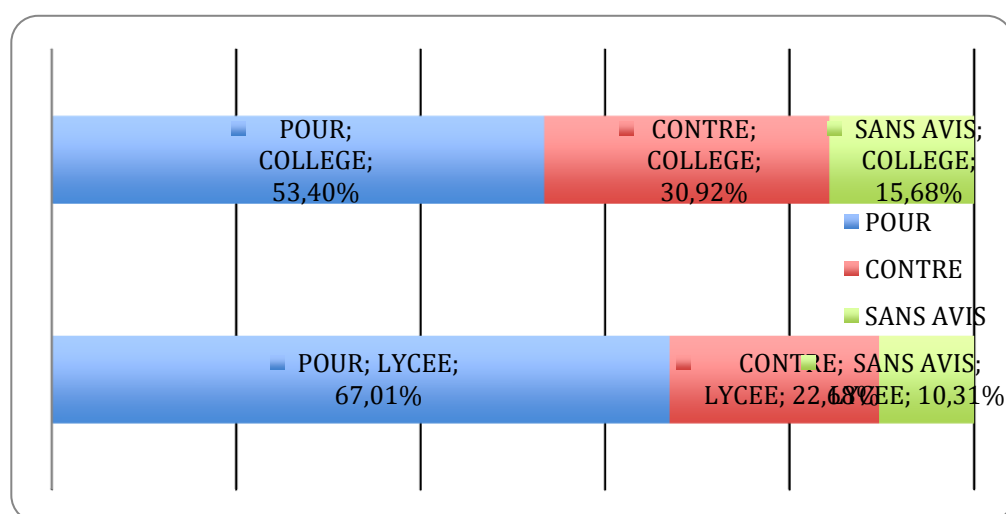
- 1ère

Pour car : « peur des conflits, filles et garçons n'ont pas les mêmes problèmes, mal à l'aise, peurs des moqueries des garçons, mieux entre filles, moins de gêne, pas à l'aise avec les garçons »

Contre car : « discussion direct, points de vue différents »

b) Question sur un schéma d'intervention différent avec une 1ère séance filles/garçons séparés puis une 2ème séance en classe mixte.

Graphique 18: avis des adolescents sur un schéma d'intervention intégrant une 1ère séance filles/garçons séparés puis une 2ème séance en classe mixte



A peine la moitié des adolescents sont favorables à un schéma d'intervention différent qui consisterait à faire une 2ème séance avec une classe mixte.

Cependant presque $\frac{1}{4}$ n'a pas donné d'avis sur la question.

Par ailleurs, on retrouve un avis favorable plus marqué pour une 2ème séance mixte chez les lycéens (67,01%) par rapport à leurs cadets collégiens (53,40%).

Leurs commentaires vis à vis de ce schéma d'intervention :

GARCONS

- 5ème :

Pas de commentaires...

- 4ème :

Pour car : « connaître l'opinion opposé, intéressant, aide à communiquer, mieux se comprendre, voir le "programme" des filles, échanger, discuter, comparer »

Contre car : « séparé c'est mieux sans les filles »

- 3ème :

Pour car : « mieux pour moi, échanger, parler entre garçons et filles, comparer nos points de vue, moins gêné par ce qu'on dit »

Contre car : « même chose certains n'oseraient pas parler, ne servirait à rien, on ne devrait pas mélanger les deux »

- 1ère :

Pour car : « mieux pour débat, mettre en commun nos points de vue, prévention sur violences conjugales, facilité, détente, poser des questions gênantes, mélange d'idées pour mieux écouter et attentif au sexe opposé »

Contre car : « sujet trop gênant, pas de confiance aux filles qui iront le répéter, inutile, on peut tout faire du 1er coup »

FILLES

- 5ème

Pour car : « on saura tout sur tout le monde »

Contre car : « on ne ferait que rigoler »

- 4ème

Pour car : « pour savoir ce que pensent les garçons, pour tout mettre au clair, pour mettre nos avis en commun, opinion ensemble, pourquoi pas, dire ses opinions, mieux se comprendre, mieux échanger nos idées, apprendre à se connaître, mieux réfléchir, parfait, partager ses opinion, ça pourrait être différent, c'est mieux »

Contre car : « moins à l'aise, gêné de prendre la parole, gênant d'en parler avec eux, plus à l'aise entre filles, je ne veux pas avoir de renseignements sur les garçons, une seule séance suffit »

- 3ème

Pour car : « échanger, connaître les avis des autres en ayant eu un moment entre filles, les filles d'abord pour être à l'aise après, savoir ce que pensent les garçons, pour se faire comprendre des garçons »

Contre car : « ça ne servirait à rien, ça ne changerait rien, je serais trop mal, plus à l'aise qu'avec des filles »

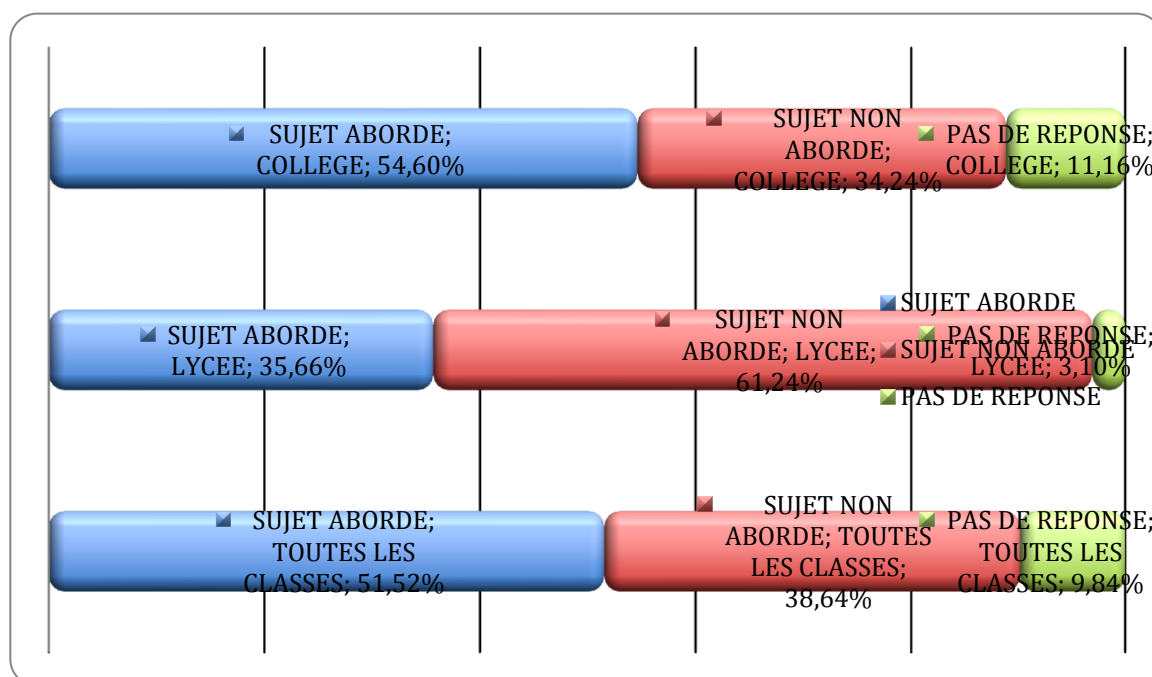
- 1ère

Pour car : « ce serait mieux, savoir ce qu'ils pensent, confiance, points de vue différents, sympa, plus d'échange, partage, enrichissant, mieux »

5- Analyse des questions portant sur le dialogue parents/enfants sur le sujet

a) Question sur le fait d'avoir parlé de l'intervention à leurs parents

Graphique 19 : les adolescents des collèges et des lycées parlent à leurs parents de cette intervention



On peut remarquer que 51,52% des adolescents ont parlé à leurs parents de cette intervention portant sur la sexualité contre 38,64% qui n'en ont pas parlé. Les élèves de collège, plus jeunes, abordent majoritairement la question avec leurs parents (54,6%), des élèves de lycées, plus âgés qui sont dans la situation inverse (35,66%). Cette différence est significative car $\chi^2 = 17,2$ donc $p < 0,001$.

Leurs commentaires sur l'abord du sujet de la sexualité avec leurs parents :

GARCONS

- 5ème :

Pas de commentaires...

- 4ème

Sujet abordé car : « les parents sont là pour nous aider, parce que c'était noté sur le carnet, intéressant, mes parents voulaient en savoir plus, ils ont les préservatifs, c'est ma mère qui m'en a parlé, pour les tenir informés, qu'ils sachent que j'ai été informé »

Sujet non abordé car : « pas le temps, ils s'en foutent, ils auraient posé des questions, ça ne les regarde pas, j'ai oublié, pas le temps, il s'en foutent, éviter qu'ils me posent des questions, ça ne les regarde pas, j'ai oublié, tabou, pas besoin, je ne veux pas parler de ça à mes parents, ça ne les concerne pas, je préfère garder ça pour moi sinon ils vont me poser des questions, pas envie, c'est personnel »

- 3ème :

Sujet abordé car : « ils me l'ont demandé, pour qu'ils sachent ce que je fais, pour partager »

Sujet non abordé car : « pas eu le temps, pas eu l'occasion, pas envie, on ne parle pas de ça avec ses parents »

- 1ère :

Sujet abordé car : « pour qu'ils sachent que je suis au courant et qu'ils ne s'inquiètent pas trop, semble utile »

Sujet non abordé car : « cela me dérange d'en parler avec eux, pas nécessaire, top secret, n'en n'ont rien à faire, ils n'y attachent pas d'importance, aucun intérêt à leur dire, on en parle pas »

- 2d, 1ère et CAP :

Sujet abordé car : « pour qu'ils sachent, ça me semble important d'en parler, pour qu'ils sachent nos connaissances sur le sujet »

Sujet non abordé car : « pas envie d'aborder le sujet avec eux pour le moment, pas important de parler de ce sujet avec eux, sujet tabou pas au niveau sexuel mais au niveau de la contraception »

FILLES

- 5ème

Sujet abordé car : « ils ont besoin de savoir »

Sujet non abordé car : « je ne sais pas si je le ferais, trop difficile »

- 4ème :

Sujet abordé car : « pour savoir ce qu'ils pensent, rapidement pour qu'ils soient au courant, parce que ça peut leur servir, ont le droit de savoir, c'est nécessaire, doivent être au courant, je leur dis tout ce que je fais au collège, ça les regarde un peu, pour savoir ce qu'ils pensent, pour connaître l'avis de ma mère, pour savoir ce que pensent mes parents, pour parler de ça ensemble après, ont vu les documents et m'en ont parlé, pour discuter avec eux, pour les prévenir qu'on apprend des choses que eux ne disent pas forcément, pour parler avec ma mère et avoir son avis, je l'ai dit à ma mère car on peut en parler tranquillement »

Sujet non abordé car : « j'ai oublié, je ne veux pas, pas à l'aise avec le sujet, gênant d'en parler avec eux, pas obligé de savoir ce que je sais sur le sujet, trop intime, pas utile, pour qu'ils ne posent pas de questions, je n'aime pas trop parler de ça avec eux, je ne dis pas grand chose à mes parents, c'est confidentiel, ne sont pas intéressés, on ne parle pas de sexualité avec eux, dans mon pays on ne fait pas ce genre d'intervention et ma mère comprend mal parce qu'elle s'imaginerait que je vais avoir des rapports maintenant même si c'est complètement le contraire »

- 3ème

Sujet abordé car : « pour en reparler avec ma mère, ils trouvent que c'est bien qu'on en ait parlé, vite fait, pas de détail, on se raconte nos journées, ils trouvent ça intéressant, pour qu'ils soient au courant de quoi on parle, pour parler avec eux, pour leur faire comprendre qu'on a été informé »

Sujet non abordé car : « pas eu l'occasion mais ça pourrait être intéressant, pas utile, sujet tabou à la maison, pas à l'aise pour parler avec eux, pas d'intérêt de parler de ça avec eux, pas à l'aise »

- 1ère

Sujet abordé car : « pour discuter, en parler autour de nous est important »

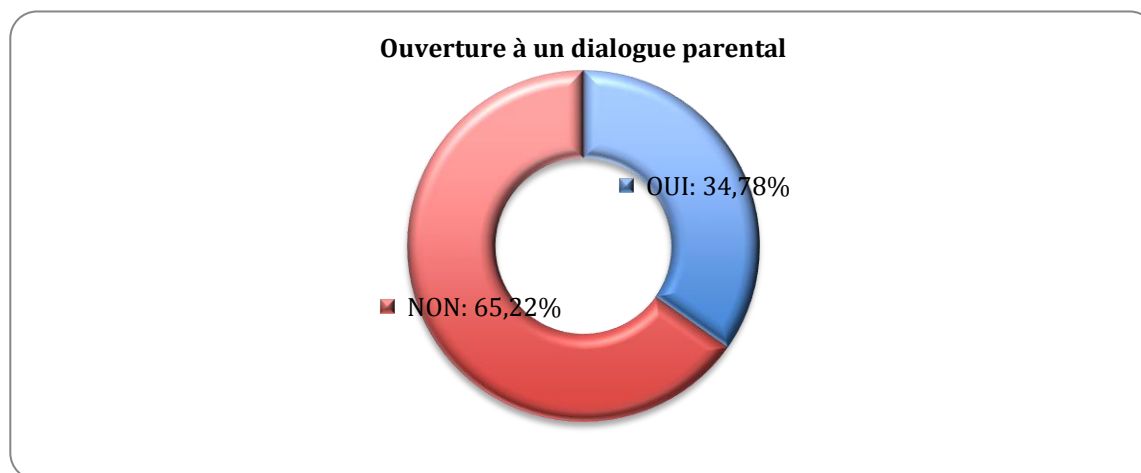
Sujet non abordé car : « parents non intéressés, mauvaise entente entre eux, ne comprennent pas, oubli, pas le temps, pas l'occasion, pas d'utilité »

- 2d, 1ère pro et CAP :

Pas de commentaire...

b) Question sur une éventuelle ouverture au dialogue avec leurs parents suite à cette intervention

Graphique 20: l'ouverture à un dialogue parents/adolescents suite à cette intervention



Cette question n'a été posée qu'à la classe de filles du lycée professionnel, on peut constater que dans presque 2/3 des cas, cette intervention n'a pas permis d'ouvrir un dialogue parents/adolescent sur le sujet de la sexualité.

Cependant elle a permis quand même à 1/3 des adolescentes de parler sexualité à leurs parents.

6- Leurs commentaires généraux

Leurs commentaires et suggestions chez les garçons et les filles, par classe :

GARCONS :

- 5ème :

Aucun commentaire

- 4ème :

« Intéressant, on a parlé des dangers plus que des joies, livret intéressant, toutes les questions étaient dedans, marrant, ambiance bonne, j'étais à l'aise, intéressant, utile »

- 3ème :

« Bien et intéressant, amusant, agréable, intéressant, sympa, marrant »

- 1ère :

Aucun commentaire

- 2d, 1^{er} pro et CAP :

« Très bien, trop court, peut être mieux expliqué, en faire au moins une fois par an, j'avais des choses à dire mais il fallait que je sois tout seul, permet d'ouvrir connaissances sur la sexualité »

FILLES :

- 5ème :

Aucun commentaire

- 4ème :

« Très intéressant, assistance était géniale, trop cool, intervenante trop canon, elle gérait, dame cool et rigolote, elle sait les mots qu'il faut dire, elle arrivait à nous mettre à l'aise, échange adapté, intéressant et sympa, inquiétant qu'on en ait pas eu avant, bien expliqué, la personne répondait bien à nos questions, intervention qui devrait exister dans tous les pays du monde, ça aiderait beaucoup les personnes qui se retrouvent enceintes malgré elles, bien expliqué, à l'aise, amusant, intéressant, instructif, j'ai appris des choses sur les maladies »

- 3ème :

« Intéressant, je ne savais pas qu'on pouvait venir en anonyme et que c'était gratuit, enrichissant, je suis plus à l'aise, beaucoup appris »

- 1^{ère} :

Aucun commentaire

- 2d, 1^{ère} pro et CAP :

« L'occasion d'en parler à ma mère, c'est bien de faire un rappel, de ne pas oublier, j'en ai parlé vaguement à mes parents car je n'étais pas à l'aise, c'est un sujet qu'il faut éviter car c'est la honte! Intervention utile car m'a appris beaucoup de choses, intervention très instructive »

DISCUSSION

1- Critiques et biais de l'étude

a) Caractéristique des établissements et des adolescents

Le taux de recrutement

Tout d'abord, nous ne pouvons pas évaluer le nombre d'établissements ayant renvoyé les questionnaires et nous constatons un faible taux de recrutement concernant les classes de 5ème et les classes professionnelles.

L'étude ne nous permet donc peut être pas d'avoir une réelle vue d'ensemble sur les modalités d'application des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle au niveau de la région nantaise mais, sûrement, permet quand même une bonne approche du sujet.

La perte de recrutement peut se justifier par le fait que l'intervention est dépendante de la bonne volonté et de la dynamique des intervenants et des co-auteurs (professeurs, infirmières scolaires, directeurs d'établissement). Dans les faits, les établissements ne daignent consacrer que très peu de temps à ce travail. Les questionnaires sont donc distribués aux élèves qui les rapportent remplis ou pas d'où le pourcentage de perte non négligeable.

En effet, les établissements ne sont pas forcément disponibles pour dépouiller les questionnaires, probablement par manque de temps et de moyens humains et financiers. Les questionnaires venant certainement s'ajouter à une pile de nombreuses autres sollicitations? Une autre explication peut être... Ou ne se sentent-ils pas concernés par le sujet qui relève pour eux de la santé et du "médical"? Cependant les établissements ayant dépouillé et renvoyé les questionnaires font certainement partie de ceux qui se sentent concernés par le sujet et de ceux qui ont mis des choses en place au sein de leur établissement. Ceci amène un biais de représentativité.

Le territoire géographique

Le recrutement s'est fait à partir d'une population d'adolescents vivants en zone urbaine et périurbaine, ce qui exclut les difficultés rencontrées dans les zones rurales. Or, le centre de planification voudrait intervenir dans les zones rurales. Mais, les institutions ne mettent pas de moyens de transport à disposition des professionnels ou sous certaines conditions non compatibles avec les horaires. Intervenir en zones rurales reste donc chronophage et les institutions souhaitent limiter les heures supplémentaires des intervenants ou leur demandent d'intervenir bénévolement....

L'âge des adolescents

Dans les établissements d'enseignement général, on retrouve dans toutes les classes, un âge homogène entre les élèves.

Cependant, nous ne pouvons pas en dire autant avec les classes d'enseignement professionnel dans lesquelles les garçons sont plus âgés que les filles de 1.55 ans.

La proportion filles / garçons

Parmi les adolescents recrutés, la répartition entre garçons et filles n'est pas équivalente, nous avons donc un biais de sélection « sexe » pour l'interprétation des résultats. Dans les classes de 5ème et 4^{ème}, les filles et garçons ont participé dans les mêmes proportions mais en classe de 3ème générale, les filles ont été plus participantes (62.67%) au remplissage du questionnaire alors qu'en classe de 1ère générale ce sont les garçons (61.86%).

Ceci peut s'expliquer par le décalage de maturité sexuelle qui commence plus tôt chez les filles. Elles s'intéressent au sujet vers l'âge de 14-15 ans alors que les garçons plus tardivement vers 16-17 ans.

Cependant, dans les classes professionnelles, les filles semblent plus impliquées par le sujet avec un taux de recrutement à 71.88%. Sont-elles une population plus active sexuellement donc pleine d'interrogations ? Les garçons pensent-ils déjà tout savoir sur le sujet ?

Les populations non recrutées

Nous n'avons pas eu de recrutement des jeunes populations de 6ème car les établissements ne préconisent peut être pas ce type d'intervention, les programmes de SVT n'étant pas encore faits et préfèrent-ils peut être attendre les connaissances « scientifiques » requises ?

Les classes de terminale aussi ne sont pas rentrées dans l'étude, ceci peut largement s'expliquer par le manque de temps à consacrer, du à leur lourd programme de baccalauréat. Les établissements doivent aussi penser que quelques séances antérieures ont déjà été réalisées donc ces classes seraient moins prioritaires sur les autres.

Pourtant cette population est la plus concernée car ils ont l'âge des premiers rapports sexuels et se questionnent beaucoup sur leur entrée dans la vie sexuelle et la contraception.

Ce manque de recrutement se ressent aussi du côté des classes professionnelles (4.04%) par rapport aux classes d'enseignement général. Par biais d'effectif, cette étude ne permet pas d'étudier les interrogations et attentes sur le sujet, ni de comparer cette population avec d'autres sous groupes même si une différence est retrouvée.

Les classes professionnelles représentent une population à risque par carence d'information et par conséquent sont plus exposées aux risques liés à la sexualité. Ils auraient donc besoin de plus de prévention et d'information.

b) Evaluation de la satisfaction des adolescents concernant le fond de ces interventions en fonction de l'âge

Evaluation de l'intérêt porté à cette intervention et des nouvelles informations qu'elle leur a apportées

Le questionnaire n'a pas été « pré-testé » auprès des adolescents afin de vérifier sa clarté, sa compréhension et sa faisabilité.

Le questionnaire ne devrait pas être uniformisé pour tous les adolescents, car les préoccupations, l'intérêt et les attentes sont différents en fonction de l'âge et du sexe. Cependant il devrait être réactualisé sur la base des réponses et des attentes des adolescents, certaines questions devraient être plus précises et plus pertinentes en fonction de l'âge, du sexe et du type d'établissement.

Par ailleurs, presque tous les élèves ont rendu un questionnaire correctement rempli ; cela témoigne de leur intérêt pour le sujet. L'étude a effectivement prouvé que les adolescents sont intéressés et demandeurs d'informations au sujet de la sexualité.

Les adolescents sont en général satisfaits de ces interventions et ont tendance à toujours avoir appris de nouvelles informations concernant le sujet de la sexualité.

Les classes de collèges approuvent plutôt une « curiosité » à travers la nouveauté d'informations et un peu moins une « utilité » d'aborder le sujet à leur âge, surtout du côté des garçons. En effet leur jeune âge, le début de la puberté et leur manque d'expérience sont source d'interrogations surtout chez les filles de 12-14 ans sexuellement plus matures que les garçons du même âge qui eux s'interrogent plus sur le sujet vers 14-15 ans.

Chez les lycéens, ils sont beaucoup plus intéressés par l'abord du sujet. Les garçons, du fait de leur maturité sexuelle plus tardive par rapport aux filles affichent plus le fait que l'intervention est utile et leur apporte de nouvelles informations. Les filles se sont probablement interrogées plus tôt sur les questions relatives à leur sexualité?

Néanmoins on peut quand même soulever le faible intérêt des classes professionnelles par le sujet surtout du côté des garçons.

En comparant les résultats de la thèse d'Alexandre Guyot en 2008 portant sur les élèves de 4^{ème} d'un collège du Val de Marne, on constate que la satisfaction des adolescents est semblable car: 69.6% trouvent que l'intervention était adaptée à leurs attentes, 82.3% ont pu poser les questions qu'ils désiraient, 81.8% affirment que les intervenants y ont répondu clairement.

Ces résultats encouragent à s'investir dans la prévention et démontrent son efficacité.

Mais les attentes et l'intérêt du sujet de la sexualité sont donc différents en fonction de l'âge et du sexe des élèves.

Evaluation d'une intervention antérieure et de son utilité

On constate que peu d'élèves ont eu une intervention avant la classe de 4^{ème}. Mais en général, pour les élèves qui ont bénéficié de cette séance, ils n'ont pas pensé utile d'aborder le sujet à un âge si précoce.

Ce pendant on peut quand même reconnaître l'assiduité des établissements recrutés car dès la classe de 3^{ème}, 90% des élèves bénéficiaient de leur seconde intervention minimum et ce taux augmente à 94,17% en classe de 1^{ère}. En comparant la thèse de Fabienne Verdure en 2008, portant sur 96 élèves de 3^{ème} du Maine et Loire, on constate également que 98% des élèves avaient déjà assisté à au moins une séance d'éducation sexuelle et affective au cours de leur scolarité.

Cependant dans notre étude, le constat est moins favorable en classe professionnelle car presque la moitié des garçons n'avaient jamais eu d'intervention auparavant, il faudrait donc se poser la question de l'assiduité et de l'intérêt porté au sujet par les chefs d'établissements des lycées professionnels chez cette population d'autant plus exposée aux risques liées à la sexualité et au conformisme sexuel.

De plus, si on analyse les commentaires des plus jeunes collégiens, une intervention antérieure leur semble nécessaire pour certains, car elle répondrait à leur questionnement surtout concernant la puberté. Ils suggèrent aussi de commencer à parler de prévention et de contraception surtout chez les filles.

Pour d'autres, parler plus précocement de sexualité ne leur semble pas utile car ils se sentent trop jeunes, immatures et donc non intéressés par le sujet par manque de questionnements personnels sur le sujet.

Les lycéens ont plutôt des discours favorables sur les l'intervention faite antérieurement au collège.

c) L'échange entre les adolescents et les intervenants

Les intervenants sont essentiellement du personnel « qualifié », ayant la formation et l'habitude de travailler avec les adolescents et leurs établissements ainsi que de présider ce type d'intervention. Idéalement, ils devraient travailler en trio ou duo mais le manque de disponibilités et de moyens contraint les acteurs à intervenir seuls. En effet la présence de deux professionnels permet d'augmenter ainsi la vigilance par rapport à la problématique soulevée par certains jeunes ou de les recadrer, notamment suite à une question délicate ou à un comportement inadapté. De plus, ils doivent être prêt à les reprendre isolement afin d'éviter une déstructuration devant le groupe, dans la mesure où l'adolescent sensibilisé par le débat tendrait à exprimer un problème personnel, douloureux ou trop intime.

Avant les interventions, les élèves n'ont pas eu forcément les cours de SVT relatifs au sujet, ces derniers auraient pu leur donner quelques connaissances « biologiques et anatomiques » du sujet afin de les préparer à formuler des questions. Néanmoins, de nombreux établissements essaient de faire coïncider les séances dans une cohérence chronologique.

En général, les établissements ne préparent que très rarement leurs élèves au déroulement et aux objectifs des séances d'éducation sexuelle. Ils n'ont donc pas de réflexion et de questionnement préalables. Une meilleure préparation aurait pu favoriser l'échange et répondre à leurs questionnements.

Sur la forme, la séance se déroule sous forme de débat, ce sont les élèves qui mènent le contenu de la séance à travers leurs questionnements et leurs attentes. Ceci permet d'adapter le sujet en fonction de leur âge et leur sexe. En général ils sont plutôt satisfaits de ce type de déroulement et prennent aisément la parole.

Cette constatation a été aussi faite dans l'étude de la thèse d'Alexandra Guyot (2008, Val de Marne) où la majorité des adolescents disent ne pas avoir été gênés par le regard des animateurs ou de leurs camarades.

Quand on analyse leurs commentaires, on s'aperçoit qu'en dehors des connaissances apprises, ce qu'ils apprécient le plus de ces séances est leur liberté de parole et d'expression sur le sujet, l'échange, l'écoute et les réponses ouvertes, sans tabou ni préjugé de la part des intervenants. Ils expriment bien aussi le fait que le sujet soit peu abordé par les adultes en général.

Ils sont sensibles à la « sympathie », l'ouverture d'esprit et l'ambiance décontractée créée par l'intervenant(e) et au fait qu'ils aient affaire à un(e) « professionnel(le) ».

Ceci a permis aux élèves se sentir plus à l'aise, cette aisance a été valorisée par le fait d'être en petit groupe et de même sexe.

Mais pour ceux chez qui, débattre ouvertement sur le sujet, reste encore difficile, les filles restent majoritaires. On peut se poser la question des tabous familiaux, culturels ou religieux sous jacents qui concerne plus les filles que les garçons ?

Cependant, peu importe leur avis sur le sujet, elles se sentent respectées par le groupe et les intervenants.

d) La mixité ou non des séances

Ce sont les établissements scolaires qui décident du nombre et de la mixité ou pas des séances. La répartition se fait plutôt en fonction des horaires du planning des classes et de la disponibilité des salles de cours et non en fonction de ce qui semblerait être au mieux pour les adolescents, pour favoriser le débat et l'échange.

Dans certaines situations, cette organisation n'est pas adaptée. Par exemple, du fait de la grande différence de maturité entre les filles et garçons des classes des collèges, des séances « unisexes » seraient nécessaires afin de répondre au mieux aux questionnements et préoccupations des deux sexes.

L'avis des élèves est très mitigé sur la mixité des séances quelques soit leur âge et leur sexe.

En effet quand on analyse leurs commentaires sur la question, certains apprécient la non mixité pour l'aisance de prise de parole. Ils désirent être en groupe de même sexe pour parler de sexualité sans gêne ni risque d'être confronté à l'autre, sans crainte des préjugés et du regard de l'autre sexe sur leur intimité. Ils pensent que leurs attentes, leurs questionnements, leur vision de la sexualité et leur maturité sexuelle sont différents par rapport à l'autre.

Une différence significative apparaît parmi ceux qui ne désirent pas la mixité. En effet, ce sont principalement les filles qui préfèrent être « entre elles ».

Cette différence peut s'expliquer de plusieurs façons :

- tout d'abord un côté pudique plus marqué chez les filles.
- une partie importante de la sexualité, tant la contraception (hormis le préservatif), l'IVG, la grossesse ou la virginité, concerne directement leur corps et non celui des garçons.
- la différence de maturité déjà citée ci-dessus, entre filles et garçons, qui peut rendre la communication encore plus difficile.
- les lourds tabous sociaux qui persistent de nos jours concernent plutôt les filles, et les culpabilisent dans leur activité sexuelle.

Cependant, d'autres pensent que la mixité leur permettrait d'échanger leurs points de vue sur le sujet et mieux comprendre les attentes de l'autre pour ainsi mieux se comprendre.

La thèse de Fabienne Verdure (2008, Maine et Loire) a montré que 68% des élèves désiraient être en groupe mixte, 18,9% (35% d'entre elles) des filles en groupe de filles et 13% (23,5% d'entre eux) des garçons en groupe de garçons.

Le centre de planification conforte cette double opinion et voudrait préconiser des séances d'éducation sexuelle et affective en deux temps. Un premier temps d'information et de sensibilisation avec des groupes non mixtes. Puis dans un second temps, avec du recul, une certaine aisance et plus de maturité, l'échange entre groupe mixtes.

La possibilité de s'organiser en deux temps, non mixte puis mixte, paraît donc adaptée aux attentes des élèves selon l'étude et donc prometteuse d'une communication plus aisée.

e) Le rapport entre adolescents et parents concernant le sujet

Les parents sont rarement intégrés au projet alors qu'ils sont eux aussi des interlocuteurs essentiels. En effet, ils sont généralement peu informés du déroulement des séances d'éducation à la sexualité. Les établissements penseraient-ils que le sujet est tabou et qu'il serait « gênant » d'en informer les parents ? Pensent-ils que les parents ne sont pas concernés par le sujet ?

Uniquement en cas de déplacement au centre de planification, ils sont avertis par l'intermédiaire d'une « autorisation de sortie » dans le carnet de correspondance afin que l'élève puisse sortir à l'extérieur de l'établissement. Une « note d'information » ne devrait-elle pas être obligatoire pour sensibiliser les parents quel que soit le lieu des séances ?

Par ailleurs, de plus en plus parents sont réticents à ces séances et parfois il existe un refus formel de leur part et même de certains adolescents à participer aux interventions.

Ces parents considèrent-ils peut être le sujet comme tabou ? Pensent-ils qu'en évoquant le sujet de la sexualité, leur enfant serait incité à le mettre en pratique ? N'y aurait-il pas aussi une certaine influence ou restriction culturelle ou religieuse sur le thème de la sexualité ?

A travers cette étude, on peut constater que le dialogue avec les parents concernant le sujet de la sexualité reste toujours difficile pour les adolescents et leurs avis sont partagés, ceci s'affirme dans leurs commentaires.

En général, ils n'abordent pas le sujet avec les parents car le sujet touche à leur intimité et à cette période de construction identitaire, ils ne veulent pas partager voir même éviter le dialogue avec leurs parents. Ils pensent aussi souvent que les parents ne se préoccupent pas de leur sexualité. Les parents sont donc aussi mal à l'aise avec le sujet ?

Selon les résultats de la thèse d'Alexandra Guyot (2008, Val de Marne), 42% disent avoir l'intention d'en parler à leurs parents.

D'autres élèves au contraire veulent échanger avec leurs parents et particulièrement la mère qui est fréquemment évoquée. Les adolescents veulent que leurs parents répondent à leurs questionnements et veulent aussi leur prouver leur maturité sexuelle, notamment les filles et plus particulièrement quand cela concerne la contraception. Certains mêmes affirment que les parents ont déjà abordé le sujet d'eux mêmes.

Selon les baromètres santé jeune Pays de la Loire de 1998 à 2002, 8% en plus des adolescents déclarent communiquer avec leur mère et 10% en plus avec leur père soit 85% des garçons vs 83% des filles communiquent avec leur mère en 2002 et 76% des garçons vs 61% des filles avec leur père cette même année.

Cette constatation est retrouvée dans l'étude de H.Lagrange et B.Lhomond : la mère est citée comme interlocutrice concernant les questions de sexualité par un peu moins de la moitié des filles (48,3%) et par un tiers des garçons (35,1%). Les pères n'étaient cités que par 23,2% des garçons et seulement 15% des filles.

Dans les réponses de notre étude, on retrouve néanmoins une différence selon l'âge et donc la maturité : les plus jeunes acceptant plus facilement que les plus âgés d'en parler avec leurs parents.

Les parents doivent donc aider leurs adolescents à être capable de raconter, à prendre la parole plus que de formaliser leur pensée.

f) Commentaires généraux

En général, les commentaires sont favorables. Certains pensent que les séances sont bien trop courtes et qu'il serait nécessaire d'en avoir au moins une par an au collège et au lycée. En effet, tous les thèmes ne pourront pas être débattus en une seule séance, par manque de temps.

D'où l'intérêt d'une deuxième séance pratiquement jamais réalisée, en complément de la première afin de répondre aux interrogations soulevées après réflexion et compléter le débat avec des thèmes non abordés la première fois.

De même que les résultats de la thèse de Fabienne Verdure (2008, Maine et Loire) montrent que 50% de filles contre 16% des garçons déclarent avoir besoin de parler de sexualité et que 88% des collégiens estimaient qu'il était important que l'éducation sexuelle et affective fasse partie de leur programme.

L'expérience de « fil santé jeune » confirme aussi que la majorité des élèves sont intéressés et demandeurs d'informations et que l'éducation sexuelle et affective fasse partie intégrante de leur programme scolaire. (27)

De plus, à travers leurs commentaires généraux, on constate que les adolescents apprécient quand le sujet est abordé dans une bonne ambiance, de façon moins « professorale », l'intervention dépend donc aussi de la volonté et du dynamisme, de l'expérience de l'intervenant à animer la séance.

Cependant il serait nécessaire de proposer « une suite » à cette intervention de façon plus discrète voir même anonyme. L'intervenant pourrait proposer de fixer une consultation ou bien d'adresser un mail ou un courrier au centre de planification familiale pour répondre à certaines questions des adolescents. En effet, dans leurs commentaires, certains ont exprimé le besoin de se confier en tête à tête avec l'intervenant mais sans suite...

Enfin les adolescents ont apprécié les livrets qui leur ont été laissés à la fin de la séance et résumant la prévention en matière de sexualité chez les adolescents (annexe n°13), ainsi que l'adresse du centre de planification familiale leur permettant d'avoir une consultation gratuite et anonyme.

2- Les problèmes soulevés durant l'étude, les solutions à proposer et les perspectives d'avenir...

a) Une éducation à la vie affective et au respect encore plus précoce

(14) (16) (23) (25)

Il est difficile de savoir quel est l'âge idéal pour commencer à intervenir en termes d'éducation à la vie affective et sexuelle. Certaines publications préconisent une éducation aux risques sexuels dès l'école primaire. Mais intervenir trop jeune risque de ne pas intéresser les élèves et nous serions limités dans la transmission des connaissances car le problème serait alors incompris et la motivation sexuelle faible. Et intervenir trop tard, engendrerait sans doute chez les élèves des conduites à risque liés à la sexualité, ou bien leur laisserait le temps de transmettre des idées fausses à leurs camarades plus jeunes propageant ainsi les fausses croyances.

Selon l'avis des adolescents, les séances devraient débiter pour 66% entre 10-14 ans, 26% entre 10-12 ans et 40% entre 12-14 ans (thèse Fabienne Verdure, 2008, Maine et Loire).

Pourrait-on peut être, proposer d'aborder le thème de la vie affective dès le plus jeune âge ?

Il semble qu'il vaut mieux à ce stade faire une éducation sexuelle adaptée à l'âge et aux intérêts des enfants. Les objectifs seraient à la maternelle de sensibiliser les enfants dans le domaine de la santé et

au primaire d'informer dans le domaine de la vie affective et sexuelle sans développer sur la prévention des risques.

Il faut avant tout verbaliser le débat, favoriser l'écoute et la prise de parole dès le plus jeune âge.

b) La formation des intervenants et l'intégration à la formation d'adultes qui encadrent les jeunes (professeurs, éducateurs, parents...) (15) (16) (23) (30)

Le domaine de formation du personnel bénéficie en premier lieu au personnel de santé ou service social et en deuxième lieu, aux enseignants. Ces derniers auraient besoin d'une formation supplémentaire dans le cadre du «plan académique de formation» (PAF).

La démarche des acteurs envers la démarche d'éducation à la santé et à la sexualité se porte avant tout sur le public rencontré, à travers l'accueil et les conditions de rencontre. L'intervenant doit rester empathique, en se concentrant sur autrui et tout en respectant la règle de confidentialité.

De plus, la formation des professionnels de l'éducation nationale ne concerne qu'un nombre restreint de personnes. Or, disposer de personnes ayant reçu une formation spécifique permettrait aux établissements de mettre en place plus de séances et pour plus de classes ainsi que peut être une meilleure répartition géographique des interventions afin de ne délaisser aucun établissement, comme par exemple les milieux ruraux comme nous l'avons vu précédemment.

Les établissements pensent que les personnes internes les plus concernées sont les IDE scolaires et les professeurs de SVT. L'enseignement de la sexualité apparaît alors comme un sujet de « spécialistes » sans tabou, sujet plutôt lié à la médecine, la santé, la biologie et la science.

Sur la base de l'expérience de l'État de l'Arkansas, Elders (1993) les auteurs, dans un numéro spécial du Journal of School Health consacré à l'éducation à la santé à l'école, soulignent l'importance d'être en phase avec les préoccupations des élèves, d'utiliser tous les acteurs de l'entreprise scolaire et de déborder de l'école pour impliquer la communauté.

De même que le modèle américain du CSHE (Comprehensive School Health Education) que l'on pourrait traduire par « approche globale de l'éducation pour la santé à l'école », insiste sur la dimension comportementale et sur la coordination entre l'école et la communauté.

La réponse est donc massive : l'école doit faire une éducation aux risques sexuels (De Peretti et coll., 1993 ; DiClemente, 1993 ; Dhillon et coll., 1993 ; Dick and coll., 1993 ; Guillemard, 1993 ; Isaksson et coll., 1993 ; Narboni, 1993 ; Robenstine, 1993 et 1994 ; Denman et coll., 1994 ; McEwan et coll., 1994 ; Unks, 1996 ; Donovan, 1998 ; Kyman, 1998).

En effet, l'école est aussi un lieu d'apprentissage et d'éducation à la mixité, un lieu de vie où les enseignants ont un rôle important.

Ainsi, des formations abordant la sexualité sous ses différents aspects (psychologique, anatomique, sociologique, biologique, anthropologique, sexologique...) apporteraient des outils pour l'animation et permettraient aux volontaires dispensant de cette éducation, d'être plus « à l'aise » avec le sujet.

La présence des professeurs lors des séances d'éducation sexuelle et affective en milieu scolaire évoluerait néanmoins à travers des adaptations de forme et de contenu des séances. Une répartition des tâches éducatives serait de même envisageable, entre professeurs et intervenants extérieurs, sous réserve d'une bonne coopération des différents professionnels.

L'éducation à la santé et à la sexualité relèverait-elle donc plus du domaine de l'éducation que celui de la santé ? Il faut temporer cette notion...

Durant les séances, à part les intervenants du centre de planification, peu d'intervenants extérieurs participaient, mis à part ponctuellement quelques IDE scolaires. Dans aucune séance nous n'avons retrouvé la présence de professeurs, ni même de parents. Cependant leur place aurait-elle été appropriée ?

Si on interroge les élèves, 78% ne désirent pas qu'un professeur soit présent lors des séances (Thèse de Fabienne Verdure 2008, Maine et Loire).

En effet, les professeurs sont perçus et jouent le rôle de « pro-parents » du fait de la relation hiérarchique. Il est donc délicat pour eux d'intervenir en tant d'éducateur de la sexualité de leurs élèves.

Les enseignants sont peu à l'aise avec le sujet, les préjugés ainsi que la distance pédagogique nécessaire au regard de leurs propres valeurs (Paulussen et coll., 1994).

De plus, les professeurs ne semblent pas impliqués (mis à part les professeurs de SVT), et sont peu formés (Meremans et coll., 1997), ils auraient donc besoin d'une formation spécifique (Rodriguez et coll., 1996).

Enfin, en tant qu'enseignant, il faut s'interroger sur ses propres représentations de la sexualité avant de faire de la prévention (DGS-Division sida, 1997). En effet l'objectif est de discuter honnêtement avec les adolescents et non pas leur transmettre une image idéaliste de la sexualité ; gare aussi aux positions moralistes ou moralisantes.

Concernant la participation des parents, il vaut mieux, du point de vue du risque sexuel encouru, que les parents jouent aussi leur rôle dans ce domaine. Certaines études portent sur la nature de la communication entre parents et adolescents (Piercy et coll., 1993 ; Smith et coll., 1993 ; Miller et coll., 1998a et 1998b ; DiOrio et coll., 1999 ; Kirby, 1999a) et sur l'implication des familles dans les programmes (Porter, 1998 ; Stanton et coll., 2000).

Leur participation n'est pas appropriée et délicate car les parents sont mal placés pour parler de sexualité car ils sont pris dans des questionnements sur leur propre comportement sexuel.

Levy et coll. (1995) ont conçu le programme éducatif YAPP (Youth AIDS Prevention Project) pour la prévention des MST et du sida auprès des jeunes, à l'âge d'entrée dans la sexualité. L'étude évaluative a comparé trois modalités d'intervention : le programme YAPP développé en interaction avec les parents, sans interaction avec les parents et le programme scolaire conventionnel.

Le post test à 12 mois (cohorte finale de 1 669 élèves) ne montre aucune différence perceptible entre le module en interaction avec les parents et le module sans.

En conclusion, il serait bon, afin d'améliorer la liberté d'expression et la qualité des échanges, de réaliser des efforts d'aménagement et de formation de personnes volontaires, pour peu qu'elles soient acceptées par les adolescents pour aborder le sujet. Cette formation spécifique doit inclure un travail autour de la motivation et l'engagement des candidats, ainsi que sur leur capacité à prendre la distance pédagogique nécessaire au regard de leurs propres valeurs et de leurs propres modes de vie. Ces formations doivent aussi s'organiser à partir de la compréhension et des connaissances des jeunes.

Le meilleur exemple de proposition d'amélioration de la formation des professionnels est celui de "ADOSEN PREVENTION SANTE" qui organise des actions et des formations depuis 2010 (annexe 14). Au programme 4 axes : (3)

- La mise à disposition des équipes enseignantes d'outils pédagogiques afin d'intégrer l'éducation à la vie sexuelle et affective dans les cours.
- La formation des délégués départementaux afin de mettre en place des actions départementales.
- L'expérimentation en région centre un programme pluri annuel d'éducation à la vie sexuelle et affective.
- Le développement des actions sur les territoires.

c) La connaissance par les adolescents de tous les lieux d'écoute et d'information à leur disposition

Des lieux collectifs ou des lieux de consultations internes ou externes sont idéaux pour aborder, de manière plus sereine et apaisée, des réponses aux problèmes ou aux questionnements de certains adolescents.

Le centre de planification familiale devrait donc être le lieu privilégié des interventions car cela permettrait aux adolescents de repérer le centre où les consultations leur sont ouvertes de façon gratuite et anonyme.

Or, tous les adolescents n'ont pas l'opportunité d'avoir une école ayant accepté le déplacement de ses élèves dans les locaux du centre de planification pour la séance d'éducation à la sexualité. D'une part, cette démarche leur permettrait de visiter les locaux et donc connaître géographiquement le lieu près de chez eux ou de leur école. D'autre part, ils peuvent se rendre compte que ce lieu est complètement "neutre" en dehors de l'école, et qu'il constitue un lieu d'écoute sans jugement et d'information à disposition, le tout en toute confidentialité, respectant le secret médical et gratuit.

Il est donc essentiel que les adolescents soient bien informés qu'il existe différents lieux d'écoute et d'information à leur disposition. Une liste des lieux indispensable à connaître peut être faite:

Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)

Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) trouvent une origine commune dans la loi Neuwirth de 1967 qui les a institués pour accompagner la diffusion des méthodes contraceptives.

Aujourd'hui les quelques 1200 centres et 390 établissements répartis sur le territoire national continuent d'assurer une fonction irremplaçable d'information, de conseil et de prévention.

« Un centre de planification et d'éducation familiale est un organisme public sanitaire relevant du Conseil général, soit directement dans un centre de PMI, soit délégué et financé par le Département à des hôpitaux ou une association (le Mouvement Français pour le Planning Familial) ».

Article R.2311-7, R.2311-9, R.2311-11, L.2311-5 du Code de la Santé Publique.

L'anonymat est garanti pour les personnes mineures qui le demandent.

La gratuité des consultations et des entretiens, ainsi que la confidentialité sont observées pour tous.

Le Mouvement français pour le planning familial dit "Le Planning Familial"

Créé en 1960, le Planning Familial est un mouvement militant qui prend en compte toutes les sexualités, défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité. Il dénonce et combat toutes les formes de violences, lutte contre le SIDA et les IST, contre toutes les formes de discrimination et contre les inégalités sociales, dans une optique féministe.

La Maison départementale des adolescents (MDA)

Elle fait parti d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP). Il existe un espace spécialement dédié à des questions sur la sexualité, la contraception ou simplement un besoin d'écoute et d'accompagnement. L'accueil est assuré par des professionnels d'horizons différents (prise en charge médicale, accompagnement éducatif, social et juridique). C'est ce qui constitue le caractère véritablement novateur de la MDA.

Le Centre régional d'information jeunesse

Au nom de l'Etat, le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie Associative labellise, ces structures constituent le réseau Information Jeunesse : centres, bureaux, points Information Jeunesse. Il coordonne et soutient leur développement, avec le concours des collectivités territoriales.

Les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)

Les Points d'accueil et d'écoute jeune (PAEJ) ont été mis en place, par étape, entre 1996 et 2006, et sont destinés aux adolescents, jeunes majeurs (10 – 25 ans) ainsi qu'à leurs parents en grande difficulté sociale, morale et d'insertion dans la société : conflits familiaux, mal être, échec scolaire, conduite à risque, violences, délinquance, fugue, errance...

Le PAEJ a une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation auprès de jeunes exposés à des situations à risques et de leurs parents.

Il ne faut pas oublier les infirmières scolaires qui sont souvent les personnes ressources des établissements scolaires dans ce domaine : elles peuvent délivrer la contraception d'urgence ainsi que le « Pass' contraception » dans les lycées, CFA (centres de formation apprentis) et MFR (maisons familiales rurales) depuis la rentrée 2012.

d) L'unification et la clarification de la gestion de ces centres au point de vue national

Il faut plaider un projet national en convergeant les différents points de vue, nous pouvons nous aider des recommandations de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) pour repenser le dispositif (16) :

- gratuité et confidentialité
- avance des frais pour tous quelque soit l'âge
- systématiser l'offre de dépistage des IST

- augmenter géographiquement l'accès aux CPEF et EICCF
- augmenter les ressources

Nous pouvons aussi prendre exemple sur nos voisins européens : les Pays Bas car ils ont le taux le plus bas d'Europe de jeunes filles enceintes et d'IVG (6 IVG pour 1000 femmes, 8,4 IVG pour 1000 filles de 15 à 19 ans).

Les raisons de ce phénomène sont :

- une politique de planification familiale très développée et organisée
- une approche globale de d'éducation à la sexualité positive
- une éducation sexuelle et contraceptive obligatoire dans les écoles mais aussi présente dans les médias.
- une grande disponibilité des services de santé avec une contraception gratuite

e) Les moyens pédagogiques et de support d'information à améliorer (3) (12) (14) (15) (23)

Les moyens pédagogiques les plus utilisés :

Les moyens pédagogiques d'informations les plus utilisés en pratique et bien connus par les enseignants sont :

- mallette pédagogique « bonheur d'aimer », ministère de l'éducation nationale, en collaboration avec les laboratoires Wyeth-Lederlé, mars 2001.
- « Et si ça m'arrivait ? », Versailles, CRDP de l'académie de Versailles, 2005. Livret pédagogique et CD audio d'accompagnement.
- Photo langage, « Adolescence, amour et sexualité » ADES du Rhône, 2003, coll. « chronique sociale ».
- vidéographie, « Temps d'amour », ministère de l'éducation nationale, 1995.

Une réglementation est mis en place pour l'éducation à la sexualité à travers « le guide du formateur » 2004 qui est une base des connaissances et méthodologies en éducation sexuelle ou « le guide d'intervention pour les collèges et lycées ». (Annexe 15).

Les méthodes utilisées sont avant tout, la motivation, le centrage sur les intérêts du groupe et des relations éducatives, la transmission des connaissances. Mais il faut aussi prendre en compte les représentations mentales et sociales, ne pas avoir peur ou être résistant au changement et privilégier un espace-temps de discussion et d'échange.

Certains adolescents trouvent qu'on ne parle pas assez de sexualité. D'autres, se trouvent trop timides et n'osent pas poser des questions en groupe et proposent donc d'autres solutions comme les entretiens individuels, les boîtes aux lettres, des guides, des points conseils, des forums, des affiches... (12). Des moyens plus ludiques, plus innovants devraient voir le jour afin de créer une atmosphère réelle et spontanée pour discuter. En effet, les adolescents désirent dédramatiser le sujet de l'éducation sexuelle, s'éloigner de la notion omniprésente de prise de risques. Ils expriment ainsi leurs désirs de pouvoir en plaisanter, s'amuser.

De même ces moyens devraient être plus adaptés pour traiter des différences, du respect de l'autre, des sentiments, donc en général de l'éducation affective.

Certains articles abordent la question des outils pédagogiques : jeux (Dotterer et Axiotis, 1994), marionnettes (Zacone-Tzannetakis, 1995), bandes dessinées (Bonnin et Michaud, 1993), jeux ou programmes vidéo (Cahill, 1994), supports audiovisuels (Matzen, 1995), programmes informatiques (Billet et Shelly, 1996 ; Turner et coll., 1997 ; Evans et coll., 2000), ou des ressorts comme l'humour (Fennell, 1993). Si ces supports peuvent avoir une utilité, ils ne dispensent pas d'une réflexion approfondie sur le type de programmes qu'ils véhiculent.

D'autres moyens pédagogiques et de support d'information sont donc à proposer pour faciliter l'autonomie et le recours aux soins des jeunes comme un lieu spécifique d'affichage et d'information ou la mise à disposition d'un annuaire des intervenants potentiels (annexe 16).

L'INPES a aussi créé un outil de communication national donnant l'inventaire des centres disponibles. (16)

Internet et les réseaux sociaux : les nouveaux moyens pédagogiques et de supports à développer

Il faut donc prendre en compte les nouveaux modes de communication et d'information des jeunes comme internet ou les réseaux sociaux, peu abordés à l'heure du temps alors que les adolescents ont pratiquement tous un ordinateur et une connexion internet au domicile ou à l'école. En effet, 44% des jeunes vont chercher des informations en matière de sexualité sur internet. (3)

Les sites Internet sur l'éducation pour la santé offrent aux jeunes la possibilité d'explorer et de faire évoluer leurs connaissances ou leurs attitudes sous une forme attractive (Dorman, 1997 ; Lieberman, 1997 ; Duncan et coll., 2000) en les sensibilisant aux conséquences sanitaires de leur choix et en leur permettant de rechercher de façon autonome, en fonction de leurs besoins, des réponses aux questions qu'ils se posent.

Ces vecteurs d'information et de formation sont donc une nouvelle donne pour les formateurs et les professionnels de l'éducation à la sexualité car il change la manière de travailler dans la relation à l'autre.

C'est ainsi que l'INEP utilise les réseaux sociaux pour faire passer des messages complexes sans budget important et a créé un site « OnSexPrime » (<http://www.onsexprime.fr/>) (45) et un blog avec un espace de parole (3). Un autre site internet peut être cité : « Info-Ado » (<http://info-ado.u-strasbg.fr/>) (44)

Enfin, un autre exemple d'utilisation de moyen de communication et de support d'information fiable via internet est celui de « FIL-SANTE » : association pour adolescents qui peuvent appeler ou envoyer un mail pour parler de sujets sensibles avec les parents. (43)

Fils Santé Jeunes (www.filssantejeunes.com), proposent des rubriques (difficultés relationnelles ou psychologique, la sexualité, la contraception...), des forums, des foires aux questions (messages de prévention) ou un numéro d'appel 3224. Le site est aussi partagé sur Facebook et Twitter.

f) Organisation et limites des établissements et du système de santé actuel dans la prévention (5) (10) (17) (26) (33) (42)

La loi est peu appliquée...

La réalité éducative est bien loin des textes de loi puisque selon la loi de 2003, trois séances par an d'éducation à la vie sexuelle et affective devraient être réalisées tout au long de la scolarité des élèves. Or, elles ne sont presque jamais respectées par les établissements recrutés qui ne se cantonnent qu'à une ou au plus, deux séances par an et par classe.

Selon les résultats de la thèse de Lisa Viau en 2009, portant sur des établissements scolaires du Maine et Loire, le temps consacré chaque année en moyenne pour parler de sexualité et vie affective avec les élèves est de 4h30 (en dehors des cours de SVT).

Au point de vue national, on peut constater que les actions d'information et d'éducation à la sexualité définies par la loi 200-197 du 06/03/2000 n'ont lieu que dans moins de la moitié des collèges. (23)

L'inscription au projet d'établissement de l'éducation à la vie affective et sexuelle ne semble donc pas unanime (bien qu'obligatoire).

En effet, seules les classes de quatrième et troisième semblent plus en bénéficier. Pour les lycées, ce sont majoritairement les classes de seconde qui en profitent.

On peut aussi espérer que pour les lycées, CFA et MFR, des séances d'information se mettent en place, financées par la Région dans le cadre du « Pass' contraception », ce qui permettra aux CPEF financés par les départements de se consacrer aux collèges. Restera à organiser les maternelles et primaires...

Le manque d'organisation...

Les établissements recrutés dans notre enquête, semblent privilégier les séances en « petit » groupe, comme conseillé dans la circulaire de février 2003 et certainement préférables pour la qualité de l'intervention et plus bénéfiques pour les élèves, au vu du nombre restreint d'heures consacrées.

Cependant, dans d'autres études, ces actions s'organisent différemment.

Elles se déroulent selon des groupes par classe et non par sexe et dans 68% sur la plage horaire de l'emploi du temps. Les séances s'organisent de façon ponctuelle à plus de 95% plutôt qu'échelonnées dans l'année.

Dans les collèges, les IDE scolaires (63%) et les enseignants (59%) sont généralement à l'origine des actions d'éducation à la santé et à la sexualité. (23).

La grande majorité des collèges inscrivent l'éducation à la santé et à la sexualité dans leur projet d'établissement, 73% des collèges possèdent un CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) (23).

Les collèges travaillent en collaborations avec les prestataires de proximité ou les prestataires dans 74%, avec les réseaux de soins dans 46% et avec les familles dans 30%. Selon les résultats de la thèse de Lisa Viau (2009, Maine et Loire), 68,5% des établissements sollicitent l'intervention de membres extérieurs à l'équipe éducative.

Ce constat se retrouve aussi chez nos voisins européens à travers un rapport publié en 2006 par le réseau européen de la Fédération Internationale pour le Planning Familial, en collaboration avec l'université de Lund (Suède) et le Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Europe. Cette étude a démontré de nombreuse disparité en matière de prévention et d'éducation à la vie sexuelle et affective dans différents pays européens. Les résultats montrent que l'éducation sexuelle n'est pas toujours bien acceptée et suscitent de vives controverses dans certains pays comme l'Allemagne, l'Irlande, la Pologne et la République Tchèque, alors qu'elle est largement acceptée au Danemark et aux Pays Bas.

Le réseau européen de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) conclut qu'il serait nécessaire « *d'adopter une stratégie globale où les programmes d'éducation sexuelle ne sont pas considérés isolément, mais s'intègrent à des initiatives plus larges visant à améliorer la santé et le bien être des jeunes, pour en devenir une composante essentielle.* »

Le manque d'évaluation de ces actions

Toutes les études ont prouvé que les IDE sont les plus impliquées (65%). (23)

Après les interventions en général, il y a peu d'évaluation faite par manque de temps et de moyen du personnel. En effet, on a relevé un taux de participation de 62.5% pour le personnel de santé et 55% pour le personnel social.

Par conséquent, il a rarement été évalué dans les écoles l'efficacité des actions, les effets perçus et l'intérêt des élèves, la disponibilité des ressources, les éléments facilitant la mise en œuvre ainsi que les freins. (23)

L'efficacité des programmes, quand elle est évaluée, est très inégale (Oakley et coll., 1995 ; Stanton et coll., 1996 ; Applegate, 1998). Ces programmes ne sont pas toujours très contrôlés et ils laissent parfois libre cours aux préjugés, quels qu'ils soient, des intervenants.

Néanmoins, malgré ces lacunes, il est possible d'affirmer que **les actions mises en place ont un effet** (Gilbert, 1994 ; Kirby et coll., 1994 ; Klitsch, 1994 ; Holtgrave et coll., 1995 ; Kirby, 1995 ; Ogletree et coll., 1995 ; Janz et coll., 1996 ; Kim et coll., 1997 ; Sonenstein et coll., 1998) : des comportements de prévention ont été adoptés chez les adolescents, mais sans qu'on puisse les attribuer à l'efficacité de programmes spécifiques, de la prévention grand public ou des nombreux messages de prévention diffusés dans les médias et relayés à de nombreux niveaux.

Par ailleurs, à propos d'évaluations faites aux États-Unis, Mullen et coll. (1995) concluent que différents programmes majeurs d'éducation pour la santé dans les écoles ont eu une influence certaine sur les connaissances, attitudes et comportements des jeunes.

Les freins constatés

La démarche de promotion de santé dépend d'un axe politique et d'un axe environnemental à travers un projet d'établissement et non un seul soignant de service. (15)

Les freins de la mise en œuvre proviennent à 50-60% de la difficulté d'organisation, 44.5% du manque de formation du personnel puis de la réticence de l'équipe éducative. (23)

Les limites de l'exercice sont essentiellement les partenaires qui sont basés sur le bénévolat et la bonne volonté de chacun. Le but est donc d'inscrire l'exercice dans un projet d'établissement pour optimiser les moyens humains et financiers. (15)

Dans le domaine de la recherche internationale, l'éducation pour la santé est le parent pauvre de la santé publique. De la même manière, en France la recherche est peu financée. Contrairement à la situation de la majorité des pays du Nord (Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni) et du sud de l'Europe

(Espagne, Italie), du Canada, des États-Unis ou de l'Australie, il n'existe pas en France de tradition universitaire développée en éducation pour la santé, ni de chaire spécialisée.

Les solutions proposées

Deux éléments facilitent la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité : l'inscription dans les programmes scolaires (53%) et l'inscription dans le projet d'établissement (34-44%) (23).

Les professeurs suggèrent eux, plus de place dans l'emploi du temps (Green et coll., 1996 ; Denman, 1999) et plus de formation du personnel (Denman, 1994 ; St Leger, 1999b ; Kealey et coll. 2000). Les IDE suggèrent d'intégrer l'éducation à la santé et à la sexualité dans les programmes (23) et la participation active et interactive des élèves, pour les impliquer dans leurs apprentissages (Green et coll., 1996 ; Allensworth, 1997 ; Denman, 1999 ; St Leger, 1999a).

Dans certains pays, cette éducation se fait même à travers les services sanitaires scolaires, les dispensaires scolaires, les médecins (DiClemente, 1994 ; Millstein et coll., 1996 ; Tobias et Ricer, 1998), les infirmières (Cohen, 1994 ; Schonfeld, 1996), la médecine communautaire (Scott et coll., 1998), les associations, les étudiants en médecine ou encore les groupes de pairs.

Les connaissances sont donc plus faciles et plus rapides à faire évoluer que les attitudes et les comportements ; l'amélioration des connaissances ne conduit pas nécessairement à des changements de comportements (Green et coll., 1996).

Il reste donc d'importants efforts à fournir en pratique pour atteindre ces objectifs.

Suite à cette enquête, nous avons décidé de réévaluer nos questionnaires afin d'améliorer, l'organisation, le contenu et l'évaluation des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans la région nantaise (Cf. nouveaux questionnaires « collège » annexe 17 et « lycée », annexe 18).

CONCLUSION

L'éducation à la vie sexuelle et affective a évoluée depuis un demi-siècle en s'adaptant aux mœurs de la société ainsi qu'aux attentes des adolescents.

Nous avons vu à travers cette étude que les jeunes veulent communiquer, échanger, prendre la parole en ce qui concerne la sexualité humaine qu'ils méconnaissent ou ne connaissent pas encore ou dont les représentations ou croyances sont parfois erronées.

Actuellement, malgré une réglementation légale, beaucoup d'établissements ne répondent pas aux modalités de la loi et ne semblent pas investis dans ce projet d'établissement.

Les limites du système actuel, proviennent d'un manque d'organisation, de moyens financiers et humains ainsi que d'un manque de formation des professionnels de santé et des autres acteurs encadrant les adolescents, notamment les professeurs.

Le rôle de l'éducation nationale dans la gestion nationale de l'éducation sexuelle des adolescents est donc primordial, elle doit créer des réseaux pluridisciplinaires entre enseignants, spécialistes, parents et doit inscrire l'éducation à la sexualité dans les programmes scolaires et dans le projet d'établissement.

Pour l'avenir, nous devons penser à une éducation plus précoce dès la maternelle et le primaire en engageant les professeurs dans la démarche à travers des formations spécifiques.

Nous devons aussi insister sur le fait que les adolescents doivent être informé des lieux d'écoute et d'information mis à leur disposition, en développant de nouveaux moyens de communication et de supports d'information adaptés aux nouvelles pratiques des jeunes, notamment internet et les réseaux sociaux.

Beaucoup d'efforts sont encore à fournir pour atteindre ses objectifs, un contrôle plus rigoureux et une évaluation plus précise permettraient de mieux comprendre les adolescents et ainsi mieux les guider dans leur vie affective et sexuelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nicole Athéa ; avec la participation d'Olivier Couder. Parler de sexualité aux ados : une éducation à la vie affective et sexuelle. 2006.
2. Le Van Charlotte Le Gall Didier. "première fois" (La) l'influence des parents. Ethnologie française, n°1. 1 janv 2010;
3. Inpes. La Santé de l'homme - n° 418. avr 2012 [cité 28 nov 2012]; Disponible sur: <http://www.google.fr/search?q=INPES+418&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fr:official&client=firefox-a>
4. Responsables scientifiques Hugues Lagrange (CNRS, Paris) Brigitte Lhomond (CNRS, Lyon) Equipe de recherche SJ - avril 1995- Marcel Calvez (UHB-CNRS, Rennes) Chantal Darsch (CEFI, Paris) Carinne Favier (MFPP, Montpellier) François Fierro (PRISM, Toulouse) Sharman Levinson (EHESS, Paris) Florence Maillochon (EHESS, Paris) Andréi Mogoutov (ANRS, Paris) Sébastien Roché (CNRS, Grenoble) Josiane Warszawski (INSERM, Paris). ACSJ (attitudes et comportements sexuels des jeunes). 1995 avr.
5. Julie Dechoux; Celine Baron; Jean-Leonard Fougas; Université d'Angers. Appréhension de la sexualité par les adolescents : Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group. 2008.
6. Code de l'éducation - Article L312-16 | Legifrance.
7. Code de la santé publique - Article L5134-1 | Legifrance.
8. Code de la santé publique - Article L6121-6 | Legifrance.
9. Code de la santé publique - Article R5123-2 | Legifrance.
10. Fabienne Verdure; Françoise Aspee; Université d'Angers. Connaissances, attentes et besoins des adolescents en éducation sexuelle et affective : étude réalisée auprès de 96 adolescents de troisième du Maine et Loire. 2008.
11. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent / INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) / Saint-Denis (France) - 2009 [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1256.pdf>
12. Ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Direction de l'enseignement scolaire. Education à la sexualité : guide d'intervention pour les collèges et les lycées. 2005.
13. Éducation à la sexualité et à la vie : l'exemple d'une formation intercatégorielle/ Profédus [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/B2.1.pdf>
14. éducation santé jeune/ INSERM, 2001 [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/content/download/7310/56261/file/Texte+integral+education+sante+jeunes+%282001%29.pdf>
15. Patrice Pelège, Chantal Picod. Eduquer à la sexualité : un enjeu de société. 2006.
16. Israël Nisand, Brigitte Letombe, Sophie Marinopoulos ; préface de Jeannette Bougrab. Et si

on parlait de sexe à nos ados ? pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. 2012.

17. Lisa Vieau; Jean-Léonard Fougas; Ecole de sages-femmes (Angers). Evaluation de la mise en place de l'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements scolaires en Maine et Loire. 2009.

18. Images et représentations de la sexualité dans les médias : quelles attitudes éducatives ? / CRAES-CRIPS (Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé - Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Rhône-Alpes (Lyon, France) / 2006 [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: http://www.education-sante-ra.org/publications/2006/images_sexualite.pdf

19. Charlotte Mareau, Caroline Sahuc. La sexualité chez l'enfant et l'adolescent.

20. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ; ouvrage coordonné par Bernard Roudet. Jeunes, sexualité, sida : comportements et prévention. 1994.

21. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; publ. par B. Blanc, P. Monnier-Barbarino et B. Carbonne. L'adolescence : vingt-septièmes Journées nationales. Paris; 2003.

22. Lucien Chaby. L'adolescente et son corps : un exposé pour comprendre, un essai pour réfléchir. 1997.

23. L'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège/ Buletin officiel [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://media.education.gouv.fr/file/64/2/4642.pdf>

24. Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr. La santé des ados à la loupe - Publication des données françaises de l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 2012.

25. Ministère de l'Éducation nationale. La santé des élèves. 2012.

26. Agathe Minguet. La sexualité des adolescents: l'information sur la sexualité est-elle dispensée de façon adaptée aux adolescents ? : étude auprès de 161 adolescents d'Ille-et-Vilaine. 2012.

27. Dumas, Didier. La sexualité des ados racontée par eux-mêmes. 2009.

28. Marcel Rufo. La vie en désordre : voyage en adolescence. 2009.

29. Nora Berra - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr. Lancement de la campagne « Contraception » de l'INPES. 2011 oct.

30. Les 13-16 ans : éducation à la sexualité et à la vie/ INPES, 2009 [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/pedagotheque/pdf/fiches/E04.pdf>

31. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements, Situation en 2010 et 18 ans d'évolution / Nathalie BELTZER, Lei-la SABONI, Claire SAUVAGE et Cécile SOMMEN, chargées d'études à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France et le groupe KABP, déc. 2011 [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

32. Marcel Rufo, Serge Hefez, Philippe Jeammet... [Et al.] ; sous la direction de Brigitte Canuel. Les nouveaux ados : comment vivre avec ? 2010.

33. Géraldine Richard Pouly; Francoise Tissot-Guerraz; Université Claude Bernard (Lyon). Programme d'information et sensibilisation dans 16 collèges et lycées du Rhône (Action financée par le Conseil Général et la DDASS du Rhône) : étude épidémiologique portant sur 5271 élèves (1994-

1997). 2002.

34. Professeur Marcel Rufo, Marie Choquet. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. 2008.

35. Alexandra Guyot-Jacquet ; sous la direction de Daniel Maury. Résultats d'une campagne d'information portant sur la sexualité, les IST et la contraception auprès des élèves de 4ème d'un collège du Val-de-Marne. 2009.

36. Hélène Roger ; sous la direction de Emmanuel Lefebvre. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? : enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. 2009.

37. Foïs Giulia. Sexualité, où en sont nos ados ? Marianne, n°787. 19 mai 2012;

38. Sujets des entretiens individuels et des groupes de discussion : choix du partenaire, sexualité et prise de risque/ Roger Ingham et Nicole Stone [Internet]. [Cité 28 nov 2012]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/discussion_topics_fr.pdf

39. Marcel Rufo. Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants. 2005.

40. Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel N°46 du 11 décembre 2003.

41. Pierre Panel. La sexualité, les jeunes et leurs parents [Internet]. [Cité 2012 oct 28]. Available de: <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=16/TTL=2/SHW?FRST=5>

42. Claire Loquet, sous la direction de Raymond Mainard. L'éducation affective et sexuelle en milieu scolaire: expérience de l'union départementale des associations familiales (UDAF) de la Vendée.

43. Fil santé jeunes [Internet]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/>

44. Info-ado: contraception, adolescence, sexualité, pilule, questions [Internet]. Disponible sur: <http://info-ado.u-strasbg.fr/>

45. OnSexPrime [Internet]. Disponible sur: <http://www.onsexprime.fr/>

46. Huerre, Patrice (1949-....). Directeur de la publication Lauru, Didier. Directeur de la publication. Les professionnels face à la sexualité des adolescents: les institutions à l'épreuve. 2001.

ANNEXE N°1

Circulaire du 23 juillet 1923 ou Circulaire Fontanet :

Cette circulaire fait la distinction entre information et éducation, prévoyant ainsi un temps scientifique intégré aux programmes de tous les élèves. Une partie facultative en dehors de l'emploi du temps obligatoire, avec ou sans autorisation des parents selon qu'il s'agit du premier ou du second cycle de l'enseignement secondaire.

« Cette éducation ayant pour objet de permettre aux adolescents de parvenir à des choix raisonnés dans leur conception de leur vie personnelle. C'est exclusivement dans le but d'aider les parents dans leur tâche éducative que les établissements pourront intervenir. »

ANNEXE N°2

Arrêté et circulaire du 18 février 1976 :

Instaure quatre heures par an d'information sexuelle en classe de troisième : 2 heures prises sur l'horaire global de l'enseignement des sciences naturelles, et 2 heures complémentaires (ouvrant droit à rémunération) pour traiter des organes, de la fonction de reproduction, de l'anatomie, du fonctionnement des appareils génitaux male et femelle, de la maternité, des principes de la contraception ainsi que des maladies vénériennes.

ANNEXE N°3

Circulaire du 19 mai 1989 :

Depuis 1989, il est demandé aux enseignants de « mener avec les élèves une information de discussions (...) non plus traitées comme des enseignements, mais que devront constituer le point de départ d'une réflexion commune sur les démarches de prévention à entreprendre ». Apparaît ainsi sans cette circulaire l'importance de la prévention SIDA, et rend possible l'organisation de stages pluridisciplinaires de formation continue pour les équipes éducatives.

ANNEXE N°4

Circulaire du 15 avril 1996 relative à « prévention du SIDA en milieu scolaire : éducation à la sexualité » :

« L'éducation à la sexualité exige la prise en compte des dimensions psychologiques, affectives, socioculturelles et morale qui, seules, permettent un ajustement constant aux situations vécues des hommes et des femmes dans leurs rôles personnels et sociaux. »
les séances d'éducation sexuelle d'une durée de deux heures au minimum sont prises en charge dans les établissements par une équipe de personnes volontaires, associant enseignants et personnels d'éducation, de préférence du collège. Elles doivent se faire dans le cadre d'un travail interdisciplinaire.

ANNEXE N°5

Circulaires du 19 novembre 1998 relative à « éducation à la sexualité et prévention du SIDA » complétée par la circulaire du 24 novembre 19998 : « orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège ».

Elles soulignent quatre points importants sur les orientations pour l'éducation à la santé, à l'école et au collège :

1- la contribution spécifique de l'école à l'éducation en terme de prévention, mais aussi de formation des individus à la vie contemporaine, tout en reconnaissant bien sur la valeur première de la famille dans ce domaine.

2- le projet éducatif doit être pris en compte dans sa globalité, c'est à dire qu'il doit réunir, non seulement les dimensions biologiques, mais aussi les dimensions psychologiques, affectives, socioculturelles et morales de la sexualité.

3- une attention particulière est portée à la formation du personnel contribuant à cette éducation.

4- enfin, sept objectifs spécifiques à l'éducation sexuelle et communs à tous les niveaux d'âge ont été définis.

Elle prévoit également différents outils pour la réalisation de cette éducation à la santé :

- le pilotage académique et départemental (avec contact triennal avec le ministère de l'éducation nationale),
- le projet d'école ou d'établissement qui doit intégrer un volet santé comprenant l'éducation à la santé,
- la formation des personnels,
- le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) pour mobiliser l'ensemble des acteurs de la vie scolaire ayant en pilotage la politique de prévention de l'établissement définissant ainsi la programmation d'éducation à la sexualité et organisant le partenariat éventuel pour sa mise en œuvre,
- les rencontres éducatives sur la santé au collège.

ANNEXE N° 6

La loi du 4 juillet 2001

JORF n°156 du 7 juillet 2001

LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1)

TITRE Ier : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Article 1er

L'intitulé du chapitre II du titre Ier du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Interruption pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 2

Dans la deuxième phrase de l'article L. 2212-1 du même code, les mots : « avant la fin de la dixième semaine de grossesse » sont remplacés par les mots : « avant la fin de la douzième semaine de grossesse ».

Article 3

Le deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du même code est complété par les mots : « ou, dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Article 4

L'article L. 2212-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-3. - Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.

« Il doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an, comportant notamment le rappel des dispositions des articles L. 2212-1 et L. 2212-2, la liste et les adresses des organismes mentionnés à l'article L. 2212-4 et des établissements où sont effectuées des interruptions volontaires de la grossesse.

« Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins. »

Article 5

I. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 2212-4 du même code sont ainsi rédigés :

« Il est systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé. Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.

« Pour la femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche. »

II. - Le troisième alinéa du même article est supprimé.

Article 6

Dans l'article L. 2212-5 du même code, les mots : « sauf au cas où le terme des dix semaines risquerait d'être dépassé, le médecin étant seul juge de l'opportunité de sa décision » sont remplacés par les mots : « sauf dans le cas où le terme des douze semaines risquerait d'être dépassé ».

Article 7

L'article L. 2212-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2212-7. - Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin en dehors de la présence de toute autre personne.

« Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.

« Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.

« Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures. »

Article 8

L'article L. 2212-8 du même code est ainsi modifié :

1o Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2. » ;

2o Les deux derniers alinéas sont supprimés.

Article 9

I. - L'article L. 2322-4 du même code est abrogé.

II. - L'article L. 2322-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret fixe les installations autorisées dont les établissements de santé privés sont tenus de disposer lorsqu'ils souhaitent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse. »

Article 10

L'intitulé du chapitre III du titre Ier du livre II de la deuxième partie du même code est ainsi rédigé : « Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical ».

Article 11

L'article L. 2213-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2213-1. - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe. »

Article 12

A l'article L. 2213-2 du même code, les mots : « pour motif thérapeutique » sont remplacés par les mots : « pour motif médical ».

Article 13

I. - L'article L. 5135-1 du même code est ainsi modifié :

1o Les trois premiers alinéas sont supprimés ;

2o Au dernier alinéa, les mots : « lesdits appareils » sont remplacés par les mots : « des dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse » et les mots : « comme commerçants patentés » sont supprimés.

II. - L'article L. 5435-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5435-1. - La vente, par les fabricants et négociants en appareils gynécologiques, de dispositifs médicaux utilisables pour une interruption volontaire de grossesse à des personnes n'appartenant pas au corps médical ou ne faisant pas elles-mêmes profession de vendre ces dispositifs est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende.

« Les personnes morales peuvent être déclarées pénalement responsables des infractions, définies au présent article, dans les conditions prévus à l'article 121-2 du code pénal. Elles encourent la peine d'amende suivant les modalités prévues à l'article 131-38 du code pénal.

« Les personnes physiques et les personnes morales encourent également les peines suivantes :

« 1o La confiscation des dispositifs médicaux saisis ;

« 2o L'interdiction d'exercer la profession ou l'activité à l'occasion de laquelle le délit a été commis, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. »

Article 14

I. - L'article 223-11 du code pénal est abrogé.

II. - L'article L. 2222-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-2. - L'interruption de la grossesse d'autrui est punie de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende lorsqu'elle est pratiquée, en connaissance de cause, dans l'une des circonstances suivantes :

« 1o Après l'expiration du délai dans lequel elle est autorisée par la loi, sauf si elle est pratiquée pour un motif médical ;

« 2o Par une personne n'ayant pas la qualité de médecin ;

« 3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la loi, ou en dehors du cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.

« Cette infraction est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende si le coupable la pratique habituellement.

« La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. »

Article 15

I. - L'article 223-12 du code pénal est abrogé.

II. - Après l'article L. 2222-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2222-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 2222-4. - Le fait de fournir à la femme les moyens matériels de pratiquer une interruption de grossesse sur elle-même est puni de

trois ans d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 F d'amende si l'infraction est commise de manière habituelle. En aucun cas, la femme ne peut être considérée comme complice de cet acte.
« La prescription ou la délivrance de médicaments autorisés ayant pour but de provoquer une interruption volontaire de grossesse ne peut être assimilée au délit susmentionné. »

Article 16

Sont abrogés :

- le chapitre Ier du titre II du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;
- les articles 84 à 86 et l'article 89 du décret du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française.

Article 17

L'article L. 2223-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 2223-2. - Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 200 000 F d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8 :
« - soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès aux établissements mentionnés à l'article L. 2212-2, la libre circulation des personnes à l'intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
« - soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières. »

Article 18

I. - Le premier alinéa de l'article L. 2412-1 du même code est ainsi rédigé :

« Le titre Ier du livre II de la présente partie, à l'exception du quatrième alinéa de l'article L. 2212-8, est applicable dans la collectivité territoriale de Mayotte. L'article L. 2222-2 est également applicable. »

II. - Les articles L. 2412-2 et L. 2412-3 du même code sont abrogés.

III. - L'article L. 2414-2 du même code est abrogé.

Les articles L. 2414-3 à L. 2414-9 deviennent respectivement les articles L. 2414-2 à L. 2414-8.

A l'article L. 2414-1, la référence : « L. 2414-9 » est remplacée par la référence : « L. 2414-8 ».

IV. - L'article 723-2 du code pénal est abrogé.

V. - Les articles 1er à 17 de la présente loi sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte.

Article 19

I. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7, L. 2222-2, L. 2222-4 et L. 2223-2 du code de la santé publique sont applicables dans les territoires d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie.

II. - L'article 713-2 du code pénal est abrogé.

III. - A. - Après le chapitre Ier du titre II du livre IV de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre Ier-1 ainsi rédigé :

Chapitre Ier-1

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2421-4. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2422-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2422-2. - Pour leur application dans le territoire des îles Wallis-et-Futuna :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

IV. - A. - Le titre III du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

Chapitre II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2432-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2431-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2431-1. - Les articles L. 2222-2, L. 2222-4, L. 2223-1 et L. 2223-2 sont applicables dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises. Pour leur application dans le territoire des Terres australes et antarctiques françaises :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : "par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8" sont remplacés par les mots : "par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement" ;

« 3o A l'article L. 2223-2, les mots : "mentionnés à l'article L. 2212-2" sont remplacés par les mots : "de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement". »

V. - A. - Le titre IV du livre IV de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre II ainsi rédigé :

Chapitre II

« Interruption volontaire de grossesse

« Art. L. 2442-1. - Les dispositions des articles L. 2212-1, L. 2212-7 et L. 2212-8 (premier alinéa) sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 2212-8, les mots : "selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2" ne s'appliquent pas. »

B. - L'article L. 2441-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 2441-2. - Pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française :

« 1o Le 3o de l'article L. 2222-2 est ainsi rédigé :

« "3o Dans un lieu autre qu'un établissement d'hospitalisation public ou qu'un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux conditions prévues par la réglementation applicable localement." ;

« 2o Aux articles L. 2223-1 et L. 2223-2, les mots : “par les articles L. 2212-3 à L. 2212-8” sont remplacés par les mots : “par les dispositions législatives ou réglementaires applicables localement” ;
« 3o A l’article L. 2223-2, les mots : “mentionnés à l’article L. 2212-2” sont remplacés par les mots : “de santé, publics ou privés, autorisés à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par la réglementation applicable localement”. »

Article 20

Le chapitre II du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1o L’intitulé du chapitre est ainsi rédigé : « Prise en charge par l’Etat des dépenses exposées au titre de l’interruption volontaire de grossesse » ;

2o L’article L. 132-1 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L’intégralité des dépenses exposées à l’occasion des interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les conditions prévues au troisième alinéa de l’article L. 2212-7 du code de la santé publique est prise en charge par l’Etat. » ;

b) Le dernier alinéa est complété par les mots : «, et notamment les conditions permettant, pour les personnes visées à l’alinéa précédent, de respecter l’anonymat dans les procédures de prise en charge. »

TITRE II : CONTRACEPTION

Article 21

Dans la première phrase du premier alinéa de l’article L. 2311-4 du code de la santé publique, les mots : « sur prescription médicale » sont supprimés.

Article 22

Le chapitre II du titre Ier du livre III du code de l’éducation est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« L’éducation à la santé et à la sexualité

« Art. 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 pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l’article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d’autres intervenants extérieurs conformément à l’article 9 du décret no 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d’enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés. »

Article 23

L’avant-dernier alinéa de l’article L. 6121-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une information et une éducation à la sexualité et à la contraception sont notamment dispensées dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées. »

Article 24

I. - L’article L. 5134-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5134-1. - I. - Le consentement des titulaires de l’autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n’est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l’administration de contraceptifs aux personnes mineures.

« La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d’urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s’effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d’enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d’éducation familiale n’est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d’un protocole national déterminé par décret, dans les cas d’urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d’urgence. Ils s’assurent de l’accompagnement psychologique de l’élève et veillent à la mise en œuvre d’un suivi médical.

« II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d’éducation familiale mentionnés à l’article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

« L’insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d’exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

II. - Dans l’article 2 de la loi no 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d’urgence, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

Article 25

L’article L. 5434-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5434-2. - Le fait de délivrer des contraceptifs mentionnés à l’article L. 5134-1 en infraction aux dispositions du premier alinéa du II dudit article et du 1o de l’article L. 5134-3 est puni de six mois d’emprisonnement et de 50 000 F d’amende. »

Article 26

Le titre II du livre Ier de la deuxième partie du même code est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« Chapitre III

« Stérilisation à visée contraceptive

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d’une information claire et complète sur ses conséquences.

« Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d’un médecin.

« Ce médecin doit au cours de la première consultation :

« - informer la personne des risques médicaux qu’elle encourt et des conséquences de l’intervention ;

« - lui remettre un dossier d’information écrit.

« Il ne peut être procédé à l’intervention qu’à l’issue d’un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

« Un médecin n’est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l’intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27

Après l’article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l’altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu’il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

« L’intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal

de la personne concernée.

« Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

« Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

« Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 28

I. - Les articles 24, 25, 26 et 27 de la présente loi sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

II. - Dans l'article L. 372-1 du code de l'éducation, il est inséré, après la référence : « L. 312-15, », la référence : « L. 312-16, ».

III. - L'avant-dernier alinéa (3o) de l'article L. 5511-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 3o Le titre III, à l'exception du 2o de l'article L. 5134-3 ; ».

IV. - Les articles L. 5511-13 et L. 5514-2 du même code sont abrogés.

V. - A l'article L. 5514-1 du même code, les mots : «, à l'exception de l'article L. 5434-2, et » sont supprimés.

VI. - L'article L. 5511-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5511-12. - A l'article L. 5134-1, les mots : "mentionnés à l'article L. 2311-4" ne s'appliquent pas dans la collectivité territoriale de Mayotte. »

Article 29

I. - Il est inséré, au premier alinéa de l'article L. 5521-6 du code de la santé publique, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : «, celles du I de l'article L. 5134-1 ».

II. - Il est inséré, dans l'article L. 5531-1 du même code, après les mots : « celles du chapitre II du titre III du livre Ier », les mots : «, celles du I de l'article L. 5134-1 ».

III. - Il est créé, au titre IV du livre V de la cinquième partie du même code, un chapitre unique ainsi rédigé :

« Chapitre unique

« Produits pharmaceutiques

« Art. L. 5541-1. - Le I de l'article L. 5134-1 est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

ANNEXE N° : 7

La circulaire du 17 février 2003

ENSEIGNEMENTS ÉLÉMENTAIRE ET SECONDAIRE

SANTÉ SCOLAIRE

L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées

NOR : MENE0300322C

RLR : 505-7

CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003

MEN

DESCO B4

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux chefs d'établissement ; aux directrices et directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ; aux directrices et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales

L'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen.

Dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale.

Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

L'éducation à la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. Elle doit ainsi permettre d'approcher, dans leur complexité et leur diversité, les situations vécues par les hommes et les femmes dans les relations interpersonnelles, familiales, sociales.

Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit trouver sa place à l'école sans heurter les familles ou froisser les convictions de chacun, à la condition d'affirmer ces valeurs communes dans le respect des différentes manières de les vivre.

C'est pourquoi il est fondamental qu'en milieu scolaire l'éducation à la sexualité repose sur une éthique dont la règle essentielle porte sur la délimitation entre l'espace privé et l'espace public, afin que soit garanti le respect des consciences, du droit à l'intimité et de la vie privée de chacun.

Un certain nombre de fondements de l'éducation à la sexualité se trouvent d'ores et déjà explicitement mentionnés dans les programmes scolaires de l'école primaire et dans ceux de quelques-unes des disciplines des collèges et des lycées. Plusieurs textes spécifiques sont par ailleurs venus en 1996 (1) puis en 1998 (2), instaurer l'organisation de séquences d'éducation à la sexualité au collège et mettre en place un dispositif de formation des personnels.

Les dispositions de l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ont désormais complété le chapitre II du titre I du livre III du code de l'éducation par un article L. 312-16 aux termes duquel "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 pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés."

Dans cette nouvelle perspective, il est nécessaire, en s'appuyant sur l'ensemble des actions déjà mises en place, de définir les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée, en précisant les modalités de mise en œuvre, et le pilotage du dispositif. Cette circulaire annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

(1) Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du sida en milieu scolaire et à l'éducation à la sexualité.

(2) Circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida.

I - Les objectifs de l'éducation à la sexualité dans le cadre scolaire

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Il s'agit de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement.

Dans ce cadre, l'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale.

Ainsi, afin de guider l'élaboration d'un projet par les équipes éducatives, on peut appliquer au champ spécifique de l'éducation à la sexualité, les objectifs éducatifs suivants :

- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;
 - analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;
 - apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;
 - développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité ;
 - favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;
 - apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.
- Des documents accompagnant la mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité en préciseront les contenus, la répartition et la progression pédagogiques adaptés à chaque cycle.

II - La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité

Au sein des écoles et des établissements scolaires, tous les personnels, membres de la communauté éducative, participent explicitement ou non, à la construction individuelle, sociale et sexuée des enfants et adolescents.

En effet, en toutes circonstances, dans les différents espaces des écoles et des établissements (salles de classe, de cours ou d'activité, lieux d'accueil ou de récréation, espaces de circulation, vestiaires, restaurant scolaire...), tout adulte de la communauté éducative contribue à réguler les relations interindividuelles et à développer chez les élèves des savoir-être tels que le respect de soi et de l'autre ou l'acceptation des différences.

Ces pratiques éducatives impliquent une nécessaire cohérence entre les adultes participant au respect des lois et des règles de vie en commun qui s'exercent aussi bien dans le cadre de la mixité, de l'égalité, que de la lutte contre les violences sexistes et homophobes contraires aux droits de l'homme.

Au-delà de ces situations quotidiennes, il est nécessaire d'organiser un travail pluridisciplinaire s'appuyant sur les compétences complémentaires des divers personnels, inscrit dans le projet d'école et le projet d'établissement, voire inséré dans une politique d'établissement.

2.1 Une formation à destination de l'ensemble des élèves

Dans les enseignements, à tous les niveaux, les programmes des différents champs disciplinaires - tels que la littérature, l'éducation civique, les arts plastiques, la philosophie, l'histoire, l'éducation civique juridique et sociale... - offrent, dans leur mise en œuvre, l'opportunité d'exploiter des situations, des textes ou des supports en relation avec l'éducation à la sexualité selon les objectifs précédemment définis.

Les enseignements scientifiques liés aux sciences de la vie occupent une place spécifique mais non exclusive dans ce domaine. Ils procurent aux élèves les bases scientifiques - connaissances et raisonnements - qui permettent de comprendre les phénomènes biologiques et physiologiques mis en jeu.

Les enseignants de ces disciplines sont en outre guidés par le souci constant d'établir un lien entre les contenus scientifiques et leurs implications humaines, préparant ainsi les élèves à adopter des attitudes responsables et à prévenir les risques.

Dans la construction de leur progression sur l'année et sur le cycle, ils veillent à donner toute leur place aux parties des programmes relatives, selon les niveaux d'enseignement, à la reproduction et à la transmission de la vie, à la contraception, aux infections sexuellement transmissibles et particulièrement au sida.

En lien avec les connaissances acquises à travers les programmes scolaires aux différents niveaux, il est nécessaire de concevoir une continuité éducative tenant compte des questionnements et de la maturité des élèves.

À cette fin, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité doivent, au minimum, être organisées dans le courant de chaque année scolaire.

Elles permettent de relier les différents apports concourant à l'éducation à la sexualité et de les compléter notamment dans les domaines affectif, psychologique et social, conformément aux objectifs définis ci-dessus (cf. §1).

2.1.1 À l'école primaire, l'éducation à la sexualité suit la progression des contenus fixée par les programmes pour l'école. Les temps qui lui sont consacrés seront identifiés comme tels dans l'organisation de la classe. Ils feront cependant l'objet, en particulier aux cycles 1 et 2, d'une intégration aussi adaptée que possible à l'ensemble des autres contenus et des opportunités apportées par la vie de classe ou d'autres événements. Aussi, à l'école, le nombre de trois séances annuelles fixé par l'article L. 312-16 du code de l'éducation doit-il être compris

plutôt comme un ordre de grandeur à respecter globalement dans l'année que comme un nombre rigide de séances qui seraient exclusivement dévolues à l'éducation à la sexualité. L'ensemble des questions relatives à l'éducation à la sexualité est abordé collectivement par l'équipe des maîtres lors de conseils de cycle ou de conseils de maîtres. Les objectifs de cet enseignement intégré aux programmes ainsi que les modalités retenues pour sa mise en œuvre feront en outre l'objet d'une présentation lors du conseil d'école.

2.1.2 Au collège et au lycée, le chef d'établissement établit en début d'année scolaire les modalités d'organisation et la planification de ces séances, inscrites dans l'horaire global annuel des élèves, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence de ce dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement et présenté au conseil d'administration. Pour les lycées, il fera également l'objet d'un débat au conseil de la vie lycéenne.

Les modalités d'organisation des séances - durée, taille des groupes - sont adaptées à chaque niveau de scolarité. Elles doivent privilégier un cadre favorisant l'écoute, le dialogue et la réflexion et peuvent s'appuyer sur les dispositifs existants. Le chef d'établissement veillera à la cohérence et à la complémentarité entre les apports des enseignements et les apports de ces séances.

La mise en œuvre de l'éducation à la sexualité, dans le premier comme dans le second degré, doit donc s'appuyer sur une véritable démarche de projet qui permet à la fois :

- d'informer et/ou d'associer les parents d'élèves ;
- de garantir la cohérence et la coordination des différents apports ;
- de susciter un travail intercatégoriel ;
- d'assurer, le cas échéant, le cadrage des interventions de partenaires extérieurs.

2.2 Des actions individuelles

Les séances d'éducation à la sexualité peuvent être l'occasion de susciter chez certains élèves des questionnements d'ordre privé ou encore de révéler des difficultés personnelles. Celles-ci ne doivent pas être traitées dans un cadre collectif mais relèvent d'une prise en compte individuelle de l'élève et d'une relation d'aide qui, dans les écoles et les établissements scolaires, peut s'appuyer sur tout adulte de la communauté scolaire susceptible d'apporter une écoute et d'être un relais, et plus particulièrement sur les compétences spécifiques des personnels de santé et sociaux.

En outre, la prise en charge et l'accompagnement qui s'exercent à l'occasion des bilans de santé, des dépistages, de l'accueil à l'infirmerie ou de l'entretien social, permettent d'établir avec les élèves une relation de confiance et un dialogue en toute confidentialité. C'est dans ce contexte que prennent place les dispositions de la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence et du décret d'application n° 2001-258 du 27 mars 2001, selon lesquelles les infirmières des établissements scolaires peuvent administrer la contraception d'urgence dans les situations d'urgence et de détresse caractérisée.

Les personnels de santé et sociaux assurent également les relais nécessaires au sein de l'école ou de l'établissement, ainsi qu'avec les familles et les professionnels des réseaux de soins.

Ainsi certains élèves traversant des difficultés personnelles nécessitant un entretien individuel seront orientés s'ils le souhaitent, soit vers les personnes ressources de l'établissement - personnels de santé et sociaux - soit vers des structures extérieures spécialisées.

III - La prise en charge

- À l'école primaire, c'est aux maîtres chargés de classe qu'incombe la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans le cadre des enseignements, avec le tact qui s'impose et en recherchant la plus grande cohésion avec l'ensemble des apprentissages. Le cas échéant, les maîtres pourront solliciter conseils et assistance auprès de l'infirmière ou du médecin scolaire formés à cet effet. Les maîtres porteront une attention toute particulière à la parole de l'enfant en vue de l'aider à discerner ce qui, dans les rapports qu'il entretient avec ses camarades et avec les adultes, est acceptable ou ne l'est pas.

- Au collège et au lycée, ces séances sont prises en charge par une équipe de personnes volontaires, constituée avec un souci de pluralité, associant autant que possible, dans la logique du projet d'établissement, enseignants et personnels d'éducation, sociaux et de santé, formés à cet effet.

- Il peut être fait appel à des interventions extérieures, dans le respect des procédures d'agrément en vigueur, conformément, d'une part, au décret n° 92-1200 du 6 novembre 1992, modifié le 20 mai 1999, relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public et, d'autre part, aux dispositions de la circulaire n° 93-136 du 25 février 1993 relative aux relations avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, qui rappellent cependant la possibilité pour des associations non agréées d'intervenir pendant le temps scolaire, dans des conditions précisées au chapitre II.

Il peut être toutefois recommandé de privilégier le recours à des intervenants issus d'associations ayant reçu l'agrément, national ou académique, prévu par le décret du 6 novembre 1992.

Les partenaires extérieurs ayant bénéficié d'une formation appropriée peuvent intervenir, dans les séances d'éducation à la sexualité dans le respect des principes, de l'éthique et des objectifs définis dans la présente circulaire.

Ces interventions, qui s'inscrivent dans le cadre du projet d'école ou d'établissement, devront s'insérer dans la programmation et la progression définies par l'équipe éducative en charge des séances.

Elles sont organisées avec l'autorisation du directeur d'école après avis du conseil des maîtres, dans le premier degré (3), ou à la demande du chef d'établissement, en accord avec l'équipe en charge de l'éducation à la sexualité, dans le second degré. Elles se déroulent en présence et sous la responsabilité pédagogique du maître ou d'un membre de cette équipe afin d'assurer la continuité de la relation éducative, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des actions.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est le dispositif de repérage et de mise en réseau indispensable des partenaires de proximité auxquels il peut être fait appel. Il permet en outre d'assurer l'information de l'ensemble des personnels de la communauté éducative.

Par ailleurs, si la mise en œuvre de partenariats est susceptible d'étendre les ressources de l'école en mobilisant des compétences spécifiques complémentaires, elle permet aussi de disposer de ressources et relais extérieurs à l'école. Ainsi les lieux d'information, de consultation et de conseil conjugal et familial, les centres de documentation spécialisés, les espaces d'écoute jeunes, les services téléphoniques, dispensent un accueil personnalisé, une orientation, des informations sur la sexualité, la contraception, la prévention des IST et du sida, les violences sexuelles, accessibles aux élèves des collèges et des lycées.

Les personnels des établissements scolaires doivent assurer la diffusion de ces informations notamment en mettant à disposition des élèves des dépliants et un espace d'affichage sur les structures locales et les numéros verts. Cette démarche sera accompagnée dans le cadre des séances d'éducation à la sexualité.

(3) Circulaire n° 91-124 du 6 juin 1991, modifiée les 20 juillet 1992 et 29 juin 1994, portant directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires (1er paragraphe du chapitre 5.4.4).

Circulaire n° 92-196 du 3 juillet 1992 relative à la participation d'intervenants extérieurs aux activités d'enseignement dans les écoles maternelles et élémentaires (annexe 1, A, § b).

IV - Pilotage et formation

4.1 Un dispositif académique de pilotage

Chaque académie doit se doter d'un projet d'éducation à la sexualité intégré dans le projet académique de santé des élèves, tel qu'il a été défini dans la circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 portant orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves, et la circulaire n° 2002-098 du 25 avril 2002 relative à la politique de santé en faveur des élèves.

Un bilan récent relatif aux actions et formations en éducation à la sexualité établi par la direction de l'enseignement scolaire, fait apparaître que de nombreuses académies disposent d'équipes de pilotage chargées pour l'essentiel de l'organisation et du suivi des formations.

La généralisation de l'éducation à la sexualité, notamment par les séances d'éducation à la sexualité prévues par la loi, impose désormais, compte tenu de l'ampleur du dispositif à mettre en œuvre, que chaque recteur désigne auprès de lui un coordonnateur et une équipe de pilotage académiques, en veillant à ce que des représentants désignés par les inspecteurs d'académie directeurs des services départementaux de l'éducation nationale y participent également.

Afin de ne pas multiplier les dispositifs spécifiques d'éducation à la santé et de prévention, de mieux les articuler et les mettre en cohérence, notamment avec le groupe d'animation des CESC, il est souhaitable de constituer un dispositif académique de pilotage regroupant l'ensemble des coordonnateurs et des personnes-ressources compétentes sur les thématiques de santé, sexualité, prévention.

En ce qui concerne l'éducation à la sexualité, comme pour les autres domaines évoqués, les missions de l'équipe de pilotage académique se déclinent selon cinq axes principaux :

- constituer une force de proposition dans l'élaboration de la politique académique ;
 - construire les partenariats institutionnels - en particulier avec les programmes régionaux de santé ainsi que les réseaux de soins - les partenariats associatifs et mutualistes, en intégrant notamment les fédérations de parents d'élèves.
- L'organisation de ces partenariats, les modalités d'intervention dans les écoles et les établissements scolaires, ainsi que leur contribution à la formation des personnels et des intervenants extérieurs seront définies dans une charte académique, établie selon les niveaux, entre le recteur et le directeur régional de l'action sanitaire et sociale (DRASS), ou entre l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale et le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Cette charte, qui permet de poser un cadre éthique, pédagogique et administratif clairement défini, pourra le cas échéant être élargie à d'autres partenaires en fonction des situations de chaque académie ou département ;
- contribuer à la définition du cahier des charges de la formation des personnels, à l'élaboration du plan académique et aux choix des formateurs ;
 - constituer un réseau de ressources documentaires à disposition des écoles et des établissements scolaires, en s'appuyant en particulier sur les nouvelles technologies ;
 - établir un bilan annuel académique de la mise en œuvre de la loi, à partir d'une grille nationale qui sera transmise aux recteurs.

4.2 Une politique de formation des personnels

La formation initiale et continue des personnels s'inscrit comme une des composantes du dispositif de pilotage d'une éducation à la sexualité des élèves ; elle doit permettre la constitution d'équipes aux compétences partagées, susceptibles d'analyser dans leur contexte, les besoins des élèves, de construire une démarche globale et progressive d'éducation adaptée à l'école ou l'établissement scolaire.

En effet, une politique de formation efficace, en un domaine qui exige de concilier savoirs, éthique, culture, respect des personnes suppose à tout le moins que soit prise en compte la dimension pluricatégorielle de l'encadrement des séances d'éducation à la sexualité. Ainsi professeurs des écoles, enseignants de science de la vie et de la Terre, de vie sociale et professionnelle, conseillers principaux d'éducation, médecins, infirmières, assistants de service social apportent en particulier, chacun pour ce qui le concerne, leur contribution à un projet défini en commun dans ses objectifs et ses résultats.

Les dispositifs de formation élaborés dans ce cadre, et éventuellement construits avec les équipes locales pour mieux répondre à leurs besoins, prendront appui aussi bien sur les ressources académiques que sur celles apportées par les partenaires extérieurs institutionnels ou associatifs habilités à intervenir auprès des élèves dans le domaine de l'éducation à la sexualité.

Compte tenu de la diversité des personnels susceptibles d'intervenir dans ces formations, la logique d'ensemble des dispositifs gagnera à être définie au niveau académique dans l'objectif de la meilleure utilisation des ressources disponibles. Les modalités de formation pourront cependant privilégier les interventions sur site aidant en cela à la constitution des équipes éducatives.

Au cours des dernières années, des formations interacadémiques à pilotage national ont permis de constituer un réseau de formateurs pluricatégoriels chargés notamment d'organiser les actions de formation d'équipes d'établissements participant à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

Les recteurs veilleront à mobiliser ces personnels et à développer leurs compétences tout en renforçant ce réseau de formateurs afin d'être en mesure de répondre aux besoins des écoles et établissements de leur académie.

La loi du 4 juillet 2001 a confié à l'école une mission éducative dans le champ bien spécifique de l'éducation à la sexualité. Les orientations définies dans la présente circulaire, constitue un cadrage aussi bien pour les personnels de l'éducation nationale que pour les partenaires appelés à intervenir dans les écoles et les établissements scolaires. J'appelle votre attention sur l'importance que j'attache à la mise en œuvre de ces dispositions.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche
et par délégation,
Le directeur de l'enseignement scolaire
Jean-Paul de GAUDEMAR

ANNEXE N°8

LA SANTÉ DES ÉLÈVES : PROGRAMME QUINQUENNAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION
C. n° 2003-210 du 1-12-2003
NOR : MENE0302706C

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux inspectrices d'académie et inspecteurs d'académie, directrices et directeurs des services départementaux de l'éducation nationale ; aux chefs d'établissement ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale

PRÉAMBULE

L'école a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des jeunes qui lui sont confiés et de favoriser le développement harmonieux de leur personnalité. Elle participe également à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, en articulation avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique. L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative.

Aussi, la promotion de la santé en faveur des élèves est-t-elle indissociable de la politique éducative globale. Elle est également liée à l'action de prévention dont les champs sont définis notamment dans le contrat-cadre de partenariat entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé. Ensemble, ces politiques concourent à transmettre aux élèves la dimension essentielle du respect de soi-même et d'autrui, favorisant ainsi leur intégration à l'école et, d'une manière plus générale, dans la vie sociale. Désormais, la politique éducative de santé à l'école s'inscrit dans un programme quinquennal, défini en termes d'objectifs prioritaires, de stratégies d'action et d'évaluation.

La mise en œuvre de ce programme s'appuie, d'une part sur les textes actuellement en vigueur à l'éducation nationale :

- la circulaire n° 98-234 du 24 novembre 1998, "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège", qui fera l'objet de modifications suite au rapport des inspections générales de l'éducation nationale et de l'inspection générale des affaires sociales, dont les conclusions doivent être rendues pour la fin de l'année 2003 ;
 - la circulaire n° 98-108 du 1er juillet 1998 "Prévention des conduites à risque et comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté" ;
 - la circulaire n° 98-140 du 7 juillet 1998, "Éducation à la citoyenneté dans l'enseignement primaire et secondaire" ;
 - les circulaires n° 2001-012 du 12 janvier 2001 "Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves", n° 2001-013 "Missions des médecins de l'éducation nationale" et n° 2001-014 "Missions des infirmier(ères) de l'éducation nationale" ;
 - les circulaires n° 2002-024 du 31 janvier 2002 et n° 2002-111 du 30 avril 2002 : "Adaptation et intégration scolaires : des ressources au service d'une scolarité réussie pour tous les élèves" ;
 - la circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 "Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées",
- d'autre part, sur des collaborations plus étroites et formalisées avec les partenaires du système éducatif : ministère chargé de la santé, Institut national de prévention et d'éducation à la santé, Institut national de la santé et de la recherche médicale (contrat-cadre et conventions joints en annexe de la présente circulaire).

Il faut en effet aujourd'hui organiser, autour de la santé des élèves, une mobilisation totale pour aider les jeunes à préserver leur santé et lutter efficacement contre les problèmes qu'ils sont susceptibles de rencontrer. A cette fin, l'implication des familles, et de tous les acteurs de la communauté éducative, en particulier les personnels de santé et sociaux mais aussi les enseignants et les conseillers principaux d'éducation, qui sont au quotidien avec les élèves, comme la collaboration étroite avec les partenaires (collectivités, organismes publics et associatifs, professionnels de santé extérieurs à l'école) sont indispensables.

La réflexion sur la santé des élèves devra être intégrée à la vie de l'école ou de l'établissement scolaire, en prenant en compte notamment les questions de gestion du temps et de l'espace scolaires des élèves et des adultes.

Les instances de l'école ou de l'établissement scolaire - conseil d'école, conseil d'administration, commission hygiène et sécurité, comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté... - constituent des lieux de débat et de concertation sur l'ensemble de ces questions. L'ensemble des partenaires y contribue, dans l'école comme dans les différents lieux de vie des enfants et des adolescents.

Un bilan régulier de la politique menée dans le cadre de ce programme sera présenté aux instances paritaires académiques et départementales.

Ainsi l'école, en tenant compte de son environnement et en favorisant l'éducation des jeunes à la santé et à la citoyenneté, s'associera pleinement à la politique générale du pays en matière de santé publique dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

I - Repérer et suivre les problèmes de santé des élèves

La santé des élèves est un facteur essentiel dans l'acquisition des savoirs à l'école. Le repérage et le suivi efficaces des problèmes de santé doivent également permettre de remédier aux inégalités face à l'accès aux soins, liées soit au contexte familial et social, soit à la localisation géographique.

Ainsi, les bilans médicaux, effectués par les médecins de l'éducation nationale, contribuent à dépister les pathologies, les maladies, les déficiences pouvant entraver la scolarité des élèves, notamment les troubles spécifiques du langage écrit ou oral, de repérer les signes de souffrance psychique, de délivrer des conseils de santé, de favoriser toute forme d'intégration scolaire et d'orienter si nécessaire vers des structures adaptées, mais aussi de construire une véritable vigilance des familles et des jeunes sur les problèmes liés à la santé.

La réalisation de cet objectif doit suivre trois axes prioritaires :

- réaliser à 100 % les bilans médicaux des enfants scolarisés avant leur sixième anniversaire. Ce bilan, inscrit dans le code de l'éducation, doit être centré sur les acquisitions et le développement nécessaires à une bonne insertion à l'école, notamment sur les compétences neuro-sensorielles nécessaires à l'apprentissage des langages. La concertation entre médecins, infirmier(e)s, enseignants, membres du RASED, professionnels de soins et les familles sera organisée conformément aux dispositions de la circulaire n° 2002-024 du 31 janvier 2002, relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ;
 - augmenter l'efficacité du suivi des avis médicaux donnés aux familles pour assurer l'accès et le recours aux soins. Le taux actuel de retour d'information de ces avis s'établit en moyenne autour de 35 %. L'objectif fixé est d'atteindre un taux de 80 %. Il convient de parvenir à une mobilisation générale pour améliorer l'accès aux soins : l'organisation de réseaux locaux en vue d'une recherche concertée de solutions partenariales, une étroite collaboration avec les familles, les services des collectivités territoriales et les organismes sociaux, la formation d'équipes pluriprofessionnelles sensibilisées au repérage d'indicateurs significatifs et le contrôle effectif par les personnels de la communauté éducative concernés par le suivi de santé des élèves (cf. en annexe 3 à titre d'exemple les protocoles de l'Oise et de la Seine-Saint-Denis) ;
 - inciter les familles à faire bénéficier leurs enfants des consultations de prévention aux âges charnières (fin du primaire et fin du collège) à partir de la rentrée 2004 ; ces consultations gratuites, déjà organisées par certaines caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), sont réalisées, au choix de la famille, en ville, à l'hôpital, au dispensaire ou dans toute autre structure habilitée. Il s'agit de les multiplier. Il est à noter qu'un nombre important d'élèves bénéficient d'une visite dite "d'orientation" en fin de 3ème. Il conviendra d'établir des modalités de liaison entre les médecins de l'éducation nationale qui effectuent cette visite et les médecins qui réaliseront la visite de prévention.
- D'une façon générale, les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, veilleront à ce que la

collaboration étroite entre les médecins scolaires, les médecins de la protection maternelle et infantile et les médecins de ville permette d'atteindre rapidement ces premiers objectifs. En outre, il pourra être fait appel aux étudiants en médecine de 3ème cycle qui effectueront tout ou une partie de leur stage en milieu scolaire. Ces internes, sous la responsabilité des médecins de l'éducation nationale, apporteront leur concours aux différentes actions menées.

Pour accompagner cette démarche, il est nécessaire que les différents médecins appelés à intervenir auprès des enfants, disposent d'outils communs de recueil de données. Pour la rentrée scolaire 2004/2005, un nouveau carnet de santé, adapté à ces objectifs, ainsi qu'un protocole de consultation intégrant des données sur la santé psychique, seront élaborés par un groupe national de travail éducation nationale-santé. Ce carnet intégrera également les protocoles de soins et d'urgence des élèves atteints de troubles de la santé et le repérage des troubles spécifiques du langage. Il sera utilisé, comme le carnet de santé actuel, conformément aux règles régissant le respect de la confidentialité. De manière transitoire, il conviendra d'utiliser les documents existants pour l'année scolaire 2003-2004, tout en veillant particulièrement aux orientations nouvelles.

II - Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents

Des enfants et des adolescents en souffrance se signalent de plus en plus tôt par des plaintes somatiques, des troubles du comportement qui ne sont pas toujours reconnus comme des signaux d'alarme, mais dont la fréquence et la durée doivent alerter (repli sur soi, violences, absentéisme, modifications importantes des résultats scolaires...). Une attention particulière doit être apportée au repérage des risques suicidaires ; en effet, 8,7 % des garçons et 19 % des filles consultant l'infirmière déclarent avoir déjà tenté de se suicider. (1)

Le travail en équipe doit être favorisé autour de ces jeunes fragilisés. Dans les différents lieux d'accueil et d'écoute existant dans les établissements scolaires, tous les personnels -personnels de direction, d'enseignement, d'éducation, d'assistance éducative, d'accueil, de restauration, sociaux et de santé, administratifs et techniques, ainsi que les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation-psychologues-doivent être attentifs aux signes de mal-être des enfants et des adolescents. La visite à l'infirmerie est souvent l'occasion de repérer ces signes. Si la situation le nécessite, et après accord de la famille pour un élève mineur, ou de l'élève lui-même s'il est majeur, le relais sera passé au médecin de l'éducation nationale ou, en cas d'impossibilité ou d'urgence, au médecin traitant, ou au service d'urgence spécialisé afin qu'un diagnostic soit réalisé. Toute prise en charge éventuelle, sera alors proposée dans le cadre d'un travail en réseau avec les services spécialisés, notamment avec les CMPP et les secteurs de psychiatrie.

Afin d'organiser ce travail en réseau de façon systématique, une concertation pour la mise en place d'un dispositif d'orientation et d'accueil sera engagée à partir de la rentrée 2003, dans chaque département par l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, dans le cadre d'une convention avec le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, et les services de santé concernés pour le signalement et la prise en charge des urgences psychiques après concertation entre les partenaires concernés. Ce dispositif devra conduire à créer des procédures innovantes permettant d'orienter rapidement les élèves en souffrance et de les accueillir au plus vite dans les structures d'accompagnement ou de traitement adéquates. Il s'agit de tout mettre en œuvre pour assurer la meilleure protection des jeunes. L'objectif recherché est que soit organisée, au cours de l'année 2003-2004, une vingtaine de dispositifs d'accueil, à titre expérimental, dont il conviendra de prévoir l'évaluation, avant une éventuelle démultiplication.

Cette mesure figure au nombre des objectifs prioritaires retenus dans le contrat-cadre entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé.

Afin d'accompagner la mise en œuvre de ces actions, il est nécessaire de mener un travail préalable permettant :

- de mesurer et d'identifier la prévalence de ces troubles ainsi que leur prise en charge dans la population scolaire ;
- de sensibiliser et d'informer les enseignants et l'ensemble des personnels des écoles et des établissements scolaires qui ont un contact quotidien avec les élèves ;
- de renforcer les compétences des professionnels de santé et sociaux rattachés aux écoles et aux établissements scolaires, ainsi que des psychologues scolaires et des COP, dans le domaine de la santé psychique, et notamment dans la prévention des conduites suicidaires ;
- de développer la collaboration entre le milieu scolaire et les structures spécialisées (CMPP, secteurs de psychiatrie, services de médecine pour adolescents...);
- de s'appuyer sur les recommandations du guide réalisé par l'organisation mondiale de la santé (OMS) intitulé "La prévention du suicide - indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire" et diffusé à la rentrée dans les académies.

À cette fin, plusieurs mesures vont être mises en œuvre. Il s'agit tout particulièrement :

- d'intégrer, dès la rentrée 2003 dans le cadre du cycle triennal d'enquêtes engagé entre la direction de l'enseignement scolaire et la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé, un volet "santé psychique" dans le questionnaire en direction des élèves de 3ème. Le protocole d'enquêtes entre les directions concernées figure en annexe ([annexe 5](#)) du contrat-cadre éducation nationale-santé ;
- d'identifier des propositions d'actions à partir des expertises collectives menées sous la direction de l'INSERM, d'une part sur l'éducation pour la santé des jeunes, et d'autre part, sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent ;
- d'élaborer un guide d'action à destination des équipes éducatives en partenariat avec l'INPES. Ce guide proposera, outre des apports théoriques, des exemples concrets d'actions de terrain susceptibles de servir d'appui aux actions à mener ;
- de permettre, dans le cadre du plan national de prévention du suicide, l'accès aux formations organisées au plan régional, pour les personnels de santé et sociaux intervenant en milieu scolaire ;
- de réaliser une enquête sur les collaborations existantes ou à développer entre les équipes éducatives et les équipes de psychiatrie, les CMP et les CMPP. Cette enquête sera menée à partir de la fin de l'année 2003, sur un échantillon d'écoles et d'établissements. L'état des lieux ainsi réalisé permettra d'établir des recommandations pour une meilleure prise en charge des élèves en souffrance ;
- d'organiser des journées de sensibilisation régionales ou départementales à destination des responsables de la santé publique et de l'éducation nationale, afin de favoriser la connaissance mutuelle de ces réseaux et la circulation des informations ;
- de mettre en place une convention-cadre avec l'INSERM, ayant pour objet de fixer les conditions générales de collaboration pour faire progresser et valoriser les connaissances disponibles liées à l'enfance et à l'adolescence, et contribuer à leur mise à disposition auprès des acteurs du système éducatif. En 2003-2004 le programme de travail portera sur une étude à caractère multidisciplinaire sur les modes de vie et les comportements à risque des enfants et des adolescents scolarisés (convention cadre jointe en [annexe 4](#)).

(1) Source : enquête en milieu scolaire réalisée par l'Inserm en 2001.

III - Assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé

Dans le cadre de l'action publique d'éducation et de promotion de la santé chez les jeunes, l'école a un rôle prépondérant à jouer, complémentaire de celui de la famille.

L'éducation à la santé participe à l'acquisition progressive de savoirs et de compétences qui permettront aux élèves de faire des choix éclairés et responsables en matière de santé.

3.1 Intégrer dans les projets d'école et d'établissement une programmation ou des actions d'éducation à la santé

Dès à présent, les thèmes relatifs à la santé sont abordés à l'école primaire, comme au collège ou au lycée, au travers des enseignements, et peuvent l'être dans le cadre de dispositifs spécifiques tels que les itinéraires de découverte, les travaux personnels encadrés et les projets pluridisciplinaires à caractère professionnel.

D'autre part, les dispositions de la circulaire du 1er juillet 1998 relative aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ainsi que le

cadre donné par la circulaire du 24 novembre 1998 "Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège" qui prévoit l'organisation de 30 à 40 heures de rencontres éducatives sur la santé ont permis la mise en place de nombreuses actions en particulier dans les collèges. Ce dernier dispositif fera l'objet d'une évaluation conjointe de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale de l'éducation nationale, et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, s'attachant notamment à évaluer les conditions effectives d'application, à analyser les modalités de mise en œuvre, freins et éléments facilitateurs.

L'évaluation examinera également la complémentarité entre les actions conduites dans les établissements scolaires et les politiques d'éducation à la santé menées en direction des jeunes en dehors du cadre scolaire, ainsi que les articulations entre les différents partenaires. Enfin, elle formulera toute proposition en vue du renouvellement du dispositif d'éducation à la santé à l'école et au collège, de son extension au lycée et d'une meilleure coordination des acteurs impliqués dans ces politiques.

Cependant, d'ores et déjà, l'étude menée en 2001 (2) sur l'éducation à la santé et à la sexualité à l'école et au collège, met en évidence une multiplicité et une hétérogénéité d'actions sans projet réellement structuré.

Aussi, afin d'aider les équipes éducatives à construire une programmation d'éducation à la santé, intégrée dans le projet d'école et d'établissement, un travail a-t-il été entrepris entre la direction de l'enseignement scolaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, afin de mettre en place une expérimentation dans ce domaine. Celle-ci s'appuiera sur les enseignements et les séances d'éducation à la santé, en tenant compte d'une progression pédagogique de l'école au lycée et proposera des pistes d'actions ainsi qu'une méthodologie d'intervention et d'évaluation.

Cette expérimentation se déroulera sur trois ans dans les académies volontaires et son évaluation déterminera les conditions de sa généralisation. Trois à cinq bassins de formation seront retenus. Parallèlement, un guide méthodologique sera réalisé et diffusé à l'ensemble des académies à la rentrée 2006.

Plus largement, la convention de partenariat engagée entre l'INPES et la DESCO précise les diverses modalités de collaboration, et définit les opérations prioritaires à mener en commun. Elle est annexée au contrat-cadre éducation nationale-santé ([annexe 2](#)).

3.2 Développer l'éducation à la sexualité

Conformément à la loi du 4 juillet 2001 et à la circulaire du 27 février 2003, l'ensemble des collèges et des lycées doivent mettre en place des séances d'éducation à la sexualité. Un travail important a déjà été réalisé dans les collèges pour les classes de 4ème et 3ème. Il convient désormais de l'étendre à tous les niveaux de classes.

Dans les lycées, une information est souvent effectuée sur des thématiques précises, notamment en termes de prévention des risques. Il importe désormais de mettre en œuvre une véritable éducation à la sexualité. L'objectif à atteindre est fixé à au moins 50 % des lycées sur 3 ans. Les méthodes d'intervention devront être adaptées à l'âge et aux attentes des élèves, en privilégiant notamment les temps d'échanges et les débats.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces dispositions, deux documents pédagogiques seront mis à disposition des formateurs et des équipes éducatives des collèges et des lycées : un support de formation réactualisant et complétant le guide "Repères sur l'éducation à la sexualité" sera diffusé très prochainement et un guide pédagogique sera réalisé en 2004.

Une brochure à l'intention des enseignants du premier degré sera élaborée au cours de cette même année.

Par ailleurs, les élèves doivent être informés, dans les établissements scolaires, des diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes au sein de ceux-ci et à l'extérieur. À cet effet, un espace d'affichage dans les lieux de passage des élèves et dans les lieux de soins sera obligatoirement réservé. Il comportera les heures d'ouverture de l'infirmerie, les numéros verts, les coordonnées des structures locales (centres de planification et d'éducation familiale, de planning familial, consultations de dépistage anonyme et gratuit, accès gratuits à la contraception d'urgence). Dans les lycées, les modalités de mise à disposition des préservatifs (dans les infirmeries et/ou dans tout type de distributeur automatique), devront être établies et faire l'objet d'une réflexion avec les lycéens, au sein du conseil d'administration et du conseil de la vie lycéenne, afin de permettre une meilleure accessibilité à ce moyen de prévention.

(2) Note d'information 03.02 avril de la DESCO.

3.3 Prévenir les conduites addictives

La prévention des comportements à risque et la lutte contre la consommation de produits illicites ou dangereux doit être intégrée dès l'école primaire et tout au long du cursus scolaire, particulièrement au collège. L'expérimentation des produits psycho-actifs est de plus en plus précoce et conduit de plus en plus souvent à des poly-consommations associant les drogues, l'alcool, le tabac et la prise de médicaments psycho-actifs. Ces consommations plus ou moins régulières, peuvent porter gravement atteinte à la santé et à la scolarité des jeunes, et compromettre leur insertion dans la société.

Une enquête DESCO-OFDT (3)-MILDT relative à l'application de la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 dans les établissements, réalisée en 2001, montre que l'application de cette loi n'est pas effective, notamment dans les lycées.

À partir de ces constats, il est obligatoire :

- d'appliquer effectivement la loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 ;
- d'inscrire dans les règlements intérieurs l'interdiction de fumer dans l'enceinte des établissements (lieux couverts et non couverts) pour l'ensemble des élèves.

Par ailleurs, il est essentiel de décourager l'initiation aux substances psycho-actives et de réduire les risques sanitaires et sociaux chez les jeunes consommateurs.

Dans cette perspective, les modalités suivantes devront être mises en œuvre :

- faire connaître, appliquer les dispositions de la loi sur les consommations de produits licites (loi du 10 janvier 1991) et illicites (loi du 31 décembre 1970), et les inscrire au règlement intérieur ;
- rappeler systématiquement les sanctions disciplinaires et judiciaires encourues en cas d'infraction à la législation sur les stupéfiants ;
- organiser dans le cadre du projet d'établissement une information systématique sur les dangers des produits psycho-actifs et la nocivité des polyconsommations ;
- prévoir des réunions d'information et de sensibilisation en début d'année scolaire à l'intention des personnels de l'établissement et des parents, non seulement sur la connaissance et les effets des produits, mais aussi sur le développement de l'adolescent ;
- développer des actions d'aide aux jeunes en situation de consommation régulière et mettre éventuellement en place des orientations vers les services spécialisés.

Le chef d'établissement veillera à l'application de ces mesures en usant de tous les moyens à sa disposition pour leur mise en œuvre. Celle-ci fera l'objet d'un point particulier dans le bilan annuel d'activité présenté au conseil d'administration.

Afin d'améliorer la lutte contre le tabagisme, les infirmières des établissements scolaires proposeront aux adolescents, dans le cadre d'actions de prévention, des tests visant à mesurer le taux de monoxyde de carbone expiré et leur communiqueront des informations sur l'accès aux dispositifs de sevrage. Elles pourront accompagner les élèves engagés dans une démarche de sevrage en lien avec les professionnels ou services spécialisés. Elles auront également la possibilité de délivrer ponctuellement, et à titre dérogatoire, des substituts nicotiniques (pastilles sublinguales), après une phase d'expérimentation conduite dans une vingtaine d'établissements volontaires. Les modalités de cette expérimentation figurent en annexe ([annexes 1.2 et 1.3](#)) du contrat-cadre éducation nationale-santé.

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est le dispositif le mieux adapté pour organiser ces actions de prévention, notamment des conduites addictives. La totalité des établissements devront en être dotés à la rentrée 2004. À cette fin, l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale, réunira les représentants des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté de chaque

bassin d'éducation de son département dans le courant du premier trimestre de chaque année scolaire pour définir, en conformité avec les orientations nationales et académiques, le programme d'actions de l'année scolaire à venir.

Les coordonnateurs académiques et les personnes-ressources formés au niveau des inspections académiques devront renforcer leur collaboration avec les chefs de projets départementaux drogues et dépendances.

L'organisation, en 2003-2004 de journées interacadémiques, à destination du réseau des coordonnateurs académiques et des chefs de projet départementaux drogues et dépendances, conduira en 2004 à la tenue d'"Assises de la prévention".

3.4 Éduquer à la nutrition et prévenir les problèmes de surpoids et d'obésité

Les problèmes de surpoids ou d'obésité touchent aujourd'hui plus de 10 % des enfants de 5 à 12 ans et 13,4 % des adolescents.

L'éducation nutritionnelle, l'éducation au goût et à la consommation, ont toute leur place aussi bien à l'école qu'au collège ou au lycée, en appui sur les enseignements ou dans le cadre des animations organisées autour de la valorisation des patrimoines culinaires.

Cette éducation à la nutrition et à la prévention des problèmes de surpoids et d'obésité, conformément aux recommandations du Plan national nutrition santé, doit s'appuyer sur des mesures concrètes. En particulier, il convient :

- de généraliser l'utilisation des outils de repérage (disque indice de masse corporelle -IMC- et courbe de poids), lors des bilans médicaux et des dépistages infirmiers et d'informer systématiquement les parents des suites de ce repérage ;
- de diffuser dans les établissements scolaires en 2004-2005 un guide de la nutrition pour les adolescents, élaboré par l'INPES ;
- d'inciter les chefs d'établissement à mener une réflexion au sein du conseil d'administration sur la présence de distributeurs et particulièrement sur leurs contenus afin de prendre en compte la qualité nutritionnelle des produits proposés. Les boissons sans sucre, l'eau, les produits frais (fruits, légumes...) et les aliments à faible teneur en calories seront largement privilégiés dans ces distributeurs ;
- de définir une politique d'installation de fontaines d'eau réfrigérée en concertation avec les collectivités territoriales concernées. Tous les établissements devront être pourvus de ces fontaines à l'horizon 2007.

En ce qui concerne l'opportunité et la composition de la "collation de 10 heures" ainsi que des aliments proposés lors des goûters et à l'occasion des différentes manifestations organisées au sein de l'école (anniversaires, fêtes de fin d'année, kermesses...), une expertise scientifique va être réalisée par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments. À l'issue de cette expertise, et sans méconnaître les aspects de convivialité qui s'attachent à ces événements, des recommandations seront communiquées aux écoles.

Par ailleurs une enquête sera menée au cours de l'année 2004 sur l'application de la circulaire du 25 juin 2001 relative à la composition des repas servis en milieu scolaire, notamment en ce qui concerne les recommandations nutritionnelles.

Enfin il faut rappeler que l'activité physique et sportive est un facteur essentiel de prévention des problèmes de surpoids et d'obésité.

(3) OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

IV - Développer chez les élèves des comportements civiques et solidaires : généraliser l'apprentissage des gestes qui sauvent

Afin d'aboutir à une généralisation progressive de l'apprentissage des gestes qui sauvent, deux priorités sont déterminées :

- dans toutes les écoles, développer sur les trois années à venir le dispositif "Apprendre à porter secours" (APS) ;
- dans les collèges, poursuivre ce programme au cours des cinq prochaines années scolaires afin d'aboutir, à la fin de cette période, à l'obtention de l'attestation de formation aux premiers secours (AFPS) pour tous les élèves.

Cet apprentissage a un double objectif : d'une part, permettre à tout élève d'effectuer une alerte et de pratiquer des gestes simples face à une situation d'urgence médicale avant la prise en charge par les secours spécialisés, d'autre part, faire acquérir aux élèves des savoirs et savoir-faire dans la gestion de situations d'incidents ou d'accidents de santé, en prenant appui sur les programmes d'enseignement.

Cinq mesures accompagnent ce dispositif :

- une attestation nationale validera les acquis de cette formation à l'issue des trois cycles de l'école primaire ;
- la brochure pédagogique "APS", référentiel de formation pour les formateurs, sera actualisée et diffusée dès la rentrée 2003-2004. Elle prend en compte les nouveaux programmes de l'enseignement primaire et l'évolution de la formation aux premiers secours ;
- le développement de la formation aux premiers secours des enseignants se poursuivra en formation initiale ou continue ;
- le partenariat entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère chargé de la santé sur la formation "Apprendre à porter secours" est formalisé dans le cadre d'une convention nationale, qui sera mise en œuvre durant l'année scolaire 2003-2004 ; cette convention est jointe en annexe (annexes 6, 6.1, 6.2) du contrat-cadre éducation nationale-santé.
- un protocole d'accord sera également signé entre le ministère chargé de l'éducation nationale et le ministère de l'intérieur afin d'aboutir, à terme, à ce que les collégiens puissent obtenir en fin de 3ème l'attestation de formation aux premiers secours.

Un premier bilan concernant :

- le dispositif mis en place dans les académies relatif au suivi des problèmes de santé des élèves et des avis médicaux donnés aux familles ;
- le dispositif d'orientation et d'accueil pour les élèves en souffrances psychiques ;
- l'expérimentation des vingt-deux sites pilotes de lutte contre le tabagisme (liste en annexe 1.3),

devra être adressé par les inspecteurs d'académie aux recteurs, puis transmis à la direction de l'enseignement scolaire pour le 15 mars 2004 selon une grille nationale qui sera adressée aux recteurs ultérieurement.

Pour le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche
et par délégation,

Le directeur de l'enseignement scolaire

Jean-Paul de GAUDEMAR

ANNEXE N°9 : liste des établissements scolaires

ETABLISSEMENTS	TYPE	ADRESSE	sur place	au centre de planification
----------------	------	---------	-----------	----------------------------

Collège Sainte Madeleine La Joliverie	privé, général	10 Quai Hoche, 44200 Nantes		x
Collège Lamoricière	privé, général	32 Rue Félix Platel 44 310 Saint Philbert de Grand Lieu	X	
Collège La Reinetière	public, général	Boulevard Pasteur, 44980 Sainte-Luce-sur-Loire	x	x
Collège Cacault	public, général	8 Route de Gorges 44190 Clisson		x
Collège Salvador Allende	public, général	9 Avenue Léon Blum, 44400 Rezé	x	x
Collège de Bellestre	public, général	Rue du Stade 44830 Bouaye	x	x
Collège Public Gaston Serpette	public, général	12 Rue Docteur Gustave Rappin, 44000 Nantes	x	
Collège Talence	public, général	122 Rue Robert Schuman, 44300 Nantes	x	
Collège les Sables d'Or	public, général	7 Route de la Barre, 44470 Thouaré-sur-Loire		x
Collège Sophie Germain	public, général	Saint-Donatien-Malakoff, 44000 Nantes		x
Collège Public Aristide Briand	public, général	19 Rue Louis Blanc, 44200 Nantes		x
Collège Public Chantenay	public, général	62 Rue Amiral du Chaffault, 44100 Nantes		x
Collège Ernest Renan	public, général	10 Rue de la Mayenne, 44800 Saint-Herblain		x
Collège Le Herault	public, général	1 Avenue Alain Gerbault, 44800 Saint-Herblain	x	
Collège Jules Verne	public, général	1 Rue Général Meusnier, 44000 Nantes	x	
Lycée Polyvalent Sacré-Cœur	privé, général	3, rue Francis Portais, 44107 Nantes		x
Lycée Polyvalent de la Herdrie	public, général	81 Rue de la Basse Lande, 44115 Basse-Goulaine	x	
Lycée Général et Technologique Livet	public, général	16 Rue Dufour, 44000 Nantes	x	
Lycée Jean Perrin	public, général	20 Rue du Château de Rezé, 44400 Rezé	x	x
Lycée Jules RIEFFEL	public, professionnel	5 Rue de la Syonnaire 44800 Saint-Herblain	X	
Lycée Professionnel Leloup Bouhier	public, professionnel	11 Boulevard de Launay, 44100 Nantes		x

ANNEXE N°10 : LE QUESTIONNAIRE

1) En quelle classe êtes vous ? -----

2) Etes vous un(e) : 0 fille 0 garçon

3) Quel âge avez-vous? -----

4) L'intervention a été pour vous : (choix multiple possible)

☐ utile	☐ intéressante	☐ inutile	☐ inintéressante
--------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	---

5) Aviez vous déjà bénéficié d'une intervention sur le thème de la vie affective et sexuelle ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

6) A l'époque cette intervention vous paraissait-elle utile ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

7) Pourquoi ? -----

8) Aujourd'hui, avez vous eu des informations nouvelles par rapport à ce que vous connaissez ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

9) L'échange entre vous et l'intervenant vous a-t-il paru intéressant ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

10) Pourquoi ? -----

11) Vous êtes vous senti à l'aise pour prendre la parole ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

12) Pourquoi ? -----

13) Pensez vous que cette rencontre doit se faire filles et garçons séparés ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

14) Pourquoi ? -----

15) Pensez vous que cette rencontre doit se faire lors d'une première séance filles/garçons séparés PUIS une deuxième séance filles/garçons ensemble ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

16) Pourquoi ? -----

17) Avez vous parlé de cette intervention à vos parents ?

☐ oui	☐ non
------------------------------	------------------------------

18) Pourquoi ? -----

19) Autres remarques : (texte libre) -----

ANNEXE N°11 : LE QUESTIONNAIRE POUR LES CLASSES PROFESSIONNELLES GARÇONS

1) En quelle classe êtes vous ? -----

2) Etes vous un(e) : 0 fille 0 garçon

3) Quel âge avez-vous? -----

4) L'intervention a été pour vous : (choix multiple possible)

☐ utile ☐ intéressante ☐ inutile ☐ inintéressante

5) Aviez vous déjà bénéficié d'une intervention sur le thème de la vie affective et sexuelle ?

☐ oui ☐ non

6) A l'époque cette intervention vous paraissait-elle utile ?

☐ oui ☐ non

7) Pourquoi ? -----

8) Aujourd'hui, avez vous eu des informations nouvelles par rapport à ce que vous connaissez ?

☐ oui ☐ non

9) Vous êtes vous senti à l'aise pour prendre la parole ?

☐ oui ☐ non

10) Pourquoi ? -----

11) Avez vous parlé de cette intervention à vos parents ?

☐ oui ☐ non

12) Pourquoi ? -----

13) Autres remarques : (texte libre) -----

ANNEXE N°12 : LE QUESTIONNAIRE POUR LES CLASSES PROFESSIONNELLES FILLES

1) En quelle classe êtes vous ? -----

2) Etes vous un(e) : ☐ fille ☐ garçon

3) Quel âge avez-vous? -----

4) L'intervention a été pour vous : (choix multiple possible)

☐ utile ☐ intéressante ☐ inutile ☐ inintéressante

5) Aujourd'hui, avez vous eu des informations nouvelles par rapport à ce que vous connaissez ?

☐ oui ☐ non

6) Vous êtes vous senti respecté(e) par le groupe et l'intervenant(e)?

☐ oui ☐ non

7) Vous êtes vous senti à l'aise pour prendre la parole ?

☐ oui ☐ non

8) Pourquoi ? -----

9) Avez vous parlé de cette intervention à vos parents ?

☐ oui ☐ non

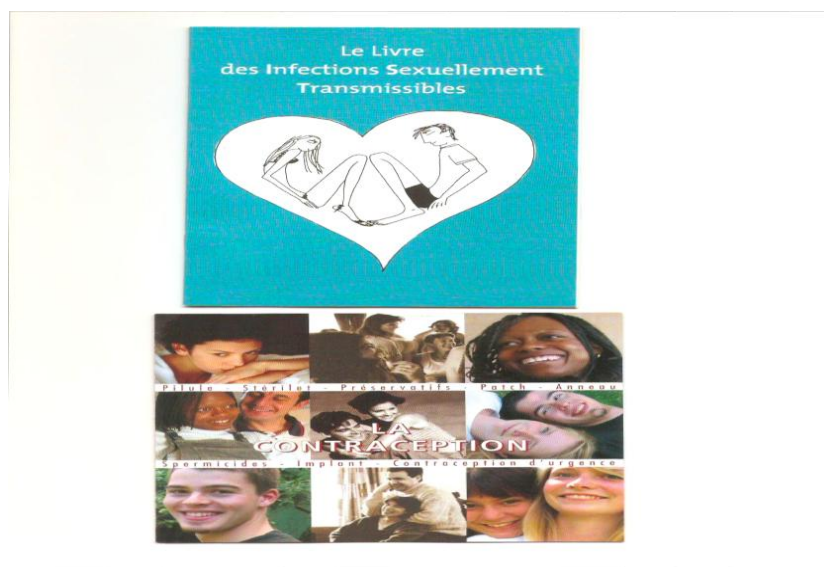
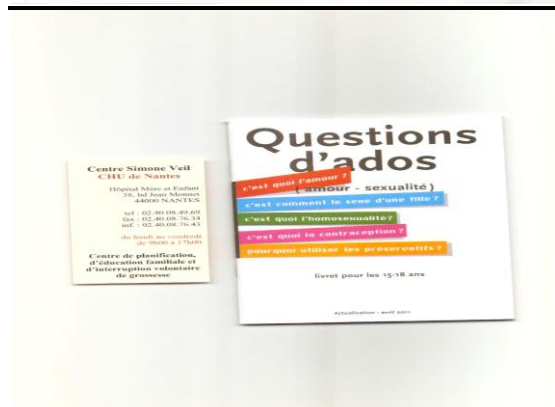
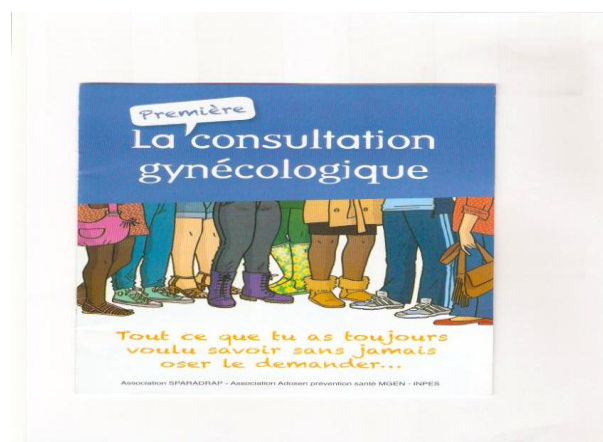
10) Pourquoi ? -----

11) Cela a été l'occasion d'un dialogue avec vos parents ?

☐ oui ☐ non

12) Autres remarques : (texte libre) -----

ANNEXE N°13 : livrets laissés aux adolescents en fin de séance



ANNEXE N°14

ADOSEN PREVENTION SANTE : actions et prévention

Créée en 1962, ADOSEN Prévention santé MGEN est une association loi 1901 agréée par le ministère de l'Éducation nationale qui a une mission d'éducation pour la santé et d'éducation à la citoyenneté dédiée au milieu scolaire. Elle propose aux professionnels de l'éducation des outils et des méthodes en prévention et promotion de la santé, destinés à instaurer le dialogue avec les élèves et à contribuer ainsi à l'adoption de comportements favorables à leur santé.

Elle initie et développe des partenariats avec des organismes nationaux et associatifs tels que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement français du sang (EFS), le Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS)...

Des missions au service de la communauté éducative :

- développer des actions nationales autour de grandes thématiques : le handicap, la vaccination, la santé des femmes, l'éducation à la vie affective et sexuelle, la violence...,
- créer avec nos partenaires des outils pédagogiques qui répondent aux besoins des élèves et acteurs de l'Éducation nationale,
- apporter conseils et aides aux commissions départementales ADOSEN Prévention santé MGEN dans leurs actions ou projets (méthodologie de projet, évaluation...),
- organiser et participer à des manifestations de santé publique (ex : journée mondiale des donneurs de sang)
- promouvoir l'éducation à la citoyenneté

Des actions et programmes nationaux déployés dans les départements :

- la semaine de la vaccination en avril
- la semaine des dyslexie, dyspraxie et dysphasie en octobre
- la journée mondiale de lutte contre le sida en décembre
- la journée mondiale du don du sang en juin

Des ressources et moyens diversifiés au service de la communauté éducative :

- Le conseil méthodologique
 - Être à la disposition des délégués MGEN en charge de la prévention pour les accompagner dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leurs actions ;
 - Réaliser des documents supports pour l'action : aide méthodologique, outils d'évaluation ...
- La formation
 - Participation à la formation des militants en promotion de la santé, éducation pour la santé, évaluation : modules de formation, journées de rencontre...
 - Contribution à l'organisation de formations externes auprès des membres de la communauté éducative sur des thématiques de santé publique (ex : la prévention du suicide chez les adolescents)
- La production ou la mise à disposition d'outils
 - Des outils à destination des enfants et des adolescents : « La première visite gynécologique », « un vaccin, c'est quoi ? », « la maladie d'Alzheimer expliquée aux enfants »,...
 - Des outils à destination des professionnels : la collection PPS – dossiers pédagogiques en santé sur la vaccination, le don du sang..., « Les sentiments, parlons-en à l'École »
 - Des outils à destination des parents : flyer vaccination, guide d'accompagnement d'outils...
- La mise en place de projets expérimentaux de promotion de la santé en milieu scolaire
 - un projet pluri-annuel « le bien-être pour tous à l'école ! » dans le 19ème arrondissement de Paris
 - un projet de formation à la prévention primaire, secondaire et postvention du suicide auprès des personnels médico-sociaux de l'Éducation nationale au sein de l'Académie de Versailles
 - un projet d'éducation à la vie affective et sexuelle, de la maternelle au lycée en région Centre

SES ACTIONS :

Les actions et formations de l'association sont nombreuses et variées, ce qui prouve sa vitalité. Cette rubrique permet de présenter certaines d'entre elles. Pour tout contact avec les promoteurs de projets ou les concepteurs de documents notés ci-après, s'adresser aux sections départementales concernées.

Le programme « Sexes, Amours et Relations »

Ce programme a pour objectifs de contribuer à l'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire et de proposer des outils aux enseignants et aux professionnels pour mener des actions de la maternelle au lycée.

Ce programme se décline en 7 actions :

1. La publication d'un livret : « **Les sentiments, parlons-en à l'école !** » destiné à la communauté éducative et ayant pour objectif d'intégrer l'éducation à la vie affective et sexuelle tout au long de la scolarité. Ce livret destiné aux enseignants reprend pour chaque cycle, les contenus des programmes sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour développer des contenus en éducation à la vie sexuelle et affective : les sciences de la vie et de la terre, le français, les activités physiques et sportives sont concernées. Des exemples d'activités et des repères bibliographiques- ouvrages-dvd-sites Internet complètent le livret.
2. L'organisation d'une formation de trois jours destinée aux militants et visant à donner quelques repères théoriques et pratiques pour mener des actions dans ce domaine. Cette formation fait intervenir des médecins gynécologues, la Degesco, l'INPES, Tralalère...
3. La mise en place d'actions en collaboration avec la LMDE auprès du public étudiant,
4. L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme expérimental d'action de la maternelle au lycée sur un territoire avant généralisation. Ce programme débutera en 2012 ;
5. La réalisation d'une plaquette sur la première visite gynécologique à destination des jeunes filles, visant à les informer sur cette visite, à leur faciliter l'accès aux soins et à développer des pratiques adaptées au public des adolescentes. Un groupe de travail s'est constitué, composé de membres de l'Association Sparadrapp, de chargées de mission de l'INPES, d'une représentante du planning familial, d'un médecin pédiatre et d'un médecin gynécologue médicale. Un document de 24 pages a été élaboré et a fait l'objet d'une relecture par de nombreux professionnels et par des groupes d'adolescentes. Le projet sera finalisé en 2012.
[Consulter le document.](#)
6. La participation à la Journée Mondiale de lutte contre le sida à travers une mobilisation des sections et la mise à disposition d'outils : supports de communication, préservatifs, fiches pédagogiques.
7. La diffusion du [numéro 170 d'Actions Santé](#) consacré à ce thème

ANNEXE N°15

L'éducation à la sexualité au collège et au lycée
Guide du formateur
Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche
Direction de l'enseignement scolaire

Le sommaire et les chapitres abordés

Préface

Réflexions sur la sexualité humaine

La sexualité entre nature et culture

Une approche historique

La sexualité, un enjeu social

Comment se structure la sexualité ?

Dans le champ social

Dans le champ psychoaffectif

Le rôle spécifique de l'École dans l'éducation à la sexualité

De l'information sexuelle à l'éducation à la sexualité

La transmission des connaissances dans les programmes

L'École, un espace de mixité et de socialisation

Mise en œuvre des séances d'éducation à la sexualité

La relation éducative

Un espace de parole

Comment aborder la prévention ?

Les objectifs de l'éducation à la sexualité

Quelques sujets de réflexion

Les questions difficiles

Quelques repères sur les 15-18 ans

Les comportements sexuels des jeunes

Fil Santé Jeunes – Thèmes des entretiens en 2002

Quelles thématiques aborder avec les lycéens ?

Annexes

Bibliographie

Outils pédagogiques

Vidéographie

Centres de documentation, associations ou organismes

Textes de référence

ANNEXE N°16

NUMEROS VERTS ET SITES INTERNET:

ALLO ENFANCE MALTRAITEE

119. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. 7j/7, 24h/24

<http://www.allo119.gouv.fr/>

FIL SANTE JEUNES

3224 ou **0800 235 236.** Gratuit depuis un poste fixe. Depuis un portable, faites le : **01 44 93 30 74.** 7j/7, 8h-24h. Renseignements et orientation sur la santé physique ou psychique des 12/25 ans

<http://www.filsantejeunes.com/>

ENFANCE ET PARTAGE, MALTRAITANCE ET ABUS SEXUELS

0800 05 1 2 3 4. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. Du lundi au vendredi, 9h-19h, le samedi, 10h-14h

<http://www.enfance-et-partage.org/>

JEUNES VIOLENCE ECOUTE

0800 20 22 23. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. Depuis un portable, faites le : **01 44 93 30 75/76.** 7j/7, 8h-23h ;

<http://www.jeunesviolencesecoute.fr/>

CAP ECOUTE

0800 33 34 35. Numéro Vert, gratuit à partir d'un poste fixe, depuis la région Rhône-Alpes. Pour le reste de la France : **04 72 33 34 35.** Du lundi au vendredi, 9h-21h. Ecoute, soutien et orientation vers des structures de prise en charge de proximité, pour les jeunes, les parents et les professionnels de la santé et de l'éducation confrontés à des jeunes en souffrance ;

<http://www.cap-ecoute.fr/>

PHARE ENFANTS PARENTS

0810 810 987. Numéro Azur, coût d'un appel local depuis un poste fixe. Depuis un portable, faites le : **01 42 66 55 55**. Du lundi au vendredi, 9h30-18h. Destiné aux parents en difficulté avec leurs enfants, quand ils présentent des signes de mal-être ;

SOS VIOLENCES FAMILIALES

01 44 73 01 27. Du lundi au vendredi, 8h-20h. Ecoute des hommes auteurs de violences familiales et conjugales ;

SOS FAMILLES EN PERIL

01 42 46 66 77. Du lundi au vendredi, 8h30-18h30 ;

SOS INCESTE, POUR REVIVRE

04 76 47 90 93. Deux permanences par mois ;

<http://www.sosinceste.org/>

ECOUTE SEXUALITE CONTRACEPTION

0800 803 803. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. Du lundi au vendredi de 9h30 à 19h30, samedi de 9h30 à 12h30. Réservé aux Parisiens et Parisiennes. Informations, conseils ou réponses à des problèmes liés à la sexualité.

<http://www.planning-familial.org/>

SIDA INFO SERVICE

0800 840 800. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. 7j/7, 8h-23h ;

<http://www.sida-info-service.org/>

HEPATITE INFO SERVICE

0800 845 800. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. 7j/7, 8h-23h ;

<http://www.hepatites-info-service.org/>

SOS HOMOPHOBIE

0810 108 135. Numéro Azur, coût d'une communication locale depuis un poste fixe. Depuis un portable, faites le : **01 48 06 42 41**. Lundi, mercredi, et vendredi de 18 à 22h, mardi et jeudi de 20 à 22h, samedi de 14 à 16h, et dimanche de 18 à 20h.

<http://www.sos-homophobie.org/>

CROIX ROUGE ECOUTE

0800 858 858. Numéro Vert, gratuit depuis un poste fixe. Du lundi au vendredi, 10h-22h, samedi et dimanche, 12h-18h. Service d'écoute et de soutien psychologique généraliste.

<http://www.croix-rouge.fr/>

LIEUX D'ECOUTE ET D'INFORMATION EN LOIRE ATLANTIQUE

CPEF :

· Centre Simone Veil
CHU - Hôpital Mère et Enfant, 38 boulevard Jean Monnet
44000 NANTES
Téléphone : 02 40 08 49 69

· CPEF de Saint-Nazaire
Centre Hospitalier, 13 rue Calmette
44600 SAINT-NAZAIRE
Téléphone : 02 40 90 62 95

· CPEF de Châteaubriant
Centre Hospitalier, Rue de Verdun
44110 CHÂTEAUBRIANT
Téléphone : 02 40 55 88 11

· CPEF d'Ancenis
Centre Hospitalier Francis Robert, 160 rue du Verger
44150 ANCENIS
Téléphone : 02 40 09 46 44

CIVG et Centre de planification

· Centre Clotilde Vautier
Clinique Jules Verne, 2-4 route de Paris
44000 NANTES
Téléphone : 02 51 17 14 83

Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)

· Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF)
4 rue Meuris
44000 NANTES

Téléphone : 02 40 20 41 51

La Maison départementale des adolescents (MDA)

Nantes 7 rue Julien Videment, 44200 Nantes - Téléphone : 02 40 20 89 65

Accueil : du lundi au samedi de 13h à 18h, ou sur rendez-vous.(fermé le samedi pendant les vacances scolaires).

Saint-Nazaire 28 rue Henri Gautier, 44600 Saint Nazaire - Téléphone : 02 51 10 75 75

Accueil : lundi, mercredi et vendredi de 13h à 18h, ou sur rendez-vous.

Point Accueil Ecoute Jeunes-PAEJ

Espace santé jeunes Nantes

20 rue Romain Rolland

44100NANTES

02 51 80 38 80

ANNEXE N° 17 :

NOUVEAU QUESTIONNAIRE COLLEGE :

Nom de ton collègue :

Classe :

Age :

1) Es-tu un(e) : 0 fille 0 garçon

2) La séance s'est-elle déroulée :

0 dans ton collège

0 au centre de planification familial

3) As-tu déjà bénéficié d'une intervention sur le thème de la vie affective et sexuelle dans ta scolarité?

0 oui

0 non

Si oui, dans quelle classe ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)

0 à l'école primaire 0 en 4ème 0 en 6ème
0 en 5ème 0 en 3ème

4) À l'époque cette intervention te paraissait-elle utile ?

0 oui

0 non

Pourquoi ? -----

5) A quel âge l'éducation sexuelle devrait-elle débiter selon toi ?

0 8-10 ans 0 14-16 ans
0 10-12 ans 0 16-18 ans
0 12-14 ans

6) T'es-tu déjà interrogé sur certains thèmes de la vie sexuelle et affective ?

0 oui

0 non

Si oui sur quels thèmes ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)

0 l'anatomie de l'homme et de la femme
0 la puberté (la transformation de ton corps, les règles, l'éjaculation...etc.)
0 la relation amoureuse
0 le premier rapport sexuel
0 les liens entre culture, religion et sexualité
0 la contraception
0 les IST et le préservatif

7) L'intervenant(e) a-t-elle (il) répondu à tes questions et tes attentes sur le sujet ?

0 oui

0 non

8) Aujourd'hui, as-tu eu des informations nouvelles par rapport à ce que tu connaissais ?

0 oui

0 non

Si oui, qu'as-tu appris de nouveau? -----

9) Echanger sur le sujet de la vie sexuelle et affective avec l'intervenant et tes camarades t'a-t-il paru intéressant ?

0 oui

0 non

Pourquoi ? -----

10) Penses-tu qu'à l'école, on devrait parler plus souvent de sexualité ?

0 oui

0 non

11) T'es-tu senti à l'aise pour prendre la parole ?

0 oui

0 non

Pourquoi ? -----

12) Penses-tu que cette rencontre doit se faire :

0 filles et garçons séparés

0 en groupe mixte

Pourquoi ? -----

13) As-tu parlé de cette intervention à tes parents ?

0 oui 0 non

Pourquoi ? -----

14) Vers qui ou vers quelles sources d'information te diriges-tu si tu as besoin de réponses à des questions concernant la vie affective et sexuelle ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)

0 tes parents 0 internet
 0 l'infirmière scolaire 0 la télévision
 0 ton médecin traitant 0 la radio
 0 tes professeurs, lequel ?----- 0 les revues
 0 tes copains/copines
 0 les centres de planification ou les centres d'écoute pour adolescents
 0 autres : -----

15) Autres remarques : (texte libre) -----

ANNEXE N° 18

NOUVEAU QUESTIONNAIRE LYCEE :

Nom de ton lycée :
 Classe :
 Age :

1) Es-tu un(e) : 0 fille 0 garçon

2) La séance s'est-elle déroulée :
 0 dans ton collège 0 au centre de planification familial

3) As-tu déjà bénéficié d'une intervention sur le thème de la vie affective et sexuelle dans ta scolarité?

0 oui 0 non

Si oui, dans quelle classe ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)
 0 à l'école primaire
 0 au collège
 0 au lycée

4) À l'époque cette intervention te paraissait-elle utile ?

0 oui 0 non

Pourquoi ? -----

5) A quel âge l'éducation sexuelle devrait-elle débiter selon toi ?

0	8-10 ans	0	14-16 ans
0	10-12 ans	0	16-18 ans
0	12-14 ans		

6) T'es-tu déjà interrogé sur certains thèmes de la vie sexuelle et affective ?

0 oui 0 non

Si oui sur quels thèmes ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)
 0 la contraception
 0 les IST et le préservatif
 0 la grossesse et l'IVG
 0 la relation amoureuse
 0 les rapports sexuels
 0 les liens entre culture, religion et sexualité

☐ la pornographie ☐ l'homosexualité														
7) <u>l'intervenant(e) a-t-elle (il) répondu à tes questions et tes attentes sur le sujet ?</u>														
☐ oui ☐ non														
8) <u>Aujourd'hui, as-tu eu des informations nouvelles par rapport à ce que tu connaissais ?</u>														
☐ oui ☐ non														
Si oui, qu'as-tu appris de nouveau? ----- -----														
9) <u>Echanger sur le sujet de la vie sexuelle et affective avec l'intervenant et tes camarades t'a-t-il paru intéressant ?</u>														
☐ oui ☐ non														
Pourquoi ? ----- -----														
10) <u>Penses tu qu'à l'école, on devrait parler plus souvent de sexualité ?</u>														
☐ oui ☐ non														
11) <u>T'es-tu senti à l'aise pour prendre la parole ?</u>														
☐ oui ☐ non														
Pourquoi ? ----- -----														
12) <u>Penses-tu que cette rencontre doit se faire :</u>														
☐ filles et garçons séparés ☐ en groupe mixte														
Pourquoi ? ----- -----														
13) <u>As-tu parlé de cette intervention à tes parents ?</u>														
☐ oui ☐ non														
Pourquoi ? ----- -----														
14) <u>Vers qui ou vers quelles sources d'information te diriges-tu si tu as besoin de réponses à des questions concernant la vie affective et sexuelle ? (Tu peux cocher plusieurs réponses)</u>														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ tes parents</td> <td>☐ internet</td> </tr> <tr> <td>☐ l'infirmière scolaire</td> <td>☐ la télévision</td> </tr> <tr> <td>☐ ton médecin traitant</td> <td>☐ la radio</td> </tr> <tr> <td>☐ tes professeurs, lesquels ?-----</td> <td>☐ les revues</td> </tr> <tr> <td>☐ tes copains/copines</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ les centres de planification ou les centres d'écoute pour adolescents</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ autres : -----</td> <td></td> </tr> </table>	☐ tes parents	☐ internet	☐ l'infirmière scolaire	☐ la télévision	☐ ton médecin traitant	☐ la radio	☐ tes professeurs, lesquels ?-----	☐ les revues	☐ tes copains/copines		☐ les centres de planification ou les centres d'écoute pour adolescents		☐ autres : -----	
☐ tes parents	☐ internet													
☐ l'infirmière scolaire	☐ la télévision													
☐ ton médecin traitant	☐ la radio													
☐ tes professeurs, lesquels ?-----	☐ les revues													
☐ tes copains/copines														
☐ les centres de planification ou les centres d'écoute pour adolescents														
☐ autres : -----														
15) <u>Autres remarques :</u> (texte libre) ----- ----- -----														

CUTARELLA

STEPHANIE

Evaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent : étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise.

RESUME :

Objectif : évaluer la mise en place des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle dans les établissements scolaires de la région nantaise (collèges et lycées) prévue par la loi du 4 juillet 2001.

Matériels et méthodes : étude sur 792 collégiens et lycéens, via un questionnaire, sur le fond et la forme de l'intervention qu'ils ont reçu ainsi que l'intérêt qu'elle leur a apporté.

Résultats : d'après cette enquête, les adolescents semblent réceptifs et satisfaits de ces actions de prévention en milieu scolaire. Cependant, il a été mis en évidence des limites du système actuel à travers un manque d'application de la loi, un manque d'organisation ainsi qu'un manque d'évaluation de ces actions.

Conclusion : pour améliorer la mise en place de l'éducation à la vie sexuelle et affective, il faut qu'elle inscrive dans le projet d'établissement et dans les programmes scolaires. L'éducation sexuelle devrait être plus précoce, avec des professeurs plus impliqués et plus formés et avec des outils pédagogiques plus adaptés aux jeunes.

Mots-clés :

- éducation sexuelle
- éducation affective
- sexualité
- adolescent
- prévention
- loi du 4 juillet 2001
- circulaire de février 2003