



HAL
open science

Quand l'étudiant sage-femme retourne au lycée

Caroline Ripp

► **To cite this version:**

Caroline Ripp. Quand l'étudiant sage-femme retourne au lycée : impact et évaluation à moyen terme des séances d'éducation à la sexualité effectuées par les étudiants sage-femme au lycée Louis Vincent de Metz. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01876241

HAL Id: hal-01876241

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01876241>

Submitted on 18 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sage-femme de Metz

***Quand l'étudiant sage-femme
retourne au lycée***

*Impact et évaluation à moyen terme des séances d'éducation à la sexualité
effectuées par les étudiants sage-femme au lycée Louis Vincent de Metz.*

Mémoire présenté et soutenu par
Caroline RIPP

Née le 25/07/1988

Promotion 2008 - 2012

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Remerciements

Je souhaitais remercier toutes les personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire et tout particulièrement :

- Monsieur LEMARIE, gynécologue-obstétricien à l'Hôpital Maternité de Metz et directeur de mon mémoire, pour sa disponibilité et pour toute l'aide qu'il m'a apporté.
- Madame LALLEMENT, sage-femme enseignante, pour ses conseils.
- Madame BOUZERARA, infirmière scolaire au lycée Louis Vincent de Metz, pour son aide et ses encouragements.
- Ma famille, pour leur soutien inconditionnel.

Sommaire

Sommaire	Page 1
Introduction	Page 3
 <i>Première partie :</i>	
I) L'adolescence : d'un enfant à un adulte.	Page 5
1 – La puberté : un corps qui change.	Page 5
2 – Un comportement modifié.	Page 7
II) L'éducation à la sexualité.	Page 10
1 – De l'information à l'éducation à la sexualité.	Page 10
2 – Pourquoi faire de l'éducation à la sexualité ?	Page 11
3 – Profil des interventions	Page 13
4 – Comment communiquer l'information ?	Page 15
III) Les séances d'éducation à la sexualité dans le cursus des étudiants sage-femme.	Page 18
1 – Cadre législatif.	Page 18
2 – Formation des étudiants sage-femme.	Page 19
 <i>Deuxième partie :</i>	
I) Présentation de l'étude.	Page 22
II) Résultat de l'étude.	Page 24
1 – Caractéristiques générales de la population.	Page 24
2 – Les précédentes séances d'éducation à la sexualité reçues.	Page 25
3 – Les séances effectuées par les étudiants sage-femme en mai 2011.	Page 27

4 – Le ressenti des adolescents.	Page 32
5 – Propositions d’amélioration des séances d’éducation à la sexualité.	Page 34
Récapitulatif des résultats.	Page 36
 <i><u>Troisième partie :</u></i>	
I) Application de la loi du 4 juillet 2001.	Page 39
II) Les séances d’éducation à la sexualité de mai 2011.	Page 42
1 – Animation des séances.	Page 42
2 – Les intervenants.	Page 43
3 – Les sujets abordés.	Page 44
4 – Les participants.	Page 46
5 – L’efficacité.	Page 48
III) On retiendra de l’étude.	Page 50
IV) Confrontation à l’étude de Mme BOUZERARA.	Page 51
V) Pour résumer.	Page 53
VI) Ce que l’on pourrait mettre en place.	Page 56
Conclusion	Page 58
Bibliographie	Page 59
Annexes	Page 62

Introduction

La sexualité a longtemps été un sujet tabou dans les sociétés Occidentale et les séquelles de ces non-dits persistent encore de nos jours. Ce n'est que très récemment, en 2001, que la loi imposa une éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées pour tenter de juguler le nombre important de grossesse chez les adolescentes. Pourtant, le nombre d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chez les moins de 20 ans reste considérable (environ 15 000 par an).

La formation des étudiants sage-femme donne la possibilité de participer aux séances d'éducation à la sexualité en tant qu'intervenant. Ainsi j'ai pu me rendre compte des lacunes et des connaissances des adolescents quant à la sexualité et à la contraception. De plus, mon stage au centre de planification et d'éducation familiale de Metz m'a permis de me vérifier le nombre d'adolescents qui, bien qu'ayant bénéficié de ce type d'enseignement, n'entendait pas grand-chose à la contraception ou même à la sexualité. Ma volonté de travailler sur ce thème se vit conforté à chaque fois que je pus lire l'inquiétude et la crainte des adolescents et adolescentes alors qu'ils attendaient les résultats d'un test de grossesse ou qu'ils écoutaient les consignes pour accéder à une IVG.

J'ai ainsi voulu comprendre d'où les défauts de connaissances rencontrés pouvaient venir alors même que j'avais été témoin de ces séances d'informations et d'éducation à la sexualité. Les séances étaient-elles efficaces ? Utilisait-on les bons moyens, les bons outils pour avoir une éducation à la sexualité optimale ?

Après une première partie nécessaire pour appréhender les différents facteurs intervenants dans cette étude, je présenterai le bilan d'une enquête réalisée auprès de 196 lycéens. Enfin, m'appuyant sur les résultats de cette recherche, je proposerai quelques pistes permettant d'adapter au mieux les séances d'éducation à la sexualité et de répondre aux besoins des adolescents.

Première partie :

*Adolescence, éducation à la sexualité et étudiants sage-
femme*

I) L'adolescence : d'un enfant à un adulte :

L'adolescence est une période importante de la vie. Elle est le cheminement qui conduit un enfant à devenir un adulte. Ce processus, qui remplace de nos jours les rites de passage des cultures traditionnelles, comporte de nombreuses dimensions : physique, de part les modifications corporelles liées à la puberté, psychologique et sociale, de part l'intégration progressive de l'adolescence au groupe des adultes.

1 – Puberté : un corps qui change.

La puberté désigne la période de la vie biologique qui fait la liaison entre l'enfance et l'âge adulte. Issue du terme latin *pubertas*, il appartient à une famille étymologique signifiant à la fois, devenir adulte et se couvrir de poil. Si elle intervient légèrement plus tôt chez les jeunes filles (9-15ans) que chez les garçons (10-14ans), elle garde néanmoins le même objectif : permettre la procréation.

C'est l'hypothalamus qui, après avoir reçu les signaux de l'ensemble du corps l'assurant qu'il était prêt à assumer une nouvelle vie qu'il aurait engendré, donne le signal de départ. La libération pulsatile de GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*) stimule l'antéhypophyse qui sécrète à son tour les gonadotrophines LH (*luteinizing hormone*) et FSH (*Follicle Stimulating Hormone*), remettant les gonades en activité, ainsi que l'hormone de croissance (GH) assurant une importante croissance structurale et pondérale. C'est l'**adrénarchie**. [2]

Dans les deux sexes, la puberté sera tout d'abords marquée par le développement de la pilosité (pubienne, jambes, aisselles, tronc, barbe...), c'est la **pubarche**. James Mourilyan Tanner, un pédiatre britannique, proposa en 1962 une classification en cinq stades des évolutions morphologique de la puberté chez les filles et chez les garçons, qui est encore aujourd'hui une référence clinique. (Cf. ANNEXE I). De plus, résultant de cette imprégnation hormonale, une sécrétion plus ou moins importante selon les personnes de sébum sera responsable de l'acné. Souvent mal vécu par les adolescents, car disgracieux, l'acné peut évoluer sous forme de poussée (exposition au soleil, menstruation, utilisation de cosmétiques, troubles psychosomatiques...) et parfois nécessiter un traitement médicamenteux.

Chez la jeune fille, on verra également se développer les seins, source d'inquiétude, de fierté ou de complexes de part leurs rôles esthétique, érotique et sexuel. Ils augmentent de volume de façon parfois asymétrique, l'aréole et le mamelon se pigmentent. Ce développement mammaire induit la nécessité de rééquilibrer sa démarche qui se finalise environ vers 18 ans. Les hanches se modifient et acquièrent la capacité de contenir le fœtus, la vulve glisse vers l'entre-jambe. Les premières menstruations apparaissent en moyenne entre 12 et 13 ans. Elles sont le témoin de la mise en place de la fonction reproductrice et peuvent, elles aussi, plus ou moins angoisser les jeunes filles. [3]

Chez le garçon, c'est le développement des testicules, qui doublent voire triplent de volume, et celui de la verge, qui sont sources d'angoisse ou d'orgueil. Les érections spontanées augmentent en fréquence (4 à 6 par nuit) dès 13-14 ans, parfois suivies d'éjaculation dont le sperme peut déjà être fécondant. La musculature se développe, les bras s'allongent. Plus tardivement, c'est la pomme d'Adam qui prend de l'ampleur et la voix qui mue de façon plus marquée que chez les filles. La voix semble cassée, tantôt grave, tantôt aigüe, notamment entre 12 et 15 ans. [5]

2 – Un comportement modifié.

Face à ce corps qui change, se métamorphose, l'adolescent se retrouve contraint de s'adapter, sans contrôle sur le moment où ces modifications surviennent, sur les faits et les réactions de l'entourage (familial, social ou sexuel). Si ces réactions peuvent être tout à fait positives et aider le futur adulte à traverser son adolescence plus sereinement, d'autres, plus maladroites, même anodine en aspect, peuvent être perçue comme très agressives et fragiliser l'adolescent. [4]

L'entourage a alors un rôle clé dans l'acceptation de ce corps changeant. Un regard, une remarque et l'adulte en devenir va changer du tout au tout. Tantôt timide et réservé, replié sur lui, dos vouté, il cachera tant que possible son corps, tant à lui-même qu'aux autres. D'autres fois, il se montrera extraverti, sûr de lui, heureux et fier de ce qu'il aura découvert dans le miroir ou dans les yeux d'une personne autour de lui. C'est ce changement incongru d'humeur qui peut être troublant pour l'entourage et qui, parfois, sera source de conflit.

Mais le groupe social (famille, école, amis) n'est pas le seul à influencer l'adolescent. Les publicités, la mode, les films, les groupes musicaux et autres images corporelles véhiculées par les médias, imprègnent les représentations naissantes de l'adolescent. C'est ainsi qu'un décalage entre l'image rêvée de soi (conforme aux canons de la beauté désignés par les médias) et la réalité se crée. L'exigence du « être comme... », du « ressembler à... » construit alors la base de complexes adolescents de toutes sortes : trop gros, trop maigre, trop grand, trop petit, trop musclé, pas assez, etc... et ainsi peut pousser le futur adulte à repousser les limites de son corps (anorexie, boulimie...) voir tenir des comportement violent par rapport à lui-même (scarification, jeux dangereux, suicides...). [5]

Une étape importante du cheminement de l'adolescent est aussi l'acquisition de son identité propre. Il doit passer du stade d'enfant dépendant de ses parents à celui d'adulte prêt à devenir parent à son tour et, pour cela, se doit de devenir autonome. Cette quête de l'autonomie exige alors une rupture avec les liens qui régissaient autrefois son enfance, notamment les liens d'intimité qui le liait à ses parents. Si l'adolescent décrit parfois une tristesse de voir ses parents le délaisser, il exprime aussi son indignation lorsque ceux-ci se montrent trop intrusifs à son goût (entrant inopinément dans sa chambre, s'énervant du désordre ambiant, s'inquiétant de ses résultats scolaires, s'enquérant de sa vie sociale...). [2]

Ce cheminement vers l'autonomie va alors pousser l'adolescent à faire des choix quant à ses valeurs, croyances, ses fréquentations, sa vie personnelle,... souvent, dans un premier temps, en désaccord avec ses parents ou représentants de l'autorité parentale afin de s'affirmer comme Personne. [1] Dans ce contexte, l'entrée dans une « bande de jeunes » permet l'appréhension d'un nouveau monde, hors du cadre familial. Non seulement l'adolescent y sera socialisé (le groupe se comportant comme une microsociété avec ses règles, ses codes, son propre langage...) mais il y trouvera également une source d'information, un point d'écoute et de conseil qui ne seront qu'en partie remise en question. [2]

L'appartenance à un groupe, le besoin de reconnaissance en tant qu'être à part, alors même que l'adolescent ne se reconnaît plus physiquement, pousse au besoin du « faire comme... ». C'est ainsi que le futur adulte verra se proposer à lui des conduites nouvelles et parfois dangereuses (alcool, drogues, jeux dangereux, comportement à risque...). C'est sous la pression sociale et en accord avec les codes de son groupe qu'il devra faire le choix de les accepter ou non. [2 et 5]

L'usage de substances psycho actives licites ou illicites (alcool, tabac, cannabis et autres drogues), les comportements dangereux au volants, les rapports sexuels à risque, les pratiques sportives dangereuses... sont des pratiques fréquentes durant l'adolescence. Une étude de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie de 2004, montre que 51,1% des garçons de 16-17 ans ont déjà été ivres, contre 47% des filles du même âge. Concernant le tabac, 69,7% des garçons de 16-17 ans fument ou ont déjà fumé au moins une cigarette, contre 71% chez les filles du même âge. En revanche seulement 35% des filles de 16-17ans ont déjà fumé ou fument du cannabis contre 42% chez les garçons de même âge.

II) L'éducation à la sexualité :

Longtemps tabou, la sexualité des adolescents est, de nos jours, de plus en plus mise en avant. Face aux diverses implications de cette sexualité, elle est devenue un problème de santé publique et fait l'objet de nombreuses attentions politiques à visée préventive.

1 – De l'information à l'éducation à la sexualité.

Dès le début de l'Occident chrétien, des principes moraux très strict répriment la sexualité tant des adultes que des adolescents. Jusqu'au moyen Age et appuyé par des principes bibliques, dans un souci de pureté, il est de bon ton de ne pas parler « de ces choses là ». Puis des périodes de grande répression et de grande permissivité alternent avec, comme premières formes d'éducation sexuelle, des écrits libres, poétiques ou libertins. [12]

Le début du XXème siècle marquera un tournant dans l'éducation sexuelle avec le large mouvement mené par des médecins, des universitaires et autres intellectuels qui proposent d'aborder la sexualité de façon scientifique. C'est notamment, le cas de Sigmund Freud, qui exprime les prémices d'une psychologie sexuelle et d'une déculpabilisation de la sexualité. Henri Havelock Ellis, lui, développe une éducation sexuelle tenant déjà compte des multiples éclairages de la sexualité, idées reprises par la suite par les mouvements féministes d'entre deux guerres.

Il faudra attendre la circulaire du 23 juillet 1973, ou circulaire Fontanet, pour que le thème de la sexualité soit abordé à l'école. Cette circulaire impose une information scientifique progressive intégrée aux enseignements ainsi qu'une « éducation à la responsabilité sexuelle », facultative et sous autorisation des parents. En 1985, la législation prévoit l'étude de thèmes transversaux parmi lesquels : l'éducation sexuelle.

La circulaire du 19 novembre 1998 permet de répondre à un besoin de prévention et de passer du stade d'information à celui d'éducation à la sexualité, permettant la formation de personnes ressources afin d'animer des séances dans les collèges et lycées. Enfin, la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, impose une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène. La circulaire du 17 février 2003 permet sa mise en application, définit les valeurs éthiques de cette formation et tend à l'inscrire dans un processus éducatif global. [7]

2 – Pourquoi faire de l'éducation à la sexualité ?

Face aux différents modes de communication actuellement disponible (internet, télévision...), à la pullulation d'images préconçues sur les rapports sexuels et les rapports aux autres (sites pornographique, film, revues, publicité laxistes...), qui peuvent être confus voire même violent, face à la conception hédoniste de la sexualité, l'adolescent doit apprendre à se situer en fonction de son propre vécu.

C'est au niveau des questions découlant de ces projections d'images sexuelles (image de soi, rapports aux autres...) que l'école intervient. Elle apporte des informations objectives, des connaissances leur permettant de saisir les différents aspects (psychologique, affectif, social, culturel...) de la sexualité. [8]

De plus, le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) en régulière augmentation chez les jeunes (1% par an selon le Professeur Nisand, gynécologue obstétricien du CHU de Strasbourg) fait de l'éducation à la sexualité un problème de santé publique. En effet, selon l'INSEE, sur les 209 269 IVG pratiquées en 2009, 13,9% étaient réalisées chez des jeunes filles de 15 à 19 ans.

(Cf. ANNEXE II).

Selon le Professeur Nissand toujours, dans sa conférence sur les nouveaux enjeux des IVG de mars 2011 : « *Terminer sa première histoire d'amour par une IVG, c'est un chemin initiatique désolant et potentiellement traumatisant.* » [13]

Enfin, selon l'OMS, une adolescente sur vingt contracte une infection bactérienne lors de rapports sexuels et l'âge auquel ces infections surviennent est de plus en plus précoce [10]. Si le taux le plus élevé d'infection sexuellement transmissible est retrouvé chez les 20-24ans, c'est les 15-19ans qui sont ensuite les plus touchés. Parmi les infections les plus fréquentes, dans cette classe d'âge, on retrouve les infections par *Chlamydia Trachomatis*, puis par HSV (*Herpès Simplex Virus*), par HPV (*Human Papilloma Virus*), par la syphilis et enfin par le VIH (*Virus de l'Immunodéficience Humaine*) [6].

Non traitée, ces infections sexuellement transmissibles peuvent avoir de graves conséquences, non seulement générales (hépatite, syphilis, VIH) mais aussi locales par atteinte des trompes ou des ovaires, augmentant le risque d'infertilité ultérieure (*Chlamydia, Gonocoque*) ainsi qu'un risque d'évolution vers des lésions précancéreuses (HPV) et de transmission au(x) partenaire(s) [11, 14 et 15].

Dans le cas des infections par *Chlamydia*, et en l'absence de traitement, des infections génitales hautes symptomatiques sont décrites dans 10 à 40% des cas. Les lésions tubaires qui en résultent sont à l'origine de 30 à 40% des cas de stérilité. Le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est de 6 à 10 fois plus élevé chez les femmes ayant un antécédent d'infection génitale haute (40 à 50% des GEU sont consécutives à une infection génitale haute). [11]

3 – Profil des interventions. [8]

✓ *Cadre des interventions*

Un cadre de référence, décrit par la circulaire de 2003, impose aux intervenants une certaines notions d'éthique, de savoir et de respect des personnes. Chaque intervenant travail en relation avec les autres (enseignants, infirmière scolaire, conseiller principal d'éducation...).

L'intervention ne doit pas prendre la forme d'un cours mais favoriser le dialogue, le débat, l'échange. Elle doit pousser l'adolescent à la réflexion tout en lui apportant des informations claires et précises. Pour cela l'intervenant se doit :

- de ne pas proférer de jugement.
- d'être attentif aux interrogations des élèves.
- d'évaluer le niveau de connaissance de chacun, de savoir reformuler et d'adapter son discours.
- de susciter la réflexion personnelle et collective, d'amener le groupe à formuler ses propres réponses.

De plus, les interventions seront les moments privilégiés pour rappeler les personnes ressources qui sont à la disposition des adolescents (infirmière scolaire, centre de planification et d'éducation familiale, médecin, assistante sociale...) et de donner les coordonnées des centres et organisations extérieure à l'école auxquelles il pourra faire appel.

✓ Informations à transmettre :

Chantal PICOD, enseignante, éducatrice, sexologue, consultante pédagogique et formatrice en éducation à la sexualité au ministère de l'Éducation Nationale et au rectorat de Lyon, a défini différentes thématiques à aborder en fonction de l'âge des adolescents participant aux interventions. Certains thèmes récurrent se retrouve à tout âge alors que d'autre ne sont développé qu'à certain moment.

En 6^{ème}, elle favorise l'expression à la sexualité, la puberté, l'éveil sexuel, l'exploitation sexuelle, les rôles et stéréotypes des rôles et enfin les normes sociales et valeurs sous jacentes aux normes.

En 5^{ème}, elle aborde la croissance sexuelle humaine, la puberté, l'éveil sexuel, l'agir sexuel et les options personnelles, la contraception, l'exploitation sexuelle et enfin l'orientation sexuelle (homosexualité comme phase normale du développement psychologique...).

En 4^{ème}, elle développe la croissance sexuelle humaine, l'éveil sexuel, l'agir sexuel et les options personnelles, la masturbation, la contraception, l'exploitation sexuelle, l'orientation sexuelle et enfin les Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

En 3^{ème}, elle informe sur les relations sexuelles adolescentes, l'agir sexuel et les options personnelles, le plaisir, la contraception, les IST, l'exploitation sexuelle et finalement sur les rôles et stéréotypes des rôles.

Enfin, en 2^{nde}, elle développe les relations sexuelles adolescentes, l'agir sexuel, le projet personnel de relation de couple, la contraception, les IST, l'exploitation sexuelle et enfin les rôles et stéréotypes des rôles.

4 – Comment communiquer les informations ? [8]

Afin de permettre le questionnement des élèves il est nécessaire de prendre en considération la maturité du groupe. Ancré dans le moment présent, l'adolescent aura plus de difficulté à se projeter dans une réflexion à long terme plutôt que dans une réflexion à court terme. De même, encore attaché à l'insouciance de l'enfance, il garde l'impression d'être invincible et est donc moins réceptif aux informations visant à le protéger lui-même.

Dans cet esprit, différents outils de communication et d'animation s'offrent à l'intervenant afin d'accomplir ses objectifs de prévention, d'information et de questionnement :

- Brainstorming ou remue-méninges :

Le principe repose sur l'association de mots, d'idées à partir d'un mot ou d'une phrase énoncée ou écrite par l'intervenant. L'animateur note alors au tableau les idées proposées par les élèves. Cette technique permet de mettre en avant les représentations de chacun à partir du mot choisit. L'exploitation des mots dépendra ensuite des objectifs de la séance.

Cependant les premières réactions peuvent influencer les suivantes. Il est alors possible de faire un brainstorming indirect via l'utilisation de post-it, par exemple.

- Groupe débat :

Cet outil est intéressant lorsqu'il s'agit d'induire une réflexion sur un sujet sensible. Le groupe est divisé en deux et, durant un laps de temps imparti, chaque groupe recueille les arguments pour ou contre le thème choisit. Ensuite chaque équipe présente son argumentation et, s'appuyant sur les arguments adverses, pousse à la réflexion.

Il est aussi possible d'utiliser cette méthode pour faire émerger des questionnements. En ce cas, les groupes travaillent à trouver des questions relatives au thème donné et les énoncent à la fin du temps imparti.

- Questions anonymes :

L'intervenant recueille sur papier neutre, soit avant, soit pendant la séance, les questions des élèves. Cette technique permet de répondre à des interrogations que les adolescents n'auraient peut être pas posé oralement en groupe.

- Jeu de rôles :

L'intervenant prépare différents scénarios en fonction de l'objectif qu'il veut atteindre et définit des personnages sur des fiches. Face au groupe, il propose un scénario et demande des volontaires pour jouer les personnages décrit dans les fiches. Les observateurs notent les comportements verbaux et non verbaux sans intervenir. Une fois la scène jouée, le groupe analyse les divers comportements, ce que les personnages ont fait et leurs incidences, les autres solutions possibles.

- Abaque de Regnier :

L'intervenant prépare une grille au tableau ou sur papier transparent, chaque colonne correspond à un participant, chaque ligne à une affirmation. Il exprime dix affirmations et note l'opinion de chaque participant.

	Participant A	Participant B	Participant C	...
Affirmation 1	+	0	+	...
Affirmation 2	+	+	-	...
Affirmation 3	-	+	-	...
...

Le participant est d'accord : noté par un + dans la grille

Le participant n'est pas d'accord : noté par un – dans la grille

Le participant n'a pas d'opinion : noté par un 0 dans la grille

Une fois l'abaque remplie, l'intervenant peut pointer l'homogénéité ou la division du groupe sur certains énoncés. Il lance le débat sur l'affirmation la plus controversée et laisse les participants se répondre entre eux, tout en respectant la parole de l'autre. Cette technique permet également de pointer les idées reçues et d'axer le dialogue sur ces à-priori.

- Photolangage :

L'intervenant compose avant la séance un classeur regroupant 12 à 50 photos découpées dans des magazines en prenant garde de ne pas prendre de textes, de personnages connus, de publicités identifiables. Il donne ensuite au groupe un thème. Chaque participant choisit une photo et donne au groupe les raisons de son choix, lançant ainsi la discussion. L'intervenant peut également faire une synthèse au tableau des représentations, permettant ainsi de faire émerger les représentations les plus fréquentes et d'ouvrir la discussion.

- Portrait chinois :

L'intervenant donne un thème au groupe et propose plusieurs questions pour travailler sur les représentations des participants vis-à-vis de ce thème (par exemple : si c'était une couleur ? Si c'était un animal ?...). L'animateur inscrit ensuite les réponses au tableau en notant leurs fréquences. Chaque participant explique alors son choix au groupe. Cet outil permet notamment de travailler sur les représentations et les idées fausses qui émergent par association d'idées.

- Vidéo :

La vidéo est à préférer en fin de séance, elle permet aux participants de mobiliser à nouveau leurs connaissances et, si la vidéo comprend des témoignages, de se reconnaître dans les propos de la (des) personne(s) filmée(s). Cet outil valorise ainsi les connaissances déjà acquises par les participants.

III) Les séances d'éducation à la sexualité dans le cursus des étudiants sage-femme.

1 – Cadre législatif. [9]

«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 22 de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.)

Ainsi, en application de la loi du 4 juillet 2001, l'école de sage-femme de Metz met en place un système de formation de ses étudiants afin de leur permettre, sur demande, d'animer de façon correcte et pédagogique des séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et lycées environnant.

2 – Formation des étudiants sages-femmes.

N.B : Cette partie à été réalisée avec une bibliographie rarissime.

La formation commence dès la première année où les principes de discrétion, de non-jugement et de secret professionnel sont inculqués aux étudiants. L'écoute attentive est peu à peu développée au fil de la formation de sage-femme.

Mais c'est en deuxième année de première phase que l'on commence seulement à parler des futures interventions face aux collégiens et lycéens via la constitution du « classeur contraception », un recueil de données balayant des thèmes variés tels que :

- l'anatomie masculine et féminine
- la puberté
- l'histoire de la contraception
- les différents modes de contraception avant une grossesse et dans le post-partum
- la législation entourant la sexualité et la contraception
- les Infections Sexuellement Transmissibles
- les Interruptions Volontaire de Grossesse

Cependant, l'une des consignes préexistante à la production de ce recueil est de fournir un travail pouvant être utilisé lors des séances d'éducation à la sexualité et donc suffisamment attractif et simple pour être adapté à des élèves de collège ou de lycée. L'école laisse ainsi une part de créativité à ses étudiants afin qu'ils élaborent leur travail comme un livre, un jeu, etc...

La constitution de ce « classeur contraception » se poursuit ensuite lors de la première année de deuxième phase où il est notamment demandé aux étudiants de produire des vignettes cliniques afin de pousser les collégiens ou lycéens à mobiliser les connaissances qui leur auront été distribuées.

De plus, des enseignements sur la communication sont dispensés aux étudiants sages-femmes, leur permettant de comprendre l'importance des mots, des tournures de phrases et les différences notables qu'il peut y avoir entre l'information donnée et l'information reçue.

L'animation des séances d'éducation à la sexualité se fait toujours par binôme dès la première année de deuxième phase. Les étudiants s'engagent, sur la base du volontariat, à aller animer ces séances, les premières fois, le plus souvent, avec un étudiant d'année supérieure. L'école met alors à leur disposition plusieurs documents pouvant aider à la communication :

- planches anatomiques
- plaquettes explicatives à distribuées aux élèves
- affiches
- plaquette de pilule, anneau vaginal de démonstration
- préservatifs masculins et féminins

Cette première partie nous à permis, tout d'abord, de mettre en lumière la complexité de l'adolescence, mais aussi l'importance grandissante que la société donne à l'éducation sexuelle de cette population. Dans la seconde partie de ce mémoire, nous aborderons une étude réalisée auprès de 196 lycéens de Metz et les résultats obtenus.

Deuxième partie :

Une étude menée auprès de 196 adolescents.

1) Présentation de l'étude.

1 – La problématique :

Alors même que l'éducation à la sexualité devient un problème de santé publique et que les étudiants sages-femmes commencent à prendre leur place dans ce domaine, on peut se demander si les intervenants, dans les collèges et lycées, utilisent les bons moyens pour avoir une éducation à la sexualité optimale, visant un public adolescent ?

2 – Les objectifs :

L'enquête a pour but :

- ✓ Evaluer l'efficacité des séances d'éducation à la sexualité effectuées par les étudiants sages-femmes.
- ✓ Adapter au mieux ces séances afin de répondre aux besoins des adolescents.
- ✓ Rendre attractives ces séances.
- ✓ Préparer les étudiants sages-femmes à l'animation de ces séances.

3 – Les hypothèses :

Plusieurs hypothèses ont été posées pour effectuer cette enquête :

- ✓ Les séances d'éducation à la sexualité sont efficaces. Prévues en fin d'année scolaire, elles modifient le comportement des adolescents durant les vacances d'été.

- ✓ La présence d'intervenants jeunes et extérieurs au milieu scolaire augmente la liberté de parole des adolescents et leur attention aux informations dispensées.
- ✓ Les intervenants adaptent leurs discours et leurs outils de communications aux groupes.
- ✓ Les séances d'éducation à la sexualité répondent à un besoin des adolescents d'obtenir des informations.

4 – La méthodologie :

Afin de répondre à ces hypothèses mon étude s'est déroulée sur une période de deux semaines, du 10 octobre au 21 octobre 2011, au lycée Louis Vincent de Metz. Des questionnaires destinés aux élèves de première, choisi volontairement du fait des séances d'éducation à la sexualité effectuées par les étudiants sages-femmes pour tous les élèves de seconde de ce même lycée l'année précédente en mai 2011, ont été distribués par les Conseillers Principaux d'Education.

Les différents items sont :

- ✓ Les caractéristiques générales de la population.
- ✓ Les précédentes séances reçues.
- ✓ Les séances de mai 2011, réalisées par les étudiants sages-femmes :
 - La forme
 - Les intervenants
 - Le contenu
- ✓ Le ressenti des adolescents.
- ✓ Les propositions d'améliorations.

Le questionnaire respectait l'anonymat des participants.

196 questionnaires ont été distribués et 196 sont revenus dont 15 n'ont absolument pas été remplis, ce qui nous amène à un taux de réponse de 92,3 %. Ce taux global est cependant variable du fait des non réponses à certaines questions de l'enquête.

II) Résultats de l'enquête.

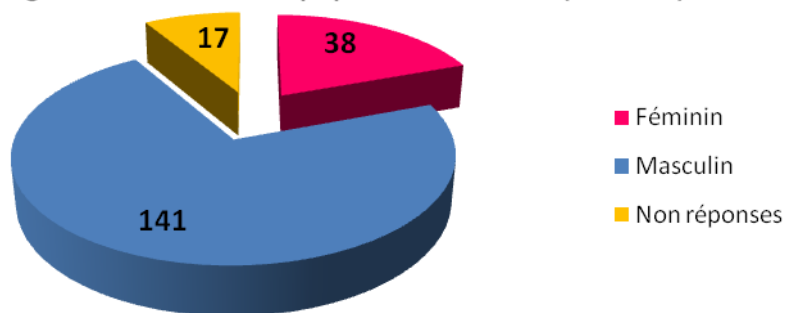
1 – Caractéristiques générales de la population :

✓ Sexe :

La majorité de la population, 71,9%, était de sexe masculin contre 19,4% de sexe féminin.

NB : Louis Vincent est un lycée technique d'Etat. On peut donc s'attendre à y trouver une population davantage masculine.

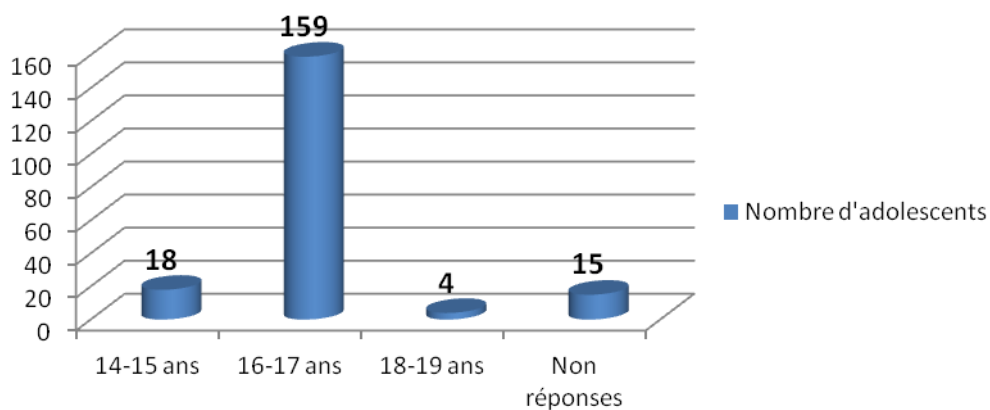
Figure n°1 : Sexe de la population étudiée (n = 196)



✓ Âge :

Les adolescents ayant participé à l'enquête étaient âgés de 14 à 19 ans, avec une médiane d'âge de 16-17 ans.

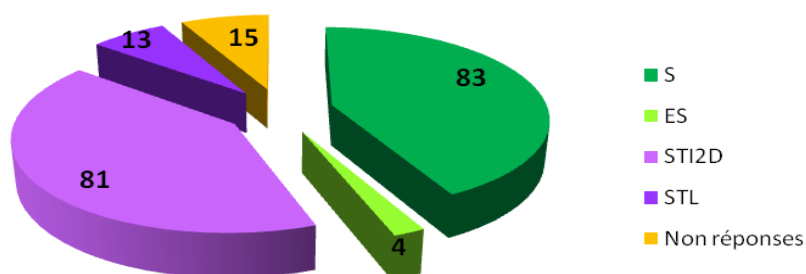
Figure n°2 : Âge de la population étudiée (n=196)



✓ Type d'enseignement actuellement suivi :

La population est divisée en deux groupes presque égaux, les sections techniques (STI2D et STL) pour 47,9% et les sections générales (S et ES) pour 44,4%.

Figure n° 3 : Section actuellement suivie (n=196)

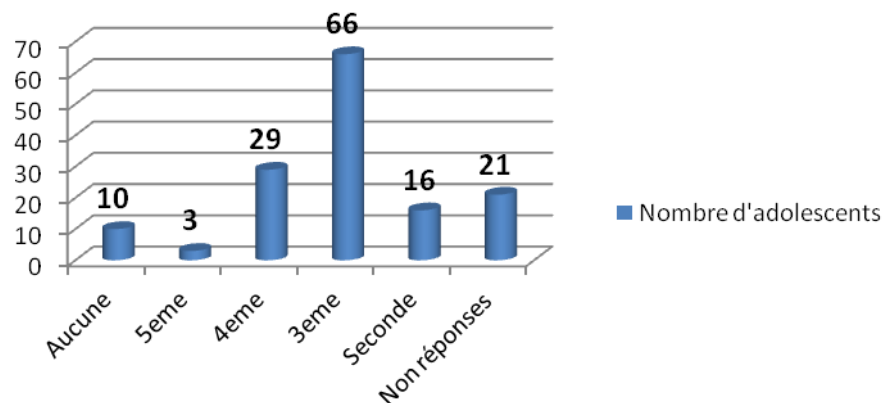


2 - Précédentes séances d'éducation à la sexualité reçues :

✓ Aucune ou une seule séance antérieure :

Durant sa scolarité antérieure, la majorité de la population étudiée, 58,2%, n'a reçu qu'une seule séance d'éducation à la sexualité. Pour 57,9% d'entre eux, cette séance fut dispensée en classe de 3ème.

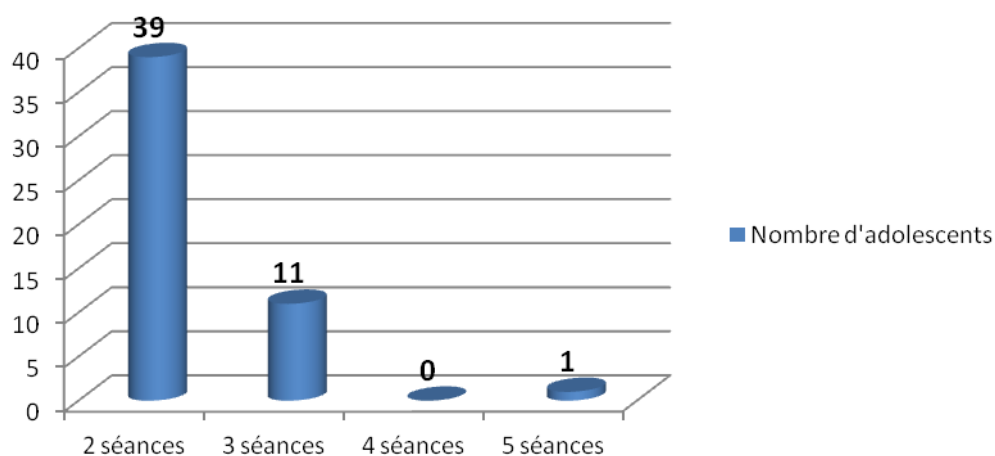
Figure n°4 : Section où a été dispensée la précédente séance (n=145)



✓ Plus d'une séance antérieure :

26% de la population générale a reçu plus d'une séance d'éducation à la sexualité antérieurement aux séances dispensées par les étudiants sages-femmes (pour 76,5% d'entre eux, ils avaient reçu deux séances précédemment).

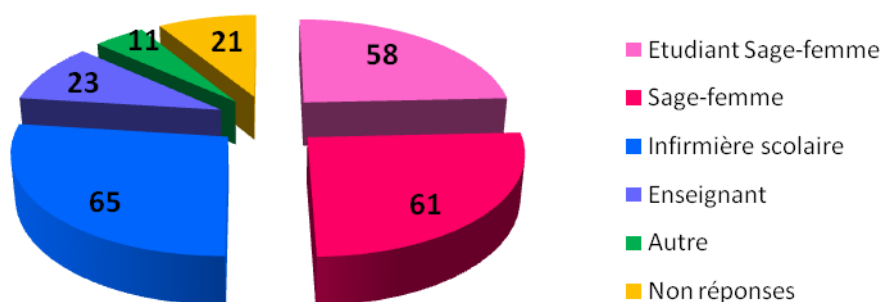
Figure n°5 : Nombre de séance antérieure (n=51)



✓ Les animateurs de ces séances :

49,8% des interventions étaient animées par des sages-femmes ou étudiants sages-femmes et 36,8% par des intervenants appartenant au milieu scolaire.

Figure n°6 : Animateurs des précédentes séances (n=196)

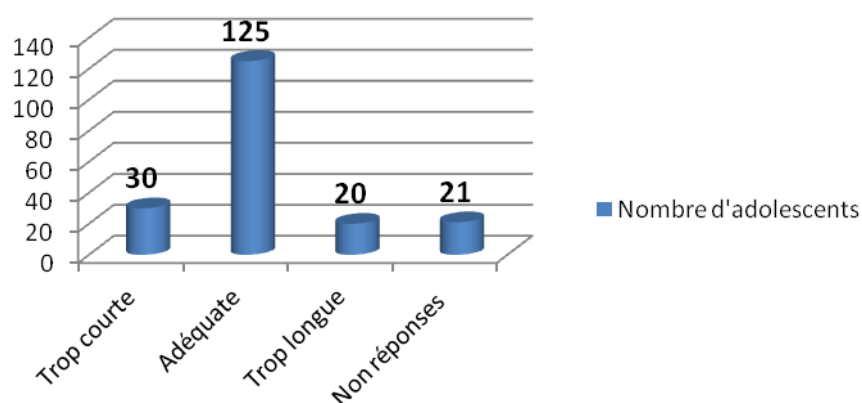


3 – Les séances effectuées par les étudiants sages-femmes de mai 2011 :

✓ La forme :

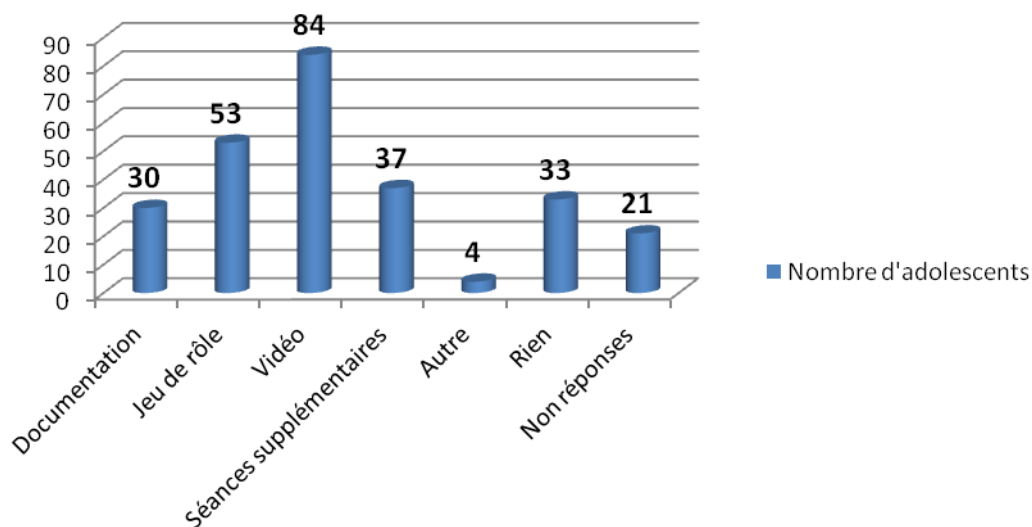
63,8% des adolescents trouvaient la durée des séances satisfaisantes.

Figure n°7 : La durée des séances (n=196)



En premier lieu, les améliorations souhaitées sont des vidéos et des jeux de rôles (42,9% et 27%). Secondairement, les adolescents souhaiteraient des séances supplémentaires (18,9%) ainsi que de la documentation (15,3%).

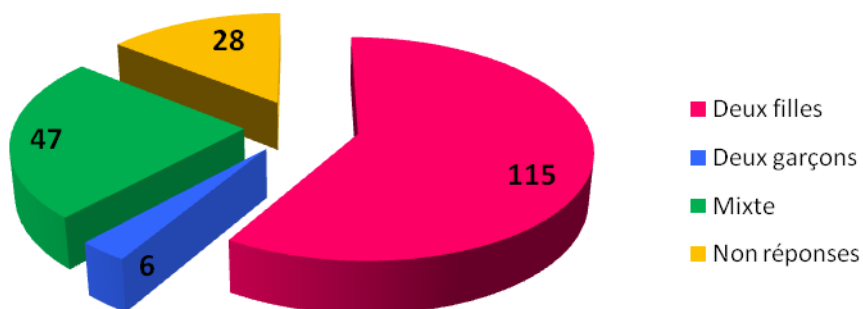
Figure n° 8 : Améliorations souhaitées (n=196)



✓ Les intervenants :

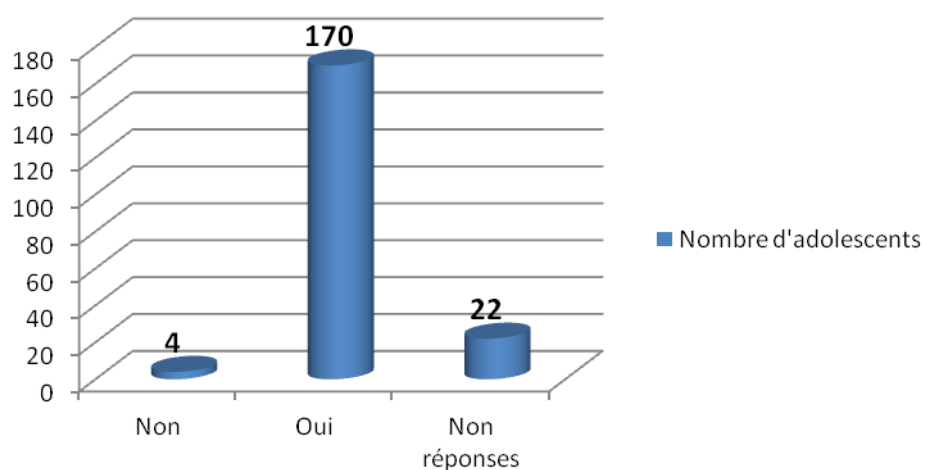
Parmi les adolescents ayant répondu, 3 auraient souhaités un groupe d'intervenants mixte, 1 des intervenants en tenue hospitalière, 43 n'auraient rien changé et pour 128 cela ne leur importait pas.

Figure n°9 : Sexe des intervenants (n=196)



Pour 86,7% de la population étudiée la communication avec les intervenants a semblé facile.

Figure n°10 : Facilité de communication (n=196)

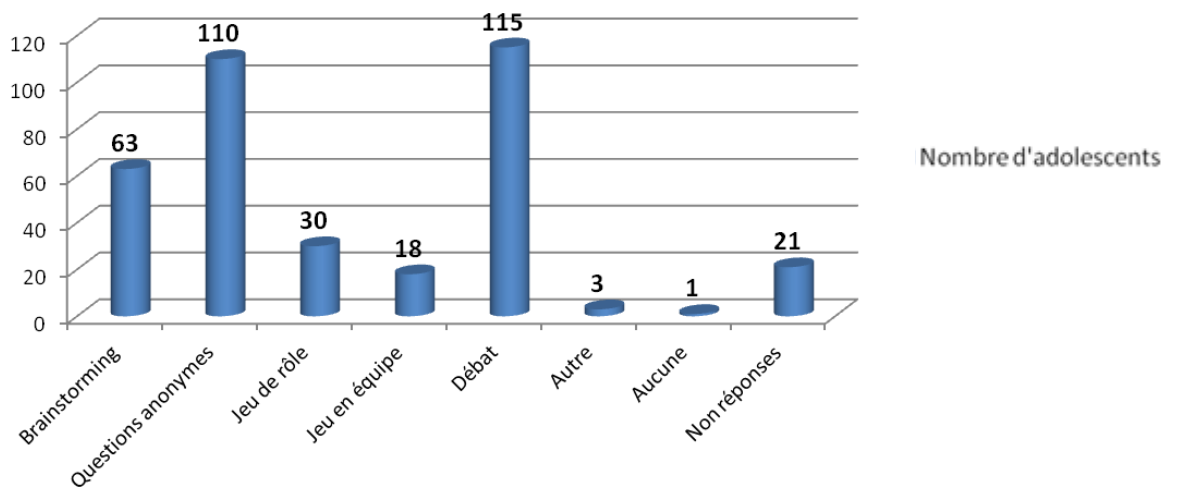


Les raisons exprimées sont :

- l'âge des intervenants : 128
- l'ouverture d'esprit : 127
- la facilité avec laquelle les intervenants les ont mis à l'aise : 101
- les intervenants étaient extérieurs au milieu scolaire : 62
- les intervenants étaient du milieu médical : 31

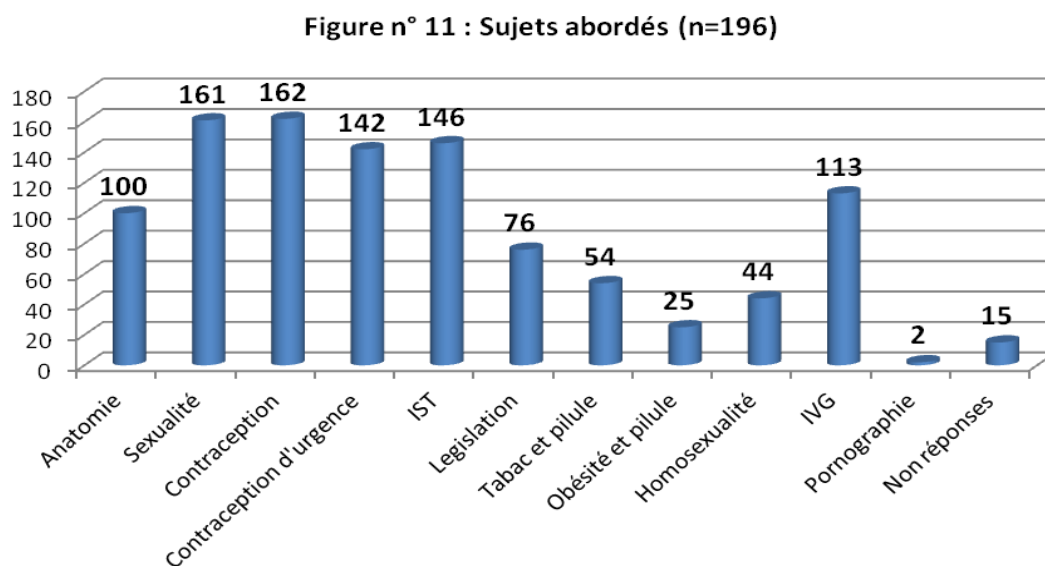
Les techniques les plus utilisées par les étudiants sages-femmes étaient les questions anonymes (30,5%) et le débat (31,9%).

Figure n°11 : Techniques d'animations utilisées (n=196)



✓ Le contenu :

Les sujets dont les adolescents se souviennent le plus avoir abordés lors des séances d'éducation à la sexualité sont la contraception, la sexualité, les IST et la contraception d'urgence.



Les sujets qu'ils auraient voulu aborder ou davantage développer (n = 34) :

- Sexualité : 10 garçons, 1 fille
- Homosexualité : 5 filles, 1 garçon
- Obésité et pilule : 3 filles, 1 garçon
- Législation : 2 filles, 1 garçon
- Anatomie : 1 fille, 1 garçon
- IVG : 2 filles
- Tabac et pilule : 2 filles
- Contraception : 2 garçons
- Parler sexualité avec ses parents : 1 fille
- IST : 1 garçon

73,7% des adolescentes interrogées ont été intéressée par la contraception contre 36,2% des adolescents interrogés. En revanche, 63.8% des adolescents ont préféré aborder le thème de la sexualité contre 52,6% des adolescentes.

Figure n°13 : Sujets préférés par les adolescentes (n=38)

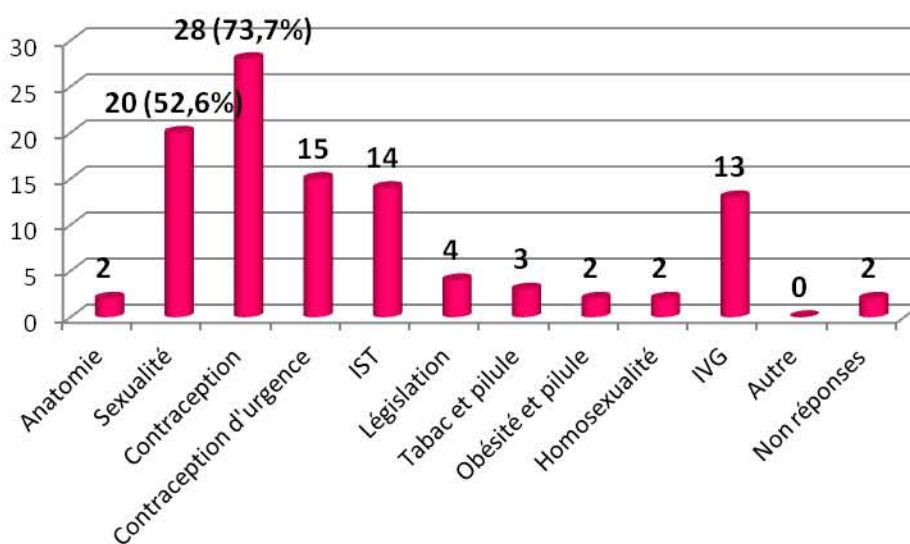
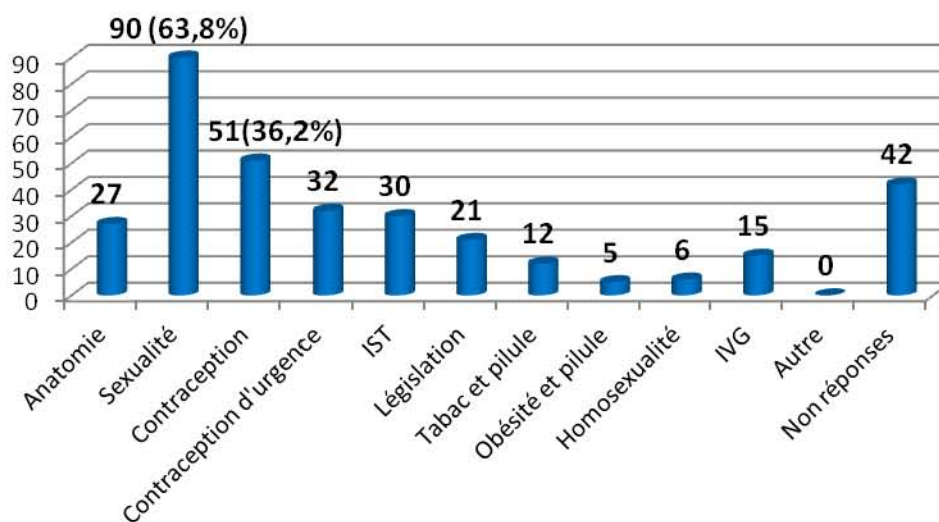
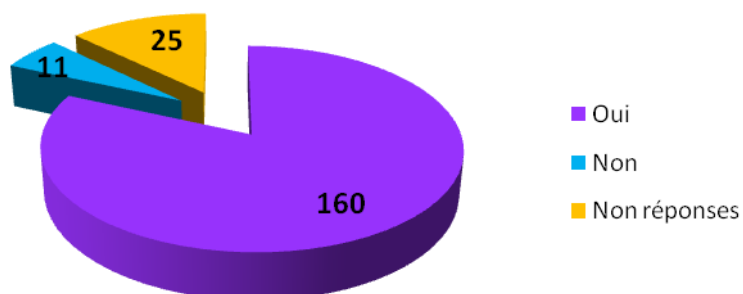


Figure n° 14 : Sujets préférés par les adolescents (n=141)



81,6% des adolescents ont trouvé que les intervenants adaptaient leurs discours aux questions posées.

Figure n° 15 : Adaptation du discours (n=196)

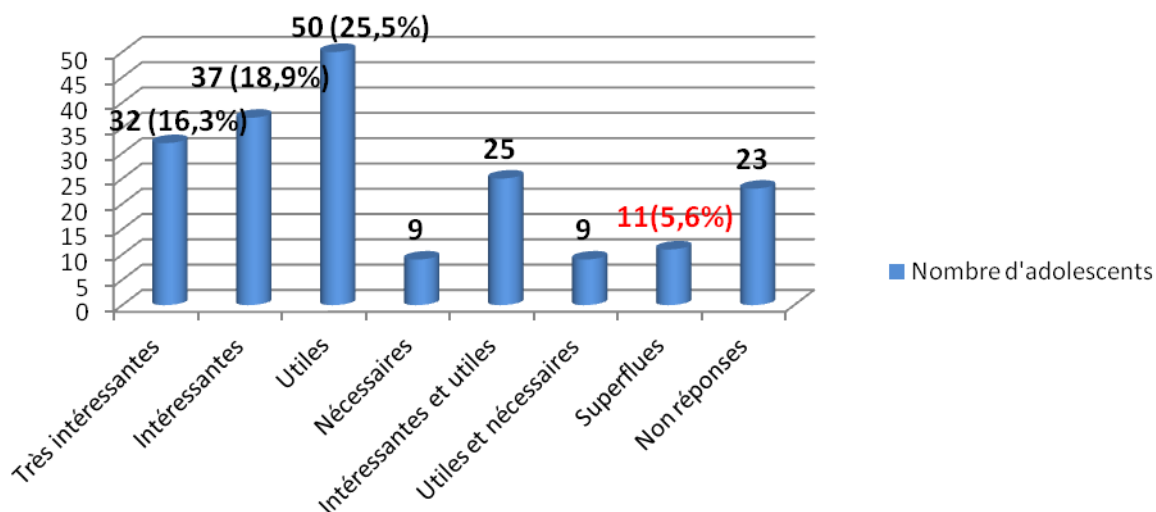


4 – Le ressenti des adolescents :

✓ Intérêt pour les séances :

Seul 5,6% de la population étudiée a trouvé les séances d'éducation à la sexualité superflues.

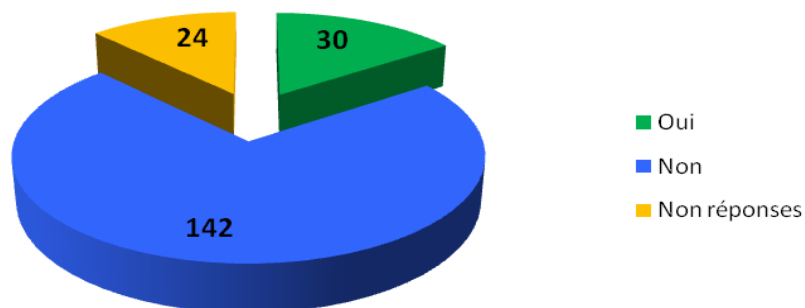
Figure n°16 : Intérêt pour les séances (n=196)



✓ Modification du comportement :

15,3% de la population a vu son comportement modifié par les séances d'éducation à la sexualité.

Figure n°17 : Modification du comportement (n=196)



Les modifications citées sont :

- Utilisation de préservatifs et/ou d'une autre méthode contraceptive : n=30
- Sensation d'être plus responsable et plus à l'aise face à sa sexualité : n=22
- A discuter de sexualité avec son/sa partenaire : n=20
- A utilisé ou conseillé d'utiliser une contraception d'urgence : n=7
- A été faire un dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles : n=7
- S'est rendu dans un centre de planification familiale : n=5

✓ Adolescents n'ayant pas participé aux séances d'éducation à la sexualité en mai 2011 :

Parmi la population étudiée, 6 adolescents n'avaient pas bénéficié de séances d'éducation à la sexualité en mai 2011. Pour quatre d'entre eux, ils n'auraient pas souhaité en recevoir, mentionnant qu'ils en avaient eu précédemment. Pour les deux autres cela aurait été apprécié dans un souci de prévention.

5 – Propositions d'améliorations des séances d'éducation à la sexualité :

Quinze propositions seulement ont été formulées :

- Faire des séances avec des groupes non mixtes : 3
- Réduire le nombre de participants par groupe : 2
- Augmenter la durée des séances : 2
- Ajouter de la pratique (travaux pratiques, cas pratiques) : 7
- Inclure les séances dans l'emploi du temps scolaire : 1

Récapitulatif des résultats :

1 – La population est principalement masculine (71,9%) avec une médiane d'âge de 16-17ans. Une moitié de la population suit un enseignement dans une section technique (47,9%) et l'autre moitié dans une section générale (44,4%).

2 – Durant sa scolarité antérieure, 58,2% de la population n'a reçu qu'une seule séance d'éducation à la sexualité, pour la plupart (57,9%) dispensée en classe de 3ème. 5% n'a bénéficié d'aucune séance avant celle de mai 2011.

Parmi la population ayant participé à plusieurs séances avant celle de mai 2011 (26%), plus de deux tiers ont bénéficié de deux séances.

Dans la moitié des cas (49,8%) ces séances étaient animées par des sages-femmes ou étudiants sages-femmes.

3 – Concernant les séances de mai 2011, plus de la moitié des adolescents trouvaient le temps imparti satisfaisant (63,8%).

Les améliorations souhaitées étaient tout d'abord des vidéos et des jeux de rôles, puis des séances supplémentaires et des documents en plus grand nombre.

Plus de la moitié des interventions (58,7%) étaient menées par deux étudiantes et un quart par des intervenants mixtes.

73% de la population ne s'intéresse pas à la tenue (hospitalière ou civile), au statut (professionnel ou étudiants) ni au sexe des intervenants.

La majorité des adolescents (86,7%) exprime un sentiment de facilité de communication avec les intervenants. Dans 75,3% et 74,7% des cas, les raisons exprimées sont respectivement l'âge et l'ouverture d'esprit des intervenants.

Les techniques d'animations les plus utilisées par les intervenants sont les questions anonymes et le débat dans 30,5% et 31,9% des cas. Puis, dans une moindre mesure (18,5%), le brainstorming.

Les sujets les plus abordés lors des séances sont la contraception (82,1%) et la sexualité (82,6%) puis les IST (74,5%) et la contraception d'urgence (72,4%). Pour 17,3% de la population, ils auraient aimé aborder ou davantage développer la sexualité (dans 1/3 des cas) et l'homosexualité (dans moins de 1/4 des cas).

73,7% des adolescentes ont préféré la contraception parmi les sujets abordés contre 36,2% chez les adolescents. En revanche, 63,8% chez les garçons ont aimé aborder la sexualité contre 52,6% des filles.

La majorité de la population (81,6%) a trouvé que les intervenants adaptaient leurs discours aux questions posées.

4 – Pour 47,9% de la population, les séances d'éducation à la sexualité sont intéressantes, voire très intéressantes et pour 47,4% elles sont utiles voire nécessaires. Seul 5,6% trouvaient ces séances superflues.

15,3% de la population a modifié son comportement suite aux séances de mai 2011. La totalité d'entre eux ont utilisé un préservatif ou un autre moyen de contraception. Environ 3/4 ont eut le sentiment d'être plus responsable et plus à l'aise face à leur sexualité et 2/3 ont discuté de sexualité avec leur partenaire.

Concernant les adolescents n'ayant pas participé aux séances d'éducation à la sexualité de mai 2011, 1/3 aurait souhaité bénéficier de ces séances dans un souci de prévention.

5 – Des propositions d'améliorations ont été soumises par 7,6% de la population avec, pour la moitié, une volonté d'avoir plus de pratique (TP, cas pratique...).

Troisième partie :

Analyse des résultats et discussion

I) Application de la loi du 4 juillet 2001 :

71,9% de la population était de sexe masculin, un fait qui pouvait être attendu compte tenu que le lycée Louis Vincent est un lycée technique d'Etat (figure n°1). La médiane d'âge, tous sexes confondus, se situait entre 16 et 17ans (figure n°2), plaçant ainsi la population dans la tranche d'âge où se situent les premiers rapports sexuels (17,6 ans chez les filles et 17,2 pour le garçon selon l'Institut National d'Etudes Démographiques) et rendant les questions autour de la sexualité plus concrètes. Précisons cependant que la moitié de la population (47,9%) suivait un enseignement technique et l'autre moitié (44,4%) un enseignement général (figure n°3).

La loi du 4 juillet 2001, prévoit au minimum trois séances d'éducation à la sexualité par an dans les collèges et lycées. On pouvait donc s'attendre à ce que tous les adolescents aient reçu, antérieurement à aux séances dispensées en mai 2011, plusieurs séances d'enseignement de ce type. Or, pour 14,5% la séance de mai 2011 était la première et pour 58,2% elle était la seconde (la première dispensée à 57,9% en troisième) (figure n°4).

Pour 26% de la population ayant reçu plus d'une séance durant leur scolarité antérieure (figure n°5):

- 76,5% des adolescents avaient bénéficié de deux séances antérieures
- 21,6% avaient bénéficié de trois séances antérieures
- 1 seul adolescent avait participé à cinq séances, soit une par an depuis le collège.

On observe que plus de la moitié des séances (66,3%) sont menées par des intervenants du milieu médical (dont 5% par des médecins, gynécologues...) et extérieur au milieu scolaire. Pour un tiers des interventions, elles sont réalisées par l'infirmière scolaire. Les enseignants n'ont qu'une part marginale (11,7%) dans l'animation des séances d'éducation à la sexualité (figure n°6). On peut néanmoins supposer que certains enseignements (SVT, éducation civique...) n'ont pas été perçus comme des temps d'éducation à la sexualité par les adolescents.

L'étude nous montre bien que la loi n'est pas conformément appliquée. Si le principe d'une séance par an a été respecté pour un adolescent, on remarque qu'il est plus que variable pour les autres membres de la population. Faute de moyen ? Faute de temps ? L'étude ne nous renseigne pas sur ce point. En revanche, le rapport d'information déposé à l'Assemblée Nationale et enregistré le 22 octobre 2008 à la présidence de l'Assemblée Nationale concernant l'application de la loi du 4 juillet 2001, a constaté que *« ces interventions n'étaient pas financièrement prises en charge pour ces intervenants extérieurs des centres de planification, par exemple, quand elles se déroulent dans les locaux scolaires. »*.

Si l'éducation à la sexualité des adolescents est une préoccupation nationale, elle est néanmoins restreinte par différents points :

- **Le coût des séances.** Dans une société en crise budgétaire, il serait naïf de ne pas prendre en compte l'aspect économique des séances d'éducation à la sexualité. Salaire des intervenants, coût du local... autant de points qui tendent à freiner l'application conforme de la loi de 2001.

Mme Poletti a alors proposé, dans son rapport d'information à l'Assemblée Nationale du 22 octobre 2008, qu'un indicateur chiffré soit créé dans la loi de finances sur l'éducation à la sexualité dans le secondaire afin d'assurer un meilleur suivi dans la mise en place des séances d'éducation à la sexualité. A ce jour, cet indicateur chiffré n'a pas été créé.

- **Le temps.** Il n'y a qu'à regarder les emplois du temps de certains élèves pour comprendre qu'ajouter des heures dévolues à l'éducation à la sexualité est une véritable gageure. Une séance par an, à raison de deux heures consécutives, peut ponctuellement s'inscrire dans le planning des enseignements mais établir trois créneaux dans l'année semble utopique.

- **Les priorités de l'enseignement.** Combien de fois avons-nous entendu, en temps qu'étudiants, notre enseignant dire qu'il aurait des difficultés à « boucler le programme » ? Face à un nombre de leçons obligatoires aussi conséquent, il est plus que concevable que l'éducation à la sexualité passe au second plan. Certains élèves déplorent même, lors de la dernière question de l'enquête, que ces séances aient prit la place de certains cours et proposent alors d'inscrire ces séances dans l'emploi du temps. Pourtant n'est-ce pas tout aussi important de responsabiliser les adolescents face à leurs vies sexuelles que de les aider à bâtir leurs vies professionnelles ?

II) Les séances d'éducation à la sexualité de mai 2011 :

1 – Animation des séances :

Deux heures peuvent paraître longues et rébarbatives lors d'un enseignement. Difficile de rester concentré et intéressé aussi longtemps. **Pourtant, 63,8% des adolescents interrogés trouvaient la durée des séances satisfaisantes** voire, pour 15,3%, trop courte (figure n°7).

Parmi les techniques d'animations utilisées on note une large prédominance des questions anonymes (30,5%) favorisant ainsi l'émergence d'interrogations qui, à l'oral, auraient sans doute été passées sous silences. Le débat est, lui aussi, une technique souvent décrite par les adolescents comme moyen d'établir la communication et d'induire une réflexion (31,9%). Dans une moindre mesure, les animateurs avaient recours au brainstorming (17,5%) qui est pourtant un moyen utile pour mettre en avant les représentations des adolescents quand aux sujets abordés et de couper court aux idées-reçues. **Et dans seulement, 8,3% et 5% des cas on retrouve l'utilisation de jeux de rôle ou de jeux en équipes qui auraient permis de donner une dimension plus pratique à la séance** (figure n°11).

La figure n°11 met également en avant le fait que les intervenants n'utilisaient pas une seule mais bien une combinaison de plusieurs techniques d'animation, permettant de dynamiser ainsi les séances et, sans doute, de maintenir l'attention des adolescents.

Ce souci de dynamisme des interventions se ressent lorsqu'on interroge les adolescents sur leur ressenti quant à ces séances (figure n°16). **En effet, près de la moitié des adolescents ont apprécié les interventions menées par les étudiants sages-femmes, 47,9% les ont jugé intéressantes voire très intéressantes.**

2 – Les intervenants :

L'école de sage-femme ayant une prédominance d'étudiantes il était facilement concevable que les interventions soient en grande partie menées par deux filles, ce qui se confirme dans la figure n°9 : 58,7 % des séances étaient animées exclusivement par des étudiantes et 24 % par un et une étudiante, seule 3% des séances furent animées exclusivement par des étudiants.

La question du sexe des intervenants dans la relation entre les adolescents et les animateurs se posait donc. Les jeunes filles se sentaient-elles gênées de poser des questions sur la sexualité à des hommes ? Et inversement, les adolescents n'étaient-ils pas retissant à parler sexualité à des femmes ? Bien au contraire ! **L'enquête montre que pour la majorité de la population (73%) le sexe des intervenants leur importait peu, trois adolescents ont même proposé que les séances soient tenues par des animateurs des deux sexes.**

Se posait ensuite la question de l'âge. L'animation de séances d'éducation à la sexualité dites « infos contraception » n'est possible qu'à partir de la troisième année d'école de sage-femme, soit des étudiants âgés de 21 à 24 ans. Etait-ce plus facile de parler à des intervenants jeunes qu'à des personnes plus matures et plus expérimentés ? Là encore, l'enquête nous montre que **la majorité des adolescents (73%) ne s'intéressent que peu au fait que les étudiants sage-femme ne sont pas du personnel médical diplômé.** De plus, quand on les interroge sur la communication avec les intervenants, pour les 86,7% ayant trouvé facile de discuter avec les étudiants sage-femme (figure n°10), **les raisons les plus évoquées sont l'âge et l'ouverture d'esprit des intervenants.**

Enfin, l'appartenance à un milieu professionnel différent du milieu scolaire interférait-il dans la relation entre les animateurs et les élèves ? N'étaient-ils pas dérangés de parler à des inconnus ? Ou au contraire appréciaient-ils d'avoir affaire à des intervenants qui n'étaient pas leurs enseignants ? Là aussi l'enquête montre que la communication s'est facilement établie entre les étudiants sages-femmes et les lycéens. Rappelons que 86,7% ont exprimé une facilité d'échanges avec les intervenants et **seulement 2% ont exprimé des difficultés** (figure n°10). De plus, **les raisons exprimés de cette facilité de communication est à 14% la non appartenance au milieu scolaire.**

3 – Les sujets abordés :

Les interventions dans une classe de seconde doivent, comme nous l'avons vu en première partie, aborder certains thèmes et en évincer d'autres. On axera plus facilement la séance autour de la sexualité (les relations sexuelles, l'agir sexuel, le respect de l'autre...), de la contraception et de la contraception d'urgence, de la prévention des IST... Il était donc normal de s'attendre à avoir un maximum de réponses dans ces catégories lors de l'enquête. Et, de fait, **les thèmes dont les élèves se souviennent le plus sont la sexualité, la contraception et, secondairement, les IST et la contraception d'urgence (figure n°12).**

Cependant, lorsque l'on interroge les adolescents sur les sujets dont ils se souviennent avoir parlé quelques mois plus tôt (la séance se déroulant en mai 2011), **seul vingt élèves (11%) ne se rappellent pas avoir parlé contraception et sexualité** (161 étudiants expriment avoir parlé de la sexualité sur les 181 attendu, de même pour la contraception avec 162 adolescents sur 181). Il en va de même pour la contraception d'urgence et la prévention des IST où près d'une quarantaine d'étudiants ont oublié d'avoir abordé ces sujets.

Oublis de la part des intervenants ? Défaut dans le passage de l'information ? On supposera plus facilement que cette dernière proposition soit exacte, puisque pour 80 à 90% de la population ces thématiques ont été abordées. Quelles raisons peut-on alors trouver à ce défaut dans la transmission des informations ? L'enquête ne nous le révèle pas. Néanmoins, **nous pouvons supposer que pour cette part de la population, l'information est arrivée précocement.** En effet, si l'âge moyen du premier rapport sexuel est de 17 ans, cela n'induit pas que tous les adolescents de 16 – 17 ans aient déjà eu un rapport sexuel. Il est donc raisonnable de penser que les 11 à 21% des adolescents n'ayant pas répondu comme nous l'attendions n'ont prêté qu'une attention distraite à la séance par manque d'intérêt immédiat (pas de rapports antérieurement ou envisagés prochainement). L'application correcte de la loi du 4 juillet 2001, assurant plusieurs séances par an, permettrait alors d'intéresser de façon progressive un plus grand nombre d'adolescents.

Dans un deuxième temps, **on peut supposer que, si l'information à difficilement été transmise, cela provient d'un discours mal adapté vis-à-vis du public adolescent.** L'enquête donne une partie de réponse quand à cette proposition. La figure n°15 montre que 81,6% des adolescents ont eu le sentiment que les étudiants sages-femmes adaptaient leurs interventions en fonction de leurs niveaux et des questions posées. 5,6% ont exprimé le sentiment inverse. **Les interventions en petits groupes sembleraient alors être favorables à une meilleure écoute du lycéen par les animateurs et ainsi à une meilleure adaptation du discours. On pourrait également imaginer réaliser ces interventions avec les mêmes animateurs pour un même groupe, plusieurs fois dans l'année afin de laisser un plus grand temps de parole et d'échange, de permettre l'établissement d'un lien de confiance et de favoriser la réflexion sur les thèmes abordés.**

Une dernière supposition se fonderait sur le comportement même des adolescents. **Le défaut de transmission de l'information pourrait être lié à la conception qu'a le lycéen des relations sexuelles et de ce qu'il risque.** L'adolescent est une personne à la psychologie particulière, nous l'avons vu en première partie. Ancré dans l'instant, il vit dans l'optique du « tout ou rien », dans une vision romantique de l'amour, de grands sentiments, de passions dévorantes qui peuvent

avoir du mal à cohabiter avec une idée plus pragmatique de la relation sexuelle. Aussi, des informations sur la prévention d'une grossesse, des infections sexuellement transmissibles, peuvent être en décalage avec ce mode de pensée et paraître inutiles. L'adolescent se sent invincible, donc « ça » ne peut pas lui arriver, pourquoi donc écouterait-il des informations pour prévenir l'apparition d'événement ne le concernant pas ? **L'utilisation de technique d'animation ayant pour objet de détruire ces idées préconçues dès le début de la séance pourrait alors aider à intéresser les adolescents et à augmenter leur capacité d'attention.**

4 – Les participants :

C'est un lieu commun de dire que les jeunes filles et les jeunes hommes ont des centres d'intérêts différents. Or, de nombreuses interventions se déroulaient en groupe mixte. Devait-on considérer que, concernant l'éducation à la sexualité, les adolescents et les adolescentes avaient les mêmes questionnements, les mêmes intérêts ? Était-ce judicieux de prodiguer les mêmes informations aux deux sexes ? Ou à l'inverse, serait-ce judicieux de différencier l'éducation à la sexualité selon le sexe ?

L'enquête est, sur ce questionnement, légèrement biaisée puisque le lycée Louis Vincent a une prédominance d'élèves de sexe masculin. Cependant, lorsque l'on interroge les jeunes filles, on remarque qu'elles placent la contraception en haut de la liste des sujets qu'elles ont apprécié (pour près de 3/4 d'entre elles) puis vient la sexualité pour la moitié des jeunes filles, la contraception d'urgence, la prévention des IST et enfin l'IVG pour plus d'1/3 des adolescentes.

Concernant les adolescents, on observe qu'ils ont tout particulièrement apprécié le thème de la sexualité pour environ 2/3 d'entre eux, puis de la contraception pour environ 1/3 et de la contraception d'urgence et de la prévention des IST pour environ 1/5 de la population masculine (figure n°13). Il apparaît donc que, bien qu'ayant des préférences assez proches, les adolescents et les adolescentes n'ont pas des affinités similaires concernant les thématiques abordées.

Cela se retrouve lorsque l'on interroge les filles et les garçons sur les sujets qu'ils auraient voulu aborder ou davantage développer. Parmi les adolescents ayant répondu, la majorité des garçons auraient voulu développer le thème de la sexualité alors que les jeunes filles auraient apprécié de parler plus amplement de thème ayant attiré à la contraception (obésité et pilule, tabac et pilule), à l'homosexualité ou encore au droit et à l'IVG.

Si l'émergence des mouvements féministes ont poussé la société à établir un lien d'égalité entre l'homme et la femme, il ne faut pourtant pas oublier que ce sont deux êtres différents, tant dans leurs modes de pensées que dans leurs ressentis, dans leurs vécus et dans leurs corps. Il semble évident que les interrogations abondant dans l'esprit d'un adolescent débutant sa vie sexuelle ne seront pas les mêmes que celles des jeunes filles. C'est à la fois un fait sociologique et un fait anthropologique. **Pourquoi, alors, ne pas proposer aux établissements scolaires de prévoir des interventions auprès des adolescents en formant des groupes non mixtes ? Par ce moyen, il serait possible de développer un discours adapté, non seulement à l'âge mais aussi au sexe des adolescents. Les informations à transmettre seraient alors ciblées pour répondre au mieux aux demandes et besoins des lycéens. De plus, l'animation de séances non mixte permettrait d'augmenter la liberté de parole des participants (pas de gêne de parler devant l'autre sexe) et, ainsi, de commencer plus sereinement leur vie sexuelle.**

5 – L'efficacité :

Ces séances ayant avant tout un but préventif, la question donc de l'impact sur le comportement des adolescents est un point crucial. L'enquête montre que seulement 15,3% de la population a signifié une modification de son comportement suite à l'intervention de mai 2011. La totalité de ces 15,3% affirme avoir depuis utilisé un préservatif ou un autre moyen de contraception, 3/4 se sont sentit plus responsable et plus à l'aise face à leur sexualité et 2/3 ont discuté sexualité avec leur partenaire. **Les modifications du comportement adolescent sont donc conséquentes bien que n'affectant qu'un petit nombre (figure n°17).**

Cependant, l'enquête montre que **72,4% des adolescents n'ont pas changé de comportement suite à aux séances de mai 2011.** Plusieurs hypothèses se posent alors :

- Les adolescents adoptaient déjà un comportement responsable, ils utilisaient un moyen de contraception auparavant et les séances n'ont fait que remettre à jour leurs connaissances.

- Les adolescents n'étaient pas concerné puisqu'ils n'avaient ni avant, ni après la séance, de rapports sexuels. La séance n'a donc pas affecté leurs comportements.

- Les adolescents ne se sentaient pas concerné, ils n'ont pas changé leurs comportements, la séance ne présentaient aucun intérêt à leurs yeux.

En s'appuyant sur la figure n°16, on peut supposer que ces 72,4% sont un mélange de ces trois hypothèses. En effet, lorsqu'on interroge les adolescents sur l'intérêt que revêtaient à leurs yeux ces séances d'éducation à la sexualité, 47,4% ont déclaré avoir trouvé ces séances utiles voire nécessaire et seul 5,6% ont trouvé les séances superflues. **Nous pouvons donc en déduire que les séances ont répondu à un besoin des adolescents** qui y ont donc porté une certaine attention. La proportion si élevée d'élèves n'ayant pas modifié leurs comportements est donc plus probablement liée à une attitude déjà responsable ou à une absence de rapports sexuels.

Parmi les lycéens ayant participé à l'étude, six n'avaient pas participé aux séances de mai 2011. Lorsqu'ils sont interrogés, 2/3 expriment ne pas avoir besoin de séance d'éducation à la sexualité puisqu'ils en avaient déjà reçu. 1/3 cependant aurait souhaité participer à ces séances dans un souci de prévention. Il est évident que cette question est biaisée par le petit nombre (n=6). Au vu des résultats de l'enquête, on peut néanmoins supposer que la tendance aurait été inversée si la population des lycéens n'ayant pas participé aux séances de mai 2011 avait été plus nombreuse.

III) On retiendra de l'étude :

- ✓ L'âge des adolescents est bien ciblé : 16-17 ans.
- ✓ La loi du 4 juillet 2001 est inégalement appliquée quant au nombre de séances de ce type d'enseignement produit durant le cursus.
- ✓ Concernant les séances dispensées en mai 2011 :
 - ❖ 64% des adolescents sont satisfaits de leur durée (2h)
 - ❖ Techniques d'animations utilisées :
 - Débat (31,9%)
 - Questions anonymes (30,5%)
 - Brainstorming (17,4%)
 - Jeu de rôle et jeu en équipe (8,3 et 5%)
 - ❖ Le sexe des intervenants n'intervient pas dans 73% des cas.
 - ❖ 11% de la population ne se souvenait plus des thématiques abordées lors des séances.
 - ❖ Thématiques préférées :

	Contraception	Sexualité	Contraception d'urgence	IST	IVG
Garçons (n=141)	36,2%	63,8%	22,7%	21,3%	10,6%
Filles (n=38)	73,7 %	52,6%	39,5%	36,8%	34,2%

IV) Confrontation à l'étude de Mme BOUZERARA :

L'impact de ces séances d'éducation à la sexualité réalisées par les étudiants sages-femmes a été également évalué par l'infirmière scolaire du lycée Louis Vincent, Mme BOUZERARA. En effet, chaque année depuis la mise en place de ce système de collaboration avec l'école de sage-femme de Metz, Mme BOUZERARA fait elle-même une enquête sur l'efficacité des séances. De l'année 2011, il ressort de son enquête que : (Cf. ANNEXE IV)

- 51,42% des adolescents étaient très satisfaits de l'utilité de l'information et 37,14% en étaient satisfaits. Seul 2,85% des adolescents étaient insatisfaits.

- Pour 71,42%, la qualité de l'information était très satisfaisante, pour 25,71% elle était satisfaisante.

- Pour 5,71% des adolescents, l'information est arrivée trop tôt, pour 11,42% elle est arrivée trop tard et pour 65,71% elle est arrivée au bon moment.

- L'information a très bien répondu aux attentes des adolescents dans 51,42% des cas, bien répondu dans 37,14% et assez bien répondu dans 11,42% des cas.

- 42,85% des lycéens étaient très satisfaits par rapport à ces informations, 45,71% étaient satisfaits, 8,57% assez satisfait et 2,85% insatisfait.

- Pour 31,42% les modalités pédagogiques étaient très satisfaisantes, pour 45,71% elles étaient satisfaisantes et pour 22,85% elles étaient plutôt satisfaisantes.

- L'organisation de l'information était très satisfaisante dans 42,85% des cas, satisfaisante pour 40%, plutôt satisfaisante pour 14,28% et insatisfaisante pour 2,87%.

Les deux enquêtes se rejoignent donc sur les mêmes principes. **La grande majorité des adolescents apprécient ces séances d'éducation à la sexualité et n'ont guère de commentaire sur les informations qui leur sont transmises. En revanche, la pédagogie est un point sur lequel ils sont plus prolixes.**

En effet, lors des questions ouvertes de l'enquête qui leur laisse alors la parole, les améliorations qui sont proposés ne touchent pas aux informations mais à la façon dont elles sont transmises :

- des cas pratique
- des séances en plus petits groupes non mixtes
- des séances plus longues ou plus nombreuses

Cela se retrouve également dans la figure n°8 qui interroge les lycéens sur les techniques d'animation qu'ils auraient apprécié :

- vidéo (à 42,8%)
- jeu de rôle (à 27%)
- séances supplémentaires (à 18,9%)
- documentation (à 15,3%)

On pourrait imaginer alors proposer aux étudiants sage-femme une formation sur la façon d'animer les séances d'éducation à la sexualité en fonction du public visé ainsi que sur les moyens disponible pour transmettre l'information. Il serait également envisageable de les faire travailler sur d'autres supports à proposer aux adolescents (vidéo, plaquettes d'information, jeux ...).

V) Pour résumer :

Plusieurs hypothèses étaient posées au début de cette enquête :

- Tout d'abord la nécessité des séances d'éducation à la sexualité.

L'enquête a mit en avant le besoin ressenti par les adolescents d'avoir ces temps d'information, que ce soit dans un souci de prévention ou encore dans une volonté d'adapter leur comportement (figures n° 16 et 17). On remarque également les commentaires des élèves laissés à l'intention des étudiants sage-femme dans les questionnaires de Mme BOUZERARA :

« Très bien, très instructif !!! »

« C'était sympathique et c'est nécessaire pour que tout le monde soit au courant. »

« Je suis très contente. Merci de cette information qui nous a permis de répondre aux questions qu'on pouvait se poser. »

- En ce qui concerne les intervenants, leur âge, leur appartenance à un milieu différent du lycée et leur discours :

Là aussi l'enquête a mit en exergue l'importance de l'âge des intervenants pour établir un lien de confiance propice à la discussion. Pour les lycéens ayant participé à l'enquête, que les étudiants sage-femme ne soient pas du personnel médical confirmé n'entrait pas en ligne de compte. Bien souvent d'ailleurs, on remarquera que les adolescents ne font pas la différence entre les sages-femmes et les étudiants sages-femmes :

« Important de faire intervenir des sages-femmes pour bien expliquer tout sur la sexualité aux jeunes. »

Cependant, que les intervenants soient extérieurs au milieu scolaire semble être un point important de la communication entre les lycéens et les animateurs. Ils se sentaient plus libre de parler, d'exprimer leur vécu, leur ressenti, leurs interrogations,

sans avoir le poids du regard d'un adulte qu'ils croisent régulièrement dans les couloirs du lycée.

« Franchement c'était vraiment intéressant. J'pensais que c'était un peu inutile, mais non c'est cool. Et vous êtes jeunes donc c'est plus simple pour parler parce que bon, on vous a expliqué, l'infirmière, les parents... c'est un peu délicat »

« Continuez comme ça parce que c'est mieux qu'avec l'infirmière du lycée et que vous savez mettre à l'aise les gens. »

- Concernant l'adaptation du discours des étudiants sages-femmes, l'enquête nous donne une réponse mitigée. Si les résultats montrent qu'une large partie de la population avait le sentiment que les intervenants adaptaient leurs discours à leurs questions, il semblerait que les techniques pédagogiques ne soient pas toujours adaptées. Manque de documentation, manque de pratique, de techniques ludiques d'apprentissage... relevant en partie d'un manque de moyens financier de l'école de sage-femme de Metz. **On pourrait néanmoins proposer, ou bien la mise en place d'actions permettant de réunir des fonds uniquement destinés à l'éducation à la sexualité (vente de gâteaux, objets...), ou bien la mise à profit de l'imagination des élèves pour développer des outils de communication ludique et attrayant (vidéo, sketch, jeu de rôle, pseudo jeu de société...)**

« C'était plutôt intéressant, manque de côtés pratiques »

- L'évaluation de l'efficacité de ces séances.

L'enquête nous montre **qu'une part minime des adolescents ont modifié leurs comportements suite aux séances de mai 2011 mais que ces changements sont d'envergure** (utilisation d'un moyen de contraception notamment). La grande majorité n'a pas modifié son comportement : l'enquête ne donne pas de réponse mais on peut néanmoins supposer qu'ils adoptaient déjà avant la formation un comportement responsable ou que l'information est arrivée trop tôt.

Pour évaluer l'efficacité des séances, on peut également s'appuyer sur le ressenti de l'infirmière scolaire. Mme BOUZERARA signalait lors d'un entretien qu'elle recevait plus fréquemment des adolescents souhaitant avoir des préservatifs ou une contraception d'urgence depuis que les étudiants sage-femme intervenaient. Elle appréciait également le nombre de grossesses devenu très faible, voir exceptionnel, chez les adolescentes du lycée.

On peut également imaginer que les adolescentes étudiant au lycée Louis Vincent sont plus informées quant aux différentes modalités pour se procurer une contraception, notamment via le centre de planification et d'éducation familiale situé à l'Hôpital Maternité de Metz. Mais une fois encore, l'étude est sur ce point biaisée par le nombre restreint de jeunes filles ayant participé.

VI) Ce que l'ont pourrait mettre en place :

Nous avons vu tout au long de l'analyse des résultats de l'enquête que plusieurs pistes pourraient être utilisées afin d'adapter au mieux les séances d'éducation à la sexualité aux besoins des adolescents.

- **La mise en place de plusieurs séances tout au long de l'année**, inscrites dans l'emploi du temps des élèves, permettrait tout d'abord d'ancrer l'éducation à la sexualité comme une matière aussi importante dans la vie actuelle et/ou future du lycéen que d'autres enseignements tels que les mathématiques, le français, l'histoire...

D'autre part, un enseignement dispersé en de multiples séances dans l'année donnerait un lien logique aux informations transmises, un lien dynamique propice à la réflexion entre les séances et un lien pédagogique dans la répétition du discours.

Enfin, il ne faut pas oublier que tous les adolescents ne sont pas concernés au même moment par l'entrée dans la vie sexuelle. Des séances à différents moments de l'année permettraient d'éviter les informations trop tardives et de palier aux inconvénients des informations trop précoces.

- **Proposer des interventions avec des intervenants des deux sexes, dans de petits groupes d'adolescents non mixtes**. La mixité des intervenants permettrait ainsi d'offrir aux lycéens le point de vue de chacun des sexes, un ressenti différent mais également des informations plus complètes (chacun apportant des renseignements qui ne seraient pas forcément venus à l'esprit de l'autre).

La non mixité du groupe, quand à elle, apporterait une libération de la parole qui ne serait plus soumise à la gêne de parler devant des camarades du sexe opposé et une dynamique différente à celle d'un groupe mixte (similitude du vécu, du ressenti...).

Enfin, la formation de petit groupe augmenterait également la liberté de parole, la création d'un lien de confiance entre les participants et, au final, un échange entre eux. Ce lien entre les participants serait d'autant plus préservé si les intervenants, comme les membres du groupe, étaient à chaque fois les mêmes. Les séances d'éducation à la sexualité ne seraient alors plus uniquement à sens unique (transmission des informations depuis l'intervenant jusqu'aux participants) mais à multiple sens (des participants vers les participants, des participants vers l'intervenant et de l'intervenant vers les participants). Ce serait à la fois une transmission d'un savoir et un temps de parole.

- **Rendre les interventions plus pratiques.** Afin de favoriser la mémorisation des informations essentielles, il pourrait être mis en place des « mises en situation » sous la forme de jeu de rôle, de sketch, de vidéo, de travaux pratiques (pose de préservatif sur les pieds d'une chaise...) préparé auparavant par les intervenants.

- **Proposer une formation, type enseignement théorique, aux étudiants sages-femmes** afin de leur permettre de maîtriser au mieux les différentes techniques d'animation et leurs objectifs (faire émerger les représentations, les idées reçues, les questionnements, induire une réflexion...), sur les moyens de communication avec un public adolescent. Cela est, certes, déjà fait dans le cursus de formation via la mise à disposition d'un classeur d'information (classeur Information et Prévention) et par la remise de documents papier concernant les différentes techniques d'animation. Cependant, l'explication et la mise en pratique des outils de communication pourraient être un atout dans la réalisation des séances d'éducation à la sexualité.

Conclusion

La sexualité des adolescents, passée du méconnu au reconnu aux yeux de la société, est actuellement au centre des préoccupations du ministère de la santé. Bien que les lois soient promulguées et tentent de réformer l'éducation sexuelle des jeunes, les conséquences de cette sexualité changent peu, notamment la survenue d'une grossesse non désirée. L'éducation étant bien souvent un moyen de résoudre les problèmes comportementaux, il était intéressant d'observer l'impact de cet enseignement sur la pratique sexuelle des jeunes adolescents.

Après avoir mené une étude auprès de 196 lycéens, il apparaît que les difficultés posées aux enseignements de ce type ne résident pas dans l'information en elle-même mais dans la transmission de cette information : tout d'abord la mauvaise mise en application de la loi du 4 juillet 2001, qui prévoit théoriquement trois séances d'éducation à la sexualité par an dans les écoles, collèges et lycées. Mais aussi la réalisation même des séances qui ne favorise pas toujours de façon optimale la communication entre les lycéens et les intervenants, pourtant si importante quand il s'agit de parler d'une sexualité débutante. Enfin, si l'information dispensée est de qualité, la rendre plus concrète semble être un point faible.

Favoriser l'éducation à la sexualité pour la rendre aussi importante que n'importe quel enseignement semble être un point important dans la lutte contre les grossesses non désirées dans la population adolescente et dans la responsabilisation des jeunes vis-à-vis de leur sexualité. Face à l'accroissement des compétences professionnelles des sages-femmes et à leur place grandissante dans le domaine de la contraception, y aurait-il une place à prendre par les sages-femmes dans l'éducation à la sexualité ?

Bibliographie

Livres et ouvrages :

- 1 – **Belaïsch J., De Kervasdoué A.,** *Questions d'hommes.* Edt Odile Jacob, 2003, 785p.
- 2 – **Borten-Krivine I., Winaver D.,** *Ados, amour et sexualité, version fille.* Edt Albin Michel, 2001, 232p.
- 3 – **Mimoun S., Rica E.,** *Ados, Amour et sexualité, version garçon.* Edt Albin Michel, 2001, 182p.
- 4 – **Huerre P., Lauru D.,** *Les professionnels face à la sexualité des adolescents, les institutions à l'épreuve.* Edt Erès, 2001, 229p.
- 5 – **Bantuelle M., Demeulemeester R.,** *Référentiel de bonnes pratiques, comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire.* Edt Inpes, 2008, 132p.
- 11 – **Serfaty D.,** *Contraception.* Edt Elsevier Masson, 2011, 563p.

Sites internet :

6- **Sexologie magazine.** L'éducation sexuelle en question.

<<http://www.sexologie-magazine.com/dossierDuMois/JuilletAout06Educ.html>>

Consulté le 10 juin 2011

7 – **EduScol.** L'éducation à la sexualité au collège et lycée. Guide du formateur. Aout 2008.

<eduscol.education.fr/educsex > Consulté le 29 septembre 2011

8 – **EduScol**. L'éducation à la sexualité. Guide d'intervention pour les collèges et lycées. Aout 2008. <eduscol.education.fr/educsex> Consulté le 29 septembre 2011

9 – **OMS**. Les maladies sexuellement transmissibles, principaux faits et chiffres.

<http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/fr> Consulté le 20 octobre 2011

13– **OMS**. Infections sexuellement transmissibles.

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/>> Consulté le 20 octobre 2011

14 – **Legifrance**. **LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception**. <<http://www.legifrance.gouv.fr/>> Consulté le 29 septembre 2011.

Articles :

10 – **Leclair A., Le figaro**, *Les IVG en hausse chez les femmes de moins de 25 ans.*

Publié le 06 mars 2011.

Mémoires :

Kinnel M.C, *Etre Adolescente et se préoccuper de sa contraception*. Mémoire pour l'obtention du DE, Ecole de sage-femme de Metz, 2011, 65p.

Autres :

12 – **Maladies sexuellement transmissibles.** Cours dispensé par Mme Sumuyen à l'école de sage-femme de Metz.

14 - **Infections sexuellement transmissibles.** Cours dispensé par Mme Bertrand Marie-Laure à l'école de sage-femme de Metz.

Annexes

Annexe I : Classification de Tanner, stades de développement pubertaire.

Tableau 1 : Développement pubertaire chez la fille.

	Développement mammaire		Pilosité pubienne
S1	Pas de tissu glandulaire.	P1	Pas de pilosité.
S2	Tissu glandulaire palpable.	P2	Quelques fins poils le long des grandes lèvres.
S3	Augmentation de la taille des seins : Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P3	Poils pubiens plus pigmentés.
S4	Augmentation de la taille des seins : Mamelon surélevé par rapport au sein.	P4	Poils plus durs recouvrant le mont de Vénus.
S5	Augmentation de la taille des seins : Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P5	Poils de type adulte, s'étendant vers les cuisses

Tableau 2 : Développement pubertaire chez le garçon :

	Testicule		Pilosité pubienne
T1	< 2,5cm.	P1	Pas de pilosité.
T2	Augmentation des testicules >2,5cm Amincissement du scrotum.	P2	Quelques poils sur le scrotum.
T3	3,0 à 3,5cm : Epaissement du pénis.	P3	Poils plus pigmentés, contournés sur le pubis.
T4	3,5 à 4cm.	P4	Poils plus durs sur le pubis.
T5	>4cm Taille adulte du pénis.	P5	Pilosité de type adulte, s'étendant vers les cuisses et la paroi abdominale.

Image 1 : Développement pubertaire chez la fille.

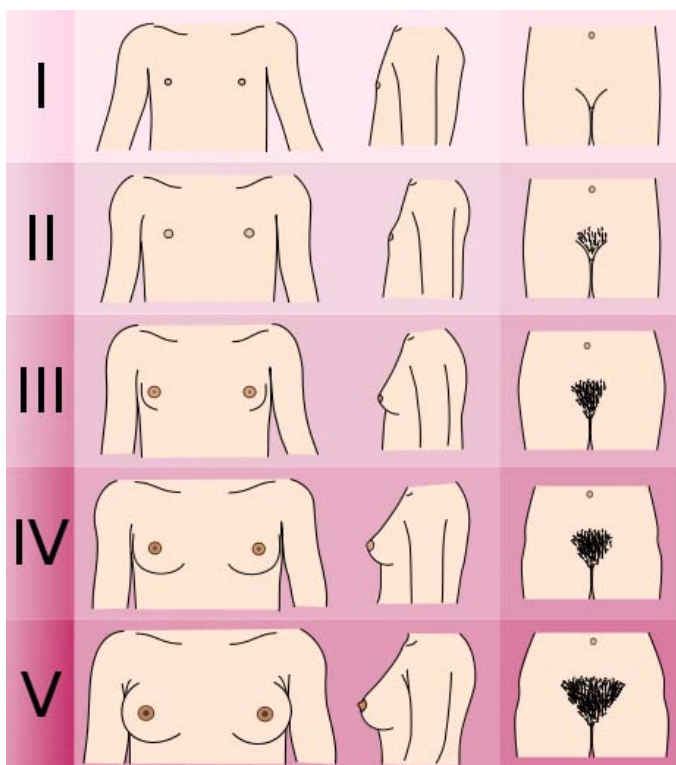
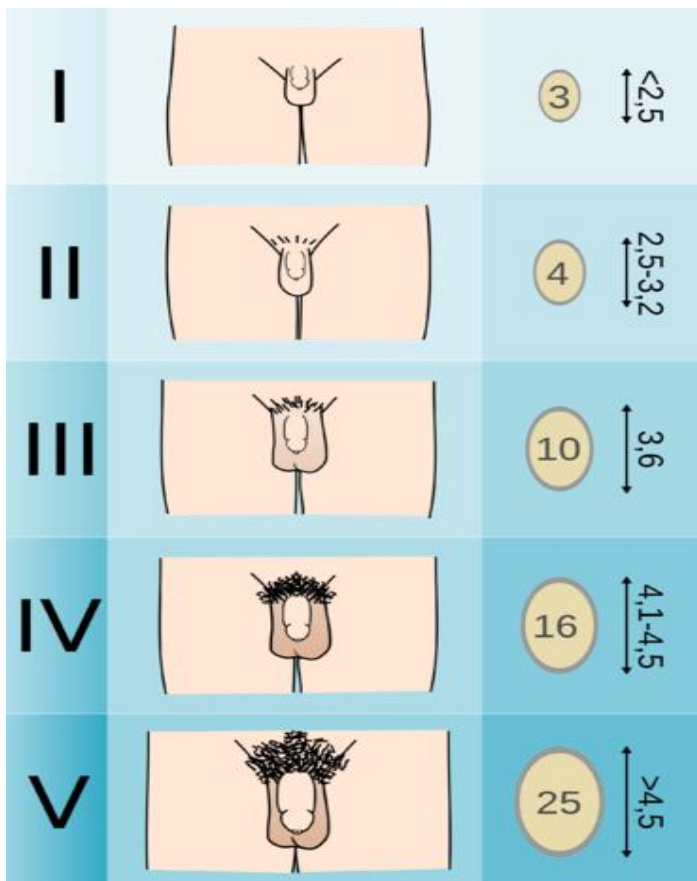


Image 2 : Développement pubertaire chez le garçon.



Annexe II : Statistiques sur l'Interruption Volontaire de Grossesse selon l'INSEE.

	2001	2005	2006	2007	2008	2009
Total IVG	202 180	206 311	215 390	213 382	209 245	209 269
Nombre d'IVG par groupe d'âge (en %)						
15-19 ans	13,2	14,4	14,4	14,3	14,2	13,9
15-17 ans	4,7	5,9	6,0	5,9	5,7	5,6
18-19 ans	8,5	8,6	8,5	8,4	8,5	8,3
20 à 24 ans	24,5	25,5	24,8	24,8	24,9	25,0
25 à 29 ans	21,9	20,7	21,3	22,0	22,1	22,1
30 à 34 ans	19,2	18,7	18,2	17,7	17,5	17,4
35 à 39 ans	14,5	13,8	14,1	14,0	14,1	14,4
40 à 44 ans	5,8	5,9	6,1	6,1	6,1	6,1
45 à 49 ans	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7
15-49 ans	99,6	99,6	99,5	99,5	99,5	99,5
Tous âges	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre d'IVG pour 1 000 femmes dans chaque groupe d'âge						
15-19 ans	14,0	15,5	16,1	15,6	15,3	15,2
15-17 ans	8,5	10,6	11,2	10,8	10,4	10,4
18-19 ans	21,7	22,8	23,4	22,6	22,3	22,0
20 à 24 ans	26,6	26,8	27,5	27,0	26,7	26,7
25 à 29 ans	21,8	22,8	24,0	24,1	23,5	23,4
30 à 34 ans	18,3	18,0	18,7	18,6	18,5	18,8
35 à 39 ans	13,4	13,1	14,0	13,7	13,4	13,6
40 à 44 ans	5,5	5,5	5,9	5,8	5,7	5,8
45 à 49 ans	0,6	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	14,2	14,9	14,7	14,4	14,5

Champ : France métropolitaine.

Sources : Drees ; Insee.

Annexe III : Outil de l'enquête.

Questionnaire : « Les étudiants sages-femmes au lycée. »

Bonjour,

Dans le cadre de ma formation à l'école de sage-femme de METZ, je vous ai rencontré en mai 2011 pour échanger sur les thèmes de la sexualité, de la contraception et des infections sexuellement transmissibles.

Actuellement étudiante en 4^{ème} année, je réalise un mémoire de fin d'études sur l'évaluation à moyen terme de ces séances d'information, leur impact, et les changements d'attitude qu'elles ont pu entraîner chez les lycéens.

Pour cela, je procède à un questionnaire **entièrement anonyme** destiné à tous les élèves de première du lycée Louis Vincent. Votre participation me serait d'une aide précieuse. Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à cette enquête.

RIPP Caroline

I) Généralités :

- 1- Vous êtes : Une fille Un garçon
- 2- Quel âge avez-vous ? 14 – 15 ans
 16 – 17 ans
 18 – 19 ans
- 3- En quelle section êtes-vous ? Scientifique
 Economique et Social.
 Littéraire
 Autre, précisez :.....

Si vous n'avez pas participé à ces séances d'information sur les thèmes de la sexualité, de la contraception, de la prévention des infections sexuellement transmissibles, données par les étudiantes sages-femmes en mai 2011, passez directement à la question 17.

II) Les « infos contraception » ou séances d'éducation sexuelle :

4 – Antérieurement à notre rencontre, aviez-vous déjà reçu des séances d'information sur les thèmes de la sexualité, de la contraception, de la prévention des infections sexuellement transmissibles ?

- Si **Oui**, en quelle classe ?
- Oui Non
- 5^{ème}
- 4^{ème}
- 3^{ème}
- Autre, précisez :.....

- Si **Oui**, qui animaient ces séances ?
- Etudiants sages-femmes
- Sage-femme
- Infirmière scolaire
- Professeur
- Autre, précisez :.....

a) Concernant la rencontre de mai 2011 : sur la forme :

5 – La durée (2heures) vous a-t-elle semblée :

- Trop longue
- Adéquate
- Trop courte

6 – Auriez-vous souhaité :

- Plus de documentation, de planches anatomiques
- L'utilisation de jeux ou de jeux de rôle
- L'utilisation d'une vidéo
- Une ou plusieurs séances supplémentaires
- Autre, précisez.....

b) Les intervenants :

7 – Les intervenants étaient-ils :

- Deux filles
- Deux garçons
- Une fille et un garçon

8 – Auriez-vous préféré que cela en soit autrement (personnel de santé confirmé, intervenants mixte/non mixte, en tenue hospitalière...) ?

- Oui Non Peu importe

Si Oui, pourquoi et de quelle manière?

.....
.....
.....
.....

9 – La communication avec les intervenants vous a-t-elle semblée facile ?

- Oui Non

Si Oui, pourquoi ? :

- Ils ne faisaient pas partie du corps enseignant
 Ils étaient jeunes
 Ils étaient ouverts d'esprit
 Ils nous ont rapidement mis à l'aise
 Ils faisaient partie du corps médical
 Autre, précisez :.....

Si Non, pourquoi ?

.....
.....
.....

10 – Quelle(s) technique(s) d'animation ont été utilisées par les intervenants ?

- Brainstorming (remue-méninges)
 Questions anonymes
 Jeux de rôle
 Jeux en équipe
 Débat
 Autres, précisez.....

c) Le contenu :

11 – Quels sujets vous souvenez-vous avoir abordé lors de cette séance ?

- L'anatomie
 La sexualité
 La contraception
 La contraception d'urgence
 Les infections sexuellement transmissibles
 Les lois concernant la sexualité
 Le tabagisme et la pilule
 L'obésité et la pilule
 L'homosexualité
 L'interruption volontaire de grossesse
 Autre, précisez :.....

12 – Quels autres sujets auriez-vous voulu aborder (ou développer) ?

.....
.....
.....
.....

13 –Quelle thématique vous a le plus intéressée ?

- L'anatomie
- La sexualité
- La contraception
- La contraception d'urgence
- Les infections sexuellement transmissibles
- Les lois concernant la sexualité
- Le tabagisme et la pilule
- L'obésité et la pilule
- L'homosexualité
- Autre, précisez :.....

14 – Avez-vous eu l'impression que les intervenants adaptaient leurs discours à vos questions ?

Oui

Non

III) Votre ressenti :

15 – Avez-vous trouvé ces séances :

- Très intéressantes
- Intéressantes
- Utiles
- Nécessaires
- Superflues

16 - La planification des séances en fin d'année scolaire (mai - juin) a-t-elle modifié votre comportement face à votre sexualité cet été ?

Oui

Non

Si Oui, en quoi ?

- J'ai utilisé le préservatif et/ou une autre méthode contraceptive
- Je suis allé faire un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles
- J'ai utilisé (ou conseillé à ma partenaire de prendre) la contraception d'urgence
- Je suis allé dans un centre de planification familiale
- J'ai parlé sexualité avec mon/ma partenaire
- Je me suis senti(e) plus responsable et plus à l'aise face à ma sexualité
- Autre, précisez :.....

17 – **Si vous n'avez pas reçu** de séance d'éducation sexuelle l'an dernier, auriez-vous souhaité en recevoir une ?

Oui

Non

Si Oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

Si Non, pourquoi ?

.....
.....
.....

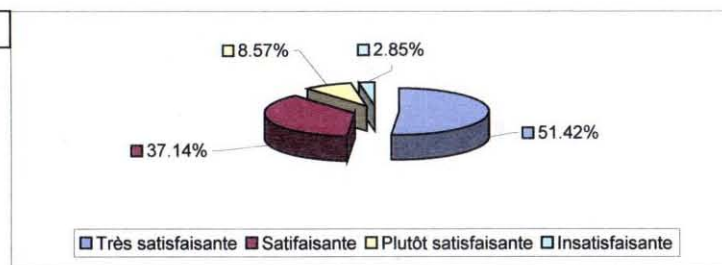
18 – Avez-vous des idées ou des propositions pour améliorer les séances d'éducation sexuelle dispensées dans les lycées ?

.....
.....
.....
.....
.....

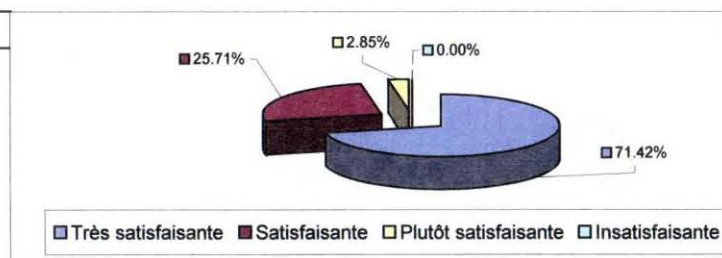
Merci.

Evaluation après séances d'information sur la sexualité et sur la contraception :

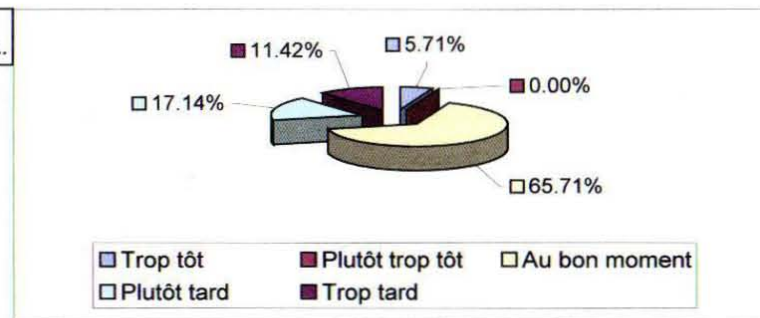
<i>L'utilité de l'information pour vous était...</i>	
51.42%	Très satisfaisante
37.14%	Satisfaisante
8.57%	Plutôt satisfaisante
2.85%	Insatisfaisante



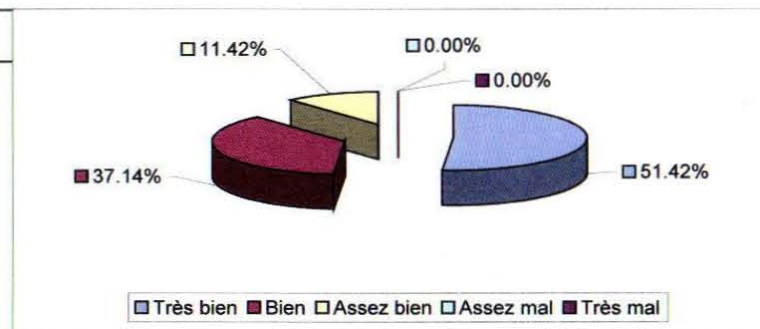
<i>La qualité de l'information pour vous était...</i>	
71.42%	Très satisfaisante
25.71%	Satisfaisante
2.85%	Plutôt satisfaisante
0.00%	Insatisfaisante



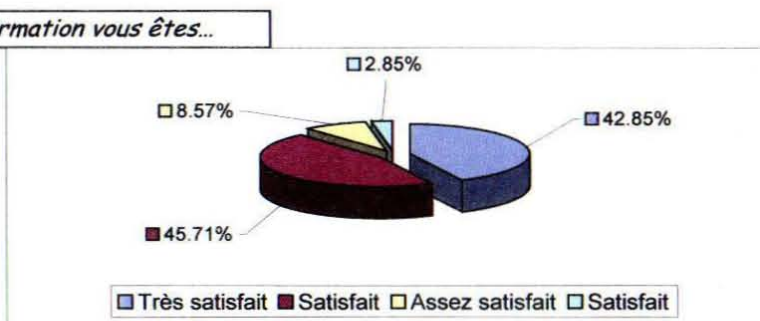
<i>Par rapport à vos besoins cette information a eu lieu...</i>	
5.71%	Trop tôt
0.00%	Plutôt trop tôt
65.71%	Au bon moment
17.14%	Plutôt tard
11.42%	Trop tard



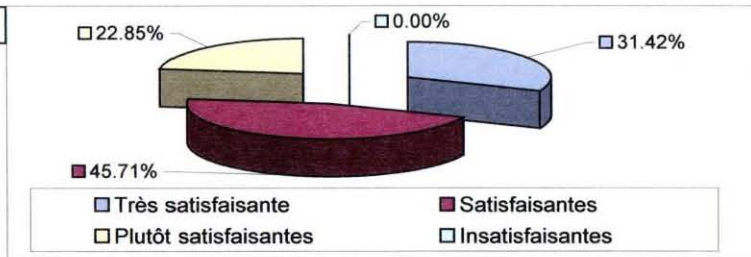
<i>L'information a-t-elle répondu à vos attentes...</i>	
51.42%	Très bien
37.14%	Bien
11.42%	Assez bien
0.00%	Assez mal
0.00%	Très mal



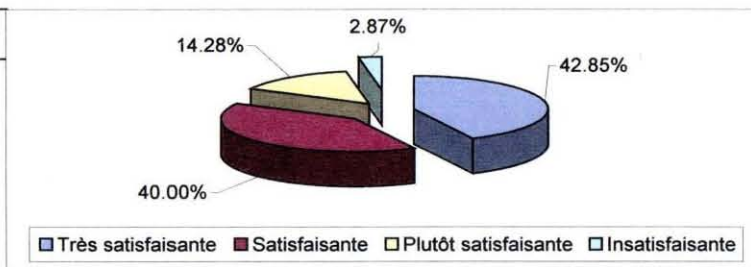
<i>D'une manière générale par rapport à cette information vous êtes...</i>	
42.85%	Très satisfait
45.71%	Satisfait
8.57%	Assez satisfait
2.85%	Satisfait



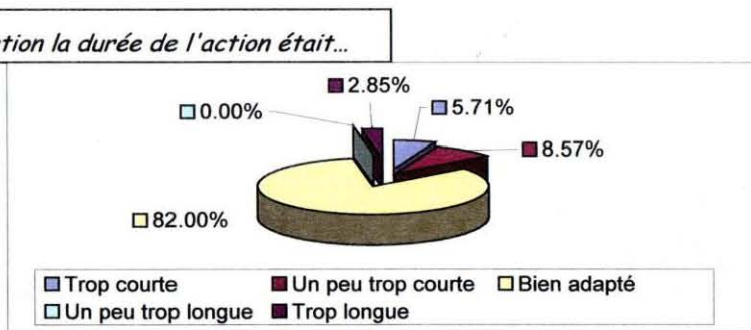
<i>Les modalités pédagogiques pour vous étaient...</i>	
31.42%	<i>Très satisfaisante</i>
45.71%	<i>Satisfaisantes</i>
22.85%	<i>Plutôt satisfaisantes</i>
0.00%	<i>Insatisfaisantes</i>



<i>L'organisation de l'information était...</i>	
42.85%	<i>Très satisfaisante</i>
40.00%	<i>Satisfaisante</i>
14.28%	<i>Plutôt satisfaisante</i>
2.87%	<i>Insatisfaisante</i>



<i>Compte tenu de vos attentes à l'égard de l'information la durée de l'action était...</i>	
5.71%	<i>Trop courte</i>
8.57%	<i>Un peu trop courte</i>
82.00%	<i>Bien adapté</i>
0.00%	<i>Un peu trop longue</i>
2.85%	<i>Trop longue</i>



FICHE EVALUATION APRES INFORMATION

L'utilité de l'information pour vous était... ?	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
La qualité de l'information était... ?	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
Les modalités pédagogiques étaient... ?	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
L'organisation de l'information était... ?	Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante	Très insatisfaisante
Compte tenu de vos attentes à l'égard de l'information la durée de l'action était... ?	Trop courte	Un peu courte	Bien adaptée	Un peu trop longue	Trop longue
Par rapport à vos besoins cette information a eu lieu... ?	Trop tôt	Plutôt trop tôt	Au bon moment	Plutôt trop tard	Trop tard
L'information a-t-elle répondu à vos attentes ?	Très bien	Bien	Assez bien	Assez mal	Très mal
D'une manière générale par rapport à cette information vous êtes... ?	Très satisfait	Satisfait	Assez satisfait	Peu satisfait	Très peu satisfait

Ne cochez qu'une case par item

Commentaires et suggestions :

Je suis contente ♥ Merci de cette intervention qui nous a permis de répondre aux questions qu'on pouvait se poser.

.....

.....

.....

.....

.....

.....