

# UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉS DE MEDECINE

---

Année 2019

2019 TOU3 1501

## THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

**Violaine CROUZOLON**

le 11 janvier 2019

## **Evaluation de l'impact d'une intervention du programme « Info-Ado » sur les connaissances des collégiens en matière de sexualité**

Directrice de Thèse: Docteur Christelle PLARD

### JURY

Monsieur le Professeur Christophe VAYSSIERE	Président
Monsieur le Professeur Israël NISAND	Assesseur
Monsieur le Professeur Éric HUYGHE	Assesseur
Madame le Docteur Christelle PLARD	Assesseur
Madame le Docteur Emmanuelle GODEAU	Suppléant

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université**  
**Paul Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2017**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéricque	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

**P.A Médecine générale**

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

## P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve      Médecine Générale

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Française	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Française	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale  
Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOLAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

# Table des matières

<b>Liste des abréviations</b>	<b>3</b>
<b>I. Introduction</b>	<b>4</b>
A. Histoire de la sexualité à l'Ecole en France	4
1. Emergence de l'éducation sexuelle	4
2. L'éducation sexuelle à l'Ecole	6
3. L'éducation à la sexualité face à l'épidémie de SIDA	7
4. L'éducation à la sexualité au XXIe siècle	8
5. Réalité de mise en application	8
B. Les adolescents et la sexualité	9
C. Info Ado	11
<b>II. Matériel et méthodes</b>	<b>12</b>
<b>III. Résultats</b>	<b>14</b>
A. Caractéristiques de la population	15
1. Caractéristiques sociodémographiques	15
2. Séances d'éducation à la sexualité	16
3. Dialogue sur la sexualité	16
4. Thèmes déjà maîtrisés	17
B. Connaissances de collégiens « avant » et « après » intervention	18
1. La contraception	18
2. La contraception d'urgence	22
3. L'Interruption Volontaire de Grossesse	24
4. Les Infections Sexuellement Transmissibles	26
5. Le dépistage	29
6. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine	31
7. Le préservatif	33
<b>IV. Discussion</b>	<b>35</b>
<b>V. Conclusion</b>	<b>41</b>
<b>VI. Annexes</b>	<b>42</b>
<b>VII. Bibliographie</b>	<b>52</b>

# Liste des abréviations

**SIDA** : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

**SVT** : Sciences de la Vie et de la Terre

**HCE** : Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**INPES** : Institut National de la Prévention et de l'Éducation pour la Santé

**HBSC** : Health Behaviour in School-aged Children

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**CNS** : Centre National du SIDA et des hépatites virales

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CPEF** : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

**CeGIDD** : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

**HPV** : Papillomavirus Humains

**IFOP** : Institut Français d'Opinion Public

# I. Introduction

L'éducation à la sexualité est une composante de la construction de la personne et de sa citoyenneté. A ce titre, l'Ecole envisage une éducation à la sexualité dont l'objectif est de permettre aux élèves d'adopter des attitudes de responsabilité individuelle et sociale. Toutefois, cette partie de l'éducation, si elle est aujourd'hui incontournable et obligatoire, soulève parfois des polémiques, et se heurte souvent à des difficultés. Touchant à l'intimité de l'individu, la sexualité n'est, en effet, pas un domaine comme les autres. L'éducation et la prévention en matière de sexualité sont pourtant essentielles, notamment à l'adolescence, période des premiers rapports sexuels. En effet, en France, l'Ecole a la responsabilité particulière, en liaison étroite avec la famille, de veiller à la santé des enfants et des adolescents.

## A. Histoire de l'éducation à la sexualité à l'Ecole en France

### 1. Emergence de l'éducation sexuelle

Les rapports des jeunes à la sexualité se sont profondément transformés depuis la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, tout comme les relations entre jeunesse et monde adulte. Selon Michel Bozon, sociologue, « d'une vision plutôt négative de la sexualité juvénile, soumise à un double standard moral selon le sexe et à une obligation de retenue et de chasteté (pour les femmes), on est passé à une représentation de l'engagement des jeunes dans la sexualité comme normal et attendu, même s'il s'accompagne d'invitations fortes à la responsabilité et au souci de soi » [1].

D'après Yvonne Knibielher, historienne, le terme « éducation sexuelle » apparaît en 1918 [2]. Trois catégories de personnes investissent alors ce domaine : les médecins qui veulent prévenir les maladies vénériennes, les prêtres, soucieux d'arrêter la divulgation des méthodes contraceptives et les féministes, dont le but est de protéger filles et femmes contre la séduction, le viol et l'avortement. Parmi elles, Madeleine Pelletier, médecin, publie en 1914 une brochure intitulée *L'éducation féministe des filles* dans laquelle elle consacre quelques

pages à l'éducation sexuelle, mais « personne ne sait au juste qui doit se charger de cette éducation, ni quel contenu lui donner ».

Parallèlement, les pionniers de la sexologie européenne, et notamment Havelock Ellis en 1927, soulignent très rapidement toute l'importance de l'éducation sexuelle dans le processus de l'éducation des enfants, des adolescents et des adultes [3]. Il s'agit selon eux de la nécessité de disposer de connaissances fiables et précises sur la sexualité, les organes génitaux, les mécanismes physiologiques de la reproduction humaine, et les comportements sexuels, afin de pouvoir développer un comportement adapté aux circonstances et à la culture dans laquelle on se trouve.

Malgré ces avancées théoriques du début du XX<sup>e</sup> siècle, le discours sur l'éducation sexuelle reste placé sous l'influence de la morale chrétienne, en continuant de préconiser l'abstinence sexuelle des adolescents [4].

Ce n'est qu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle que l'on assiste à un renouvellement de l'intérêt pour l'éducation sexuelle. Celui-ci s'inscrit dans le cadre du projet de « modernisation » de la France, et de son système éducatif, connu sous le nom de plan Langevin-Wallon. C'est dans ce contexte que le « Rapport du Comité d'études concernant l'éducation sexuelle dans les établissements d'instruction publique », présidé par Monsieur Louis François, est publié en 1948 [5]. Ce rapport est fondé sur le constat selon lequel : « les enfants et les adolescents s'instruisent entre eux de la façon la moins morale et la plus malfaisante ». Il préconise dès lors une éducation à la sexualité dont l'objet est « de détourner l'attention du sujet des questions qui lui sont posées afin que la curiosité de savoir, une fois satisfaite, ne puisse irriter la curiosité d'éprouver ». Les objectifs de cette éducation sexuelle sont ainsi clairement énoncés : la sexualité est assimilée ou réduite à la procréation, et l'information doit viser strictement à détourner les enfants et les adolescents de la pratique sexuelle. Par ailleurs, l'école laïque réaffirme sa vocation de faire de l'éducation morale : « Ce n'est pas parce que l'enseignement public ne peut accrocher son œuvre éducative à une finalité divine qu'il lui est interdit de proposer à la jeunesse certains principes essentiels de la morale ». Les auteurs du rapport préconisent ainsi la mixité entre les garçons et les filles dans les écoles, permettant « d'éviter les perversions, les refoulements et l'homosexualité ». Ce rapport innove cependant dans la mesure où il évoque une nouvelle approche de l'éducation sexuelle, fondée sur une reconnaissance et un accompagnement de la sexualité, ce qui permettrait de mieux atteindre

ses objectifs traditionnels : dédramatiser et minimiser l'intérêt pour ce sujet, les auteurs cherchant ainsi à convaincre les opposants à leur entreprise.

Ce projet ne sera pas appliqué, et il faudra attendre les années soixante-dix pour que l'éducation à la sexualité à l'Ecole soit envisagée de manière plus sereine.

## **2. L'éducation sexuelle à l'Ecole**

La loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, autorisant la contraception [6], et la « libération sexuelle » qui accompagne les événements de mai 1968, marquent le début d'une réelle information sexuelle à l'Ecole. L'année 1973 est marquée par la création d'un conseil de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale [7], et par la parution de la circulaire dite « Fontanet » du 23 juillet 1973 qui fait entrer officiellement l'information et l'éducation sexuelle à l'Ecole [8]. L'« information sexuelle » consiste en un accès progressif aux connaissances dans le domaine de la sexualité, dans le cadre de l'enseignement de biologie. L'« éducation sexuelle » est, elle, définie comme ayant pour objet de « permettre aux adolescents de réfléchir sur le sujet, de parvenir à des choix raisonnés dans leur conception de la vie personnelle, de la relation à autrui, et d'institutions comme celles du mariage et de la famille ; de prendre conscience des conséquences de leurs actes vis-à-vis d'eux-mêmes, vis-à-vis d'autrui, vis-à-vis de la société ; d'arriver par là à une meilleure intelligence des problèmes humains et sociaux qu'ils ne manqueront pas de rencontrer et d'avoir à leur égard une attitude plus compréhensive et plus responsable ». Cette dernière reste toutefois facultative, et la circulaire laisse un rôle essentiel à la famille, ayant uniquement pour « but d'aider les parents dans leur tâche éducatrice », afin de respecter leurs valeurs. Les programmes de biologie et d'éducation familiale et sociale ont donc évolué, mais les actions éducatives proprement dites n'ont été que rarement mises en œuvre.

### **3. L'éducation à la sexualité face à l'épidémie de SIDA**

Les années 80 sont marquées par l'apparition du Syndrome d'ImmunoDéfiance Acquise (SIDA). C'est dans ce contexte que la prévention devient une préoccupation majeure de l'Etat, au titre de la protection de la Santé Publique, et de l'Ecole, dans son souci de protéger les jeunes, particulièrement exposés à la maladie. En 1985, le ministre de l'Education Nationale, Jean-Pierre Chevènement, fait paraître la «Circulaire Chevènement» [9] introduisant l'éducation sexuelle à l'école primaire, et en 1987, le SIDA est inscrit dans les programmes de biologie pour tous les élèves de 14 à 16 ans. D'autres textes vont ensuite progressivement voir le jour, notamment la circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 intitulée « Éducation à la sexualité et prévention du SIDA », qui vient remplacer la circulaire de 1973. Cette circulaire a pour but de généraliser les actions de sensibilisation et de prévention des risques liés au SIDA, mais tente également de définir de manière plus précise la sexualité : « Si la sexualité humaine est inséparable de données biologiques, elle intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales qui, seules, permettent un ajustement constant aux situations vécues des hommes et des femmes, dans leurs rôles personnels, parentaux et sociaux ». Elle se veut donc plus largement éducative, et vise à fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre ces différentes dimensions de la — et de leur — sexualité, dans le respect des consciences et du droit à l'intimité. Cette éducation, qui se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui, doit en outre aider les élèves à intégrer positivement des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale [10].

Il ne s'agit donc plus, comme pour la circulaire de 1973, de proposer une information sexuelle obligatoire et une éducation sexuelle facultative, mais de s'inscrire d'emblée dans une éducation à la sexualité. Sa mise en œuvre associe les enseignements de Sciences de la Vie et de la Terre (SVT) et des séquences d'éducation à la sexualité « obligatoires, à raison de 2 heures minimum dans l'année scolaire », complétant les enseignements de SVT dans les domaines psychologiques, affectifs, et sociaux, qui ne figurent pas au programme des disciplines.

#### **4. L'éducation à la sexualité au XXI<sup>e</sup> siècle**

Le 4 Juillet 2001, parait la loi n° 2001-588 relative à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et à la contraception, laquelle revêt une importance majeure en terme d'éducation à la sexualité, la rendant obligatoire dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles [11]. La circulaire qui va suivre en 2003 va plus loin, en indiquant que l'éducation à la sexualité s'inscrit dans une politique de prévention et de réduction des risques, mais qu'elle entend également répondre à des problématiques concernant l'égalité, les violences sexuelles, la pornographie ou encore la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes [12].

Ces nouveaux objectifs éducationnels sont appuyés par la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 relative à la prostitution, qui souligne qu' « une information consacrée à l'égalité entre les hommes et les femmes, à la lutte contre les préjugés sexistes et à la lutte contre les violences faites aux femmes et les violences commises au sein du couple est dispensée à tous les stades de la scolarité » [13], mais surtout par la circulaire du 12 septembre 2018. Celle-ci remplace celle de 2003, et réaffirme les objectifs de promotion de l'égalité homme/femme et de lutte contre les discriminations, stigmatisation et violences. Enfin, elle fait entrer la notion de sensibilisations des jeunes « aux mésusages des outils numériques et des réseaux sociaux » [14].

Il est à noter qu'aujourd'hui encore, en France, la publication de telles circulaires est à l'origine de débats houleux au sein des différentes classes politiques et fait l'objet de nombreuses informations fallacieuses, notamment de la part des institutions religieuses.

#### **5. Réalité de mise en application**

La parution de la circulaire de 2018 fait suite à une étude menée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE). Publiée en 2016, et intitulée *Rapport relatif à l'éducation à la sexualité* [15], celle-ci fait état d'un constat unanime : « l'application effective des obligations légales en matière d'éducation à la sexualité en milieu scolaire demeure encore parcellaire, inégale selon les territoires car dépendante des bonnes volontés individuelles ».

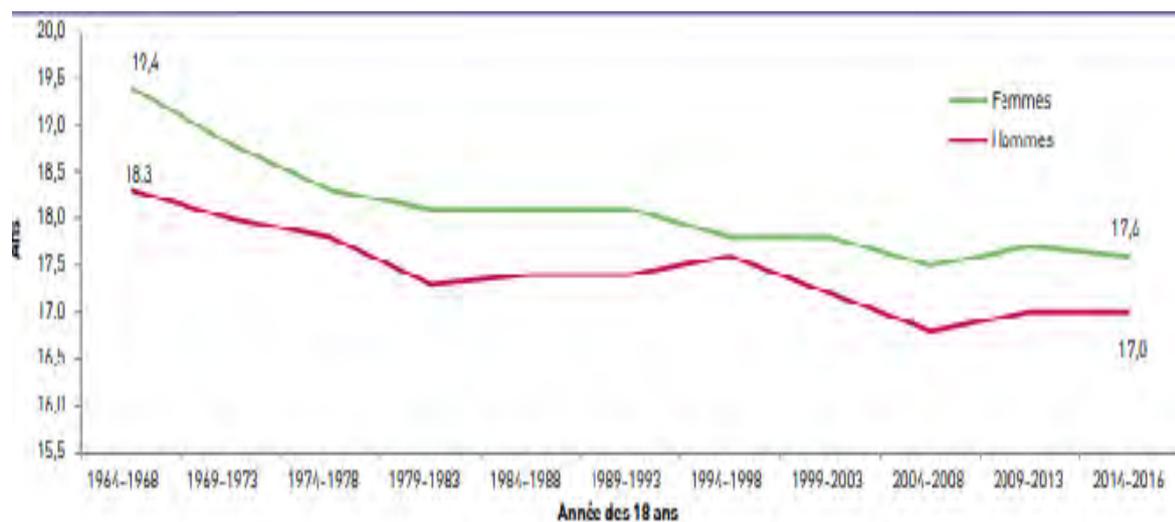
Cette étude, menée auprès d'un échantillon représentatif de 3000 établissements scolaires, montre ainsi que quinze ans après l'obligation légale d'assurer l'éducation à la sexualité auprès des jeunes, 25 % des écoles répondantes déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance. Le baromètre HCE met également en avant le fait que l'éducation à la sexualité est majoritairement intégrée à des enseignements disciplinaires, largement concentrées sur des sciences, et non abordée de manière transversale, intégrant les dimensions citoyennes et de l'égalité filles-garçons, comme préconisé. Enfin, cette étude souligne les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité : manque de formation des personnels de l'Education Nationale, de moyens financiers et de disponibilité.

## **B. Les adolescents et la sexualité**

L'adolescence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant la « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». Elle se caractérise par une maturation physique et sexuelle, qui s'accompagne d'une acquisition de l'indépendance, et du développement de l'identité. Ces âges sont également marqués par des comportements à risques, notamment en terme de sexualité, avec une exposition importante aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), et aux grossesses non désirées [16].

Il s'agit en effet souvent de la période des premiers rapports sexuels. Ainsi le Baromètre Santé 2016, mené par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), fait état d'un âge moyen au premier rapport de 17,0 ans chez les garçons, et de 17,6 ans chez les filles, chiffres globalement stables depuis les générations nées après 1965 [17].

**Figure 1 :** Graphique d'évolution de l'âge médian au premier rapport sexuel en France selon l'année des 18 ans depuis 1964. Source : Baromètre Santé 2016.



Le volet français de l'enquête HBSC [18], enquête de santé menée tous les 4 ans auprès des collégiens de plus de 40 pays, montre en 2014 que près d'un élève de 4<sup>e</sup> sur dix (9,2%) a déjà eu un rapport sexuel. Cette proportion double en 3<sup>e</sup>, avec 18,2% des élèves déclarant être sexuellement initiés. Dans les deux classes, les garçons sont plus nombreux que les filles (12,9% vs 5,2% en 4<sup>e</sup>, 23,0% vs 13,5% en 3<sup>e</sup>). Des rapports sexuels très précoces, définis comme des premiers rapports avant l'âge de 13 ans, ne sont rapportés que par 1,4% des collégiens de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> (2,4% chez les garçons, 0,5% chez les filles).

Cette étude évalue également les méthodes de contraception et de protection utilisées chez ces adolescents. Les résultats montrent que si l'on peut considérer la majorité d'entre eux comme protégés, avec 86,1% d'utilisation du préservatif et/ou de la pilule au dernier rapport, il convient de souligner que cette couverture reste insuffisante et qu'elle est en recul par rapport à 2010 [19]. Ainsi, l'utilisation du préservatif a chuté de 85,4% en 2010 à 78,5% en 2014, et l'utilisation de la pilule au dernier rapport est passée de 35,9% à 21,3%. Notons enfin que plus d'un garçon sur quatre (26,9%) ne sait pas si sa partenaire a ou non pris la pilule. La contraception d'urgence est alors un recours fréquent dans cette population, avec près d'une fille sur dix (9,6%) déclarant l'avoir utilisée au dernier rapport.

L'ensemble de ces données explique la particulière exposition des adolescents aux deux écueils de la sexualité : les IST, et les grossesses non désirées.

Ainsi, l'avis publié en 2017 par le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) fait état d'une augmentation récente et préoccupante du nombre d'IST chez les jeunes de 15 à 24 ans, lesquels rendent compte d'environ 40% des IST rapportées en 2013-2014. Notons notamment que les 15-19 ans représentent 21% des diagnostics de chlamydioses, et qu'en 2014 1432 découvertes de séropositivité VIH ont été faites chez des 15-29 ans, dont 11% de 15-19 ans, proportion en nette augmentation [20].

Concernant les grossesses non désirées, le taux d'IVG chez les 15-19 ans est de 3,7%, et dans cette même population, est déclarée au moins une grossesse non prévue au cours des cinq dernières années dans 7,7% des cas [21] [22].

## **C. Info-Ado**

Des interventions dans les collèges pour l'éducation à la sexualité, la prévention des IST et des grossesses non désirées ont débuté dans les années 1990 dans les Yvelines, à l'initiative du Pr Israël Nisand : c'est la naissance d'Info-Ado. Ce dispositif a ensuite été développé dans sa forme complète dès le début des années 2000 à Strasbourg par le Pr Israël Nisand et le Dr Karima Bettahar, gynécologue-obstétriciens. Il comporte trois volets :

- un site internet dédié aux jeunes, leur permettant de poser des questions de manière anonyme, et d'obtenir des réponses précises en matière de contraception et de sexualité de la part d'un professionnel de santé [23],
- des interventions en milieu scolaire, axées sur l'importance d'une sexualité responsable et consentie. Sont ainsi abordés des thèmes tels que la prévention des risques liés à la sexualité et aux messages véhiculés par les médias, mais également le respect de soi et de l'autre et les principes de tolérance.
- un accueil gratuit et anonyme dans les hôpitaux publics pour les jeunes qui souhaitent poser des questions ou qui désirent une contraception.

Depuis 2016, à l'image de ce dispositif, des interventions sont menées dans les collèges de la région Midi-Pyrénées par deux médecins gynécologues-obstétriciens du CHU de Toulouse: le Pr Christophe Vayssière et le Dr Christelle Plard, accompagnés d'internes en gynécologie ou

de sage femme volontaires pour participer à ces sessions d'éducation en vue de se former à ce type d'intervention.

Avec l'objectif de mieux cibler les attentes et besoins de ces adolescents, nous avons souhaité évaluer ces séances d'éducation à la sexualité, en analysant les connaissances des collégiens sur le contenu de nos interventions, ainsi que leur mémorisation à distance.

## II. Matériel et méthode

Nous avons effectué une étude descriptive prospective, de septembre 2017 à septembre 2018.

Au cours de l'année scolaire 2017-2018, des séances d'éducation à la sexualité ont été dispensées par les intervenants à des classes de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> dans dix collèges de la région Midi-Pyrénées. Le choix des collèges a été effectué par le service médical du Rectorat de l'académie de Toulouse, en fonction des demandes et besoins territoriaux.

Un questionnaire a été distribué aux élèves (*Annexe 1*) avant chaque intervention. Celui-ci comportait tout d'abord des données concernant l'élève : âge, sexe, nombre de séances auxquelles il avait assisté, importance de l'éducation à la sexualité, interlocuteurs en matière de sexualité, et thèmes qu'il estimait connaître suffisamment. La seconde partie concernait les connaissances de l'élève en matière de contraception, IVG, IST, et d'utilisation du préservatif. Ce questionnaire, d'une durée de 15 à 20 minutes, était rempli de manière anonyme, et récolté par les intervenants avant que ne débute la séance.

Trois mois après l'intervention, le même questionnaire de connaissances a été distribué par les infirmières scolaires ou les enseignants de SVT, et rempli anonymement en classe, puis renvoyé aux intervenants (*Annexe 2*). Ont été ajoutées des questions sur le fond et la forme de l'intervention, dans le but d'améliorer celles-ci, notamment sur les thèmes que l'élève aurait souhaité aborder davantage et les outils pédagogiques attendus.

Préalablement à notre enquête, nous avons fait parvenir une note d'information à la rectrice de l'académie de Toulouse (*Annexe 3*), et un formulaire de consentement passif destiné aux parents a été envoyé par les infirmières scolaires (*Annexe 4*). Il n'y a eu aucun refus parental.

Les données des questionnaires ont été recueillies sur un fichier Excel. Les questionnaires présentant des données manquantes en termes de caractéristiques de l'élève (âge et/ou sexe) ont été exclus, de même que ceux volontairement dégradés, ou présentant des pages manquantes.

Nous avons ensuite effectué une analyse descriptive des variables d'intérêt, présentées sous la forme de moyennes et de leur écart-type pour les variables quantitatives et de pourcentages pour les variables qualitatives.

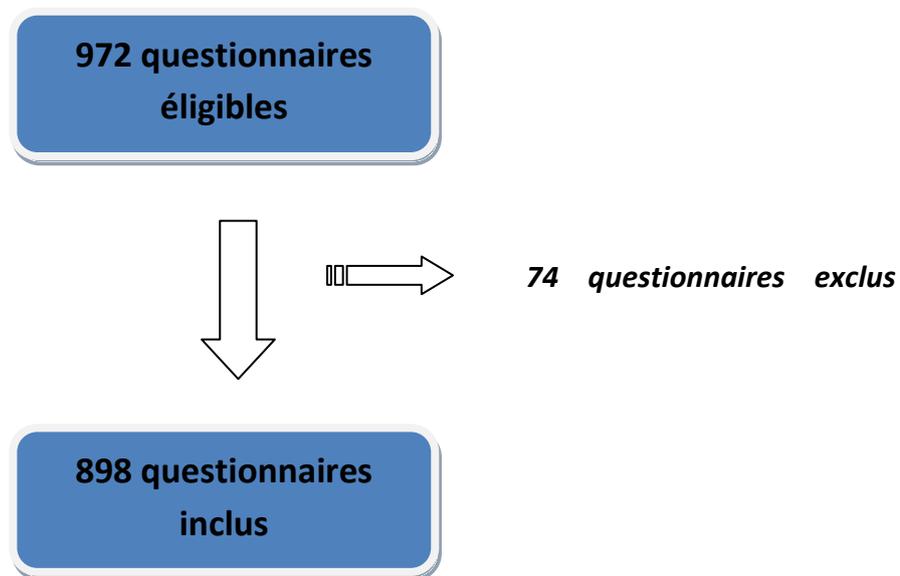
L'analyse statistique comparative, réalisée au moyen d'un test de Chi 2, n'a porté que sur les collègues pour lesquels nous disposions des données avant et après intervention, certains n'ayant pas renvoyé le questionnaire à trois mois. Un  $p < 0,05$  a été jugé significatif. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata Version 12.

### III. Résultats

Au cours de l'année scolaire 2017-2018, des séances d'éducation à la sexualité ont été dispensées par deux intervenants, les Drs Christelle Plard et Christophe Vayssière, dans dix collèges à 47 classes de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> de la région Midi-Pyrénées.

972 questionnaires « avant intervention » ont été récoltés. 74 d'entre eux ont été exclus car dégradés ou présentant des pages manquantes. Nous avons donc inclus 898 questionnaires.

*Figure 2 : Diagramme de flux des questionnaires « Avant intervention »*

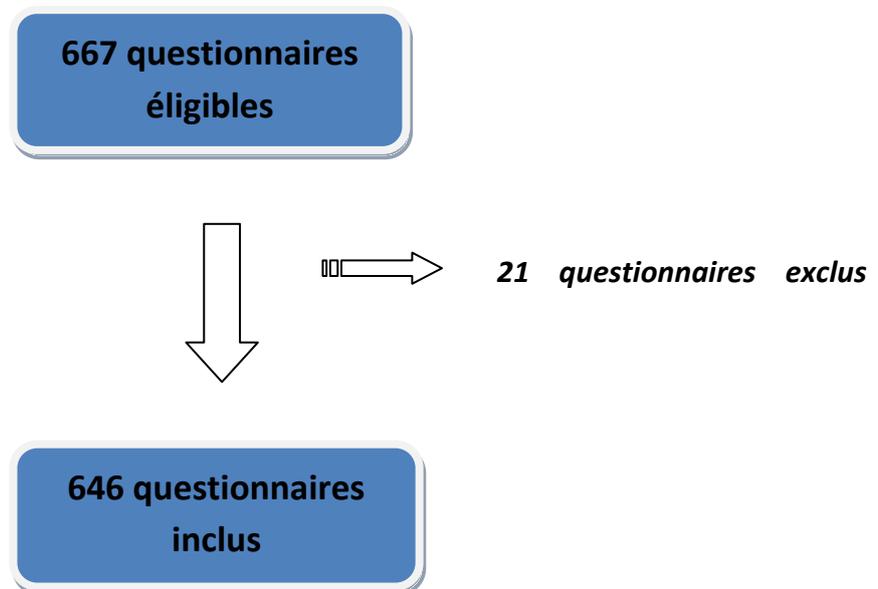


Parmi les collèges dans lesquels nous avons distribué les questionnaires avant les séances, trois ne nous ont pas renvoyé les questionnaires post-interventions. Ceux-ci ont donc été exclus des analyses statistiques. Ainsi, si l'analyse des variables descriptives a bien porté sur 898 questionnaires, seuls 704 ont été pris en compte pour les analyses statistiques dans un souci de comparabilité.

« Après intervention », sept collèges nous ont donc renvoyé 667 questionnaires. 21 d'entre eux ont été exclus. Un seul en raison de dégradations, la totalité des questions ayant été raturées, 20 car il nous a été signalé par l'infirmière scolaire que le professeur chargé de

surveiller la rédaction des réponses au questionnaire avait donné de nombreuses réponses aux élèves.

**Figure 3** : Diagramme de flux des questionnaires « Après intervention »



## **A. Caractéristiques de la population**

### **1. Caractéristiques sociodémographiques**

Les interventions ont eu lieu dans dix collèges de cinq des huit départements de la région Midi-Pyrénées (Ariège, Haute-Garonne, Gers, Lot, Tarn-et-Garonne), permettant une représentation urbaine, semi-rurale et rurale. L'ensemble de ces collèges étaient des établissements publics.

Les taux de réponses ont respectivement été de 100% avant intervention, contre 78,4% après.

Notre population était composée de 467 filles (soit 52%) et 431 garçons (soit 48%) avant intervention contre respectivement 51,7% et 48,3% après intervention.

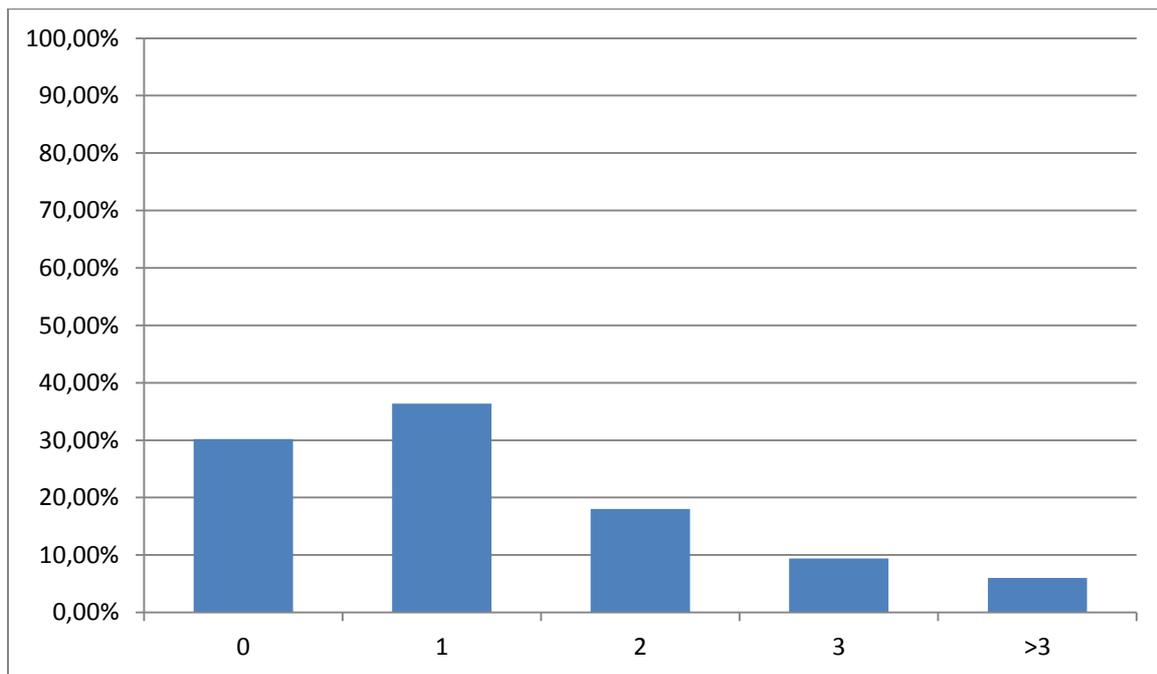
L'âge moyen avant intervention était de 14,0 +/- 0,6 ans. En post-intervention, celui-ci était de 14,3 +/- 0,6 ans.

## 2. Séances d'éducation à la sexualité

70,1% des collégiens interrogés avaient déjà bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité. Pour près d'un tiers d'entre eux (29,9%), il s'agissait donc de la première intervention.

En moyenne, les élèves à qui avaient déjà été dispensées des séances avaient assisté à 1,1 +/- 0.9 séances.

*Figure 4 : Histogramme du nombre de séances antérieures*



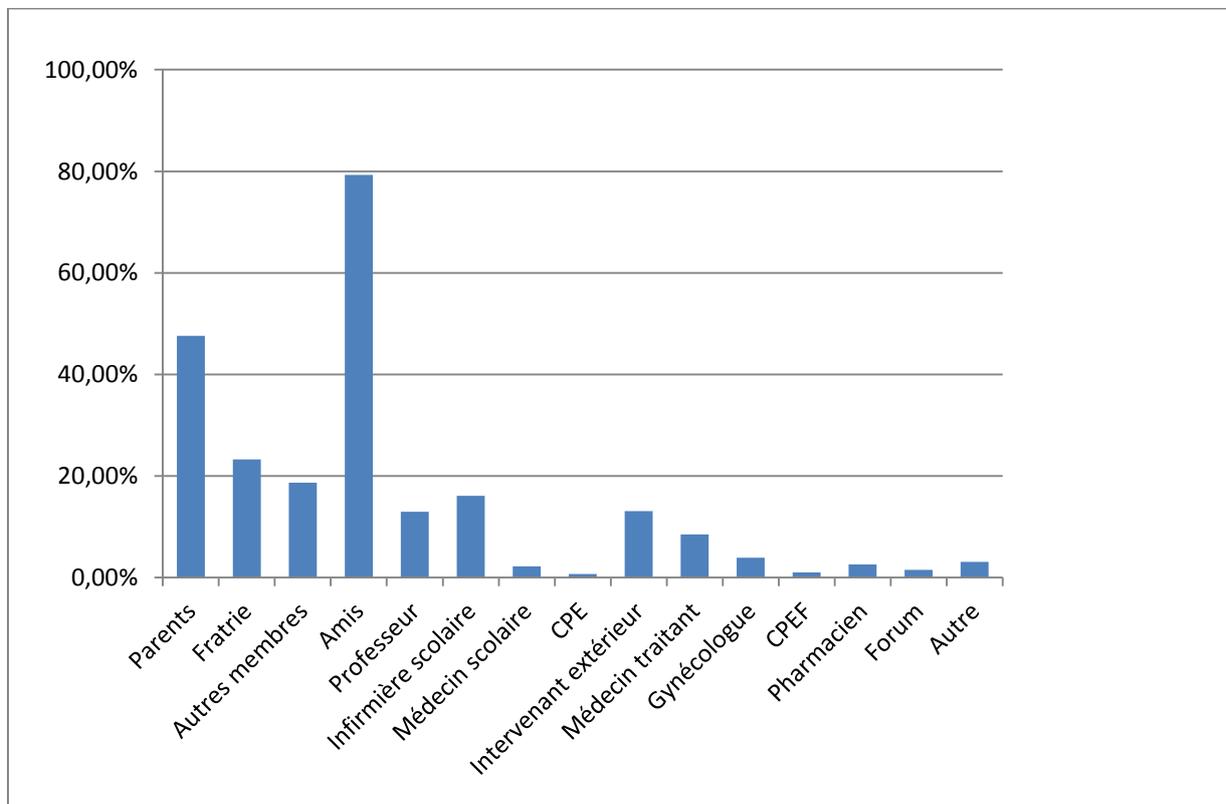
Les trois quarts des élèves (75,1%) estimaient que les séances d'éducation à la sexualité étaient importantes. 17,8% jugeaient que ces interventions ne l'étaient pas, et 7,1% d'entre eux ne se sont pas prononcés sur la question.

### 3. Dialogue sur la sexualité

La majorité des collégiens (79,7%) avaient déjà abordé la sexualité avec au moins une personne de leur entourage.

Les interlocuteurs privilégiés étaient les amis, dans 79,3% des cas, et les parents (47,6%). Le gynécologue et le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) n'étaient respectivement cités que dans 3,9% et 1% des cas.

*Figure 5 : Histogramme des interlocuteurs en éducation à la sexualité cités*



*CPE = Conseiller Principal d'Education ; CPEF = Centre de Planification et d'Education Familiale*

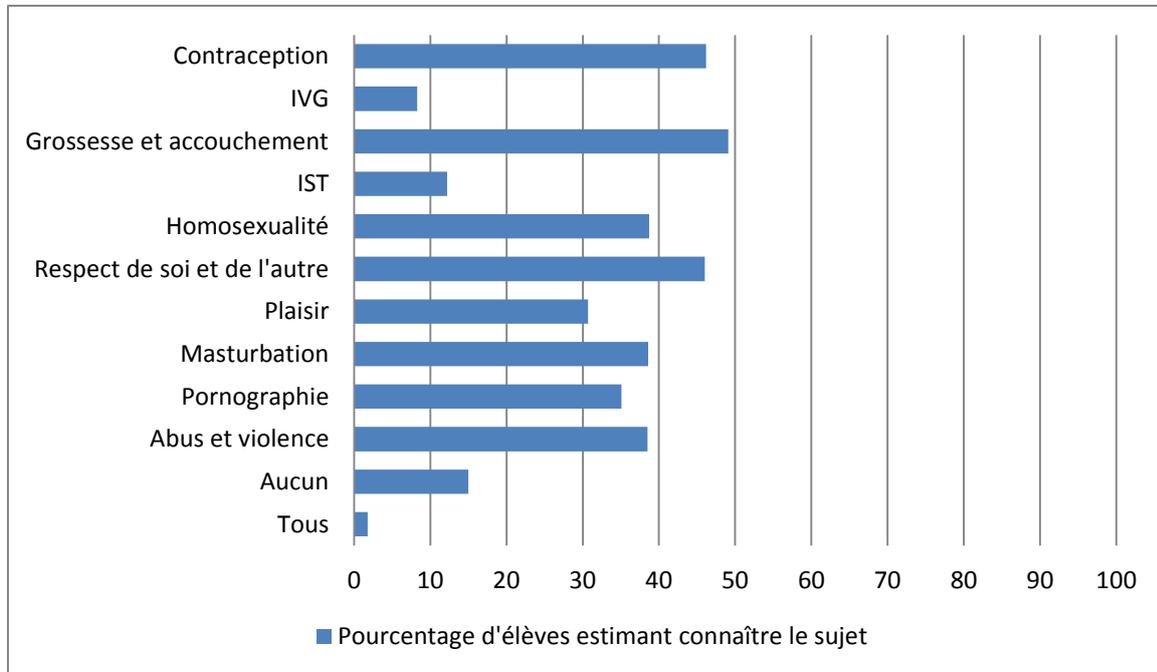
### 4. Thèmes déjà maîtrisés

Les thèmes les mieux maîtrisés par les collégiens semblaient être la grossesse et l'accouchement, la contraception, et le respect de soi et de l'autre, avec respectivement 49,1%, 46,2% et 46% des élèves qui déclaraient connaître suffisamment ces sujets.

A l'inverse, les IST et l'IVG apparaissaient comme étant les sujets les moins bien connus, seuls 12,2% et 8,3% des élèves estimant avoir une connaissance suffisante de ces thèmes.

A noter que 15% des élèves déclaraient ne maîtriser aucun des thèmes proposés.

**Figure 6 : Histogramme des thèmes jugés maîtrisés par les élèves**



*IVG = Interruption Volontaire de Grossesse ; IST = Infection Sexuellement Transmissible*

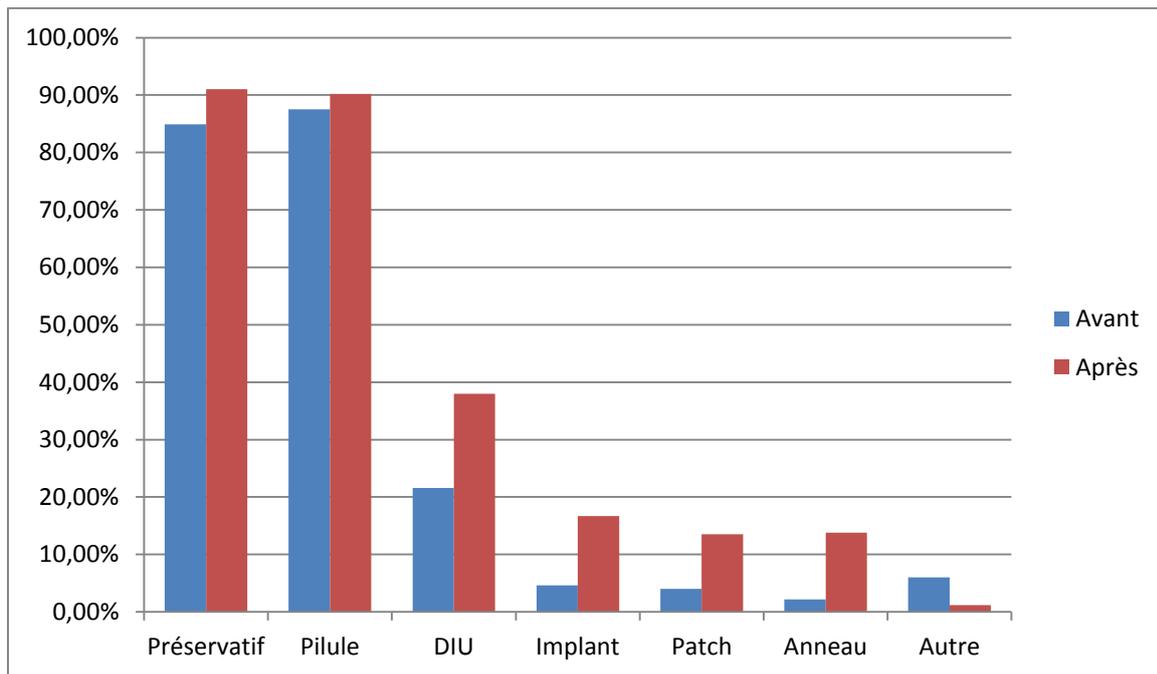
## **B. Connaissances des collégiens « avant » et « après » intervention**

### **1. La contraception**

La majorité des élèves était capable de citer au moins un moyen de contraception : 74,3% avant la séance, contre 87,8% trois mois après ( $p < 0,001$ ).

Les moyens de contraception les plus fréquemment cités étaient le préservatif et la pilule.

**Figure 7 : Histogramme des moyens de contraception cités**



*DIU= Dispositif Intra-Utérin*

L'existence d'un risque de grossesse après un seul oubli de pilule était acquit pour la majorité des élèves : 71,1% avant intervention contre 78,7% après ( $p<0,001$ ). Néanmoins, près d'un quart des élèves ne savait pas répondre à cette question avant la séance (24,7%), contre seulement 10,3% d'entre eux trois mois après ( $p<0,001$ ).

Enfin, avant intervention, seuls 19,1% des collégiens savaient que le retrait n'était pas une méthode contraceptive efficace, une majorité d'élèves ne sachant pas répondre à la question (73,6%). Après intervention, le taux de bons répondants doublait, passant à 36,8% ( $p<0,001$ ) et ils étaient alors moins de la moitié (48,3%) à ne pas savoir répondre à la question ( $p<0,001$ ).

**Tableau 1 : Connaissances globales sur la contraception**

	« Avant » total % (n)	« Avant » % (n)	« Après » % (n)	<i>p</i>
<b>Citer un moyen de contraception</b>				
	N = 898	N = 704	N = 646	
Au moins un	72,3 (649)	<b>74,3 (523)</b>	<b>87,3 (564)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Aucun	27,7 (249)	<b>25,7 (181)</b>	<b>12,7 (82)</b>	
<b>Risque de grossesse après un oubli</b>				
	N = 869	N = 681	N = 643	
Oui	68,2 (596)	<b>71,1 (484)</b>	<b>78,7 (506)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	5,1 (44)	<b>4,6 (29)</b>	<b>11 (71)</b>	
NSP	26,7 (232)	<b>24,7 (168)</b>	<b>10,3 (66)</b>	
<b>Efficacité du retrait</b>				
	N = 864	N = 675	N = 642	
Oui	6,9 (60)	<b>7,3 (49)</b>	<b>14,9 (96)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	18,2 (157)	<b>19,1 (129)</b>	<b>36,8 (236)</b>	
NSP	74,9 (647)	<b>73,6 (497)</b>	<b>48,3 (310)</b>	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas*

Concernant la prescription d'un moyen de contraception, moins de la moitié (48,9%) des collégiens savaient avant la séance qu'ils n'avaient pas besoin de l'autorisation de leurs parents, contre 82,1% d'entre eux trois mois après ( $p < 0,001$ ).

42% des élèves interrogés savaient que cette prescription n'était pas uniquement faite par un médecin, contre 67,9% après l'intervention ( $p < 0,001$ ).

Enfin, la prescription anonyme et gratuite au Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), et le renouvellement possible par une infirmière, n'étaient respectivement connus que de 37,8% et 23,7% des collégiens avant intervention, taux ayant plus que doublé en post-intervention (81,5% et 53,4%,  $p < 0,001$ ).

**Tableau 2 : Connaissances sur la prescription de la contraception**

	« Avant » total	« Avant »	« Après »	<i>p</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	N = 863	N = 679	N = 642	
<b>Autorisation parentale obligatoire</b>				
Oui	11,5 (99)	<b>12,2 (83)</b>	<b>6,7 (43)</b>	
Non	49,8 (430)	<b>48,9 (332)</b>	<b>82,1 (527)</b>	<b>&lt;0,001</b>
NSP	38,7 (334)	<b>38,9 (264)</b>	<b>11,2 (72)</b>	
<b>Prescription uniquement par un médecin</b>				
Oui	21,2 (183)	<b>21,1 (143)</b>	<b>19,9 (128)</b>	
Non	41,3 (356)	<b>42 (285)</b>	<b>67,9 (436)</b>	<b>&lt;0,001</b>
NSP	37,5 (324)	<b>36,9 (251)</b>	<b>12,1 (78)</b>	
<b>Prescription anonyme et gratuite au CPEF</b>				
Oui	40,2 (347)	<b>37,8 (257)</b>	<b>81,5 (523)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	4,6 (39)	<b>4,6 (31)</b>	<b>2,3 (15)</b>	
NSP	55,2 (477)	<b>57,6 (291)</b>	<b>16,2 (104)</b>	
<b>Renouvellement possible par un infirmier</b>				
Oui	23,6 (204)	<b>23,7 (161)</b>	<b>53,4 (343)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	4,6 (39)	<b>4,4 (30)</b>	<b>7 (45)</b>	
NSP	71,8 (620)	<b>71,9 (488)</b>	<b>39,6 (254)</b>	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; CPEF = Centre de Planification et d'Education Familiale*

## 2. La contraception d'urgence

L'efficacité partielle de la contraception d'urgence était connue de 48,3% des élèves avant intervention, contre 66,4% après ( $p<0,001$ ).

Ils n'étaient quasiment qu'un élève sur vingt (5,5%) avant la séance à connaître son délai de prise, contre plus d'un sur cinq (20,3%) après ( $p<0,001$ ). Il est à noter qu'aussi bien avant qu'après, les réponses fausses étaient pour la plupart dues à une réponse type « le lendemain » (respectivement 40% et 41,9% des mauvaises réponses).

Avant la séance, les notions de délivrance sans ordonnance aux mineurs, et de délivrance possible par l'infirmière scolaire étaient acquises seulement dans respectivement 32,3% et 25,4% des cas. En post-intervention, elle était intégrée pour respectivement 64,9% et 66,8% des élèves ( $p<0,001$ ).

**Tableau 2 : Connaissances sur la contraception d'urgence**

	« Avant » total % (n)	« Avant » % (n)	« Après » % (n)	<i>p</i>
<b>Efficacité de</b>				
<b>100%</b>	N = 864	N = 677	N = 640	
Oui	14 (121)	<b>14,8</b> (100)	<b>20</b> (128)	
Non	49 (423)	<b>48,3</b> (327)	<b>66,4</b> (425)	<b>&lt;0,001</b>
NSP	37 (320)	<b>36,9</b> (250)	<b>13,6</b> (87)	
<b>Délai de prise</b>				
	N = 825	N = 638	N = 640	
Vrai	5,3 (44)	<b>5,5</b> (35)	<b>20,3</b> (130)	<b>&lt;0,001</b>
Faux	33,4 (275)	<b>33,7</b> (215)	<b>55,2</b> (353)	
NSP	61,3 (353)	<b>60,8</b> (388)	<b>24,5</b> (157)	
<b>Délivrance sans ordonnance aux mineurs</b>				
	N = 849	N = 662	N = 640	
Oui	31,9 (271)	<b>32,3</b> (214)	<b>64,9</b> (415)	<b>&lt;0,001</b>
Non	26,3 (223)	<b>24,5</b> (162)	<b>17</b> (109)	
NSP	41,8 (355)	<b>43,2</b> (286)	<b>18,1</b> (116)	
<b>Délivrance par IDE scolaire</b>				
	N = 847	N = 661	N = 639	
Oui	24,9 (211)	<b>25,4</b> (168)	<b>66,8</b> (427)	<b>&lt;0,001</b>
Non	21,7 (184)	<b>21,2</b> (140)	<b>12,4</b> (79)	
NSP	53,4 (452)	<b>53,4</b> (353)	<b>20,8</b> (133)	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; IDE = Infirmière Diplômée d'Etat*

### 3. Interruption Volontaire de Grossesse

La définition du sigle IVG était connue d'environ un élève sur cinq (21%) avant intervention, contre près de la moitié d'entre eux (46,5%) après ( $p<0,001$ ). Aussi bien avant qu'après, environ un élève sur dix (respectivement 9,3% et 7,8%) avait, à défaut de la définition, la notion qu'il s'agissait des sigles désignant l'avortement.

La majorité des élèves ne connaissait pas le délai légal de l'IVG en France (81,1% avant vs 60,1% après ( $p<0,001$ )). Seuls 9,3% des élèves connaissaient initialement ce délai, contre 19,7% en post-intervention ( $p<0,001$ ). Il faut souligner que le taux de mauvaises réponses a lui aussi augmenté trois mois après la séance, passant de 9,6% à 20,2% ( $p<0,001$ ).

L'absence de nécessité d'autorisation parentale pour les mineurs dans le cadre d'un recours à l'IVG n'était connu avant la séance que de 10,7% des élèves, contre 34,9% après ( $p<0,001$ ).

Enfin, l'obligation légale pour une mineure d'être accompagnée par une personne majeure de son choix n'était acquise que pour environ un quart des collégiens. En post-intervention, ce taux atteignait 54,5% ( $p<0,001$ ).

**Tableau 3 : Connaissances sur l'IVG**

	« Avant » total	« Avant »	« Après »	<i>p</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	N = 742	N = 582	N = 593	
<b>Définition IVG</b>				
Vrai	17,5 (130)	<b>21</b> (122)	<b>46,5</b> (276)	<b>&lt;0,001</b>
« Avortement »	10,1 (75)	<b>9,3</b> (54)	<b>7,8</b> (46)	
Faux	3,1 (23)	<b>2,4</b> (14)	<b>2,7</b> (16)	
NSP	69,3 (514)	<b>67,3</b> (392)	<b>43</b> (255)	
<b>Délai légal</b>				
Vrai	8,2 (61)	<b>9,3</b> (54)	<b>19,7</b> (117)	<b>&lt;0,001</b>
Faux	9,4 (70)	<b>9,6</b> (56)	<b>20,2</b> (120)	
NSP	82,4 (611)	<b>81,1</b> (472)	<b>60,1</b> (356)	
<b>Autorisation parentale obligatoire</b>				
Oui	23,4 (174)	<b>23,7</b> (138)	<b>28,3</b> (168)	
Non	9,3 (69)	<b>10,7</b> (62)	<b>34,9</b> (207)	<b>&lt;0,001</b>
NSP	67,3 (499)	<b>65,6</b> (382)	<b>36,8</b> (218)	
<b>Accompagnant majeur obligatoire si mineure</b>				
Oui	25,2 (187)	<b>26</b> (151)	<b>54,5</b> (323)	<b>&lt;0,001</b>
Non	8,8 (65)	<b>8,9</b> (52)	<b>15</b> (89)	
NSP	65,9 (489)	<b>65,1</b> (379)	<b>30,5</b> (181)	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; IVG = Interruption Volontaire de Grossesse*

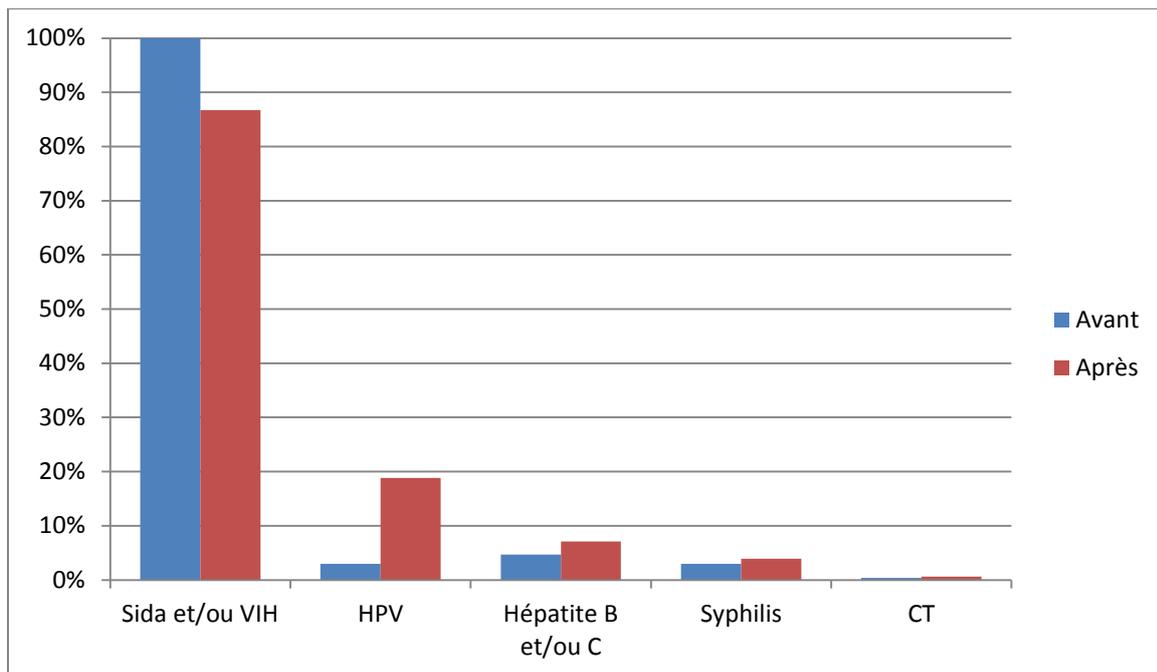
## 4. Les Infections Sexuellement Transmissibles

La définition du sigle IST était initialement connue de 36,4% des élèves, chiffre passant à 60,1% à trois mois de la séance ( $p < 0,001$ ).

Aussi bien avant qu'après, moins de la moitié des élèves étaient capables d'en citer une, même si ce taux avait augmenté de 26,3% à 47,7% ( $p < 0,001$ ).

Dans la majorité des cas, c'est le Sida et/ou le VIH qui étaient nommés. Il est intéressant de noter la progression de la connaissance du papillomavirus, seulement cité dans 3% des cas avant intervention, contre 18,8% après, alors que la connaissance des autres IST est restée globalement stable.

**Figure 8 : Histogramme des IST citées**



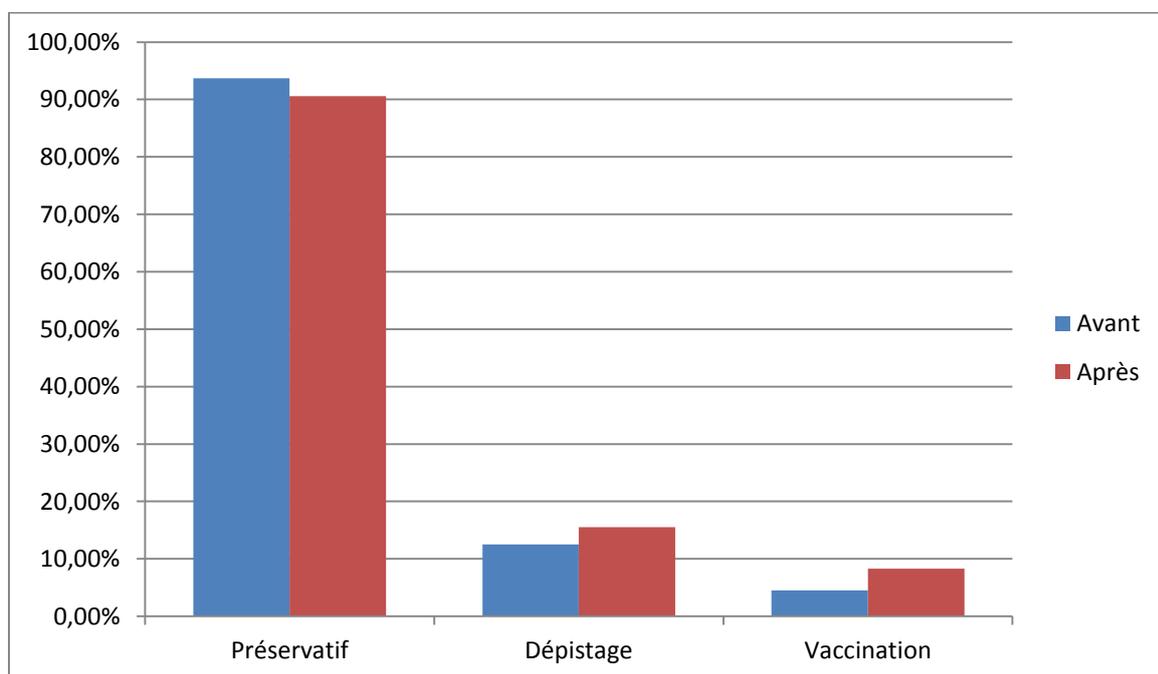
*VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine ; HPV = Papillomavirus ; CT = Chlamydia Trachomatis*

Avant intervention la moitié des élèves (50,7%) connaissaient le risque de contracter une IST dès le premier rapport sexuel. Ils étaient 74,4% à le savoir trois mois après ( $p < 0,001$ ).

Seuls 39,1% d'entre eux savaient initialement que l'on pouvait être porteur d'une IST sans avoir de symptômes, contre près de deux tiers des collégiens (64,7%) après la séance ( $p < 0,001$ ).

Enfin, une minorité d'élèves étaient capable de citer un moyen de prévention des IST, bien que ce taux ait doublé à trois mois de l'intervention, passant de seulement 18,75% à 41% ( $p < 0,001$ ). Dans la quasi-totalité des cas, c'est le préservatif qui était cité.

**Figure 9 :** Graphique des moyens de prévention des IST cités



**Tableau 4 : Connaissances sur les IST**

	« Avant » total % (n)	« Avant » % (n)	« Après » % (n)	<i>p</i>
<b>Définition IST</b>	N = 656	N = 519	N = 572	
Vrai	37,5 (246)	<b>36,4</b> (189)	<b>60,1</b> (344)	<b>&lt;0,001</b>
Faux	2,3 (15)	<b>1,9</b> (10)	<b>0,4</b> (2)	
NSP	60,2 (395)	<b>61,7</b> (320)	<b>39,5</b> (226)	
<b>Citer une IST</b>	N = 898	N = 704	N = 646	
Au moins une	26,3 (236)	<b>26,3</b> (185)	<b>47,7</b> (308)	<b>&lt;0,001</b>
Aucun	73,7 (662)	<b>73,7</b> (519)	<b>52,3</b> (338)	
<b>Risque d'IST au 1<sup>e</sup> RS</b>	N = 653	N = 517	N = 570	
Oui	51,8 (338)	<b>50,7</b> (262)	<b>74,4</b> (424)	<b>&lt;0,001</b>
Non	10,3 (67)	<b>10,8</b> (56)	<b>9,8</b> (56)	
NSP	37,9 (248)	<b>38,5</b> (199)	<b>15,8</b> (90)	
<b>IST possible sans symptôme</b>	N = 653	N = 517	N = 570	
Oui	39,2 (256)	<b>39,1</b> (202)	<b>64,7</b> (369)	<b>&lt;0,001</b>
Non	16,1 (105)	<b>16</b> (83)	<b>16,5</b> (94)	
NSP	44,7 (292)	<b>44,9</b> (232)	<b>18,8</b> (107)	
<b>Citer moyen de prévention</b>	N = 898	N = 704	N = 646	
Au moins un	19,6 (176)	<b>18,75</b> (132)	<b>41</b> (265)	<b>&lt;0,001</b>
Aucun	80,4 (722)	<b>81,25</b> (572)	<b>59</b> (381)	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; IST = Infection Sexuellement Transmissible ; RS = Rapport Sexuel*

## 5. Le dépistage

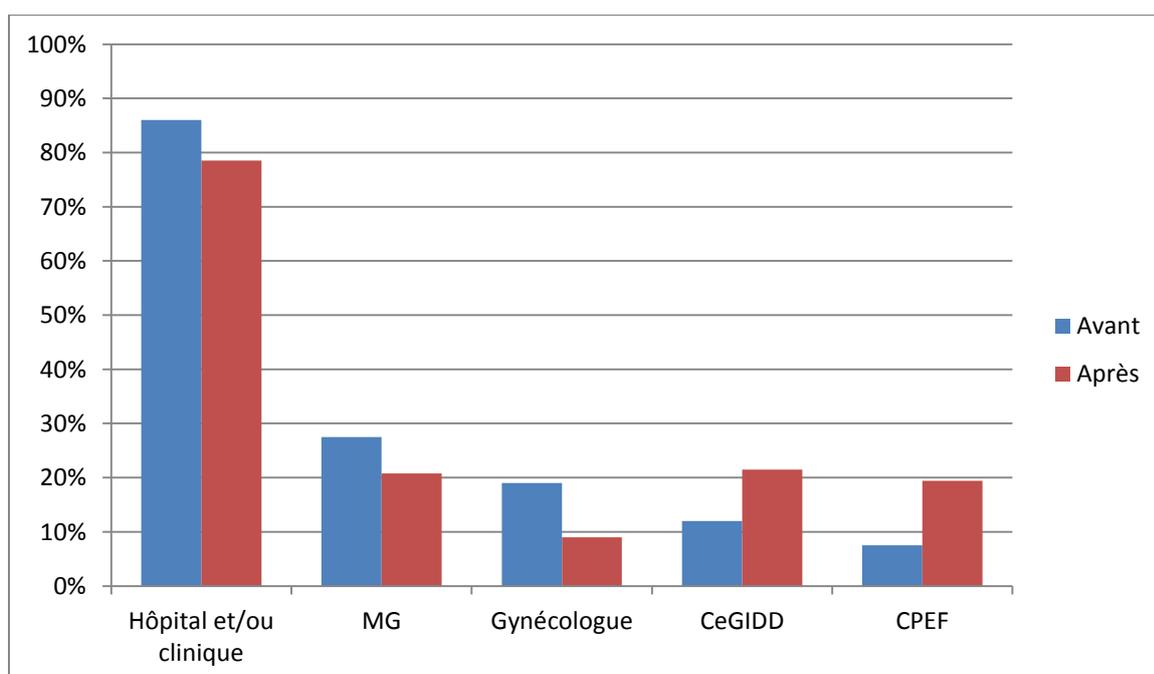
Concernant le dépistage des IST, une majorité d'élèves (67,9%) ignorait initialement si une autorisation parentale était obligatoire pour y avoir recours. Seuls 14,6% d'entre eux savait que celle-ci n'était pas nécessaire, contre 41,1% trois mois après la séance ( $p < 0,001$ ).

La possibilité d'un dépistage anonyme et gratuit était connue de plus de la moitié des collégiens : 53,3% avant intervention, contre 80,8% après ( $p < 0,001$ ).

En revanche, une minorité d'entre eux était capable de citer au moins un lieu de dépistage : environ un élève sur cinq (21,6%) avant intervention, chiffre ayant néanmoins doublé après (44,6%) ( $p < 0,001$ ).

Quand un lieu était cité, il s'agissait dans la plupart des cas de l'hôpital et du cabinet de médecin généraliste. Il faut souligner la meilleure connaissance du Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) et du CPEF en post-intervention, respectivement cités dans 21,5% et 19,4% des cas, contre seulement 12% et 7,5% avant. Il faut enfin noter que le gynécologue est très minoritairement cité, notamment en post-intervention, où seulement 9% (n=26) des élèves y pensent.

**Figure 10 :** Diagramme des lieux de dépistage cités



MG= Médecin Généraliste; CEGIDD = Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic; CPEF = Centre de Planification et d'Education Familiale

**Tableau 5 : Connaissances sur le dépistage**

	« Avant » total % (n)	« Avant » % (n)	« Après » % (n)	<i>p</i>
<b>Autorisation parentale obligatoire</b>				
	N = 666	N = 527	N = 573	
Oui	18,8 (125)	<b>17,5 (92)</b>	<b>18,8 (108)</b>	
Non	15 (100)	<b>14,6 (77)</b>	<b>41,4 (15)</b>	<b>&lt;0,001</b>
NSP	66,2 (441)	<b>67,9 (358)</b>	<b>39,8 (228)</b>	
<b>Possibilité anonymat et gratuité</b>				
	N = 666	N = 527	N = 573	
Oui	55,4 (369)	<b>53,3 (281)</b>	<b>80,8 (463)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	10,4 (69)	<b>11,2 (59)</b>	<b>6,3 (36)</b>	
NSP	34,2 (228)	<b>35,5 (187)</b>	<b>12,9 (74)</b>	
<b>Citer lieu de dépistage</b>				
	N = 898	N = 704	N = 646	
Au moins un	22,3 (200)	<b>21,6 (152)</b>	<b>44,6 (288)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Aucun	77,7 (698)	<b>78,4 (552)</b>	<b>55,4 (358)</b>	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas*

## 6. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine

La définition du sigle VIH est méconnue des élèves dans la majorité des cas : 69,8% avant intervention, 55,6% après. Néanmoins, même s'ils ne sont qu'un sur cinq (20,2%) à la connaître trois mois après la séance, ce taux à quasiment triplé par rapport à avant (7,1%) ( $p < 0,001$ ). Ils sont par ailleurs deux fois plus nombreux à savoir qu'il s'agit du virus du Sida (3,6% vs 7,3% ( $p < 0,001$ )). Enfin, un taux globalement stable d'entre eux l'assimile au Sida (17,4% vs 16,6%).

Près de la moitié des collégiens (45%) savaient initialement que le portage du VIH n'est pas visible, chiffre porté à 71,5% trois mois après la séance ( $p < 0,001$ ).

Aux questions concernant l'existence d'un vaccin et d'un traitement contre le VIH plus de la moitié des élèves ne savaient pas répondre avant intervention (respectivement 54,6% et 53,6%) contre environ un quart d'entre eux après (24,6% et 26,2% ( $p < 0,001$ )).

**Tableau 6 : Connaissances sur le VIH**

	« Avant » total	« Avant »	« Après »	<i>p</i>
	% (n)	% (n)	% (n)	
	N = 669	N = 533	N = 565	
<b>Définition VIH</b>				
Vrai	5,7 (38)	7,1 (38)	20,2 (114)	<0,001
Virus du Sida	2,8 (19)	3,6 (19)	7,3 (41)	
Sida	17,8 (119)	17,4 (93)	16,6 (94)	
Faux	1,9 (13)	2,1 (11)	0,4 (2)	
NSP	71,7 (480)	69,8 (372)	55,6 (314)	
<b>Visibilité du VIH</b>				
Oui	4,3 (29)	4,1 (22)	4,2 (24)	
Non	42,6 (285)	45 (240)	71,5 (404)	<0,001
NSP	53,1 (355)	50,9 (271)	24,3 (137)	
<b>Vaccin anti-VIH</b>				
Oui	10,2 (68)	9,4 (50)	17,9 (101)	
Non	34,5 (231)	36 (192)	57,5 (325)	<0,001
NSP	55,3 (370)	54,6 (291)	24,6 (139)	
<b>Traitement contre VIH</b>				
Oui	36,8 (246)	36,8 (196)	57,2 (323)	<0,001
Non	9,1 (61)	9,6 (51)	16,6 (94)	
NSP	54,1 (362)	53,6 (286)	26,2 (148)	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine*

## 7. Le préservatif

Les connaissances en termes d'utilisation du préservatif étaient globalement très bonnes, aussi bien avant qu'après intervention. En effet la grande majorité d'entre eux savaient qu'il devait être mis avant le rapport sexuel (82,9% vs 78,4%), retiré après (98,1% vs 95,2%), et qu'il ne devait pas être réutilisé (88,2% vs 91%). La nécessité de son utilisation à chaque rapport était connue de 65% des élèves avant et 68,6% après.

Les notions de normes de qualité des préservatifs et de leur date de péremption étaient en revanche moins bien maîtrisées avant la séance. En effet seuls respectivement 21,4% et 58,7% des élèves connaissaient leur existence. Une augmentation à 59,1% et 82,9% était observée trois mois après ( $p < 0,001$ ).

	<b>« Avant » total</b>	<b>« Avant »</b>	<b>« Après »</b>	<b>p</b>
	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	<b>% (n)</b>	
<b>Moment de la mise</b>				
	N = 788	N = 627	N = 635	
Avant le RS	83,6 (659)	<b>82,9 (520)</b>	<b>78,4 (498)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Pendant le RS	15 (118)	<b>16 (100)</b>	<b>18,4 (117)</b>	
Après le RS	0,8 (6)	<b>0,6 (4)</b>	<b>1,4 (9)</b>	
NSP	0,6 (5)	<b>0,5 (3)</b>	<b>1,7 (11)</b>	
<b>Moment du retrait</b>				
	N = 786	N = 625	N = 635	
Avant le RS	0,5 (4)	<b>0,6 (4)</b>	<b>1,6 (10)</b>	
Pendant le RS	0,6 (5)	<b>0,8 (5)</b>	<b>1,6 (10)</b>	
Après le RS	98,4 (773)	<b>98,1 (613)</b>	<b>95,2 (605)</b>	<b>&lt;0,001</b>
NSP	0,5 (4)	<b>0,5 (3)</b>	<b>1,6 (10)</b>	
<b>Utilisation à chaque RS</b>				
	N = 789	N = 628	N = 633	
Oui	64 (505)	<b>65 (408)</b>	<b>68,6 (433)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	21,9 (173)	<b>20,9 (131)</b>	<b>25,4 (161)</b>	
NSP	14,1 (111)	<b>14,1 (89)</b>	<b>6 (38)</b>	
<b>Réutilisation possible</b>				
	N = 789	N = 628	N = 633	
Oui	2 (16)	<b>1,6 (10)</b>	<b>3,6 (23)</b>	
Non	87,8 (693)	<b>88,2 (554)</b>	<b>91 (576)</b>	<b>&lt;0,001</b>
NSP	10,2 (80)	<b>10,2 (64)</b>	<b>5,4 (34)</b>	
<b>Norme</b>				
	N = 777	N = 616	N = 633	
Oui	22,1 (172)	<b>21,4 (132)</b>	<b>59,1 (374)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	1,8 (14)	<b>2 (12)</b>	<b>2,7 (17)</b>	
NSP	76,1 (591)	<b>76,6 (472)</b>	<b>38,2 (242)</b>	
<b>Date de péremption</b>				
	N = 780	N = 620	N = 633	
Oui	57,9 (452)	<b>58,7 (364)</b>	<b>82,9 (525)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Non	4,5 (35)	<b>4,4 (27)</b>	<b>4,6 (29)</b>	
NSP	37,6 (293)	<b>36,9 (229)</b>	<b>12,5 (79)</b>	

*N = nombre de répondants ; n = nombre ; NSP = ne sait pas ; RS = Rapport Sexuel*

## IV. Discussion

Notre étude est une étude originale, puisqu'à notre connaissance, aucune autre étude n'a évalué l'impact de séances d'éducation à la sexualité sur les connaissances de collégiens. Une étude suédoise [24], a été réalisée sur le même modèle que le nôtre, mais concernait des lycéens. Ces élèves étaient donc plus âgés, et déjà sexuellement actif pour la majeure partie d'entre eux (77%). Par ailleurs, cette étude portait sur un plus petit effectif, et s'intéressait uniquement à l'impact de l'intervention sur les connaissances de l'utilisation du préservatif et de la contraception d'urgence.

Plusieurs méta-analyses américaines [25] [26] ont évalué l'impact de l'éducation à la sexualité sur les comportements sexuels et les prises de risques. Ce critère de jugement semble en effet plus puissant que le nôtre, bien que comportant un important biais déclaratif. Cependant ces travaux se basent sur des études datant des années 80 et 90, époque où, aux Etats-Unis, de nombreux programmes étaient encore basés sur l'incitation à l'abstinence, et où les connaissances des adolescents n'étaient pas, ou peu, influencées par les médias et les réseaux sociaux. Néanmoins, l'ensemble des études montrent un impact positif de l'éducation à la sexualité, aussi bien sur les comportements que sur les connaissances [25]–[28].

En accord avec le constat du Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes [15], et avec une récente étude française menée au sein de collèges du Maine-et-Loire [29], notre travail montre que l'éducation à la sexualité est faite à une fréquence très éloignée des trois séances annuelles imposée par la loi [14], puisque les élèves n'avaient en moyenne bénéficié que de 1,1 +/- 0,9 séance, et que près d'un tiers d'entre eux n'en avait jamais eu. Pourtant, toujours en accord avec la littérature [29], la majorité des collégiens jugent que ces séances sont importantes.

Près de 4 élèves sur 5 (79,7%) dialoguent sur la sexualité avec leur entourage, et l'on note que leurs interlocuteurs privilégiés sont leurs amis et leurs parents, comme le retrouvent d'autres études [29]–[31]. De nombreux travaux ont montré l'effet positif de la communication des adolescents avec leurs parents sur leur comportement sexuel [31] [32]. Cependant, les parents ne sont pas toujours formés à cette éducation. Des expériences intéressantes pour développer la communication parents-enfant ont donc été réalisées au Etats-Unis [34], et au Canada, un guide d'aide aux parents a été fait par le gouvernement [35]. De la même façon, les amis n'ont

pas toutes les connaissances nécessaires, mais étant le premiers recours des adolescents, l'éducation par les pairs bénéficie d'un préjugé favorable, puisqu'elle permet à la fois de faire passer une information sur les risques mieux adaptée aux attentes et d'agir au niveau des normes influant sur les conduites sexuelles [36]. Des expériences ont également été menées en ce sens, notamment une étude anglaise, retrouvant des résultats encourageants [37]. Toutefois, la communication avec l'entourage ne doit pas se substituer à l'éducation à la sexualité dispensée à l'Ecole, laquelle paraît être la forme d'éducation la plus efficace [38], la rendant indispensable, et ce d'autant plus que certains adolescents n'ont pas d'interlocuteurs vers lesquels se tourner dans leur entourage, comme en témoigne notre étude avec plus d'un élève sur cinq.

Notre travail montre des connaissances initiales globalement bonnes sur les moyens de contraception et sur l'utilisation du préservatif. En effet, avant intervention, près des trois quart des élèves savaient citer au moins un moyen de contraception, avec un très large avantage au préservatif et à la pilule. Ceci concorde avec les résultats du Baromètre Santé 2016, qui montre que les polémiques entourant la pilule n'ont pas eu d'impact sur le paysage contraceptif des 15-19 ans, contrairement aux tranches d'âge supérieures : elle reste le premier mode de contraception utilisé, avec le préservatif [17]. Par ailleurs, la majorité d'entre eux savaient à quel moment mettre le préservatif, quand le retirer, la nécessité de l'utiliser à chaque rapport, et l'absence de possibilité de réutilisation. Ces résultats concordent avec la notion d'une bonne sensibilisation des jeunes au préservatif [20], et avec une large couverture contraceptive au premier rapport sexuel, comme en témoigne le Rapport de santé sexuelle en Occitanie de 2016 [39]. Cette enquête retrouve en effet une utilisation du préservatif au premier rapport chez 88,3% des 15-24 ans, avec une couverture contraceptive globale de 94%, chiffres significativement plus élevés que dans les tranches d'âge supérieures. L'enquête HBSC 2014 qui concerne les collégiens de 4<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup>, retrouve également une importante utilisation d'un moyen de contraception au premier rapport (86,1%) [18]. Cependant, cette meilleure couverture des jeunes disparaît ensuite, avec une couverture contraceptive globale des 15-24 ans sexuellement actif de 88,9% [40] et avec une utilisation régulière du préservatif chez les collégiens de 78,5%, chiffre en recul par rapport à 2010 [18].

Si le préservatif reste donc perçu comme une norme préventive par les jeunes, notamment lors des premiers rapports, son intérêt semble de moins en moins bien compris et les données sur son utilisation renforcent l'observation selon laquelle les IST ne sont plus au centre des comportements de prévention. La première raison de ce recul de l'utilisation du préservatif est

probablement le manque d'information. En effet, selon le Baromètre Santé 2010, 63,4% des 15-30 ans se sentent bien informés sur les IST (hors VIH), ce qui signifie que plus d'un tiers d'entre eux estime avoir des connaissances insuffisantes sur ce thème [22]. Un sondage de l'Institut Français d'Opinion Public (IFOP) de 2016 révèle, lui, que seulement 16% des 15-25 ans s'estiment très bien informés sur le SIDA, et que 24% d'entre eux déclarent ne pas en avoir peur [41]. Aucune donnée n'a été trouvée dans la littérature concernant spécifiquement la tranche d'âge concernée par Info-Ado, mais dans notre population, le sentiment d'information était encore plus faible avec seulement 12,2% des collégiens qui jugeaient qu'ils avaient des connaissances suffisantes en termes d'IST. Il s'agissait du deuxième thème le moins bien connu parmi ceux qui étaient proposés. Ainsi, avant notre intervention, plus de la moitié des élèves (61,7%) ne connaissait pas la définition du sigle IST, et près des trois quarts d'entre eux (73,7%) ne savaient pas en citer une. Seul un élève sur deux (50,7%) savait qu'il existait un risque d'IST dès le premier rapport, et ils n'étaient que 39,1% à savoir qu'une IST pouvait ne donner aucun symptôme. Enfin, 81,25% des collégiens ne savaient pas citer de moyen de prévention des IST. Une récente étude française réalisée auprès de lycéens rejoint nos résultats, retrouvant des connaissances sur les IST jugées moyennes à médiocres dans 44% des cas, et très bonnes pour seulement 11% d'entre eux [31]. Les connaissances concernant le VIH étaient également mauvaises, avec 69,8% des collégiens qui n'en connaissaient pas la définition. Par ailleurs plus de la moitié d'entre eux ne savait pas s'il y avait une visibilité, un traitement et un vaccin pour le VIH. Les résultats de l'étude KABP, enquête sur les connaissances, attitudes, croyances, et comportements face au VIH de la population générale adulte vivant en France et en Ile-de-France, répétée depuis 1992 environ tous les trois ans, rejoignent les nôtres en retrouvant pour la première fois en 2010 que ce sont les plus jeunes (18-30 ans) qui ont le score de connaissances le plus faible [42]. Les adolescents constituent donc une population à risque : ils débutent leur vie sexuelle en étant souvent mal informés et peu conscients de la prévalence de ces maladies, des risques de transmission, de la possibilité de co-infections, de la notion de prévention primaire et enfin de l'existence ou non de thérapeutiques efficaces. L'ensemble de ces constatations expliquent la multiplication des conduites à risques et ainsi, le fait que les adolescents et les adultes jeunes soient les plus touchés par les IST [20], [21], [43]. En 2016, près d'un jeune de 15-25 ans sur 10 (9%), déclarait s'être exposés fréquemment à un risque de contamination, au cours des douze derniers mois, chiffre en nette augmentation [41].

Concernant le dépistage, si 71% des 15-24 ans estiment avoir une bonne connaissance des lieux de dépistage selon un sondage IFOP 2014 [44], ils étaient dans notre population près de 4 collégiens sur 5 (78,4%) à ne pas savoir en citer au moins un avant notre intervention, et deux tiers à ignorer s'ils ont besoin ou non d'une autorisation parentale pour se faire dépister. Ainsi, moins de la moitié des 15-24 ans ayant déjà eu un rapport sexuel se sont fait dépister, et ils ne sont que 14,2% à le faire après avoir eu un rapport à risque [39], [44]. Un rapport d'enquête réalisé en 2016 par le Planning Familial auprès des 15-30 ans, montre d'ailleurs que les 15-20 ans sont sous-représentés dans la fréquentation des lieux et structures d'informations et/ou médicales dédiées à la sexualité, et où il est possible de se faire dépister [45].

Comme vu précédemment, la couverture contraceptive chez les jeunes de 15 à 24 ans est incomplète, avec utilisation d'une méthode chez 88,9% des femmes concernées selon le Baromètre Santé Occitanie [40]. Ces chiffres ne sont pas différents de ceux retrouvés au niveau national [22]. Si les connaissances globales sur la contraception étaient bonnes, avec notamment une notion de risque de grossesse après un seul oubli de pilule intégrée pour plus de deux tiers des élèves dans notre étude, les connaissances en matière de prescription d'une contraception étaient en revanche insuffisantes, pouvant en partie expliquer cette couverture incomplète. Ainsi, ils étaient par exemple moins de la moitié à savoir si l'autorisation de leurs parents était nécessaire, de même qu'à connaître la possibilité d'une prescription anonyme et gratuite au CPEF.

Découle de cette couverture contraceptive incomplète un recours important à la contraception d'urgence chez les adolescentes. Près d'une collégienne de 4<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> sur dix déclare ainsi avoir utilisé la contraception d'urgence au dernier rapport [18], et en 2010, une jeune femme de moins de 20 ans sur cinq y avait eu recours au moins une fois dans les douze derniers mois [22]. Ce chiffre est deux fois plus élevé que chez les 20-24 ans, trois fois plus que chez les 25-29 ans, et dix fois plus que chez les 30-49 ans. Pourtant, les connaissances concernant la contraception d'urgence sont faibles. Ainsi dans notre étude moins de la moitié des élèves (48,3%) savaient qu'elle n'était pas efficace à 100%, et 60,8% d'entre eux ne connaissait pas son délai de prise, une bonne réponse n'ayant été donnée que dans 5,5% des cas. Cette méconnaissance du délai d'efficacité avait déjà été rapportée par le Baromètre Santé 2005, qui, bien que les taux de bonnes réponses soient légèrement plus élevés, faisait état de seulement 23,6% de connaissances de ce délai chez les femmes de 15-19 ans, et 9,4% des hommes [21]. La France étant le premier pays à avoir autorisé en 1999 la délivrance de la contraception d'urgence sans ordonnance, il est intéressant d'observer si cette notion est bien

intégrée. Chez les 15-19 ans sur le plan national, elle l'est pour la grande majorité des sujets interrogés lors du Baromètre Santé 2005 : 96,1% des femmes et 87,7% des hommes [21]. Dans notre population, la proportion de bons réponders est bien plus faible, avec seulement un tiers des élèves qui savaient que la contraception d'urgence n'imposait pas de prescription.

L'ensemble de ces données expliquent que les adolescents soient exposés au deuxième écueil de la sexualité : les grossesses non désirées. Elles concerneraient 7,7% des 15-19 ans [21], et parmi les femmes enceintes de 15 à 29 ans plus d'un tiers (36,6%) déclarent une grossesse non prévue [22]. L'IVG intéresserait 40 % des femmes au cours de leur vie reproductive, selon une estimation basée sur les déclarations obligatoires d'IVG fournies par les professionnels de santé [46]. Ce taux est de 3,7% chez les 15-19 ans. Pourtant concernant ce sujet, les connaissances sont également insuffisantes. Il s'agissait, à raison, du thème que les collégiens estimaient le moins bien connaître avant notre intervention. Les résultats appuient ce sentiment de manque d'information : deux tiers d'entre eux n'en connaissent pas la définition et ne savent pas s'ils ont besoin d'un accompagnant majeur, et ils sont moins de 10% à en connaître le délai légal, et l'absence d'obligation d'autorisation parentale. Aucune donnée n'a été retrouvée dans la littérature concernant les connaissances des adolescents en matière d'IVG. Cette méconnaissance peut être une entrave à l'accès à ce droit. Ainsi, en 2015, le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits de la Femme a lancé un programme national visant à améliorer cet accès [47], et dont le premier pôle d'action est de faciliter l'information, notamment grâce aux lancements d'un site internet [48] et d'un numéro unique d'information.

L'information apparaît donc comme essentielle dans le cadre de la prévention des risques liés à la sexualité. Dans notre étude, si les connaissances initiales étaient globalement insuffisantes, en dehors de celles concernant les moyens de contraception et l'utilisation du préservatif, celles-ci ont largement été améliorées par notre séance d'éducation à la sexualité. À trois mois de notre intervention, le taux de bonnes réponses a en effet été augmenté pour la quasi-totalité des 33 items étudiés, ce taux ayant même doublé pour 14 d'entre elles, et le taux d'élèves ne sachant pas répondre à la question a diminué de façon quasi-systématique. Seules les deux questions concernant les moments de mise et de retrait du préservatif n'ont pas observé d'amélioration des résultats, s'expliquant probablement par le fait qu'il s'agissait déjà des questions présentant le meilleur taux de bonnes réponses : respectivement 82,9% et 98,1%. Il faut noter que si plus d'élèves étaient capables de donner un délai de prise de la contraception d'urgence et de l'IVG, la contre-partie a été une augmentation parallèle du taux

de mauvaises réponses. Concernant la contraception d'urgence, ont été comptabilisées comme vraies les réponses « le plus rapidement possible » et « maximum 3 à 5 jours ». Les réponses sous-estimant ce délai telles que « le lendemain », « dans les 24 heures » (représentant 40% des réponses fausses), ou « deux jours », plus nombreuses en post-intervention, ont donc été comptées comme des mauvaises réponses. Concernant l'IVG, l'augmentation du nombre de réponses fausses s'explique probablement par une confusion entre semaines d'aménorrhée et semaines de grossesse. Enfin, un autre item présente une augmentation du nombre de mauvaises réponses parallèle à l'augmentation des réponses correctes : celui concernant la vaccination anti-VIH. Il est possible que ceci s'explique par une confusion suite à l'information donnée concernant le vaccin contre le HPV, imposant ainsi une plus grande prudence dans la délivrance de ces messages.

Tous ces résultats étaient statistiquement très significatifs ( $p < 0,001$ ). En effet, un des points forts de notre travail est son effectif, lequel permet cette puissance. Il faut toutefois nuancer ces résultats en tenant compte notamment du fait qu'il existe un biais déclaratif lié au fait que malgré la surveillance du remplissage des questionnaires, ceux-ci ont très probablement parfois été remplis en groupe, limitant l'autoévaluation. La différence de nombre entre les questionnaires pré- et post-intervention et leur anonymat n'ont pas permis une analyse statistique avec appariement, ce qui aurait davantage augmenté la puissance de notre étude. Enfin, il s'agit d'une mémorisation à court terme. Il serait intéressant et d'autant plus fort d'évaluer les connaissances à plus grande distance de l'intervention, mais surtout, d'étudier l'impact de nos séances sur les comportements sexuels de ces adolescents.

Il n'en demeure pas moins que si une seule intervention permet un tel impact sur les connaissances à court terme des collégiens, les trois séances annuelles qui devraient légalement être dispensées dès l'école primaire les amélioreraient probablement à plus long terme. Une meilleure connaissance des IST et de l'IVG permettraient ainsi certainement à ces jeunes de diminuer leurs prises de risques.

## V. Conclusion

Notre étude confirme que l'éducation à la sexualité des adolescents s'avère malheureusement trop rare et bien loin de la fréquence légale de trois séances annuelles imposées par le Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. La majorité des collégiens jugent pourtant que cette éducation est importante, et expriment leur manque de connaissances concernant des thèmes indispensables à une pleine conscience des risques liés à la sexualité. Nos résultats appuient leur ressenti : si les moyens de contraception et l'utilisation du préservatif semblent être deux sujets globalement bien maîtrisés, les acquis en matière de prescription de contraception, de contraception d'urgence, d'IVG et d'IST sont largement insuffisants.

Ces faibles connaissances constituent un facteur majeur de prise de risques, comme en témoignent l'augmentation récente et préoccupante des IST chez les adolescents et adultes jeunes, première tranche d'âge touchée, ainsi que leur particulière exposition au risque de grossesses non désirées. Ceci impose une amélioration de la prévention sexuelle.

Notre travail confirme l'efficacité de l'éducation à la sexualité, en retrouvant une amélioration significative des connaissances avant/après intervention des collégiens dans la quasi-totalité des items abordés. Bien qu'il ne s'agisse que de mémorisation à court terme, ces résultats viennent corroborer l'idée que si les adolescents bénéficiaient réellement de trois séances d'éducation à la sexualité par an depuis l'école, leurs connaissances pourraient impacter favorablement leurs comportements sexuels, et ainsi diminuer leurs prises de risques.

Des solutions sont donc possibles, modulables à chaque âge, afin d'améliorer le niveau de connaissances de ces jeunes, et leur permettre d'avoir une sexualité responsable.

## VI. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire thèse Info Ado : « Avant » :

1. Sexe :  M  F
2. Âge :  11 ans  12 ans  13 ans  14 ans  15 ans  plus
3. Avez-vous déjà assisté à une séance d'éducation sexuelle ?  Oui  Non
4. Si oui :
  - Combien ?  1  2  3  plus
  - A quel âge avez-vous assisté à la première séance ?  11 ans  12 ans  13 ans  14 ans  15 ans  plus
5. Pensez-vous que des séances d'éducation sexuelle sont importantes ?  Oui  Non
6. Avez-vous déjà parlé de sexualité avec quelqu'un ?  Oui  Non
7. Si oui, avec qui ?
  - Parents
  - Frère/soeur
  - Autre membre de la famille
  - Amis
  - Professeur
  - Infirmière scolaire
  - Médecin scolaire
  - CPE
  - Intervenant extérieur au collège
  - Médecin traitant
  - Gynécologue
  - Centre de planification
  - Pharmacien
  - Forum
  - Autre : ...
8. Quels thèmes pensez-vous connaître suffisamment ?
  - La contraception
  - L'IVG
  - La grossesse et l'accouchement
  - Les IST
  - L'homosexualité

- Le respect de soi et de l'autre
- Le plaisir
- La masturbation
- La pornographie
- Les abus et violences sexuelles
- L'excision

9. Vos connaissances :

A. Concernant la contraception :

-Citez les moyens de contraception que vous connaissez : ...

-La méthode du « retrait » est un moyen de contraception efficace :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un risque de grossesse après un seul oubli de pilule :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-J'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour obtenir une contraception :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Seul un médecin est habilité à me prescrire un moyen de contraception :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-On peut me prescrire un moyen de contraception de manière anonyme et gratuite dans les Centre de Planification et d'Education Familiale :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Celle-ci peut-être renouvelée par un infirmier :

- Oui  Non  Je ne sais pas

B. La contraception d'urgence, ou pilule du lendemain :

-Est efficace à 100% :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut-être prise n'importe quand après le rapport sexuel à risque :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Si non, dans quels délais doit-elle être prise ? ...

-Peut être délivrée à des mineures sans ordonnance en pharmacie :

- Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut être délivrée par l'infirmière scolaire sans ordonnance :

- Oui  Non  Je ne sais pas

C. L'IVG :

-IVG signifie : ...

-Jusqu'à combien de semaines d'aménorrhée (semaines sans règles) est-elle autorisée en France : ...

-Tant que je suis mineure, j'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour avoir recours à une IVG :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Tant que je suis mineure, j'ai besoin d'un accompagnant :

Oui  Non  Je ne sais pas

D. Les IST :

-IST signifie : ...

-Citez les IST que vous connaissez : ...

-On peut contracter une IST lors du 1<sup>er</sup> rapport sexuel :

Oui  Non  Je ne sais pas

-On peut avoir une IST et ne pas avoir de symptômes :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Les moyens de prévention contre les IST sont :

- Le préservatif masculin
- Le préservatif féminin
- La pilule
- La contraception d'urgence
- Le dépistage

-Le dépistage peut se faire de manière anonyme et gratuite :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Tant que je suis mineure, j'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour pouvoir faire un dépistage des IST :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Citez 3 lieux où il est possible de se faire dépister : ...

E. Le VIH :

-VIH signifie : ...

-On voit quand quelqu'un est porteur du VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un vaccin contre le VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un traitement contre le VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

F. Le préservatif :

-Doit être mis :

Avant  Pendant  Après le rapport sexuel

-Doit être retiré :

Avant  Pendant  Après le rapport sexuel

-Doit être utilisé à chaque rapport sexuel :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut être réutilisé :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Doit comporter la norme NF ou CE :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Présente une date de péremption :

Oui  Non  Je ne sais pas

**Annexe 2 : Questionnaire thèse Info Ado : « Après » :**

1. Sexe :  M  F

2. Âge :

3. Vos connaissances :

A. Concernant la contraception :

-Citez les moyens de contraception que vous connaissez : ...

-La méthode du « retrait » est un moyen de contraception efficace :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un risque de grossesse après un seul oubli de pilule :

Oui  Non  Je ne sais pas

-J'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour obtenir une contraception :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Seul un médecin est habilité à me prescrire un moyen de contraception :

Oui  Non  Je ne sais pas

-On peut me prescrire un moyen de contraception de manière anonyme et gratuite dans les Centre de Planification et d'Education Familiale :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Celle-ci peut-être renouvelée par un infirmier :

Oui  Non  Je ne sais pas

B. La contraception d'urgence, ou pilule du lendemain :

-Est efficace à 100% :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut-être prise n'importe quand après le rapport sexuel à risque :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Si non, dans quels délais doit-elle être prise ? ...

-Peut être délivrée à des mineures sans ordonnance en pharmacie :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut être délivrée par l'infirmière scolaire sans ordonnance :

Oui  Non  Je ne sais pas

C. L'IVG :

-IVG signifie : ...

-Jusqu'à combien de semaines d'aménorrhée (semaines sans règles) est-elle autorisée en France : ...

-Tant que je suis mineures, j'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour avoir recours à une IVG :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Tant que je suis mineure, j'ai besoin d'un accompagnant :

Oui  Non  Je ne sais pas

D. Les IST :

-IST signifie : ...

-Citez les IST que vous connaissez : ...

-On peut contracter une IST lors du 1<sup>er</sup> rapport sexuel :

Oui  Non  Je ne sais pas

-On peut avoir une IST et ne pas avoir de symptômes :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Les moyens de prévention contre les IST sont :

Le préservatif masculin

Le préservatif féminin

La pilule

La contraception d'urgence

Le dépistage

-Le dépistage peut se faire de manière anonyme et gratuite :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Tant que je suis mineure, j'ai besoin de l'autorisation de mes parents pour pouvoir faire un dépistage des IST :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Citez 3 lieux où il est possible de se faire dépister : ...

E. Le VIH :

-VIH signifie : ...

-On voit quand quelqu'un est porteur du VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un vaccin contre le VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Il existe un traitement contre le VIH :

Oui  Non  Je ne sais pas

F. Le préservatif :

-Doit être mis :

Avant  Pendant  Après le rapport sexuel

-Doit être retiré :

Avant  Pendant  Après le rapport sexuel

-Doit être utilisé à chaque rapport sexuel :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Peut être réutilisé :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Doit comporter la norme NF ou CE :

Oui  Non  Je ne sais pas

-Présente une date de péremption :

Oui  Non  Je ne sais pas

4. Concernant l'intervention :

A. Sur quels thèmes auriez-vous voulu plus d'informations ?

- La contraception
- L'IVG
- La grossesse et l'accouchement
- Les IST
- L'homosexualité
- Le respect de soi et de l'autre
- Le plaisir
- La masturbation
- La pornographie
- Les abus et violences sexuelles

B. Quels outils pédagogiques aimeriez-vous que l'on utilise ?

- Démonstration de moyens de contraception
- Livre
- Dessins
- Photos

- Vidéos
- Jeux de rôle

C. Remarques :

- citez 3 points positifs de la séance :
- citez 3 points à améliorer

## **Evaluation d'un programme d'éducation sexuelle des collégiens**

Madame, Monsieur,

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse a développé, depuis deux ans, un programme d'éducation sexuelle des collégiens de Midi-Pyrénées, « InfoAdo ».

La mise en place de nos interventions est réalisée en coordination avec le service médical du rectorat de Toulouse, et avec l'aide sur place des infirmières scolaires.

Afin d'améliorer ce travail, nous souhaitons cette année en évaluer l'impact, par le biais de questionnaires destinés aux élèves. L'évaluation de ce programme nous semble en effet primordiale avant d'étendre ce projet. Le questionnaire sera rempli en classe avant la séance, puis, via l'ENT à trois mois. Celui-ci est strictement anonyme, et aucune donnée personnelle n'est collectée.

Les résultats de cette enquête feront ensuite l'objet d'un travail de thèse.

*Professeur Christophe Vayssière, Docteur Christelle Plard, interne Violaine Crouzoulon –  
Hôpital Paule de Viguier, CHU Toulouse Purpan*

*Docteur Emmanuelle Godeau, Monsieur Georges Casteran – Service médical, Rectorat de  
Toulouse*

**Annexe 4 : Formulaire de consentement passif destiné aux parents**

## **Evaluation d'un programme d'éducation sexuelle des collégiens**

Madame, Monsieur,

Le Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse a mis en place, depuis deux ans, un programme d'éducation sexuelle des collégiens de Midi-Pyrénées, « InfoAdo ».

Votre enfant fait partie des élèves qui bénéficieront de nos séances d'éducation sexuelle.

Afin d'améliorer ce travail, nous souhaitons cette année en évaluer l'impact, par le biais de questionnaires, distribués avant chaque intervention, et à trois mois de celle-ci.

Le questionnaire sera rempli en classe avant la séance, puis, via l'ENT à trois mois.

Celui-ci est strictement anonyme, et aucune donnée personnelle n'est collectée.

Les résultats de cette enquête feront ensuite l'objet d'un travail de thèse.

Nous vous remercions de l'aide que vous même et votre enfant voudrez bien apporter pour réaliser cette enquête.

Cependant, si vous ne souhaitez pas que votre enfant y participe, nous vous demandons de bien vouloir adresser au chef d'établissement par retour le coupon ci-dessous après l'avoir complété et signé.

NB: si vous acceptez que votre enfant participe, vous n'avez rien à remplir ni à retourner (selon la procédure dite de consentement passif).

*Professeur Christophe Vayssière, Docteur Christelle Plard, interne Violaine Crouzoulon – Hôpital Paule de Viguière, CHU Toulouse Purpan*

*Docteur Emmanuelle Godeau, Monsieur Georges Casteran – Service médical, Rectorat de Toulouse*

-----

**Coupon à remplir seulement si vous ne souhaitez PAS que votre enfant participe à l'enquête**

Je soussigné(e), NOM : ..... Prénom : .....

Ne souhaite pas que mon enfant, participe à l'enquête d'évaluation du projet « InfoAdo ».

NOM et Prénom de l'enfant : ..... élève de (préciser la classe) :

Date et signature :

## VII. Bibliographie

- [1] « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes | Cairn.info ». Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-agera-debats-jeunesses-2012-1-page-121.htm>.
- [2] « L'éducation sexuelle des filles au XXe siècle ». Disponible sur: <https://journals.openedition.org/clio/436>.
- [3] « Études de psychologie sexuelle - Essais - MERCURE DE FRANCE - Site Gallimard ». Disponible sur: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/MERCURE-DE-FRANCE/Essais/Etudes-de-psychologie-sexuelle>.
- [4] A. Giami, « Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980) », *Sexologies*, vol. 16, n° 3, p. 219- 229, juill. 2007.
- [5] « Presses Universitaires de Rennes - Louis François et les frontières scolaires Itinéraire pédagogique d'un inspecteur général (1904-2002) Jean-Paul Martin et Nicolas Palluau (dir.) ». Disponible sur: <http://pur-editions.fr/detail.php?idOuv=3666>.
- [6] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique. .
- [7] Loi n°73-639 du 11 juillet 1973 PORTANT CREATION D'UN CONSEIL SUPERIEUR DE L'INFORMATION SEXUELLE DE LA REGULATION DES NAISSANCES ET DE L'EDUCATION FAMILIALE. 1973.
- [8] « La\_faute\_d'Adam.pdf » Circulaire Fontanet, 1973.
- [9] CHEVENEMENT JEAN Pierre, « Circulaire no 85-009 du 8 janvier 1985 de Jean-Pierre Chevènement, ministre de l'éducation nationale, intitulée "Pour une école de la réussite : préparation de la rentrée 1985", parue dans "Les Cahiers de l'Education nationale" de février 1985 », 01-févr-1985. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/013003042.html>.
- [10] « Ministère de l'Education: Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 - enseignement élémentaire et secondaire ». Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm>.
- [11] LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001.
- [12] « Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche ». Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>.
- [13] LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. 2016.
- [14] « Enseignements primaire et secondaire », Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Disponible sur: [http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=133890](http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890).
- [15] « hce\_rapport\_sur\_l\_education\_a\_la\_sexualite\_synthese\_et\_fiches\_pratiques.pdf ». Disponible sur: [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_sur\\_l\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_synthese\\_et\\_fiches\\_pratiques.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf).
- [16] « OMS | Développement des adolescents », WHO. Disponible sur: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/).
- [17] « Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. d'une décennie à l'autre », p. 6, 2016.

- [18] « La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité », p. 5, 2014.
- [19] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) et al., La santé des collégiens en France, 2010: données françaises de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children, HBSC. Saint-Denis: INPES éd., 2012.
- [20] P. Yeni et al., « MEMBRES DE LA COMMISSION « JEUNES » », p. 81.
- [21] F. Beck, Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éditions INPES, 2007.
- [22] « Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010 », p. 344.
- [23] « Info-ado: contraception, adolescence, sexualité, pilule, questions ». Disponible sur: <http://info-ado.u-strasbg.fr/index.asp>.
- [24] M. Larsson, K. Eurenus, R. Westerling, et T. Tydén, « Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, n° 2, p. 124- 131, mars 2006.
- [25] D. Kirby, « The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior », *Journal of Sex Research*, vol. 39, n° 1, p. 27- 33, févr. 2002.
- [26] D. B. Kirby, B. A. Laris, et L. A. Rolleri, « Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World », *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, n° 3, p. 206- 217, mars 2007.
- [27] E. Y. Song, B. E. Pruitt, J. McNamara, et B. Colwell, « A Meta- Analysis Examining Effects of School Sexuality Education Programs on Adolescents' Sexual Knowledge, 1960–1997 », *Journal of School Health*, vol. 70, n° 10, p. 413- 416, déc. 2000.
- [28] « Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes ». Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/42>.
- [29] F. Verdure, A. Rouquette, M. Delori, F. Aspeepe, et S. Fanello, « Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième », *Archives de Pédiatrie*, vol. 17, n° 3, p. 219- 225, mars 2010.
- [30] « 2005bsjpdlsantementale.pdf ». Disponible sur: <https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/BSJ/2005bsjpdlsantementale.pdf>.
- [31] C. Grondin, S. Duron, F. Robin, C. Verret, et P. Imbert, « Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée », *Archives de Pédiatrie*, vol. 20, n° 8, p. 845- 852, août 2013.
- [32] C. B. Aspy, S. K. Vesely, R. F. Oman, S. Rodine, L. Marshall, et K. McLeroy, « Parental communication and youth sexual behaviour », *Journal of Adolescence*, vol. 30, n° 3, p. 449- 466, juin 2007.
- [33] D. Wight, L. Williamson, et M. Henderson, « Parental influences on young people's sexual behaviour: A longitudinal analysis », *Journal of Adolescence*, vol. 29, n° 4, p. 473- 494, août 2006.
- [34] M. A. Schuster et al., « Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial », *BMJ*, vol. 337, n° jul10 2, p. a308- a308, juill. 2008.
- [35] « Entre les transformations, les frissons, les passions... et toutes les questions Petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent », p. 44.
- [36] « 175.pdf ». Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/175/?sequence=12>.

- [37] J. Stephenson et al., « Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial », *The Lancet*, vol. 364, p. 338- 346, juill. 2004.
- [38] R. Vivancos, I. Abubakar, P. Phillips-Howard, et P. R. Hunter, « School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults », *Public Health*, vol. 127, n° 1, p. 53- 57, janv. 2013.
- [39] « RAPPORT\_SanteSexuelleOccitanie\_VF.pdf ». Disponible sur: [https://www.orsmip.org/tlc/RAPPORT\\_SanteSexuelleOccitanie\\_VF.pdf](https://www.orsmip.org/tlc/RAPPORT_SanteSexuelleOccitanie_VF.pdf).
- [40] « BARO\_Sexualite\_12-12-2017.pdf ». Disponible sur: [http://www.orsmip.org/tlc/BARO\\_Sexualite\\_12-12-2017.pdf](http://www.orsmip.org/tlc/BARO_Sexualite_12-12-2017.pdf).
- [41] « Newsroom Sidaction ». Disponible sur: <http://presse.sidaction.org/mobilerelease.aspx?ID=62460>.
- [42] « rapport\_KABP\_2011.pdf ». Disponible sur: [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport\\_KABP\\_2011.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf).
- [43] « Données au 31 décembre 2015 / Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil ». Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST/Donnees-au-31-decembre-2015>.
- [44] F. Dabi, « Les jeunes et la prévention contre le VIH / Sida », p. 26.
- [45] « Abstract\_ quelles images du Planning Familial chez les jeunes\_26052016.pdf ». Disponible sur: [https://www.planning-familial.org/sites/default/files/Abstract\\_quelles%20images%20du%20Planning%20Familial%20chez%20les%20jeunes\\_26052016.pdf](https://www.planning-familial.org/sites/default/files/Abstract_quelles%20images%20du%20Planning%20Familial%20chez%20les%20jeunes_26052016.pdf).
- [46] N. Bajos, C. Moreau, H. Léridon, et M. Ferrand, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », p. 4.
- [47] « 160115\_-\_dp\_-\_programme\_national\_d\_action\_ivg.pdf ». Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115\\_-\\_dp\\_-\\_programme\\_national\\_d\\_action\\_ivg.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115_-_dp_-_programme_national_d_action_ivg.pdf).
- [48] « IVG.GOUV.FR | Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse ». Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/>.

## Evaluation de l'impact d'une intervention du programme « Info-Ado » sur les connaissances des collégiens en matière de sexualité

---

### RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

**Objectifs :** L'éducation à la sexualité, obligatoire à raison de trois séances annuelles, n'est en réalité dispensée que de façon parcellaire. Les adolescents, débutant leur sexualité souvent mal informés, représentent une population fortement exposée aux risques d'infection sexuellement transmissibles (IST) et de grossesses non désirées. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact d'une séance d'éducation sexuelle sur les connaissances de collégiens en matière de sexualité, en les comparant avant et à distance d'une intervention.

**Méthodes :** Etude descriptive prospective réalisée de septembre 2017 à septembre 2018. Des questionnaires de connaissances ont été distribués avant chaque séance d'éducation à la sexualité, dispensée par les intervenants d'« Info-Ado » à des classes de 4<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> dans des collèges de la région Midi-Pyrénées. Le même questionnaire leur a été soumis trois mois après l'intervention.

**Résultats :** 898 questionnaires « avant » intervention ont été inclus, et 646 « après ». Notre population était composée de 52% de filles contre 48% de garçons, avec un âge moyen de 14,0 +/- 0,6 ans. Pour 29,9% d'entre eux, il s'agissait de la première séance d'éducation à la sexualité. Si les moyens de contraception et l'utilisation du préservatif semblaient être deux sujets globalement bien maîtrisés, les acquis en matière de prescription de contraception, de contraception d'urgence, d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et d'IST étaient insuffisants, avec des taux de bonnes réponses inférieurs à 50% dans la quasi-totalité des items. Ces connaissances ont largement été améliorées par la séance, avec une augmentation de l'ensemble de ces taux à trois mois de l'intervention ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion :** Notre étude confirme que l'éducation à la sexualité des adolescents s'avère malheureusement trop rare et bien loin de la fréquence légale. Notre travail en confirme l'efficacité, en retrouvant une amélioration significative des connaissances des collégiens après intervention dans la quasi-totalité des items abordés. Ceci pourraient impacter favorablement leurs comportements sexuels, et ainsi diminuer leurs prises de risques.

---

TITRE EN ANGLAIS : Evaluation of the impact of an intervention from the "Info-Ado" program on students' knowledge about sexuality

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : éducation à la sexualité, adolescents, IST, contraception, IVG

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Université Toulouse III – Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Christelle PLARD