

## L'éducation à la sexualité auprès des jeunes : faire plus, faire mieux

*Dossier de synthèse documentaire et bibliographique*

*Mars 2017*



# SOMMAIRE

<b>Données de contexte sur la sexualité des jeunes .....</b>	<b>2</b>
L'entrée dans la sexualité	
L'épidémiologie du VIH et des IST chez les jeunes	
Les pratiques contraceptives des jeunes	
L'utilisation de la contraception d'urgence	
Le recours à l'IVG	
<b>L'éducation à la vie affective et sexuelle dans l'Education Nationale .....</b>	<b>13</b>
Le cadre législatif	
Un bilan mitigé	
Des pistes d'amélioration	
<b>Amplifier et améliorer l'éducation sexuelle en dehors du cursus scolaire .....</b>	<b>18</b>
Dans le cadre de la Protection Judiciaire de la Jeunesse	
Dans le secteur de l'insertion : le rôle des missions locales	
Dans les structures accueillant des jeunes en situation de handicap	
Une indispensable montée en compétences des professionnels	
<b>Conclusion .....</b>	<b>22</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>23</b>

L'adolescence constitue une période clé d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales entre les individus notamment des sentiments amoureux et des relations sexuelles. C'est donc le moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier durablement les notions de prévention, de respect de l'autre et de son propre corps. Les jeunes représentent une cible de prévention privilégiée car c'est à cette période que se construisent les représentations liées à la sexualité. Il est important de les aider à acquérir les clés pour effectuer des choix éclairés et adaptés dans les situations qu'ils sont ou seront amenés à vivre.

Cette période est d'autant plus intéressante en matière de prévention qu'elle est le plus souvent, pour l'adolescent, nourrie de curiosité et d'une volonté de découvertes. Les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé peuvent s'appuyer sur leurs nombreux questionnements et leur soif d'informations, de connaissances et de récits d'expériences en matière de vie affective et sexuelle.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé ainsi que plusieurs rapports d'experts sont venus réaffirmer l'importance d'accentuer et de renforcer les politiques de santé en direction des jeunes et notamment en ce qui concerne l'éducation à la sexualité. Ils ont également rappelé l'importance de prendre en compte l'ensemble des jeunes notamment les plus vulnérables d'entre eux, ainsi que la nécessité d'impliquer l'ensemble des lieux de prise en charge et de socialisation des jeunes.

## Données de contexte sur la sexualité des jeunes

Les représentations de la jeunesse souffrent d'une tension entre deux discours issus de ce que Michel Bozon appelle « la panique morale des adultes » [24] : l'un affirmant que la jeunesse est en danger et l'autre soulignant qu'elle est dangereuse. Ces discours sont directement liés à l'autonomisation et à l'émancipation de la sexualité des jeunes avec l'émergence et l'acceptation sociale d'une période dite de « jeunesse sexuelle ».

Les idées reçues, les peurs et les fantasmes autour de la sexualité des jeunes sont nombreux et très souvent relayés dans les médias. Au carrefour de toutes ces anxiétés se trouve la pornographie, dénoncée comme le danger par excellence pour la jeunesse. Elle entraînerait des pulsions d'imitation, de terribles complexes, une perte du sens de la réalité, des comportements violents. Or, si certaines études font état d'un accès large aux images pornographiques (volontairement ou non), le peu d'éléments fournis par la littérature actuelle ne permet pas en l'état d'affirmer un quelconque impact de ces médias sur la sexualité des jeunes.

En matière d'éducation à la sexualité, il est essentiel de partir de leur vécu et de leur réalité, et que les professionnels s'appuient sur des données et des connaissances objectivées. S'il existe de nombreuses publications qui présentent des statistiques et des données épidémiologiques, plusieurs organismes tels que le Conseil National du Sida et des hépatites virales ou encore le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes pointent le manque de données socio-comportementales sur la sexualité des jeunes. Ils considèrent qu'une telle approche permettrait de mieux connaître la réalité de leurs pratiques, d'identifier les facteurs de vulnérabilité et les prises de risques auxquelles ils sont confrontés, et donc in fine d'améliorer l'efficacité des actions d'éducation qui leur sont dédiées.

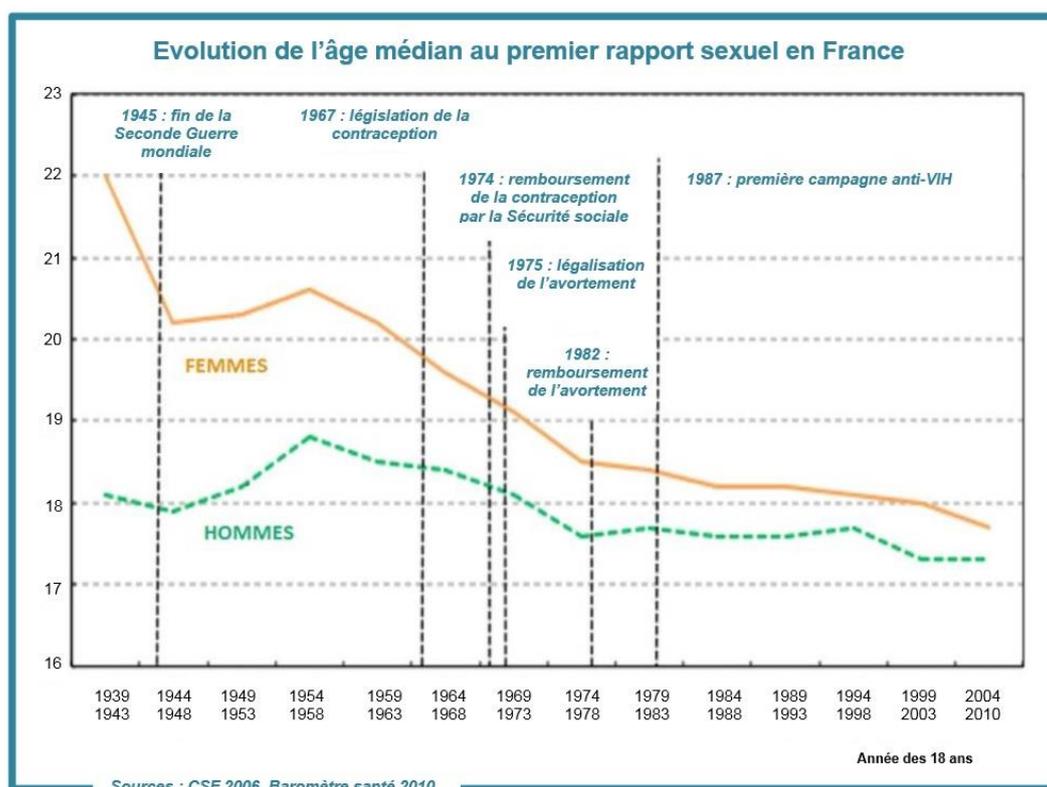
C'est pourquoi ils recommandent le lancement d'une enquête nationale renouvelée périodiquement sur les comportements, les pratiques, les sources d'information et les représentations des jeunes en matière de sexualité, y compris chez les moins de 15 ans. Une telle enquête devra également permettre de prendre en compte l'environnement dans lequel évoluent les jeunes d'aujourd'hui, leurs nouveaux modes de sociabilisation et d'information, et documenter leur impact sur la vie affective et sexuelle des jeunes.

## L'entrée dans la sexualité

### *Age médian au premier rapport sexuel*

Autrefois, l'entrée dans la sexualité était fortement corrélée à l'entrée dans la conjugalité, en particulier pour les femmes. La deuxième moitié du XXe siècle a été marquée par un abaissement de l'âge d'entrée dans la sexualité qui a principalement concerné les femmes, réduisant ainsi fortement l'écart qui pouvait exister entre les sexes. Les années 60-70 traduisent la dissociation progressive entre l'initiation sexuelle et la vie conjugale, la société reconnaissant progressivement aux femmes la possibilité d'une sexualité hors du cadre marital.

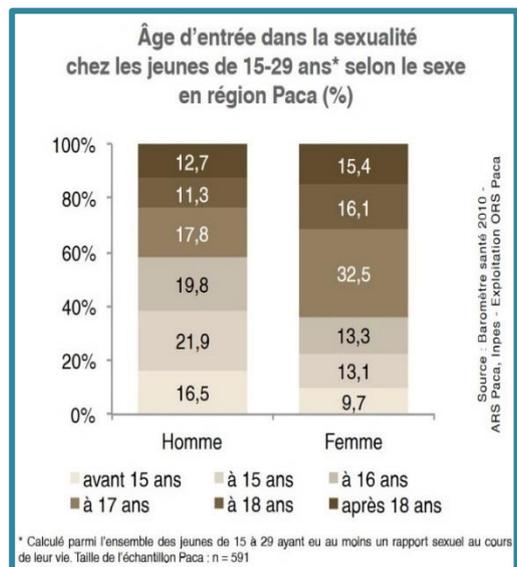
La large diffusion de la contraception moderne et la légalisation de l'avortement dans les années 1970 ou l'apparition du sida au milieu des années 1980 n'ont en revanche pas eu beaucoup d'influence sur l'âge des premières expériences sexuelles.



Contrairement à certaines idées reçues, les adolescents d'aujourd'hui n'entrent, en moyenne, pas plus tôt dans la vie sexuelle que les générations précédentes. D'après le dernier Baromètre Santé, en 2010, l'âge médian au premier rapport sexuel, c'est à dire l'âge auquel la moitié de la population a déjà eu un rapport sexuel, est de 17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles [20]. Cet âge médian n'a pas évolué depuis les années 70.

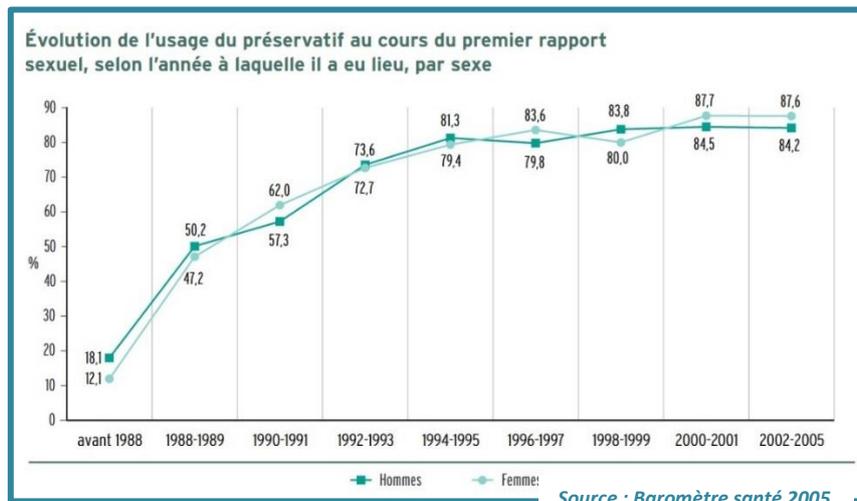
L'exploitation des données du Baromètre santé par l'ORS PACA [34] montre une situation assez similaire en région PACA avec une entrée dans la sexualité qui se situe également autour de 17 ans. On notera simplement un âge légèrement plus précoce que la moyenne nationale chez les garçons de la région puisqu'ils sont 60% à avoir connu leur première expérience sexuelle avant 17 ans.

L'évolution de la société, avec l'affaiblissement de certains tabous et une propension plus aisée des jeunes à afficher leurs relations publiquement ainsi que le développement des moyens de communication (internet, réseaux sociaux) sont à l'origine des craintes infondées de sexualisation plus précoce des adolescents ou d'hypersexualisation des jeunes souvent relayées par les médias.



### Comportement préventif à l'entrée dans la sexualité

Le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement et très fortement augmenté depuis 30 ans, pour concerner, au début des années 2010, 9 jeunes sur 10 (contre 14% en 1985). Le préservatif apparaît donc comme un code d'entrée dans la sexualité, témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention.

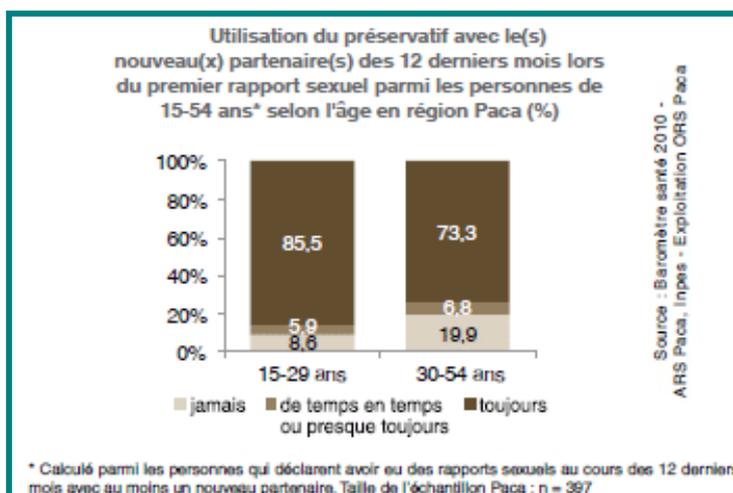


Usage du préservatif au premier rapport sexuel en 2010	
Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant avoir utilisé un préservatif	2010
Lors du premier rapport sexuel qu'ils ont eu au cours de leur vie	90%
Lors de leur premier rapport sexuel avec le nouveau partenaire qu'ils ont eu dans l'année	88%

Source : Baromètre santé 2010

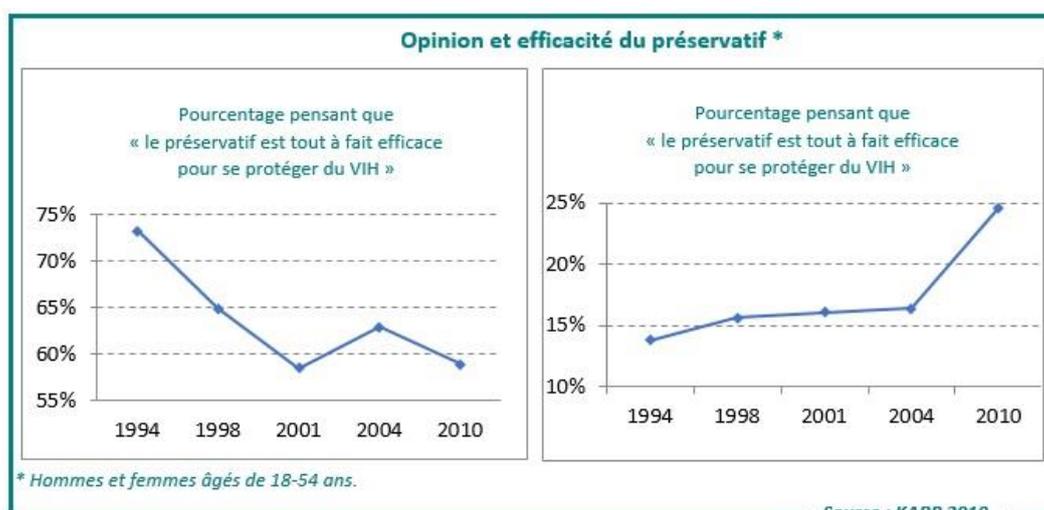
Par ailleurs, les enquêtes montrent que la probabilité d'utiliser un préservatif lors du premier rapport sexuel augmente avec le niveau d'études et qu'à contrario, elle baisse avec la précocité de ce premier rapport.

Parmi les jeunes de 15 à 29 ans de la région PACA qui ont eu au moins un rapport sexuel au cours des 12 derniers mois, 42,6% l'ont eu avec un nouveau partenaire (cela concerne plus d'un garçon sur deux et une fille sur trois) et parmi eux, 14,5% n'ont pas utilisé le préservatif de manière systématique avec ce nouveau partenaire lors du premier rapport (versus 26,7% chez les 30-54 ans) [34]. S'il reste des efforts à faire pour promouvoir l'usage du préservatif chez les jeunes, ceux-ci constituent toutefois la classe d'âge qui y a le plus recours, y compris lors d'une relation occasionnelle ou nouvelle.



Si l'utilisation du préservatif est élevée lors des premiers rapports avec un nouveau partenaire, elle est beaucoup moins constante dans le temps.

Toutefois, les données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif et notamment celles fournies par la dernière enquête KABP [20] montrent que si le préservatif reste une norme préventive pour les jeunes, chez l'ensemble des personnes interrogées son intérêt et son efficacité semblent de moins en moins compris et la confiance dans l'outil apparaît en baisse.



Ces éléments montrent l'importance de disposer de données nouvelles sur le rapport actuel des jeunes à la prévention, et d'adapter et redynamiser les messages de promotion du préservatif auprès de ce public.

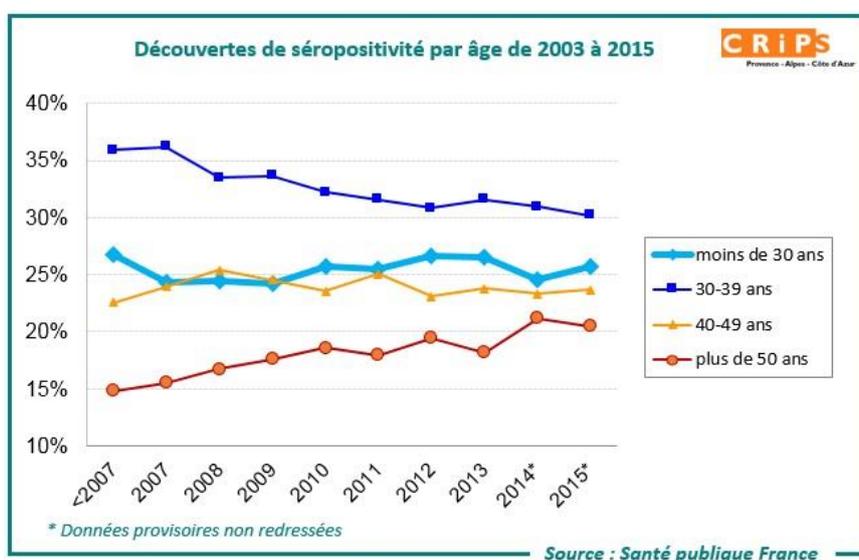
## L'épidémiologie de VIH et des IST chez les jeunes

### L'infection à VIH/sida

En France, en 2015, les moins de 25 ans représentaient 12% des découvertes de séropositivité, proportion qui n'a pas évolué de façon significative par rapport à 2003 [22].

La part des moins de 25 ans augmente par contre sur la période chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), passant de 8% à 14% des découvertes de séropositivité. Entre 2003 et 2012, le nombre de découvertes de séropositivité VIH a presque triplé (x 2,7) chez les jeunes HSH de 15 à 24 ans (vs x 1,3 chez ceux âgés de plus de 25 ans), puis s'est stabilisé autour de 400 découvertes par an [30].

Si l'on s'intéresse plus largement aux moins de 30 ans, ceux-ci représentent un quart des découvertes en 2015 (25,7%).

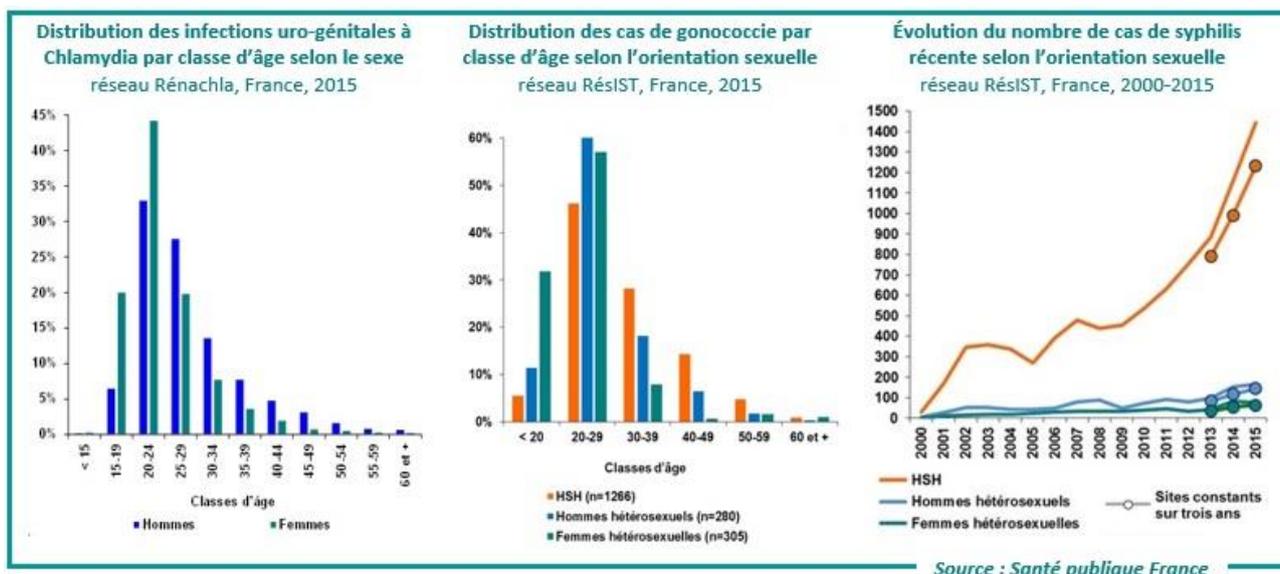


Cette tendance est également observée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, où les relations sexuelles entre hommes constituent actuellement le mode de contamination largement majoritaire. Les moins de 30 ans y représentent 27,5% des découvertes de séropositivité.

### Les Infections Sexuellement Transmissibles

Les données issues des réseaux de surveillance des IST [36] montrent que les jeunes sont fortement exposés au risque de contracter une infection sexuellement transmissible. Celles-ci peuvent se transmettre y compris lors de rapports bucco-génitaux, de caresses ou par simple contact intime.

De façon convergente, les données disponibles montrent une prédominance des IST chez les jeunes ainsi qu'une augmentation récente et préoccupante de leur fréquence dans cette population. Ainsi, d'après les données fournies par Santé Publique France au CNS dans le cadre de son avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [25], les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent environ 40% des IST (VIH, syphilis, gonocoque, et chlamydia) rapportées en 2013-2014. Parmi eux, les jeunes HSH sont particulièrement vulnérables face au risque d'infection par le VIH, la syphilis et les gonococcies.



Concernant l'infection à Chlamydia, qui est l'IST bactérienne la plus fréquente, le nombre de cas diagnostiqués en 2015 a été estimé à environ 81 000. Les deux tiers (64%) des cas rapportés en 2015 sont des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans, ce qui reflète en partie l'application des recommandations du dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés. Chez les hommes, la classe d'âge la plus concernée est les 20-29 ans.

Concernant la gonococcie, les moins de 29 ans concentrent la grande majorité des cas chez les hommes et la quasi-totalité chez les femmes. Les femmes ayant une gonococcie sont plus jeunes que les hommes, leur âge médian étant de 21 ans versus 28 ans chez les hommes. Une augmentation du nombre de gonococcies est observée en 2015 chez les deux sexes. L'augmentation concerne surtout les HSH, aussi bien en Ile-de-France que dans les autres régions mais une tendance à l'augmentation est également remarquée chez les hétérosexuels hors Ile-de-France.

Concernant la syphilis, le nombre de cas de syphilis récentes notifiés continue d'augmenter en 2015, augmentation observée surtout hors Ile-de-France. Cette hausse est particulièrement marquée chez les HSH qui représentent plus de 80% des diagnostics. Le réseau RésIST fait également part d'une augmentation du nombre de cas chez les hétérosexuels depuis 2012, notamment dans les régions hors Ile-de-France.

Bien que l'infection par le HPV soit la plus fréquente des IST et pose des problèmes de santé publique, son incidence et celle de ses complications (à l'exception du cancer du col de l'utérus pour lequel l'infection par le HPV est la première cause), ne font pas l'objet d'une surveillance épidémiologique structurée. D'après le Centre National de Référence des Papillomavirus (CNR-HPV), les HPV affectant les muqueuses génitales sont également fréquents, ceci dès le début de la vie sexuelle puisqu'ils sont détectés chez 1/3 des femmes entre l'adolescence et le début de la vingtaine.

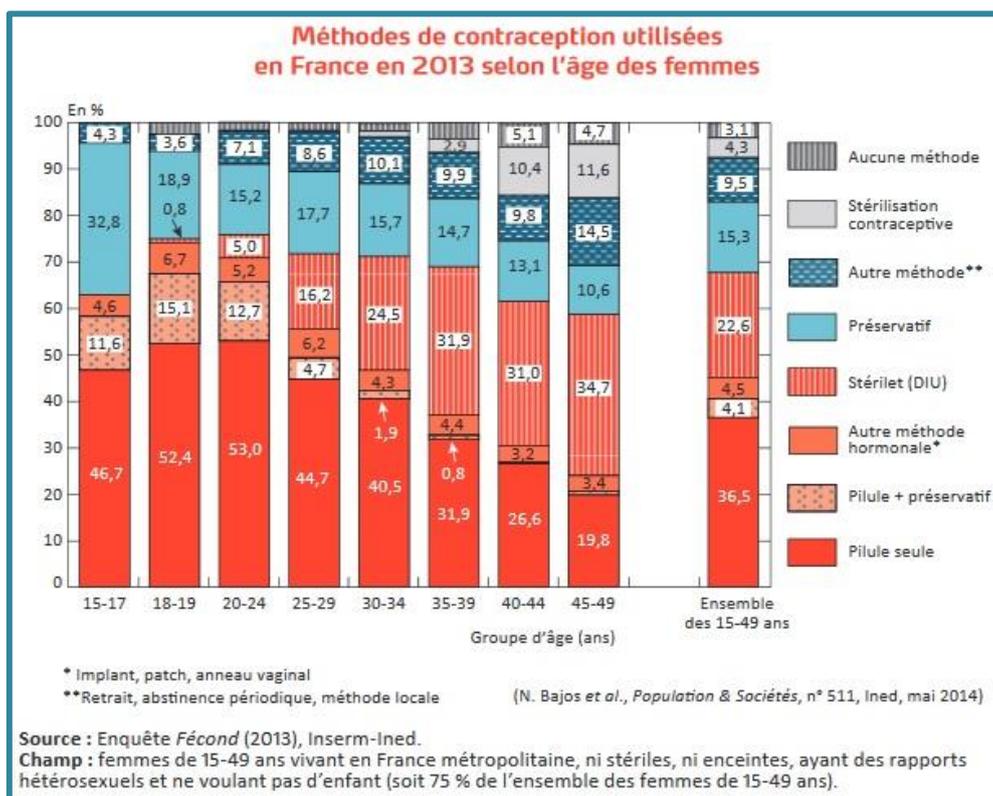
Depuis 2007, la vaccination des jeunes filles contre les infections par les HPV 16 et 18 à l'origine de 70% des cancers du col de l'utérus est introduite au calendrier vaccinal. Depuis 2013, la recommandation concerne les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage pour celles de 15 à 19 ans révolus. Les données fournies par Santé publique France au HCSP [28], montrent un niveau de couverture vaccinale insuffisant et en baisse régulière. En 2014, le niveau de couverture est le plus bas estimé depuis 2009 avec un taux pour au moins une dose de 17,6% à 15 ans. La couverture vaccinale pour trois doses

à 16 ans (jeunes filles nées en 1998) était de 17,2 % en 2014 contre 28,3 % en 2010, soit une baisse de 11,1 %.

Aussi les différentes recommandations insistent-elles sur la nécessité d'inciter les jeunes au dépistage des IST car elles sont souvent asymptomatiques et peuvent avoir de graves conséquences pour la santé (infertilité, cancer du col de l'utérus...) alors même qu'il existe des traitements efficaces.

## Les pratiques contraceptives des jeunes

Depuis la loi du 28 décembre 1967, dite loi Neuwirth, qui autorise la fabrication et la commercialisation de la contraception orale, la couverture contraceptive des femmes française n'a cessé de croître. D'après les derniers résultats de l'enquête Fécond 2013 [18], parmi les femmes qui sont exposées au risque de grossesse non désirée (c'est à dire ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant), seules 3% n'utilisent aucune méthode contraceptive. Chez les plus jeunes, cette couverture est encore plus importante. Il faut néanmoins pondérer légèrement ces données par la prise en compte des « autres méthodes » (retrait, méthode de la température, abstinence périodique, ...) dont on sait l'efficacité très relative.

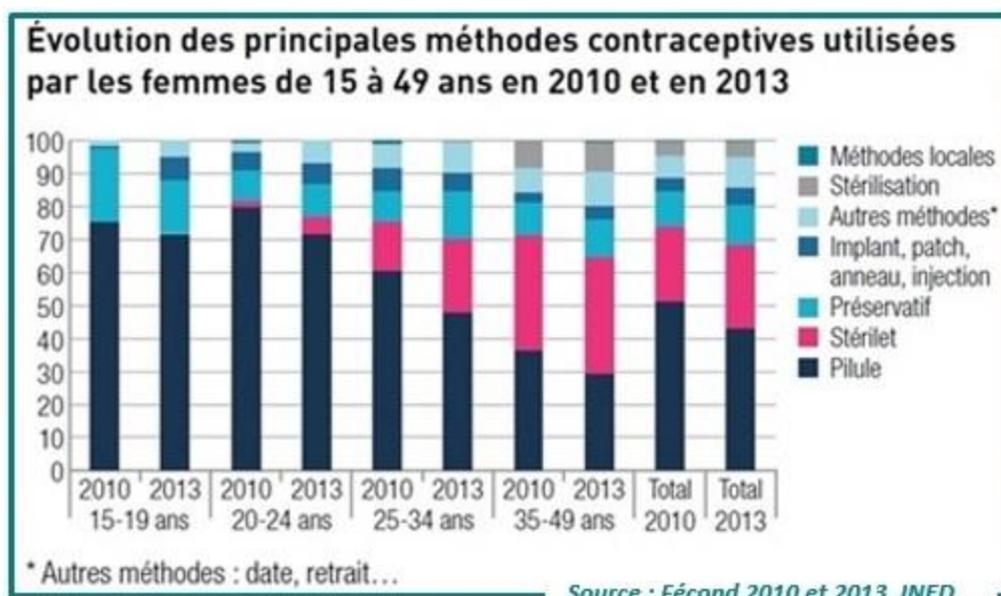


En France, si la contraception orale est globalement majoritaire parmi toutes les femmes, de fortes disparités existent en fonction de leur âge. Il existe de fait une « norme contraceptive » très prégnante qui a préconisé jusqu'à peu :

- le préservatif (souvent en association avec la pilule) en début de vie sexuelle ;
- la pilule pour les jeunes femmes dès qu'une relation de couple stable s'installe ;
- le stérilet pour les femmes déjà mères.

Au début des années 2000, de nouveaux moyens de contraception ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et sont désormais commercialisés, diversifiant ainsi l'offre faite aux femmes. La mise à disposition de nouvelles méthodes hormonales (l'implant contraceptif depuis 2001, le patch depuis 2004 et l'anneau vaginal depuis 2004) a entamé un début de diversification des pratiques contraceptives des françaises.

La controverse intervenue fin 2012 autour des pilules dites de 3<sup>ème</sup> et de 4<sup>ème</sup> générations semble également avoir contribué à assouplir un modèle contraceptif fortement centré sur la pilule, alors même que de nombreuses femmes en soulignaient le caractère contraignant.



Si cette diversification a entraîné une évolution des pratiques contraceptives et une baisse de la part de la pilule (de 59,1% en 2000 à 55,5% en 2010), celle-ci reste néanmoins de loin le contraceptif le plus utilisé et ce, quel que soit l'âge.

S'agissant des autres méthodes de contraception, les évolutions de la dernière décennie sont en continuité avec les tendances précédentes : le recours au stérilet (ou dispositif intra-utérin, DIU) continue à augmenter légèrement tandis que l'utilisation du préservatif comme contraceptif progresse encore. Le recours aux autres méthodes comme le retrait ou la méthode des températures, en baisse régulière depuis les années 1970, s'est stabilisé depuis 2000 puis a de nouveau légèrement augmenté pour concerner aujourd'hui 9,5% des femmes.

Chez les jeunes, les données fournies par les baromètres santé jeunes de 2005 et 2010 ainsi que par les enquêtes Fécond 2010 et 2013 montrent également une tendance à la diversification des méthodes contraceptives.

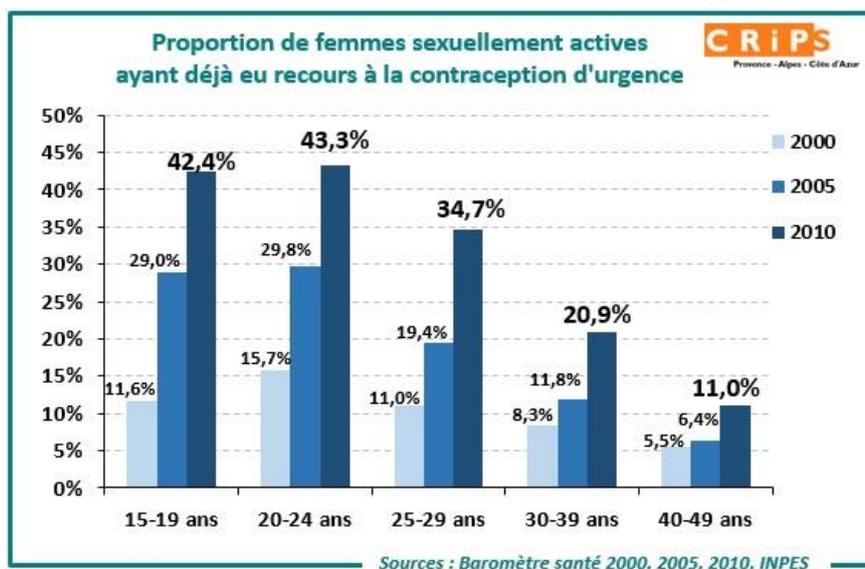
### L'utilisation de la contraception d'urgence

Dans le dernier Baromètre santé de 2010, 24% des femmes de 15 à 49 ans, ayant déjà eu des rapports sexuels, déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence au moins une fois au cours de leur vie (8,8% en 2000 et 14,4% en 2005).

En 2010, parmi les femmes de 15-25 ans sexuellement actives :

- 42% déclarent avoir eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence au cours de la vie
- 13% au cours de l'année
- 16% plusieurs fois au cours de leur vie

Le recours à la CU est plus élevé chez les femmes les plus jeunes : 43% chez les 15-24 ans.



L'exploitation par l'ORS PACA [34] des données du Baromètre santé montre une situation similaire en région où 22,6% des femmes de 15 à 54 ans sexuellement actives ont déjà eu recours, au moins une fois, à la contraception d'urgence.

**Utilisation d'une contraception d'urgence au cours de la vie parmi les femmes de 15-54 ans\* en région Paca (%)**

	15-17 ans	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	Total
Paca	46,1	37,6	33,2	19,7	7,6	22,6

\* Calculé parmi les femmes qui déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel au cours de leur vie. Taille de l'échantillon Paca : n = 1 018

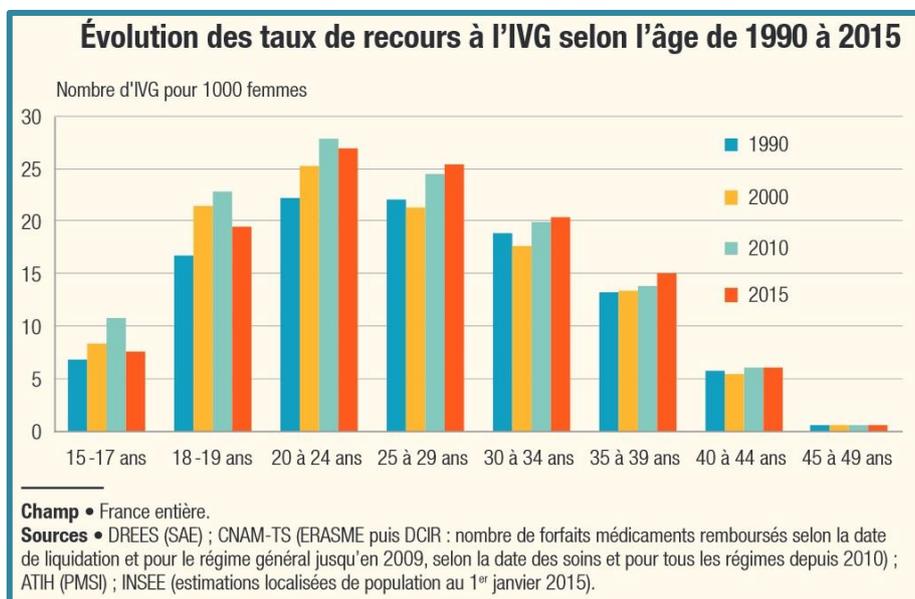
Source : Baromètre santé 2010 - ARS Paca, Inpes - Exploitation ORS Paca

Lors de la mise sur le marché du Norlevo®, des craintes ont été exprimées de voir la contraception d'urgence remplacer l'utilisation d'une contraception régulière, craintes qui ne se sont pas réalisées. La couverture contraceptive a, au contraire, continué de s'élargir et l'usage de la contraception d'urgence semble répondre dans la majorité des cas à celui pour lequel elle a été conçue, à savoir une méthode de rattrapage des échecs ou erreurs de contraception.

Toutefois les différentes enquêtes convergent pour montrer un recours insuffisant à la contraception d'urgence en cas de rapport non protégé ou d'oubli de pilule. L'enquête FECOND [17] rapporte ainsi que seule 1 femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois a eu recours à cette méthode de rattrapage.

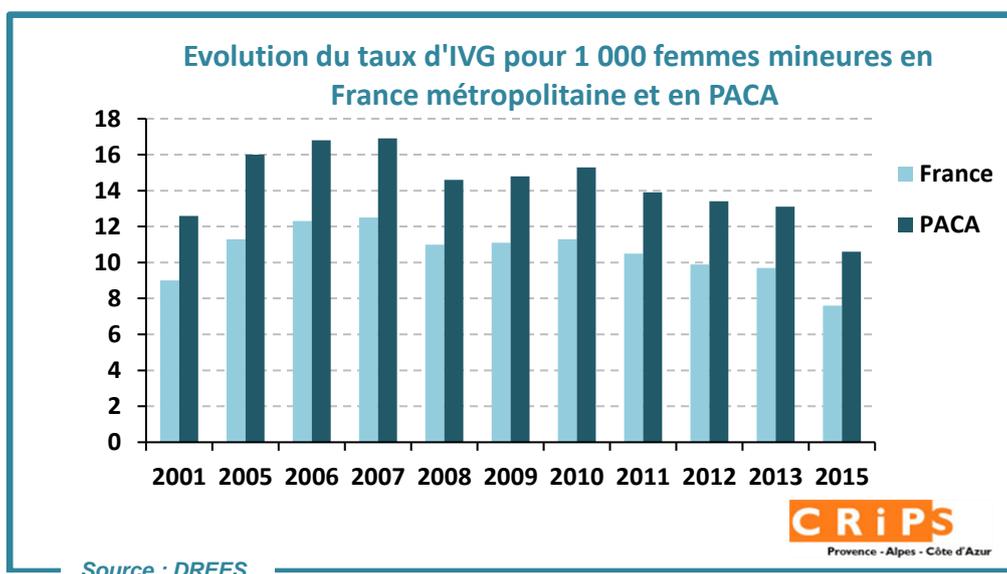
## Le recours à l'IVG

En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 203 500 en métropole. Leur nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans la métropole et de 26,5 dans les DOM [37].



Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 7,6 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 19,5 parmi les 18-19 ans.

Les données fournies par la DREES montrent que les écarts régionaux perdurent avec des situations très différentes. Ainsi en 2015, parmi les régions de France métropolitaine, la région PACA présente de loin le plus fort taux d'IVG avec un taux de 20,5 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et un taux de 10,6 pour 1 000 chez les mineures âgées de plus de 15 ans. On note également les mêmes tendances à la baisse depuis la fin des années 2000.



La situation française se caractérise donc par un très fort taux de couverture contraceptive et un recours important à l'IVG qui reste stable. Cette situation s'explique par l'existence de deux mouvements qui se compensent statistiquement et qui caractérisent ce que certains appellent le paradoxe contraceptif français. En effet, d'un côté, grâce à la diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues diminue mais de l'autre, en cas de grossesse non prévue, la probabilité du recours à l'avortement augmente.

Le nombre d'IVG, y compris chez les plus jeunes, ne s'explique pas principalement par un défaut de couverture contraceptive puisque celle-ci est très importante. Les études ont montré que deux tiers des grossesses non prévues surviennent sous contraception. Cette situation s'explique d'une part par le fait que même en cas d'utilisation optimale, aucun moyen de contraception n'est fiable à 100% et que d'autre part, les accidents (rupture de préservatif, oubli de pilule, ...) sont inhérents à l'utilisation même d'un moyen de contraception.

Selon l'INED, 33% des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie **[19]**. Cela montre que l'IVG n'est pas un évènement exceptionnel, qu'elle constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes et doit donc être prise en compte en tant que telle. Tous les professionnels souhaiteraient voir diminuer le nombre d'IVG « évitables » mais les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples et complexes.

## L'éducation à la sexualité dans l'Education Nationale

La démarche d'intégrer l'éducation à la sexualité dans l'enseignement est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité (grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida) mais aussi légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore de la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

### Le cadre législatif

#### *En matière d'éducation à la sexualité*

La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception **[1]** confère à l'Education Nationale l'obligation de généraliser sur l'ensemble du cursus scolaire « *au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées par groupe d'âge homogène* ».

Les apports de cette loi se résument en 3 points :

- d'une information sexuelle, on passe à une éducation à la sexualité. Ainsi, la définition de la sexualité dépasse une approche scientifique pour retenir une approche plus globale ;
- l'éducation à la sexualité devient une obligation légale, alors qu'elle n'était auparavant que réglementaire ;
- les séances d'éducation à la sexualité sont systématisées. Auparavant centrées sur l'adolescence, elles doivent désormais bénéficier à tous les élèves de l'école au lycée.

Depuis 2003, l'éducation à la sexualité constitue l'un des axes prioritaires du partenariat en santé publique entre les ministères chargés de la Santé et de l'Education Nationale. Son développement permet une approche éducative qui tient compte des enjeux de santé publique : prévention du sida, des IST, des grossesses non désirées, des violences sexuelles.

La circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 **[2]** relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, définit les objectifs de l'éducation à la sexualité de l'école primaire jusqu'à la fin du lycée en précisant les modalités de mise en œuvre et de pilotage du dispositif. Elle précise qu'elle devra s'intégrer de façon transversale à tous les enseignements, à tous les niveaux, en s'appuyant sur les programmes. Le chef d'établissement est en charge d'établir en début d'année les modalités d'organisation et la planification de ces séances, garantissant ainsi la mise en œuvre et la cohérence du dispositif, qui sera intégré au projet d'établissement. Elle rappelle également la nécessaire implication de tout adulte de la communauté éducative.

La circulaire n°2003-210 du 1<sup>er</sup> décembre 2003 **[3]**, sur le programme quinquennal de prévention et d'éducation à la santé des élèves souligne, entre autres, l'importance de développer l'éducation à la sexualité, d'informer les élèves sur les diverses sources d'information, d'orientation et de conseil existantes et prévoit d'offrir une meilleure accessibilité aux préservatifs.

Plus récemment, la circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2011 [7] précise que la généralisation de l'éducation à la sexualité fait partie des sept objectifs prioritaires du programme d'actions mis en place dans le cadre de la politique éducative de santé. Elle rappelle que les trois séances annuelles d'éducation à la sexualité doivent être résolument mises en œuvre et note la nécessité de faciliter l'accès à la contraception et de maintenir un bon niveau d'information sur le VIH/sida et les principales IST.

### *En matière d'accès au préservatif*

L'Education Nationale s'est engagée à renforcer l'accès des élèves aux moyens de protection à travers la circulaire n°2006-204 du 2 décembre 2006 « *Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels* » [4] adressée aux recteurs d'académie à l'occasion du 1<sup>er</sup> décembre 2006.

Plusieurs circulaires sont depuis venues compléter le dispositif initial. La circulaire 2007-172 du 15 novembre 2007 [5] prévoit la présence dans chaque lycée de deux distributeurs de préservatifs à 20 centimes. Celle du 12 novembre 2010 [6] précise que « *la maintenance et l'approvisionnement des distributeurs de préservatifs, généralisés dans tous les lycées en 2008-2009, doivent être assurés* ». Elle stipule également qu'il « *est particulièrement important de veiller à choisir, en lien avec le conseil des délégués pour la vie lycéenne, les emplacements les plus adaptés* ».

Contrairement à la mise à disposition de préservatifs via un distributeur, leur diffusion dans les infirmeries scolaires ne fait pas l'objet de dispositions réglementaires précises. Les différentes circulaires se bornent à indiquer que « *parallèlement, la mise à disposition de préservatifs dans les infirmeries sera poursuivie* ». En pratique, la disponibilité de préservatifs de façon gratuite dans les infirmeries scolaires est largement assurée dans les lycées. Néanmoins, faute de cadre précis, les modalités de mise à disposition sont très variables d'un établissement à l'autre (en libre accès à l'entrée de l'infirmerie, dans le bureau de l'infirmier-ère, uniquement sur demande, ...) avec des choix opérés qui peuvent avoir un impact fort sur l'accessibilité effective.

En revanche dans les collèges, la mise à disposition de préservatifs est laissée à l'appréciation des personnels infirmiers et apparaît dans la pratique aléatoire et limitée à une distribution sur demande. Dans son avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes [25], le Conseil National du Sida et des hépatites virales (CNS) considère que l'absence de positionnement et de directives claires de la part de l'institution est préoccupante au regard de la proportion non négligeable d'élèves qui entrent dans la sexualité durant leur scolarité au collège. Les données HBSC 2014 [27] montrent en effet que 18,2% des élèves de 3<sup>ème</sup> déclarent avoir des relations sexuelles et que parmi eux l'usage du préservatif est en recul (85,4% des collégiens sexuellement actifs déclaraient utiliser un préservatif contre 78,5% en 2014).

## **Un bilan mitigé**

Depuis l'entrée en vigueur de la loi de 2001 qui fait de l'éducation à la vie affective et sexuelle une obligation légale pour l'Education Nationale, plusieurs enquêtes et rapports dressent le constat d'une mise en œuvre parcellaire et perfectible.

Dans son rapport réalisé en 2009 sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse

suite à la loi du 4 juillet 2001 [16], l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignait que « *les obligations légales concernant l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires ne sont que partiellement et inégalement appliquées* ».

L'IGAS relevait notamment que « *l'organisation des séances d'éducation à la sexualité se heurte à d'importantes difficultés matérielles* » telles que l'intégration dans le programme ou la mise à disposition de salles et de créneaux horaires et que « *faute d'impulsion suffisante pour les résoudre ces difficultés freinent la mise en œuvre des dispositions légales là où il n'existe pas une forte dynamique locale* ».

Elle concluait à la nécessité impérieuse de renforcer l'approche préventive et précisait que « *l'information et l'éducation à la sexualité n'est pas perçue ni appliquée comme une obligation légale* » et qu'« *en l'absence de bilan des actions engagées depuis 2001, il n'est pas possible de mesurer l'ampleur des efforts à accomplir pour satisfaire aux dispositions de la loi* ».

Dans son rapport Santé sexuelle et reproductive publié en mars 2016 [28], le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) fait les mêmes constats sur les grandes disparités qui existent d'un établissement à l'autre en termes d'organisation, de format et de contenu des séances. Il met en exergue l'absence de bilan quantitatif et qualitatif global.

Afin de disposer d'une vision plus fine de la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) a adressé un questionnaire à un échantillon représentatif de 3 000 établissements. Il s'est intéressé aux différents échelons chargés de l'impulsion et du suivi de cette politique, aux modalités concrètes de mise en œuvre sur le terrain en termes de formation, contenu, financement et aux partenaires impliqués. Les résultats de ce baromètre « Education à la sexualité en milieu scolaire » portant sur l'année scolaire 2014/2015 ont été publiés en juin 2016 par le HCE dans son rapport relatif à l'éducation à la sexualité [23].

Les résultats du baromètre HCE montrent que :

- certains établissements déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité. Dans le 1<sup>er</sup> degré cela concerne un quart des écoles élémentaires (11,3 % des lycées et seulement 4% des collèges dans le second degré) ;
- seuls 65,8% des collèges et 51,6% des lycées ont inscrit l'éducation à la sexualité dans leur projet d'établissement alors même qu'elle constitue l'un des axes de ce dernier selon l'obligation posée par la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 ;
- lorsque des séances ou actions sont menées, cela ne concerne pas toutes les classes mais en priorité les classes de CM1 et CM2 pour l'école, les classes de 4<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> au collège et les classes de 2<sup>nde</sup> pour le lycée. Si la législation stipule que l'éducation sexuelle doit concerner tous les élèves tout au long de leur cursus, les actions et séances restent concentrées sur la période de l'adolescence (92% des classes de 4<sup>ème</sup>, 93% des classes de 3<sup>ème</sup> et 80% des classes de 2<sup>nde</sup> ont bénéficié d'au moins une séance d'éducation à la sexualité) ;
- en revanche la part de classes ayant reçu au moins 3 séances (comme le mentionne la loi) est très faible notamment au collège et au lycée (entre 10 et 20%) ;
- lorsque l'éducation à la sexualité est intégrée à des enseignements disciplinaires, elle est largement concentrée sur les sciences plutôt qu'envisagée de manière transversale. Au collège, elle a concerné l'enseignement des Sciences et Vie de la

- Terre (SVT) à 99,2%, au lycée à 47% et à 42% ceux de Prévention Santé Environnement (PSE) dans les lycées professionnels ;
- le manque de moyens financiers, la disponibilité du personnel et la gestion des emplois du temps sont perçus comme les principaux freins à la mise en œuvre de l'éducation à la sexualité et, a contrario, la formation est vue comme le principal facteur facilitateur ;
  - ainsi, les personnels de l'Education Nationale sont encore très peu formés. Dans 99% des écoles, 81% des collèges et 84% des lycées aucun personnel n'a bénéficié durant l'année scolaire 2014/2015 d'une formation à l'éducation à la sexualité dans le cadre des Plans Académique ou National de Formation.

Dans son avis suivi de recommandations [25], le CNS partage les mêmes constats. Il pointe également l'existence d'autres freins notamment concernant l'acceptabilité des actions d'éducation à la sexualité. La crainte de réactions négatives de la part d'élèves ou de parents freine parfois le discours ou l'action de l'institution scolaire et/ou de ses personnels. Par ailleurs, une partie des personnels, notamment les enseignants, expriment eux-mêmes des réticences d'intensité et de motivation variables : convictions personnelles, convictions relatives à la conception de leurs missions, difficultés à dépasser des approches et du cadre des enseignements disciplinaires, doutes sur leurs compétences et leur légitimité, manque de formation.

## Des pistes d'amélioration

### *La création du parcours éducatif en santé*

Dans son chapitre Ier « Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé », la loi de modernisation de notre système de santé [11] vient modifier le Code de l'Education en précisant que dans tous les établissements d'enseignement « *les élèves bénéficient d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif* ». Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires.

La loi insiste sur le rôle des acteurs de proximité non professionnels de santé dans le déploiement de ce parcours, notamment à travers des actions participatives favorisant l'implication et la responsabilisation des jeunes. Le parcours, dans ses différentes dimensions, doit donc mobiliser l'ensemble de la communauté éducative, mais également des partenaires de l'école comme les acteurs du système de soins et de prévention et les associations spécialisées en promotion de la santé.

Le 28 janvier 2016, l'Education Nationale a publié sa circulaire n° 2016-008 [12] qui organise ce nouveau parcours en santé dans les établissements. Il y est rappelé en préambule que « *la santé, dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents* » et constitue à ce titre « *un enjeu primordial au sein du système éducatif* ». La mission de l'école en matière de santé consiste d'abord « *à faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école* ».

L'opérationnalisation de ces orientations sera pilotée localement par des cellules académiques en association avec les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales.

### *Le rôle des CESC*

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est une instance de réflexion, d'observation et de proposition qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Il s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré.

L'article R.421-47 du code de l'éducation attribue et définit quatre missions aux CESC et notamment celle de « *définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque* ».

Le CESC est présidé par le chef d'établissement et peut comprendre :

- des représentants des personnels enseignants, des parents et des élèves désignés par le chef d'établissement sur proposition des membres du conseil d'administration appartenant à leurs catégories respectives ;
- des personnels d'éducation, sociaux et de santé de l'établissement ;
- des représentants de la commune et de la collectivité de rattachement;
- des représentants des partenaires institutionnels et associatifs

L'ensemble des professionnels de l'Education Nationale et des professionnels extérieurs impliqués dans les actions d'éducation à la sexualité souligne l'intérêt du dispositif des CESC. En effet, celui-ci constitue un espace qui permet d'associer à la démarche de projet des représentants des élèves et des parents d'élèves, ainsi que des intervenants extérieurs.

En revanche, l'appréciation de la mise en œuvre pratique des CESC est bien plus partagée et c'est pourquoi différents rapports appellent à une redynamisation de ce dispositif. C'est ainsi que le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche a annulé et remplacé la circulaire qui datait de 2006 par la circulaire n°2016-114 « *Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté* » du 10 août 2016 [13]. En apportant un certain nombre de précisions sur leurs missions, organisation, composition et domaines d'actions, elle doit permettre de relancer la dynamique des CESC et assurer l'effectivité de leur mission.

La circulaire précise que « *le CESC met en place des projets transversaux éducatifs d'éducation à la sexualité visant à apporter des connaissances, faire accéder à une réflexion critique, faire acquérir la capacité d'émettre un point de vue personnel, être sensible au respect mutuel et prévenir les comportements sexistes et les violences sexuelles* » et qu'il « *veille tout particulièrement au développement de ces comportements responsables en matière de prévention des infections sexuellement transmissibles dont le VIH/sida* ».

## Amplifier et améliorer l'éducation à la sexualité en dehors du cursus scolaire

Les jeunes sont souvent pensés comme un public homogène et ciblés par groupe d'âge, alors même qu'ils présentent des caractéristiques et des trajectoires extrêmement variées. De même, les politiques de santé en direction des jeunes sont souvent limitées à des actions d'information ou de prévention s'inscrivant dans le seul cursus scolaire.

D'une part, les jeunes ne sont pas tous scolarisés et ne sont donc pas tous concernés par les dispositions légales s'appliquant à l'Education Nationale en matière d'éducation à la sexualité. Il faut s'interroger sur la situation des jeunes suivant une formation professionnelle et plus encore de ceux se trouvant en dehors du système scolaire ou le quittant prématurément.

D'autre part les jeunes ne sont pas uniquement des élèves. Au-delà des heures de cours, ils pratiquent des activités sportives, culturelles, associatives dans des lieux de socialisation divers où les enjeux liés à la sexualité peuvent se poser.

Au regard de la diversité des parcours, différents rapports insistent donc sur la nécessaire prise en compte de tous les jeunes et notamment des plus vulnérables. Ils recommandent une plus grande implication des lieux de prise en charge et de socialisation de ces jeunes, dont certains sont clairement identifiés.

### Dans le cadre de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

En 2015, 137 829 jeunes ont été suivis dans le cadre d'une mesure de protection judiciaire de la jeunesse. Au 31 décembre 2015, 2 151 mineurs étaient placés dans les établissements de la PJJ et 708 étaient détenus dans les quartiers mineurs et les établissements pénitentiaires pour mineurs sous la responsabilité de la direction de l'administration pénitentiaire.

Les jeunes pris en charge par la PJJ sont identifiés par les différentes recommandations comme un public cible notamment en raison des multiples facteurs de vulnérabilité qu'ils présentent. Plusieurs études ont montré que ces jeunes se caractérisent par une entrée plus précoce dans la sexualité, un recours moins fréquent à la contraception et des connaissances plutôt limitées en matière de sexualité. D'autre part, la violence sexuelle fait souvent partie de leurs parcours, comme auteurs et/ou victimes. Or, ils échappent bien souvent aux dispositifs d'insertion de droit commun et bénéficient peu, voire pas, des actions de prévention mises en place pour les jeunes des mêmes classes d'âge, en parcours scolaire et de formation.

En 2013, le lancement du projet « PJJ promotrice de santé », est venu renforcer l'implication pour la santé et le bien-être des jeunes suivis en s'appuyant notamment sur le concept de promotion de la santé. L'objectif étant « *d'améliorer la santé globale des jeunes suivis par la PJJ en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant la prise en charge* ». Cette démarche institutionnelle permet de replacer les questions de santé au cœur de la prise en charge judiciaire.

Pour pallier au constat que peu de travaux existent sur les jeunes pris en charge par la PJJ au-delà de de l'angle strictement socio-judiciaire, l'Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire (INJEP) a mené une enquête exploratoire avec trois objectifs :

- documenter la situation, les comportements et les représentations en matière de santé des jeunes pris en charge par la PJJ, à travers l'entrée spécifique vie affective et sexuelle ;
- confronter les discours des jeunes à ceux des professionnels qui les suivent afin de saisir leurs représentations et pratiques en matière de sexualité ainsi que la place qu'occupe cette question dans la prise en charge ;
- soulever des pistes de réflexion pour faire évoluer les pratiques des professionnels.

Les résultats de cette enquête ont été publiés en octobre 2015 dans un rapport intitulé « Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ : entre priorité et évitement » [14].

Le rapport fait le constat de la coexistence de deux visions de la vie affective et sexuelle qui s'opposent entre jeunes et professionnels. Les professionnels se réfèrent à une vision conjugalisée, hétéronormative et égalitaire du couple quand les jeunes (garçons et filles) ont une vision hétérosexiste composée de relations variées où la domination masculine au sein de la relation prédomine dans la plupart des discours. Ces deux lectures entrent en conflit et contribuent à entretenir l'idée qu'il n'est pas ou rarement possible d'en parler dans le cadre de la prise en charge PJJ.

Alors que la santé est pour beaucoup de professionnels de la PJJ perçue comme un levier pour l'action éducative dans un objectif de responsabilisation du jeune, les approches de la sexualité sont essentiellement légalistes ou hygiénistes. Le rapport note la production d'un discours normatif sur les pratiques d'un public jugé à risque qui met l'accent sur les violences subies et/ou commises par les jeunes. Ce discours produit chez les jeunes une intériorisation du stigmate de « cas social », l'adoption de perceptions négatives qui aboutit pour beaucoup à une dévalorisation de soi. C'est pourquoi le rapport recommande de penser les interventions de la PJJ en matière de prévention en posant comme préalable la revalorisation de l'estime de soi des jeunes.

Les auteurs notent également l'existence d'un ordre de genre très prégnant chez les jeunes comme chez les professionnels qui conditionne des pratiques fortement inégalitaires. La lecture et la compréhension des pratiques et des postures professionnelles ainsi que la manière dont les jeunes parlent ou non de sexualité avec les professionnels de la PJJ doivent être appréhendées au prisme d'une mixité relative au sein des équipes et de la non-mixité du public accueilli. A cela s'ajoute une répartition genrée des missions et compétences dans les structures, comme si la question de la santé et de la sexualité était le domaine réservé, « par nature », des femmes professionnelles dans les équipes.

Dans un contexte où la sexualité apparaît comme un champ extérieur au mandat judiciaire, centré sur l'application de la mesure pénale et l'importance accordée à l'insertion socio-professionnelle, lorsqu'est abordée la question de l'intimité, du corps, apparaît l'enjeu essentiel pour les professionnels de la bonne distance à établir entre eux et le jeune, mais également entre le jeune et son éducateur. Pour les jeunes il s'agit de préserver « son jardin secret », de garder un contrôle sur leur vie « déjà trop racontée » dans les dossiers administratifs.

Tout cela contribue à expliquer la place secondaire qu'occupe la question de l'éducation à la sexualité dans la prise en charge des jeunes. Au final, les actions d'éducation à la sexualité et de promotion de la santé sexuelle dans une approche globale sont plutôt rares et les sollicitations des jeunes très ponctuelles, consistant en majorité à aborder des situations problématiques ou d'urgence.

Dans son rapport le HCE encourage la PJJ à amplifier la dynamique relative à l'éducation à la sexualité, notamment par la systématisation des séances offertes aux jeunes, et la promotion d'une approche globale de la santé intégrant une dimension affective et relationnelle. Il invite également à renforcer la formation des éducateurs aux enjeux de la vie affective et sexuelle dans la mesure où ils auront vocation à mettre en place de manière régulière des modules et des animations auprès des jeunes permettant ainsi d'institutionnaliser ces actions de manière pérenne.

### **Dans le secteur de l'insertion : le rôle des missions locales**

Chaque année, plus d'un million de jeunes, souvent parmi les plus fragiles, est accompagné par les missions locales. A bien des égards, en matière de santé, ils présentent des caractéristiques proches des jeunes suivis par la PJJ. Ces jeunes qui ne sont ni en formation ni en emploi ont un moindre recours au système de santé alors qu'ils présentent un état de santé moins bon que la moyenne qui défavorise leur insertion professionnelle. La précarité vécue par ces jeunes engendre, là aussi, une baisse de l'estime de soi, une incapacité à se projeter dans l'avenir et par conséquent un désengagement envers sa santé et son corps. De plus certains jeunes, en décrochage scolaire précoce ou ayant vécu des parcours migratoires compliqués, n'ont pas bénéficié des heures d'éducation à la sexualité dispensées dans le cadre scolaire.

Dans la mesure où la santé et la vie affective et sexuelle sont en lien direct avec la possibilité de construire un parcours de vie et un parcours professionnel stables, l'implication de ces espaces d'insertion concernant l'éducation à la sexualité semble être essentielle, d'autant plus que l'attention aux problématiques de santé des jeunes est l'une des missions assignées aux missions locales. Ainsi, la nouvelle loi de santé **[11]** réaffirme le rôle des missions locales qui *« sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins, et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé. »*

Selon le CNS **[25]**, des professionnels des missions locales estiment que l'abord des questions de santé se limite le plus souvent à un travail de mise en relation avec des partenaires extérieurs, mais n'offre pas un véritable accompagnement. Bien qu'elle constitue une étape importante et permette notamment la réalisation de test de dépistage, la simple orientation vers un centre d'examen de la CPAM pour la réalisation d'un bilan de santé ne suffit pas à construire un parcours de santé ni même à améliorer l'autonomie des jeunes. Le CNS insiste sur la nécessité d'un travail permettant au jeune de comprendre et de s'approprier en amont les enjeux d'une démarche de recours au soin, et en aval de savoir comment agir dans la durée au profit de sa santé.

Ainsi plusieurs rapports recommandent d'intégrer une sensibilisation à l'éducation à la sexualité dans le cadre du dispositif « Garantie Jeunes » qui depuis sa création en 2013 a été généralisé et a concerné 100 000 jeunes en 2016. Destiné aux jeunes de moins de 16

à 25 ans révolus, pas ou peu diplômés, qui ne sont ni en cycle d'études, ni en formation et dont les ressources ne dépassent pas le plafond du RSA, il propose sur le mode du volontariat un parcours intensif d'accès à l'emploi et à l'insertion. Dans ce cadre la mission locale référente offre un suivi d'un an dont 6 semaines d'« accompagnement collectif renforcé », avec une présence quotidienne au sein de la structure. Les recommandations considèrent qu'un temps dédié à l'éducation à la sexualité encadré par des partenaires locaux y aurait toute sa place et prendrait tout son sens.

### **Dans les structures accueillant des jeunes en situation de handicap**

Les parents d'enfants en situation de handicap ont souvent du mal à les reconnaître comme des êtres sexués et les tiennent parfois à l'écart d'une éducation à la sexualité. Le HCSP [28] note que l'expression de la sexualité des personnes en situation de handicap mental a de manière générale tendance à être découragée. A la fois parce qu'elles seraient dans l'incapacité de prendre des responsabilités et pour les prémunir de toute exploitation sexuelle. Si les mentalités ont eu tendance à évoluer ces dernières années et que la société leur reconnaît peu à peu le droit à une sexualité, le HCSP note que celle-ci doit au même titre que pour les autres jeunes être accompagnée d'une éducation adaptée en fonction du type de handicap. Il constate par ailleurs que si de manière générale les personnes en situation de handicap présentent des vulnérabilités accrues face aux risques liés à la sexualité, elles font rarement l'objet d'interventions adaptées de prévention ou de dépistage.

Parmi les recommandations formulées dans son axe 5 concernant la prise en compte de populations aux caractéristiques particulières, le HCSP insiste sur la nécessité de permettre l'expression d'une vie sexuelle au sein des établissements accueillant des personnes en situation de handicap notamment par la mise en place de programmes de santé sexuelle et par la formation de leurs personnels.

Dans l'optique de renforcer l'égalité des chances, la nouvelle loi de santé inscrit ainsi la promotion de la santé et la mise en place du parcours éducatif de santé dans les missions des instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent les enfants et adolescents atteints de handicap mental ou présentant une déficience intellectuelle.

### **Une indispensable montée en compétence des professionnels**

L'implication légitime et nécessaire de l'ensemble des structures accueillant des jeunes soulève la question des rôles et des compétences des professionnels qui y travaillent. Pour ceux dont la mission première ne relève pas de l'éducation à la sexualité ni même de la promotion de la santé, il est souvent complexe d'imaginer le rôle qu'ils peuvent être amenés jouer.

En effet, la posture du professionnel qui aborde la sexualité s'appuie sur des savoirs, des savoirs-faire, et des savoirs-être spécifiques. Différents rapports constatent la prégnance d'un discours hétéronormatif (l'hétérosexualité étant considérée comme allant de soi, l'homosexualité très rarement envisagée ou simplement abordée sous l'angle des discriminations) et l'existence de discours et de pratiques empreints de stéréotypes sexistes et de représentations.

Face à ce constat et pour favoriser une montée en compétences des professionnels qui interviennent auprès des jeunes, différentes recommandations d'experts insistent sur la nécessité d'introduire dans les formations initiales des modules sur l'éducation à la sexualité afin de favoriser une meilleure connaissance, reconnaissance et au final, prise en compte, des enjeux liés à la sexualité.

Ainsi, le HCSP [28] préconise d'intégrer dans les formations des personnels hors Education Nationale la connaissance des dispositifs et de l'offre des structures dédiées à la santé sexuelle afin d'assurer des orientations pertinentes. A l'instar, le HCE [23] propose qu'une sensibilisation à l'éducation à la sexualité fasse partie des formations dispensées aux personnels non qualifiés encadrant des dispositifs d'accueil de jeunes mineur(e)s et de loisirs (BAFA, BAFA, ...) ainsi qu'aux personnels suivant une formation professionnelle d'animation (BJEPS, DEJEPS, DUT animation sociale et socioculturelle...).

Il apparaît également essentiel que les professionnels identifient clairement le rôle qu'ils peuvent être amenés à jouer et qu'ils en identifient les limites. C'est pourquoi les experts recommandent, notamment pour des actions plus directes, de solliciter l'aide et le partenariat de professionnels de l'éducation à la sexualité. Pour le CNS [25], le recours à des partenaires associatifs, en complément des ressources internes, est une composante essentielle, que ce soit d'un point de vue quantitatif ou qualitatif, pour la réalisation des actions de promotion de la santé et d'éducation à la sexualité.

## Conclusion

Les multiples rapports et travaux qui préfigurent la future stratégie nationale de santé sexuelle, dans une approche non plus par risque de santé mais globale et par population, soulignent tous la place qui devra être accordée à la prévention des risques liés à la sexualité et plus largement à l'éducation à la sexualité auprès des jeunes.

La multiplicité des lieux, des temps et des manières d'aborder les questions relatives à la sexualité, doit permettre de répondre de façon adaptée aux interrogations et aux attentes des jeunes. Les recommandations insistent sur l'importance de ne pas tout attendre de l'institution scolaire et de miser sur la complémentarité des approches afin que les messages délivrés et les méthodes employées soient les plus crédibles et réalistes possible pour les jeunes qui en bénéficient, en fonction de leur parcours et de l'environnement dans lequel ils évoluent.

## Bibliographie

*Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

**[1] Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception**

MINISTERE DE LA SANTE - MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Journal Officiel de la République Française, 2001, n°156, pp. 10823-10827

**[2] Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 : L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées**

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2003, n°9, pp. 386-391

**[3] Circulaire n°2003-210 du 1er décembre 2003 : La santé des élèves - programme quinquennal de prévention et d'éducation**

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2003, n°46, pp. I-XLI

**[4] Circulaire n°2006-204 : Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2006, n°46, pp. 2562-2563

**[5] Circulaire n°2007-172 du 22 novembre 2007 : Journée mondiale de lutte contre le sida - 1er décembre 2007**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2007, n°42, pp. 2313

**[6] Circulaire n°2010-213 du 25 novembre 2010 : Journée mondiale de lutte contre le sida - 1er décembre 2010**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2010, n°43, pp. 29-30

**[7] Circulaire n°2011-216 du 2 décembre 2012 : Politique éducative de santé dans les territoires académiques**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2011, n°46, pp. 3-27

**[8] Circulaire n°2012-180 du 22 novembre 2012 : Journée mondiale de lutte contre le sida - 1er décembre 2012**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE  
Bulletin Officiel du Ministère de l'Education nationale, 2012, n°43, pp. 23-24

**[9] Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015**

Journal Officiel de la République Française, 2014, n°0297, p.21748

**[11] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé**

Journal Officiel de la République Française, 2016, n°0022

**[12] Circulaire n°2016-008 du 28 janvier 2016 : Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
Bulletin Officiel de l'Education nationale, 2016, n°5, pp. 33-36

**[13] Circulaire n°2016-114 du 10 août 2016 : Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté**

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
Bulletin Officiel de l'Education nationale, 2016, n°30, pp. 70-74

- [14] AMSELLEM- MAINGUY Y ; DUMOLLARD M  
**Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ : entre priorité et évitement**  
Paris : INJEP, 2015, n° 17, 163 p.
- [15] ATHEA N, COUDER O  
**Parler de sexualité aux ados : une éducation à la vie affective et sexuelle**  
Paris : Editions Eyrolles, CRIPS Ile-de-France, 2006, 310 p.
- [16] AUBIN C, JOURDAIN-MENNINGER D, CHAMBAUD L, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES  
**Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse**  
Paris : IGAS, 2009, 93 p.
- [17] BAJOS N, BOHET A, LE GUEN M, MOREAU C, EQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND  
**La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?**  
Population & Sociétés, 2012, n°492, 4 p.
- [18] BAJOS N, ROUZAUD-CORNABAS M, PANJO H, BOHET A, MOREAU C, EQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND  
**La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ?**  
Population & Sociétés, 2014, n° 511; 4 p.
- [19] BARIL E, TOULEMON L, MAZUY M  
**Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété**  
Population & sociétés, 2015, n° 518, 4 p.
- [20] BECK F dir., RICHARD J-B dir.  
**Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010**  
Saint-Denis : INPES, 2013, 337 p.
- [21] BELTZER N, SABONI L, SAUVAGE C, SOMMEN C  
**Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 : situation en 2010 et 18 ans d'évolution**  
Paris : ORS Ile-de-France, 2011, 153 p.
- [22] BOURDILLON F  
**Infection par le VIH et les IST bactériennes : Données épidémiologiques**  
Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 8 p.
- [23] BOUSQUET D, LAURANT F, COLLET M  
**Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes**  
Paris : HCE, 2016, 134 p.
- [24] BOZON M,  
**Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable**  
Agora débats/jeunesses, n°60, 2012, p. 121-134
- [25] CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HEPATITES VIRALES  
**Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes**  
Paris : CNS, 2017, 81 p.

[26] DREUX C

**La prévention en santé chez les adolescents**

Paris : Académie Nationale de Médecine, 2014, 55 p.

[27] EHLINGER V, MAILLOCHON F, GODEAU E

**Relations amoureuses et sexualité**

In : La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 5 p.

[28] HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE

**Santé sexuelle et reproductive**

Paris : HCSP, 2016, 90 p.

[29] INSTITUT NATIONAL D'ETUDE DEMOGRAPHIQUE

**L'âge au premier rapport sexuel**

Paris : INED, 2014, 1 p.

[30] LOT F, SMATI J, MONTLAHUC C, CAZEIN F, BARIN F, et Al.

**Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013**

BEH, n°40-41, 2015, pp. 744-751

[31] MAILLOCHON F

**L'initiation sexuelle des jeunes : un parcours relationnel sexuellement différencié**

La Santé de l'homme, 2012, n°417, pp. 46-48

[32] MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE

**Éducation à la sexualité : guide d'intervention pour les collèges et les lycées**

Paris : CNDP, 2008, 64 p.

[33] MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE

**L'éducation à la sexualité au collège et au lycée : guide du formateur**

Paris : CNDP, 2008, 55 p.

[34] ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Activité sexuelle, contraception et dépistages en région PACA**

Marseille : ORS PACA, 2013, 15 p.

[35] PELEGE D, PICOD C

**Eduquer à la sexualité : un enjeu de société**

Paris : Dunod, 2010, 262 p.

[36] SANTE PUBLIQUE FRANCE

**Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) - Rénago, Rénachla et RésIST : données au 31 décembre 2015**

Saint-Maurice : InVS, 2016, 10 p.

[37] VILAIN A

**Les interruptions volontaires de grossesse en 2015**

Etudes et résultats, 2016, n° 968, 6 p.



**Provence - Alpes - Côte d'Azur**

**Pôle de Marseille**

5, rue Saint Jacques

13006 Marseille

Tél : 04 91 59 83 83

Fax : 04 91 59 83 99

eMail : [cripspaca.marseille@lecrips.net](mailto:cripspaca.marseille@lecrips.net)

**Pôle de Nice**

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

eMail : [cripspaca.nice@lecrips.net](mailto:cripspaca.nice@lecrips.net)

**Site Internet**

<http://paca.lecrips.net>

**Centres de documentation:**

ouverts sur RDV du lundi au vendredi

9h-13h / 14h-18h sauf vendredi 17h