

LYCÉES EN SANTÉ

Fiches thématiques

Les consommations
de substances psychoactives :
tabac, alcool, cannabis

Éducation à la sexualité

Vie sexuelle et affective
à l'ère du numérique

La prévention par les pairs
en établissements scolaires

Diagnostic d'établissement

Charlotte AKHRAS-PANCALDI
Chargée de mission
FRAPS Centre-Val de Loire
Docteure en sociologie
du travail



Édito



Depuis une dizaine d'années, un partenariat entre la Région, l'ARS et la FRAPS en Centre Val de Loire permet de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé en faveur des jeunes en lycées et MFR.

Dans ce cadre, la FRAPS est amenée à intervenir auprès des lycées sous différentes formes : méthodologie de projet, dotation d'outils d'intervention, organisation de journées thématiques, création de supports comme un film et une capsule sur la prévention par les pairs.

Ces fiches thématiques constituent une autre forme d'action proposée comme ressources pour les équipes des établissements qui souhaiteront les utiliser.

Elles ont pour objectif de proposer aux porteurs de projets des lycées (chefs d'établissements, infirmier-ères-, CPE, documentalistes, professeurs...) des repères à la fois épidémiologiques, méthodologiques et stratégiques adaptés aux publics des lycées. Des projets probants, c'est-à-dire efficaces, ont été mis en perspective lorsqu'ils existent en fonction des thèmes abordés.

Ce document amené à évoluer et à s'enrichir aussi par le retour des utilisateurs-trices se présente comme un guide souple et adaptable où les professionnels de la communauté éducative vont pouvoir puiser, échanger et confronter leurs représentations et expériences.

Ce guide est composé d'une fiche diagnostic d'établissement qui mixte des indicateurs de climat scolaire et de santé, d'une fiche sur les principaux produits consommés aux lycées, à savoir le tabac, l'alcool et le cannabis, d'une fiche sur l'éducation à la sexualité complétée par des données sur l'influence du numérique et enfin d'une fiche synthétique sur la prévention par les pairs.

Charlotte AKHRAS-PANCALDI

Chargée de mission

FRAPS Centre-Val de Loire

Docteure en sociologie du travail



Projets probants et données prometteuses, de quoi parle-t-on ?



Ce document vise à accompagner les personnels des établissements scolaires dans la mise en œuvre de projets/programmes dits efficaces, c'est-à-dire des programmes qui ont eu des résultats positifs sur les jeunes.

Pour rédiger ce document, nous avons consulté les synthèses de revue de littérature sur des projets probants **SIPrev** –Stratégies d'Interventions Probantes en prévention¹ - ainsi que les programmes sur l'alcool, le tabac et le cannabis référencés par Santé Publique France².

Nous avons sélectionné les données qui s'appliquent à la population de jeunes d'âge « lycée » et repéré des programmes pouvant être mis en œuvre dans les établissements d'éducation sur des thèmes santé prioritaires. Nous avons aussi intégré les recommandations de la MILDECA et de l'Education Nationale³.

Une des références françaises dans le domaine, **Linda Cambon**⁴, chercheuse Titulaire Chaire Prévention ISPED, Centre U1219 Bordeaux, propose de définir **les données probantes** par



l'utilisation d'informations, issues de la recherche et de l'expérience -votre expertise- pour identifier d'une part, les facteurs et déterminants qui influencent les besoins de santé et d'autre part, **repérer en les adaptant les projets en promotion de la santé les plus efficaces** dans un contexte et une population donnée⁵.

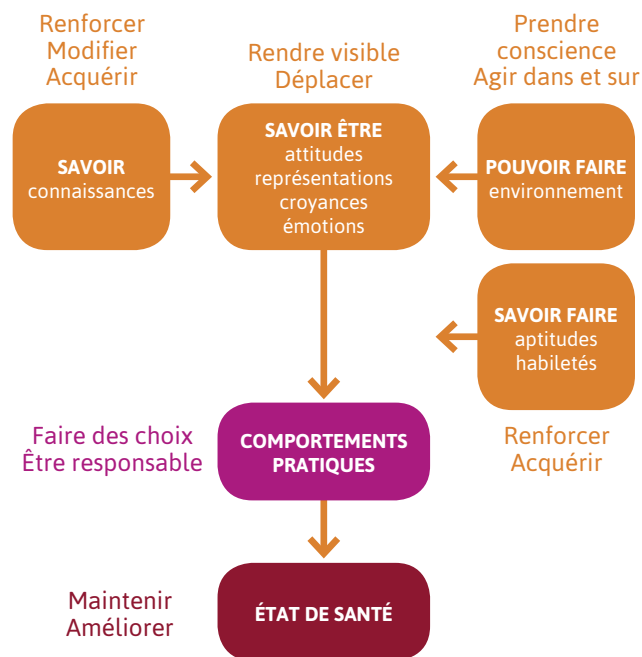
Une pratique prometteuse quant à elle, est une intervention, un programme, une stratégie d'intervention qui a le potentiel (ou « qui promet ») de devenir une pratique exemplaire. La preuve de l'efficacité de l'intervention n'est pas encore satisfaisante, mais l'on dispose de suffisamment de données pour prôner ce programme.

Le but recherché est de tendre vers les « meilleures » pratiques.

Il est rare que l'on puisse appliquer un programme tel quel ; il est essentiel de vérifier s'il est transférable sur le terrain : caractéristiques de la population (acceptabilité), problème de santé étudié, ressources disponibles (faisabilité) etc... On parle d'implémentation d'un programme, c'est une étape éminemment importante qu'il ne faut pas négliger. Il s'agit donc de repérer des interventions dites efficaces en s'interrogeant sur la possibilité, la pertinence ou non d'utiliser ces données.

Les étapes de la méthodologie de projet ne changent pas, -du diagnostic à l'évaluation-. Ainsi la clarification des intentions des porteurs de l'action requiert de s'accorder un temps pour écrire le plus finement possible ce que l'on vise afin de vérifier si les interventions proposées ont fait évoluer ou pas la situation de départ.

Pour conclure, il ne s'agit pas d'appliquer « mécaniquement » un programme quel qu'il soit mais bien de vérifier si ce dernier est pertinent dans un contexte précis. Les valeurs de respect de la personne, de garantie de la confidentialité des informations, de respect de l'autonomie des individus sont bien évidemment la base de tout programme en prévention, promotion de la santé.



¹Synthèse d'interventions probantes dans les domaines de la formation. Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP (TG REG), 08/2017

²Répertoire des interventions probantes ou prometteuses. Santé Publique France: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

³Alcool, tabac, drogues, écrans : Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Paris : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2018, 129 p.

https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190109_web.pdf

La prévention des conduites addictives en milieu scolaire. Eduscol <https://eduscol.education.fr/cid46870/la-prevention-des-conduites-addictives-milieu-scolaire.html>

⁴Linda Cambon est chercheuse titulaire de la Chaire Prévention ISPED au Centre U1219 Bordeaux

⁵Cambon L., Ridde V., Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'évidence-base health promotion dans le contexte français. In Revue d'épidémiologie et de santé publique 08/2010 pp.277-283

Recommandations générales quel que soit votre projet de prévention promotion santé

Gardons en mémoire que le projet santé de l'établissement sera d'autant plus efficace si les conditions suivantes sont réunies :

Concernant le projet d'établissement

- Avoir le soutien affiché de la hiérarchie.
- Inscrire le/les projets au sein du CESC, du projet d'établissement, le parcours éducatif de santé des jeunes.
- Communiquer le plus largement possible au sein de la communauté éducative sans oublier les familles.
- Mobiliser la communauté éducative et identifier les personnes référentes du projet.

Concernant le programme éducatif

- Préférer des programmes sur la durée (au moins 6 séances d'une à deux heures en évitant la dispersion des séances dans le temps).
- Préférer les méthodes interactives et variées :
 - la méthode dite socratique, c'est-à-dire les animateurs posent des questions aux jeunes afin que ces derniers fournissent d'eux-mêmes l'information préventive pertinente,
 - les jeux de rôle,
 - les exercices de simulation.
- Renforcer, développer les habiletés personnelles, sociales ou les Compétences Psycho Sociales - C.P.S.-.

Nous attirons votre attention sur le fait que nous avons choisi, par commodité de lecture, le genre masculin pour les fonctions ou noms. Ceux-ci peuvent être cependant occupés par des femmes comme par des hommes.

LES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

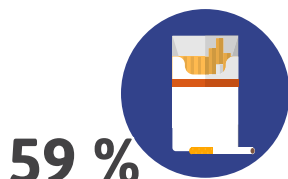
Sélection de projets probants



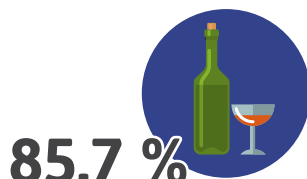
Epidémiologie et spécificité des consommations tabac, alcool, cannabis dans la population jeune

16 ans est l'âge considéré comme charnière dans les enquêtes statistiques puisque c'est une période où la diffusion des produits s'accélère et où les usages réguliers s'installent. À 17 ans, 9 jeunes sur 10 ont expérimenté l'un des trois produits suivants : le tabac, l'alcool et le cannabis⁶.

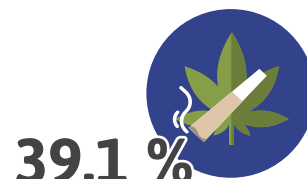
En 2017, à 17 ans,



des jeunes ont expérimenté le tabac et 25,1% sont fumeurs réguliers.



des jeunes ont expérimenté l'alcool et 8,4% sont des buveurs réguliers.

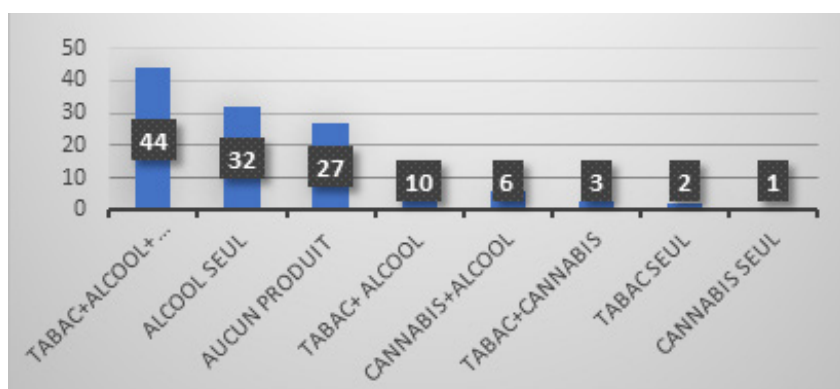


des jeunes ont expérimenté le cannabis et 7,1% sont des fumeurs réguliers.

Source ESCAPAD-OFDT

9 jeunes sur 10 ont donc expérimenté l'un des 3 produits voire les trois comme nous le montre le graphique suivant :

ENQUÊTE ARAMIS⁷, Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives, OFDT, Ivana Obradovic, Octobre 2019



CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

125 entretiens individuels conduits en face-à-face avec 57 garçons et 68 filles âgés de 13 à 18 ans
+ 6 entretiens collectifs réunissant 7 à 12 personnes
+ une série d'observations directes collectées auprès de 220 jeunes âgés de 15 à 25 ans (150 garçons et 70 filles) lors de 4 débats.

⁶Jeunes et addictions. François Beck ; Paris : OFDT, 2016, 208 p.). <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JAD2016comp.pdf>

⁷Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives - Enquête ARAMIS. Paris : OFDT, 2019, 55 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2019/attitudes-representations-aspirations-et-motivations-lors-de-linitiation-aux-substances-psychoactives-enquete-aramis/>

Ce que nous enseigne l'enquête qualitative ARAMIS

Les 3 produits consommés par les jeunes n'ont pas le même statut :



Le tabac,

malgré qu'il soit consommé régulièrement par 25% des jeunes, **est fortement « dénormalisé »**. Les interdictions de consommer dans les lieux publics, le prix élevé du tabac dissuadent les jeunes dans cette consommation jugée négativement par une majorité d'entre eux et n'offrant que peu de bénéfices associés, contrairement au cannabis et notamment l'herbe, préférée pour son « côté » naturel et les expériences qu'elle permet. Les premières expérimentations du tabac sont associées à des images déplaisantes (goût, odeur). Néanmoins, ce serait encore un rite de passage obligé qui signe son appartenance à un groupe.



L'alcool,

produit expérimenté en premier lieu dans la famille lors d'occasions festives, ne semble pas apprécié dans un premier temps. C'est lors de la deuxième initiation entre amis à l'occasion d'une fête que l'alcool changera de statut pour devenir un **produit jugé plus positivement**, intégré dans notre mode de vie (dimension culturelle, patrimoine).



Le cannabis,

quant à lui, revêt des **perceptions homogènes et positives** où la dimension du risque est quasi inexistante contrairement au tabac.



Focus sur le tabac et le cannabis

La probabilité pour un jeune de fumer ou pas dans les premières années de l'adolescence est influencée par :

- **l'appréciation** de cette consommation **dans la famille** (usagers ou non, tolérance, interdiction, voire sanction) et aussi dans l'environnement du jeune (**amis, proches...**) ;
- **le contexte culturel**, le cadre législatif, la réglementation et les politiques de lutte contre le tabagisme. Ce contexte plus large influe sur les connaissances, les valeurs, les images, les évaluations qui mènent à l'adoption d'attitudes, de croyances et de comportements en faveur ou non du tabac ;
- **les facteurs personnels et biologiques** comme le sentiment d'auto-efficacité perçue (on est capable ou non d'adopter un comportement : résister, arrêter de fumer, ne pas commencer, etc.), l'estime de soi, les compétences sociales et l'auto-détermination.

➤➤ **Réduire le tabagisme des jeunes en France passe donc par une réduction du tabagisme des adultes, source d'influence des enfants et des adolescents.**

À 17 ans, selon les sources, entre 8% à 25% des jeunes français présentaient un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis en 2014⁸ -

Dans tous les cas, « Les circonstances d'initiation sont associées à des lieux et à des moments collectifs, toujours **attachés à un contexte social plus qu'à un besoin** »

ARAMIS 2019

Le rapport souligne que « **c'est l'apprentissage de l'usage qui produit la motivation et non l'inverse** » ou autrement dit « **ce n'est pas la motivation qui est première dans l'expérimentation ou l'usage régulier** ».

La recherche de liens - se faire accepter par les autres, entrer dans un groupe - pèse fortement dans le passage à l'expérimentation, **d'où la nécessité de travailler sur les C.P.S.**

Le sentiment de transgresser des normes et ou valeurs en se risquant à consommer des produits tous interdits au regard de l'âge des consommateurs et/ou de la loi **semble inexistant, d'où la nécessité de rappeler sans moraliser le cadre réglementaire de ces produits.**

Le tabac et l'alcool sont très accessibles (« cela semble facile » de se procurer les substances en cause) et les occasions de consommer sont fréquentes y compris dans les familles, **d'où la nécessité d'échanger sur ces différents contextes de consommation en lien avec le groupe social d'appartenance, les croyances religieuses** par exemple.

Deux autres résultats de cette recherche méritent d'être soulignés : le premier relativement attendu est **le sentiment des jeunes de « gérer » leurs consommations**, d'avoir le contrôle de la situation (ce qui est démenti par les faits assez fréquemment) et **la volonté exprimée de contrôler leur usage**. Certains jeunes développent d'ailleurs des stratégies pour éviter les excès, se donnant des repères de consommation à ne pas dépasser au cours d'une soirée. Ici aussi, c'est l'occasion d'aborder leur façon de consommer, le plaisir, les situations à risques immédiats et/ou différés.

⁸Le Nézetet al., 2015- et OFDT, Drogues chiffres clés, 2017 et OFDT, tendances 106, Alcool, tabac, cannabis en 2014 durant les années collège » décembre 2015.

Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018.

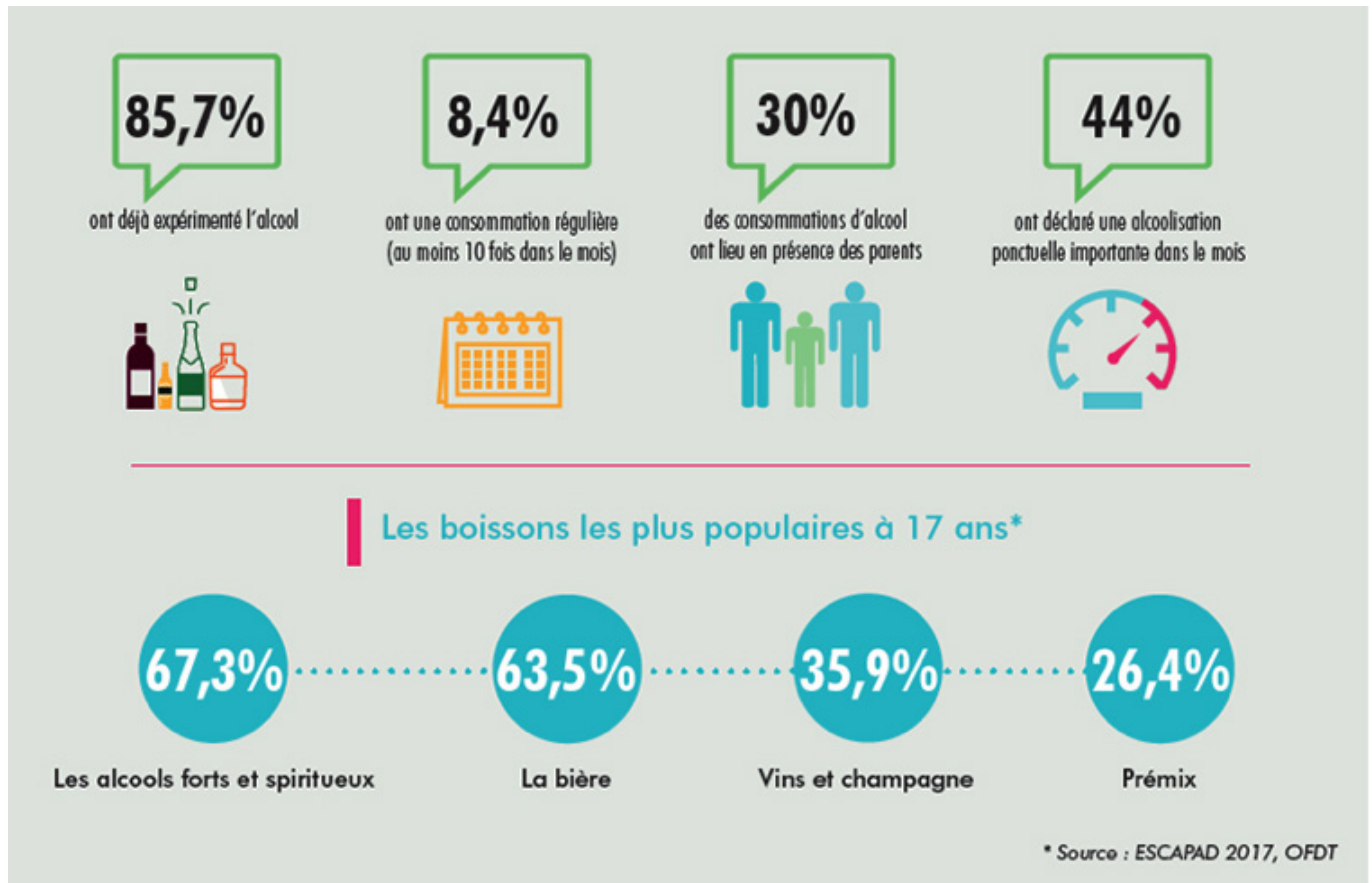
Paris : OFDT, Tendances n° 132, 4 p.

<https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/usages-dalcool-de-tabac-et-de-cannabis-chez-les-adolescents-du-secondaire-en-2018-tendances-132-juin-2019/>



Focus sur L'alcool

Pour rappel, **le produit alcool est le plus consommé parmi les 3 produits étudiés** et peut-être celui où la mise en danger immédiate est la plus probable, notamment en cas **d'alcoolisation excessive, phénomène qui touche 44% des jeunes de 17 ans.**



Dans la population jeune, il semble que quatre idées erronées perdurent, à savoir :

- « Il n'y a pas d'âge légal en France pour acheter de l'alcool »
- « La bière, ce n'est pas vraiment de l'alcool »
- « Dans les prémix, il y a moins d'alcool »
- « Une « cuite » de temps en temps, ce n'est pas grave ».

Nous centrerons ici notre propos sur les programmes visant à prévenir et/ou réduire l'abus d'alcool c'est-à-dire à prévenir les ivresses et les consommations excessives ponctuelles « binge drinking » dans la mesure où **les résultats positifs les plus souvent constatés à travers tous les programmes concernent ce type de consommation.**

Il faut aussi avoir à l'esprit que les jeunes peuvent consommer avant de « sortir » « la préconsommation » afin de minimiser les coûts liés à l'achat de boissons alcoolisées. Des études suggèrent que la préconsommation d'alcool pourrait être associée à une consommation globale d'alcool plus élevée au cours d'une nuit de sortie et à une probabilité plus forte d'être impliqué dans des actes de violence (Wahl, Kriston et Berner 2010 ; Hughes et al. 2008).

La consommation excessive d'alcool est un mode de consommation fréquemment rapporté par les adolescents et les jeunes adultes. Le repère pour les adultes est de 5 verres ou plus par occasion chez les hommes et de 4 verres ou plus par occasion chez les femmes. En plus des comportements à risque souvent associés à l'alcoolémie élevée comme dans les cas de conduite avec les facultés affaiblies, les bagarres ou les relations sexuelles à risque, **la consommation excessive d'alcool chez les jeunes peut engendrer des effets chroniques à long terme comme des problèmes de développement neurologique, des problèmes de sommeil ainsi qu'une dépendance à l'alcool.** Des impacts sociaux tels que les difficultés et le décrochage scolaire sont également liés à ce comportement.

L'Institut national de santé publique du Québec a recensé les interventions efficaces¹⁵ dont les programmes éducatifs et/ou psychosociaux. Les premiers se centrent sur les dangers potentiels liés à l'usage d'alcool tandis que les deuxièmes renforcent les compétences pour réduire les alcoolisations excessives. (Foxcroft&Tsertsvadze, 2011c).

La campagne de Santé Publique France « Amis aussi la nuit »¹⁶

La campagne « Amis aussi la nuit » est un outil proposé par Santé Publique France qui vise à prévenir les risques liés aux consommations de produits psychoactifs tels que l'alcool et le cannabis dans les contextes festifs. L'on vise ici au renforcement des compétences psychosociales comme la capacité à résister à la pression des pairs et aussi à l'entraide mutuelle avec la mise à disposition d'un site dédié, d'affiches, de spots télévision et radiophonique et d'une présence active sur les réseaux sociaux.

Comme nous l'avons déjà dit, au lycée, la majorité des jeunes a expérimenté le produit alcool, voire a été en situation d'alcoolisation massive.

Dès lors, les projets devraient viser deux objectifs :

- Retarder l'expérimentation pour les jeunes qui n'en ont jamais consommé.
- Travailler sur la réduction des consommations nocives pour les autres qui sont les plus nombreux. **Il est plus pertinent de sensibiliser les jeunes sur les conséquences immédiates de ce type de consommation : accidents de la route, violence, rapports sexuels sans protection et/ou sans consentement que sur les conséquences à moyen long terme.**

Les interventions -individuelles voire collectives- brèves qui prévoient des échanges sur les effets d'une consommation d'alcool, les risques et niveau de consommation avec une comparaison avec les normes de consommation (repères), la fixation d'objectifs pour faire face à l'exposition aux consommations sont considérées comme efficaces auprès des jeunes. Les interventions en face à face sont plus efficaces que celles basées sur Internet même si ces dernières peuvent rejoindre des publics plus difficiles à mobiliser. Des outils, grilles comme ADOSPA, Adolescents et Substances Psycho Actives peuvent être de bons supports pour évaluer les consommations.

¹⁵ La consommation excessive d'alcool chez les jeunes Québécois : interventions efficaces de prévention. Québec : INSPQ, 2016, 67 p. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2214_consommation_excessive_alcool_jeunes_quebecois.pdf

¹⁶ <https://www.amisaussilanuit.fr/>

¹⁷ Réponses du secteur de l'éducation à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation à la santé. Genève : OMS, 2018, 69 p. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000262941>

Recommandations générales issues des données probantes sur les 3 produits les plus consommés par les jeunes : **tabac, alcool, cannabis**



Le saviez-vous, les programmes les plus efficaces sont ceux qui ont pour objet ou qui croisent des actions auprès de l'individu et du-des-milieux (de vie). Les lois et leurs applications, le prix des produits comme l'alcool et le tabac pour ne citer que cet exemple, l'accessibilité aux dits produits sont des instruments qui visent à faire évoluer l'environnement alors que les projets éducatifs, l'entretien motivationnel, les interventions brèves visent à faire évoluer les représentations, attitudes et comportements des personnes, ici les jeunes.

L'entrée par substances « séparées » n'est pas conseillée, les programmes de prévention devraient couvrir au moins le tabac, l'alcool et le cannabis (herbe) puisque les jeunes sont poly-expérimentateurs et/ou consommateurs. Néanmoins, le projet prévoit des informations, des contenus sur chaque substance.

Travailler sur les croyances normatives ou représentations et « discuter » avec le public des repères de consommation.

Intégrer des repères visant à réguler les consommations



Travailler sur les croyances normatives

Les normes sociales de consommation de tabac, alcool, cannabis sont presque toujours surévaluées, il s'agira donc de « corriger » la surestimation. Par exemple, il est fondamental de déconstruire l'idée reçue que « tous les jeunes fument » en donnant des repères épidémiologiques. En effet, cet argument est souvent avancé pour justifier sa propre consommation. **Cette perception erronée serait un déterminant du tabagisme plus important que l'usage réel du tabac par les amis.** Or, si l'on se réfère aux données épidémiologiques, la majorité des jeunes est pourtant non-fumeuse (25 % des adolescents de 17 ans sont des fumeurs quotidiens)⁹.

Les projets de prévention devraient donc systématiquement intégrer des repères visant à réguler les consommations et à chercher à éviter et à réduire les usages excessifs. Cette recommandation va de pair avec une réflexion systématique à proposer sur les croyances normatives.

Pour résumer, le message doit être crédible et réaliste aux yeux des jeunes.

En cela, les programmes doivent s'intéresser à toute forme de consommation, légale ou non (NIDA, 2011) ;

- fournir des prévalences exactes de la consommation de substances chez les jeunes (Santé Canada, 2001 ; Botvin et Griffin, 2007) ;
- discuter des avantages perçus par les jeunes quant à la consommation à condition de proposer des stratégies permettant d'obtenir ces mêmes bénéfices sans consommer ou en diminuant leur consommation (Santé Canada, 2001).

Les programmes de prévention visant le développement de compétences psychosociales (résolution de problèmes, prise de décision, communication et affirmation) s'avèreraient efficaces chez les plus jeunes (Santé Canada, 2001 ; Hawks et coll., 2002 ; Springer et coll., 2004 ; Botvin et Griffin, 2007).

Ces programmes seraient moins efficaces auprès des élèves plus âgés (Santé Canada, 2001).

Seraient alors à privilégier les programmes visant à modifier les perceptions erronées relatives aux normes de consommation, et poursuivre le travail visant à changer l'image du tabagisme en rendant ce comportement social moins acceptable, moins accessible et moins désirable.

⁹Drogues chiffres clés. Paris : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), juin 2019, 4p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>

Des programmes probants ou prometteurs, Tabado, Avenir sans Tabac et Repcan

Le choix de présenter des stratégies d'intervention qui visent les deux produits tabac et cannabis dans une même section se justifie puisque ces substances s'inhalent et qu'une part importante mais non exclusive comme nous l'avons vu des jeunes usent des deux produits. D'ailleurs les programmes et expérimentations présentées visent les deux types de consommation.



Ensemble,
sans tabac

TABADO

Tabado, un programme probant d'aide au sevrage tabagique en milieu scolaire¹⁰

L'objectif principal¹¹ de TABADO 2 est d'aider les adolescents qui le souhaitent à **arrêter de fumer (du tabac et/ou du cannabis)**. Ce programme a été développé pour les populations les plus à risques et les moins sollicitées par les actions de prévention : les jeunes en CFA, puis étendu aux jeunes en lycées professionnels. Ce programme sur deux années successives nécessite une phase préparatoire d'une année et du **soutien actif du chef d'établissement**. En effet, il faut **mobiliser l'ensemble de la communauté éducative lors d'une réunion plénière**. L'infirmier-ère- quant à lui/elle peut être la personne référente du projet après avoir bénéficié d'une formation. **Un-e tabacologue doit obligatoirement participer au projet.**

Sa mise en œuvre se fait en trois étapes : collective, individuelle et groupe ciblé

Tabado démarre par l'organisation de réunions d'information de sensibilisation sur le tabac (une heure prise sur les cours) en classes entières, à l'issue desquelles les fumeurs peuvent s'inscrire au programme complet pour bénéficier d'une prise en charge par un tabacologue.

Si toutes les classes d'un même établissement ne peuvent pas bénéficier de ces réunions, il faudra envisager de cibler des classes en laissant la possibilité aux autres jeunes de s'inscrire à Tabado. Dans tous les cas, il faut réaliser un diagnostic ou autrement dit évaluer la prévalence du tabac et autres co-addictions (cannabis, chicha, alcool) des jeunes de l'établissement dans le respect de **l'anonymat des participants**.

En pratique, Tabado c'est 5 rendez-vous (diagnostic de 55 minutes) et 4 consultations de suivi (20 minutes) + 4 séances en groupe

En synthèse, les messages indispensables à passer aux élèves concernant TABADO 2 sont :

- Il n'y a pas d'obligation d'arrêt du tabac : on peut aussi s'inscrire pour diminuer, ou pour faire un bilan avec un tabacologue et se renseigner de manière individuelle.
- Le programme est **gratuit pour les jeunes y compris les substituts nicotiniques**.
- Le programme se déroule sur des heures de cours.
- Les parents ne sont pas informés du statut tabagique ou autres consommations de l'élève.
- On ouvre la possibilité d'aborder d'autres thématiques que le tabac avec le tabacologue (cannabis, cocaïne...).
- Il est possible de quitter le programme à tout moment.
- Il faut bien expliquer comment s'inscrire, auprès de qui, le nom et le lieu du bureau du référent/infirmier.

Attention : Il ne faut pas négliger les aspects logistiques du programme : organisation des réunions, planning, organisation des consultations individuelles et collectives, relance et suivi des volontaires, matériel à prévoir (flyer d'information, disponibilité des substituts nicotiniques).

Le programme « Tabado » associe une double prise en charge déjà reconnue comme efficace chez l'adulte et intègre les principaux critères de réussite pour un programme d'aide au sevrage tabagique chez les adolescents : l'accessibilité par la gratuité et la proximité.



<https://urlz.fr/dSZN>

¹⁰ TABADO 2, Un guide pour une stratégie d'accompagnement au sevrage tabagique des adolescents en milieu scolaire. Guide a été rédigé par Amandine Vallata (université de Lorraine) et François Alla (université de Bordeaux).

¹¹ Le programme « Tabado » a été développé par l'équipe de l'Université de Lorraine et du CHRU de Nancy en 2007-2009



« AVENIR SANS TABAC »

en lycée, CFA Projet du Souffle 64 (Pau), évalué en 2016-2017 par Santé Publique France - Etudes et enquêtes, Résultats de l'évaluation du programme

L'objectif de ce programme qui compte parmi les 5 projets prometteurs¹² sélectionnés par la Cipca est d'**aider à l'arrêt ou à la diminution de la consommation des jeunes fumeurs de tabac et de cannabis.**

Sa mise en œuvre

La stratégie d'intervention repose sur la technique de l'**entretien motivationnel (EM)** avec des **professionnels formés** dans le cadre de la participation de tous les volontaires jeunes à un premier stand où est mesuré le souffle (débit expiratoire de pointe, DEP). Si le jeune est fumeur, il lui est proposé un deuxième stand -Tabac-cannabis- avec une mesure du CO expiré, un entretien motivationnel et un feedback sur sa consommation.

Les jeunes fumeurs se voient proposer deux ateliers collectifs -d'une durée d'une heure- dans les semaines qui suivent le forum.

Les variables directement ciblées par le programme sont :

- ➔ La motivation au changement (intention de diminuer ou d'arrêter la consommation)
- ➔ Le sentiment d'efficacité personnelle (relatif à l'arrêt ou la diminution de la consommation)
- ➔ Les normes sociales de consommation (correction de la surestimation)

Quelques résultats

La participation au stand Tabac-Cannabis du programme Avenir sans Tabac est associée à court terme à une diminution du niveau de consommation des jeunes fumeurs de cigarettes et de cannabis. Cependant, ce programme nécessite des évolutions notamment il faut prévoir plus de professionnels lors de la phase 1 (stands), ou bien programmer plusieurs fois dans l'année ces derniers pour sensibiliser plus de jeunes. Les résultats de l'évaluation menée par Santé Publique France montrent que les changements de l'intention et de l'auto-efficacité observés chez les jeunes fumeurs étaient associés à **la qualité de l'entretien motivationnel.**

En ce qui concerne les **deux ateliers collectifs**, les chercheurs n'ont pas observé de bénéfice par rapport à la participation au stand « seul ». **Il est donc préconisé d'augmenter le nombre d'ateliers collectifs et de veiller à la participation des jeunes concernés**, à défaut d'orienter ces jeunes vers des structures relais ou de prévoir des permanences de ces structures au sein de l'établissement.



<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/resultats-de-l-evaluation-du-programme-avenir-sans-tabac>

¹² En effet, le programme n'est pas encore stabilisé

Les campagnes « Moi's sans tabac »

Depuis le mois de novembre 2016, Santé Publique France mobilise l'ensemble des acteurs pour qu'ils sensibilisent les fumeurs à l'arrêt et/ou la diminution du tabac sous forme d'un défi durant un mois. Les stratégies retenues sont positives et non culpabilisantes et les messages d'encouragement à l'arrêt s'adressent à l'ensemble de la population fumeurs ou non fumeurs (ces derniers soutiennent les premiers dans leurs démarches). En effet, il est démontré que les chances de maintenir l'arrêt du tabac sont augmentées après 4 semaines de sevrage.

Les établissements scolaires peuvent s'emparer de cette campagne nationale en la relayant auprès des jeunes, ce qui est d'ailleurs le cas dans des lycées de la région Centre-Val de Loire.

Focus sur l'intervention brève motivationnelle

Les interventions brèves sont une forme d'intervention ciblée potentiellement efficace chez les jeunes (Carney, 2012 ; ONUDC, 2013) qui visent à amener un individu à l'idée de changer son mode de consommation de produits psychoactifs alors qu'il y serait peu favorable a priori. Elles peuvent durer moins de cinq minutes ou comporter jusqu'à quatre séances. Leur efficacité est reconnue pour les adultes dans divers contextes médicaux -services des urgences, cabinet médical- et elles le seraient pour des jeunes du secondaire. Cette stratégie d'intervention serait plus efficace en individuel qu'en collectif (Hennessy et al, 2015)¹⁴



Un programme sur le cannabis prometteur en cours d'expérimentation, RepCan

RepCan¹³, est une campagne de repérage précoce des **usages problématiques de cannabis** chez les lycéens et de sensibilisation face aux forts niveaux d'usages de cannabis en Midi-Pyrénées. Ce programme a été évalué.

L'objectif est de repérer de façon systématique les jeunes qui ont un usage problématique du produit, de les accompagner vers une réduction de l'usage et/ou de les orienter vers des structures spécialisées comme les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Les jeunes sont volontaires et non contraints, ils peuvent donc refuser de répondre au questionnaire proposé.

Un deuxième objectif est que le jeune perçoive que **le personnel infirmier est une ressource** dans la recherche d'aide et d'accompagnement et qu'il **repère les structures d'aide et d'accompagnement gratuites**, information qu'ils ne détiennent pas toujours. Les infirmiers, conseillers techniques des inspections académiques ont été invités à se rapprocher des CJC afin de les informer du projet.

Sa mise en œuvre

Il s'agit de **proposer de façon systématique** (sauf situation d'urgence) **une auto-évaluation à partir du questionnaire de repérage CAST** (Cannabis screening abuse test), « seul outil de repérage des usages problématiques de cannabis validé en population adolescente de langue francophone » à tous les élèves qui viennent voir l'infirmier-ère- sur une durée de deux semaines minimum, sous le sceau du secret professionnel.

Quelques résultats

- Le dispositif RepCan a confirmé la capacité de l'outil de repérage (ici le CAST) à objectiver l'identification d'élèves qui auraient besoin d'être suivis du fait de leurs usages de cannabis, en l'absence ou en amont de signes ostensibles. En effet, **la moitié des infirmières-ers- ont déclaré avoir identifié des jeunes non repérés dans la mesure où ils ne présentaient pas de signes visibles d'une consommation problématique et qui nécessitaient d'être suivis.**
- Ce repérage a facilité le dialogue sur ces consommations et permis l'orientation de nombreux jeunes vers des structures spécialisées.
- Afin de capitaliser la dynamique des premiers échanges autour du repérage, il apparaît opportun que l'infirmier-ère-scolaire établisse un suivi des élèves, notamment ceux dont le score est élevé.
- Le programme est bien accepté par les jeunes qui ne semblent pas gênés par cette proposition quel que soit leur niveau de consommation.
- Il est indispensable d'inscrire la campagne dans la politique générale de prévention ou promotion de la santé de l'établissement et de mettre en œuvre cette campagne assez tôt dans l'année soit au début du deuxième trimestre de l'année scolaire. De plus, il serait opportun de répéter plusieurs fois dans l'année cette dernière afin que plus de jeunes en bénéficient, voire d'intégrer cette pratique en routine à chaque visite d'un jeune à l'infirmierie.

¹³ Repérage des usages problématiques de cannabis au lycée. Évaluation de processus et de résultats. Paris : OFDT, 2016, 28 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcmwc.pdf>

¹⁴ Jeunes, addictions et prévention : Dossier MILDECA. Nicolas Prisse. Paris : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), 2018, 40 p. <https://www.drogues.gouv.fr/cipca/dossier-mildec-a-jeunes-addictions-prevention>

Pour conclure

Nous proposons de synthétiser ici les recommandations transversales qui guident les pratiques les plus efficaces et de mentionner ce qui n'est pas conseillé¹⁷.



CE QUI EST RECOMMANDÉ

Méthodes interactives

- + Plusieurs séances espacées d'une semaine (10 à 15)
- + Professionnels formés
- + Travail sur CPS adaptation, prise de décision, résistance à la pression
- + Travail sur les risques associés immédiats
- + Idées fausses sur les attentes liées aux consommations de substances, sur le caractère banal et courant de ces consommations.



CE QUI N'EST PAS CONSEILLÉ

Passage d'informations uniquement

- + Approche par la peur
- + Cours magistraux comme stratégie principale
- + Témoignages de personnes concernées par la problématique de consommation
- + Travail sur les seuls CPS estime de soi et gestion des émotions
- + Aborder uniquement la CPS « savoir prendre des décisions » et recourir uniquement aux valeurs éthiques et/ou morales
- + Recours à des fonctionnaires de police pour mettre en œuvre le programme.

VOUS AVEZ ENVIE D'ALLER PLUS LOIN ?

Des ressources existent pour vous accompagner dans le montage de votre projet :

- **Portail POPS** pour les références sur cette thématique et les outils d'intervention (jeux, exposition, techniques d'animation...) :
<https://fraps.centredoc.fr/index.php>
- > Catalogue FRAPS IREPS « Outillons-nous pour prévenir les conduites addictives ! Ressources pour comprendre et supports pour intervenir »
- **Le site du village des addictions :**
<https://www.addictaide.fr/>
- **Maad digital :**
<http://www.maad-digital.fr/>
- **Mildeca :**
<https://www.drogues.gouv.fr/>
- **Fil santé jeunes :**
<https://www.filsantejeunes.com/>
- **Tabac info service :**
<https://www.tabac-info-service.fr/>
- **Alcool info service :**
<https://www.alcool-info-service.fr/>
- **Les chargé.e.s de projet de la FRAPS Centre-Val de Loire**

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ





Cette fiche a été élaborée à partir des recommandations internationales qui recensent des programmes probants (SIPprev 2017 relatives à la contraception et la vie affective et sexuelle chez les jeunes). Plusieurs dossiers documentaires du CRIPS Sud du mois de novembre 2019 ont aussi été utilisés, nous en présenterons les principales informations sur la santé sexuelle des jeunes. Seul un programme Suisse visant la réduction des violences au sein des couples, « Sortir Ensemble et Se Respecter SE&SR » a été repéré comme probant.



La définition de la santé sexuelle de l'OMS (2006) fait aujourd'hui consensus.

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social ... pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » (OMS 2006, 4).

Comme pour les autres thématiques de santé, un ensemble de facteurs interfèrent dans la sexualité des personnes et des prises de risques.

Le niveau d'éducation, le soutien et l'encadrement des familles constituent des facteurs protecteurs. Le groupe de pairs influencerait moins la santé sexuelle du jeune que le statut du partenaire (être plus âgé par exemple, utiliser ou pas des préservatifs).

Trois stratégies sont identifiées comme probantes au niveau international :



- Les programmes d'éducation à la sexualité,
- Les services médicaux,
- Les interventions qui combinent plusieurs niveaux d'intervention comme le fait de rendre plus autonome les personnes économiquement, particulièrement les femmes.

Nous avons fait le choix de nous attarder sur les programmes d'éducation à la sexualité bien qu'il soit excessif de parler de programme. De fait, il s'agit plus de recommandations qui ont montré qu'elles garantissaient une certaine efficacité des actions.

Ce que l'on connaît de la sexualité des jeunes

Sexualité des jeunes : âge médian, circonstances du premier rapport sexuel

Contrairement à certaines idées reçues, les adolescents-es 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 2016, 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 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles. Cet âge médian n'a que très peu évolué depuis les années 80.

L'âge au premier rapport est une question quasi systématiquement posée par les jeunes qui très souvent l'estiment beaucoup plus tôt qu'il ne l'est en réalité **-croyances normatives-**. Cet âge ne doit pas constituer une norme mais plus un repère rassurant pour celles et ceux qui s'imaginent être « en retard » par rapport à leurs pairs. De fait, parler de l'âge au premier rapport sexuel permet d'aborder des questions comme les sentiments, se sentir prêt-e-, ne pas se croire obligé d'avoir des rapports sexuels pour faire comme les autres ; soit ne pas à avoir des relations sexuelles si l'on ne le désire pas vraiment.



Des différences assez permanentes dans le temps persistent entre les jeunes filles et les garçons : les premières s'initient souvent avec un-e partenaire plus âgé-e d'au moins deux ans (49,6% d'entre elles) et qui a déjà eu des rapports sexuels alors que les jeunes hommes sont seulement 19,2% dans ce cas. Elles sont également moins nombreuses que les hommes à débiter leur vie sexuelle avant 15 ans (6,9% contre 16,5%). Les initiations dites tardives, à partir de 19 ans, concernent quant à elles 33,2% des femmes et 23,1% des hommes. De plus, les raisons qui motivent le passage à l'acte restent très « genrées » : les sentiments pour les filles et le désir pour les hommes.

Ces données nous permettent en partie d'éclairer les tensions qui existent entre filles et garçons. De façon très schématique, nous pourrions résumer la situation comme suit : les jeunes hommes ont moins d'opportunité de rencontres dans le groupe de pairs puisque les filles de leur âge vont vers des jeunes hommes plus âgés et les jeunes filles doivent « négocier » un report des premières relations sexuelles auprès de jeunes hommes plus expérimentés et très désireux de passer à l'acte.

10,7% des jeunes femmes, soit 1 femme sur 10, déclarent avoir cédé aux attentes de leurs partenaires contre 6,9% des hommes.

Deux autres données méritent d'être exposées en dépit de leurs anciennetés relatives -Bajos et Bozon 2008¹- : le premier enseignement des travaux de ces deux chercheurs est de montrer que la sexualité des français semble plutôt satisfaisante puisque 88% des femmes comme des hommes jugent leur vie sexuelle « très bonne » ou « satisfaisante » au moment de l'enquête.

Le deuxième enseignement concerne le nombre de partenaires déclarés entre les hommes et les femmes : il est de 4,4 pour les femmes et de 11,6 pour les hommes en 2006. Cet écart est régulièrement constaté dans toutes les enquêtes et correspond en partie aux normes sociales attendues envers les femmes sensées avoir moins d'appétit sexuel et être plus vertueuses, caractéristiques qui seraient moins masculines. On fera ici l'hypothèse qu'il y a une tendance à la sous-estimation du nombre de partenaires du côté du féminin et à l'inverse une tendance à la sur estimation du côté du masculin.

¹ https://www.editions-ladecouverte.fr/enquete_sur_la_sexualite_en_france-9782707154293



Prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles dans la population jeune

Nous présenterons les données les plus récentes sur quatre Infections Sexuellement Transmissibles : le VIH SIDA, Les gonococcies, les chlamydiae et la syphilis.

Vih-Sida

En 2018, 6155 nouvelles séropositivités ont été enregistrées en France dont 13%² chez les jeunes de moins de 25 ans. 1700 personnes ont été découvertes à un stade avancé du VIH. 35% des découvertes concernent des femmes, les hommes restent donc très affectés par cette épidémie. Les modes de contamination sont à 56% hétérosexuels et 40% des personnes contaminées sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. 56% des personnes découvertes en 2018 sont des personnes nées hors de France.

Infection à gonocoque (SPF 2016)³

Cette infection touche 49 628 personnes, les hommes sont plus concernés que les femmes - 131 cas/100 000 pour les hommes versus 55 cas/100 000 pour les femmes- ; pour les 15-24 ans le taux est de 181 cas/100 000.

Chlamydia (SPF 2016)

267 097 cas sont répertoriés avec plus de femmes que d'hommes concernés (592/100 000 femmes pour 380/100 000 hommes) ; ce sont les femmes de moins de 24 ans les plus affectées par cette IST, soit 2 271/100 000 cas.

La syphilis

En 2018, 1762 cas de syphilis récentes ont été enregistrés par le réseau ResIST, ce chiffre est stable depuis deux ans, surtout chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les hommes hétérosexuels mais il augmente chez les femmes (notamment les 20-30 ans) surtout parmi les femmes nées à l'étranger. 45% des personnes diagnostiquées ne présentent aucun signe clinique et ce surtout chez les femmes.

En synthèse, Il convient de distinguer deux réalités épidémiologiques bien différentes qui affectent des populations elles aussi distinctes :

- Les IST qui, de par leur fréquence, leurs modes de contamination et leurs transmissibilités élevées concernent potentiellement tous les jeunes (et ce dès l'entrée dans la sexualité) parmi lesquelles on trouve notamment les infections à Chlamydia et celles à Papillomavirus Humains.
- Celles plus ciblées qui concernent des jeunes présentant des vulnérabilités spécifiques (usagers-ères de produits psychoactifs, Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), migrants-es, jeunes en situation de précarité, en situation de prostitution, sous-main de justice...) parmi lesquelles on trouve le VIH, la syphilis, la LGV, les hépatites, les gonococcies.

² Bulletin de Santé Publique 9 octobre 2019 <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-sida.-octobre-2019>

³ Epidémiologie des IST mise à jour juillet 2019 <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>

Recommandations sur les IST

Durant les séances d'éducation à la sexualité, il ne s'agit pas de « donner » un cours sur chaque IST mais plutôt de permettre :

- De « faire » repérer les signes de ces dernières lorsqu'ils existent,
- De repérer ensemble les différents modes de contamination ou situation à risques en conservant à l'idée que les rapports bucco génitaux constituent un mode de transmission des IST souvent ignorés, en abordant les Traitements Post Exposition (TPE) et la PrEP ou prophylaxie pré-exposition, traitement médicamenteux qui empêche l'infection par le virus du sida chez des personnes séronégatives,
- D'échanger sur les conséquences -contamination du/des partenaires, stérilité...- de ces maladies lorsqu'elles ne sont pas traitées correctement,
- De rassurer les jeunes -on peut guérir de certaines IST, des traitements existent pour celles comme le VIH Sida dont on ne guérit toujours pas- ou autrement dit d'éviter la dramatisation,
- D'aborder les modalités concrètes de dépistage des IST,
- D'échanger sur la conduite à suivre lorsque la personne a un doute, « pense qu'elle est porteuse d'une IST », soit de prévenir son/sa/ses partenaires et surtout de repérer avec les jeunes, les professionnels et lieux ressources : médecin, CeGIDD - Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST- présents sur tout le territoire français. Des cartes avec les adresses recensant ces différents lieux peuvent être mises à disposition.
- De voir avec les jeunes l'utilisation pratique du préservatif et l'arrêt de cette utilisation (les conditions idéales, les actions concrètes à mettre en place comme le dépistage mutuel des IST).
- Enfin, il est aussi incontournable de conforter la place des personnels de santé des établissements scolaires comme professionnels ressources en la matière : contraception d'urgence, test de grossesse sont deux actes envisageables au collège et au lycée. De plus, ces professionnels savent orienter les jeunes vers les CPEF -Centre de Planification et d'Education Familiale- implantés dans tous les départements, gratuits pour les mineur-e-s de moins de 18 ans et sans autorisation parentale.

La contraception et contraception d'urgence

D'après les derniers résultats du Baromètre santé de 2016, seules 2,3% des femmes de 15-19 ans et 4,3% des 20-24 ans n'utilisent pas de méthode contraceptive alors qu'elles sont exposées au risque de grossesse.

Chez les 15-19 ans, le schéma contraceptif a peu évolué : 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 Dispositif Intra-Utérin (DIU) pour les femmes déjà mères.



La désaffection de la pilule a été relativement faible pour les 15-19 ans et n'a pas donné lieu à une diversification des méthodes, si ce n'est un début de recours à l'implant.

On peut noter également une augmentation de l'utilisation du préservatif.

Chez les femmes de 20-24 ans, la diminution de l'utilisation de la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016 et s'est accompagnée d'une diversification des méthodes.

De façon significative, les jeunes femmes se sont reportées vers le préservatif dont l'usage a doublé entre 2010 et 2016 (de 9,0% à 18,6%). Sur cette même période, le DIU et l'implant ont également fortement progressé passant respectivement de 1,6% à 4,7% et de 4,1% à 9,6%, même si leur utilisation reste encore marginale.



Toujours en 2016, 6,2% des femmes âgées de 15-49 ans exposées à un risque de grossesse non prévue ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. C'est parmi les femmes âgées de 15-19 ans qu'a été trouvée la proportion d'utilisatrices la plus élevée (21,4%).

La majorité des utilisatrices (70,0%) n'ont eu recours à la contraception d'urgence qu'une seule fois dans l'année. Malgré un accès facilité et une évolution importante du paysage contraceptif ces 15 dernières années, l'utilisation de la contraception d'urgence n'a pas progressé en France. Depuis 2005, les chiffres de ventes sont très stables (autour de 1 million de boîte vendues) alors même que différentes enquêtes convergent pour montrer un recours insuffisant à la contraception d'urgence en cas de rapport non ou mal protégé. L'enquête FECOND [6] 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. De plus, une enquête de l'INED de 2011, constatait que l'identification d'un risque de grossesse est insuffisante : parmi les femmes ayant réalisé une interruption volontaire de grossesse (IVG), neuf sur dix n'avaient pas utilisé la contraception d'urgence car elles n'avaient pas identifié le risque. En effet, si 97,5% des répondants-es 15-19 ans connaissent la contraception d'urgence, seuls-es **70,2% la perçoivent comme efficace et 47,3% la perçoivent comme risquée pour la santé alors qu'elle ne l'est pas.**

Le recours à l'IVG chez les jeunes-femmes

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 209 500 en métropole. Leur nombre est relativement stable depuis 2006. **Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27,3 IVG pour 1 000 femmes**, tandis que **les taux continuent à décroître chez les femmes de moins de 20 ans, atteignant 6 pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans** et 17,4 parmi les 18-19 ans.

L'IVG n'est pas un évènement exceptionnel 33% des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie- il constitue une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes et doit donc être prise en compte en tant que tel. Les facteurs qui conduisent à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre sont multiples et complexes.

L'utilisation du préservatif

Depuis 30 ans, le recours au préservatif lors du premier rapport sexuel a régulièrement et très fortement augmenté, pour se stabiliser autour de 85% depuis les années 2000 (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. Néanmoins si l'utilisation du préservatif est élevée lors des premiers rapports avec un-e nouveau-elle partenaire, elle est beaucoup moins constante dans le temps. 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. Toutefois, les données concernant l'utilisation et la perception de l'efficacité du préservatif 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. [8] Ces éléments montrent l'importance d'adapter et de redynamiser les messages de promotion du préservatif auprès de ce public.

Violences, discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre

Les violences, discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre restent un problème de santé imparfaitement documenté dans la mesure où beaucoup de victimes ne portent pas plainte et aussi par la reconnaissance tardive de ce problème de santé publique. Nous nous efforcerons de proposer quelques éclairages sur ces problématiques qui demandent à être étayés.

Les violences à caractère sexuel recouvrent les situations dans lesquelles **une personne impose à autrui un ou des comportements, un ou des propos (oral ou écrit) à caractère sexuel.**

Les violences sexuelles recouvrent différentes formes : agression sexuelle, viol, voyeurisme, harcèlement sexuel.

Les violences au sein des couples et les violences sexuelles en France en 2018⁴

- 121 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire, soit une femme tous les 3 jours,
- 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Moins d'1 victime sur 5 déclare avoir déposé plainte,
- 88 % des victimes de violences commises par le partenaire, enregistrées par les services de police et de gendarmerie sont des femmes,
- 96% des personnes condamnées pour des faits de violences entre partenaires sont des hommes,
- 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viol sur une année. 9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur et 1 victime sur 10 déclare avoir déposé plainte.



Les violences anti lesbiennes, gay, bi ou transgenres

Il nous semble ici opportun de rappeler que la lutte contre les différentes manifestations de discriminations en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre ne constitue pas une nouveauté. Dès la circulaire du 4 avril 2008, le rôle de l'école dans la lutte contre l'homophobie est indiqué. Puis en 2012, une coordination contre les violences et discriminations commises à raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre est mise en place sous le gouvernement de François Hollande.

Une enquête inédite sur les représentations de l'homosexualité auprès de 4000 étudiant-e-s d'Ile de France en 2010 donnent des résultats relativement édifiants, à savoir un-e étudiant-e- sur 5 estiment que l'homosexualité n'est « pas une manière d'aimer comme une autre » et 13% estiment que l'homosexualité est « une orientation sexuelle déviante ». L'un des principaux problèmes est ce qui est désigné par l'homophobie « ordinaire » ou quotidienne sous forme d'insultes, de plaisanteries, moqueries dans la mesure où la majorité des étudiant-e-s déclarent que ces propos ne présentent pas de caractères homophobes.

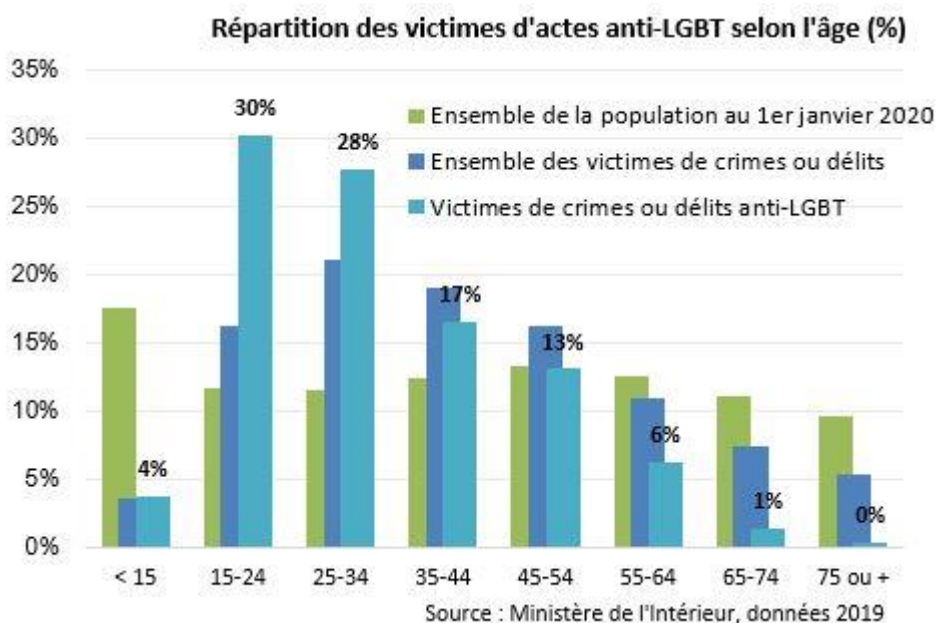
Pour clore ce bref exposé, l'on connaît bien les problèmes de santé que rencontrent les personnes concernées par ces brimades quotidiennes soit la perte d'estime de soi, de l'anxiété, du stress, des épisodes dépressifs, voire des tentatives de suicide plus nombreuses et enfin des consommations de psychotropes plus importantes que dans d'autres groupes sociaux.

⁴ La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes N°14 Novembre 2019/Indicateurs nationaux annuels

Pour l'année 2019, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 1 900 crimes et délits anti lesbiennes, gays, bi ou transgenres (LGBT). Ce chiffre est en hausse de 35 % par rapport à 2018 et de 72 % depuis 2016 sans que l'on puisse en conclure à une explosion de l'homophobie même si ces chiffres et leur évolution devraient être surveillés avec attention.

Le profil des victimes est surtout masculin (75 % des victimes sont des hommes) et jeunes avec 34% de victimes de moins de 24 ans et 58 % de victimes qui ont entre 15 et 34 ans.

Le tableau suivant montre qu'il y a une sur représentation des victimes en lien avec leur orientation sexuelle.



Les infractions les plus souvent citées sont majoritairement verbales : dans 33 % des cas il s'agit d'injures, 18 % de menaces, cas les plus fréquemment cités. Si l'on ajoute les 28,5 % de cas de violences physiques au 1,4 % de viols et agressions sexuelles, dans 30 % des cas ces infractions marquent physiquement les victimes. Il faut noter que dans 57 % des cas, les agressions se déroulent dans un lieu public : voie publique (33,5 %), lieu ouvert à tout public (12,9 %), services publics (5,9 %), transports (4,9 %).

Selon les enquêtes menées auprès de la population, seules 20 % des victimes de menaces ou de violences anti-LGBT déclarent avoir porté plainte, et même 5 % pour les injures. Toute une partie des actes ne sont pas déclarés, notamment ceux qui se jouent entre proches, dans l'intimité de la famille par exemple. De même que les actes mineurs : d'après les enquêtes auprès de la population, environ 170 000 personnes se disent concernées chaque année.

La société française a encore du chemin à faire pour que l'homosexualité soit acceptée par tous.

Ces données démontrent la nécessité de porter attention sur ces publics. C'est d'ailleurs, l'axe 4 de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 dont nous mettons en exergue trois de leur conclusion :

- Les populations les plus exposées aux violences sexuelles sont les femmes, les gays, les trans et les lesbiennes.
- Les populations les plus exposées aux IST sont les jeunes, les HSH, les FSF et les Trans.
- Les populations qui présentent une surdétermination de vulnérabilité sont les HSH/migrants, les Trans/migrants et les Gay/Chemsex.



La stratégie nationale de santé sexuelle en France -Agenda 2017-2030⁵

La stratégie nationale de santé sexuelle rappelle des principes déjà énoncés et réaffirme la place prioritaire de la promotion de la santé sexuelle via l'information, l'éducation et la communication particulièrement en direction des jeunes et ceci dès le plus jeune âge au sein du parcours éducatif de santé de la maternelle au lycée. Comme nous l'avons déjà dit la lutte contre les discriminations liées au sexe, à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre ainsi que la prévention des violences sexuelles constituent des priorités de cette stratégie. L'objectif ambitieux de 100% de jeunes ayant bénéficié d'une éducation à la sexualité et à ses risques -grossesse non souhaitée, IST- de qualité au cours du cursus de la primaire et du secondaire est encore loin d'être atteint. Il doit être accompagné d'une formation des intervenants sur ce sujet.

Il est rappelé que l'accès aux préservatifs en collège et lycée -distributeurs de préservatif, accès libre à l'infirmerie- devrait d'ores et déjà être effective.

Il est aussi rappelé le rôle des professionnels de santé puisqu'une première consultation de contraception ou de prévention des IST pour les jeunes-filles de 15 à 18 ans est prévue dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2016. Elle est gratuite et n'est pas soumise à une autorisation parentale.



Les « programmes » d'éducation à la sexualité en milieu scolaire

Leur efficacité apparaît encore complexe à démontrer mais des orientations guident les pratiques et projets.

Ils sont efficaces à la condition que les personnes impliquées aient une expertise en théories, en recherche et en éducation à la sexualité.

La posture des personnes est là aussi essentielle ; ainsi la bienveillance, la neutralité, la confidentialité sont à respecter rigoureusement.

Les preuves d'efficacité les plus solides portent sur les interventions scolaires qui visent à réduire les comportements sexuels à risque d'avoir une grossesse non désirée, d'être infecté par le VIH ou de contracter une IST. En général, ces études ont mesuré les comportements, mais elles n'ont pas mesuré les résultats biologiques tels que la grossesse, l'infection par le VIH, ou une nouvelle STI. L'efficacité des approches scolaires pour changer la coercition sexuelle et la VPI est moins bien établie, bien que les apports sur ces sujets puissent être facilement ajoutés aux programmes existants d'éducation pour la santé.

Les SIPrev recommandent de travailler sur l'un des objectifs suivants, à minima sur plusieurs séances :

la prévention du VIH, la prévention d'autres IST,

et/ou la prévention des grossesses non-désirées en se focalisant strictement sur des comportements sexuels spécifiques (l'utilisation du préservatif par exemple)

Il s'agit là encore de « transmettre » au sens Socratique du terme des messages vrais, non culpabilisants, sans jugement de valeurs sur les comportements favorables au maintien de sa santé et de celle du/des partenaires en fonction de l'âge et de la maturité des jeunes.

Les CPS à activer sont les suivantes : communication, réflexion critique et prise de décision, auto-efficacité perçue sachant que la liste n'est pas limitative.

L'erreur à ne pas commettre, serait de se cantonner à une transmission de connaissances et d'information que nous savons insuffisante pour que les jeunes s'approprient les enjeux, les problèmes santé au sens large qui se posent et intègrent des stratégies pour réduire leurs expositions aux risques liés à la sexualité.

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

Les interventions démontrées comme n'étant pas efficaces sont les modèles éducatifs qui prônent uniquement l'abstinence et ceux basés sur les pairs qui n'incluent pas d'adultes en plus des pairs.

De nombreux programmes communautaires d'éducation sexuelle sont basés sur des modèles d'éducation par des pairs. D'une manière générale, la recherche interventionnelle trouve que les adultes peuvent être plus efficaces dans l'administration de l'éducation à la sexualité. Une revue systématique des approches d'éducation par des pairs en santé sexuelle n'a pas trouvé de preuves que l'éducation menée par des pairs améliore les résultats parmi les adolescents (CR Kim & Free, 2008). Néanmoins, les équipes d'éducateurs qui allient des pairs et des adultes obtiennent les meilleurs résultats parmi les modèles évalués.

Il n'a pas été trouvé d'effets délétères à la suite de la mise en œuvre des « programmes » : on n'observe pas une augmentation de prises de risques d'entrer dans la sexualité à un âge plus précoce.



Sortir Ensemble et Se Respecter -SE&SR-, un programme probant des violences dans les relations amoureuses

Ce programme Suisse⁶ de prévention des violences et des comportements abusifs dans les relations amoureuses entre jeunes est l'adaptation d'un programme américain « Safe Dates » qui a été développé en Caroline du Nord. Ce programme a été évalué et a démontré un impact positif sans effet non désiré sur les violences au sein des couples. SE&SR s'adresse à un public de filles et garçons de 13 à 15 ans et peut être adapté à un public plus âgé.

Deux animateurs (dans l'idéal un homme et une femme) formés à la méthode animent 9 séances d'une durée de 1h15.

Module 1 :

Définir ce que je veux dans une relation

Module 2 :

Définir les abus dans une relation

Module 3 :

Pourquoi les comportements abusifs

Module 4 :

Comment aimer les ami.e.s en difficulté

Module 5 :

Des exemples pour aider les ami.e.s

Module 6 :

Ce qu'on s'imagine à propos des relations

Module 7 :

Les agressions sexuelles

Module 8 :

Partager le pouvoir et communiquer

Module 9 :

Mes sentiments, mes réactions

Le programme tend d'une part à travailler les représentations des jeunes sur les questions de genre, d'égalité garçons/filles, des mythes et des croyances sur les violences (notamment sexuelles), mais également de développer et renforcer des CPS spécifiques. Il s'inscrit dans une démarche d'éducation à la sexualité.

SE&SR s'appuie sur différentes stratégies d'intervention :

L'éducation pour la santé, le développement des Compétences Psycho-Sociales -CPS- de base : avoir conscience de soi, être à l'aise dans les relations interpersonnelles, et également de CPS spécifiques : résister à la pression des pairs, savoir dire non (consentement), etc.

Le programme travaille également les représentations liées au genre, à la violence, normes sociales/genrées, notion de « couple », etc. des jeunes.

En plus d'agir sur des facteurs individuels, SE&SR vise à inclure le projet au sein de l'établissement scolaire et de sensibiliser/informer voir former les professionnels de l'établissement afin d'ancrer d'une part le programme, mais aussi d'en assurer la continuité.

⁶ <https://www.sesr.ch/programme-sesr/origine/>



DEFINITIONS

issues de « Stratégies Nationale de Santé Sexuelle. Agenda 2017-2030

Autonomie

L'autonomie reconnaît les droits des individus à l'autodétermination dans tous les domaines de leur santé sexuelle et de leur bien-être. En général, l'autonomie signifie que les individus ont la capacité de prendre des décisions éclairées et non sous la contrainte dans tous les aspects de leur vie. En termes de santé sexuelle, l'autonomie est à la base des individus et des sociétés sexuellement sains. En général, cependant, l'autonomie ne peut être atteinte par des individus seuls. Les institutions internationales, les gouvernements, les communautés, les familles jouent tous un rôle dans la promotion et la protection de l'autonomie en matière de santé sexuelle.

Bien-être

Le bien-être est un concept largement utilisé dans le discours public, mais il existe peu d'accord mondial sur son sens ou sur ses facteurs déterminants. Dans le contexte de la santé sexuelle, le bien-être englobe les questions de qualité de vie pour les individus, les communautés et les sociétés. En outre, il prévoit la création d'environnements propices qui favorisent et protègent la réalisation des objectifs personnels en matière de santé sexuelle tout en agissant de façon responsable envers les autres.

Sexualité

La sexualité est « un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe le sexe, l'identité sexuelle et les rôles, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, religieux et spirituels. » (OMS 2012). L'accomplissement de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection effective des droits de l'homme...

Sexe

Il désigne les caractéristiques définissant les êtres humains, femmes ou hommes, qui sont déterminées sur le plan biologique.

Orientation sexuelle

L'orientation sexuelle désigne à la fois le modèle durable d'auto-évaluation et d'auto-identification, d'auto-classification, d'attraction et de comportements (émotionnel, romantique et/ou sexuelle) envers les hommes, les femmes ou les deux sexes. Ainsi, alors que l'orientation sexuelle est inhérente à l'individu, elle est exprimée en termes de sentiments, de pensées et de relations avec les autres. L'identité liée à l'orientation sexuelle peut englober à la fois l'identité personnelle (perception de soi en fonction des modèles durables d'attraction et de comportement) et sociale (collective, appartenance à un groupe fondée sur l'orientation sexuelle partagée).

Identité de genre

La définition de l'OMS de l'identité de genre se réfère aux « rôles sociaux des comportements, des activités et des attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes ». On naît homme ou femme, mais on apprend à devenir un jeune homme ou une jeune femme, puis un homme et une femme. Ce comportement déterminé, renforcé sur le plan social, qui a souvent un caractère juridique, délimite les rôles impartis à chaque sexe et les relations entre eux. Lorsque l'identité de genre ne correspond

pas au sexe assigné, les individus peuvent s'identifier comme transgenre ou trans. En outre, la conception qu'a un même individu des relations entre les sexes et de l'égalité peut changer selon le contexte et la situation. Comme le souligne le CRIPS, **le genre est une construction sociale**.

Les études sur les rapports sociaux de genre aboutissent au constat que les relations entre les genres ne sont pas égales : dans de nombreuses sociétés et au cours de l'histoire, notamment en occident, le genre masculin et les attributs qui y sont attachés est valorisé par rapport au genre féminin.

D'autres termes proches sont employés pour désigner les différences entre les hommes et les femmes socialement construites : le sexe social / les rapports sociaux de sexe / la domination masculine (Pierre Bourdieu) / la valence différentielle des sexes (Françoise Héritier)

La "majorité sexuelle " tirée du CRIPS Ile de France

Le terme "majorité sexuelle" n'est pas présent dans les textes législatifs français. Cependant, de nombreux textes législatifs mentionnent officiellement l'existence d'une sexualité des mineurs à partir de 15 ans.

La loi reconnaît ainsi le droit à un mineur d'avoir des relations sexuelles à partir de cet âge.

Elle est donc de façon implicite établie à 15 ans en France. On considère ainsi qu'à partir de cet âge, un jeune est apte à donner son consentement éclairé.

La loi ayant pour objectif de protéger plutôt que d'interdire, fixer un âge seuil à partir duquel un jeune mineur est considéré comme apte à consentir a pour but de le protéger d'éventuels abus.

Les relations sexuelles entre mineurs

Entre 15 et 18 ans, les jeunes mineurs entre eux peuvent avoir des relations sexuelles tant que cette relation est consentie.

En dessous de 15 ans, la loi reste floue. Non mentionnée par la loi, la sexualité entre mineurs de moins de 15 ans n'est donc pas explicitement interdite.

L'appréciation des situations varie en fonction de l'âge des enfants, de la différence d'âge entre les protagonistes et du fait que la relation soit forcée ou non.

Par exemple, une relation entre un mineur de 17 ans et un mineur de 14 ans, si elle est consentie, n'est pas punissable par la loi.

Les relations sexuelles entre mineurs et majeurs sont-elles autorisées ?

○ Pour les mineurs de 15 ans (de moins de 15 ans) :

Toute relation sexuelle entre un adulte et un mineur de 15 ans (c'est à dire de moins de 15 ans) est interdite et passible de sanctions pénales.

Ces peines sont aggravées si l'adulte est un ascendant ou exerce une autorité de droit, de fait ou liée à ses fonctions sur le mineur (enseignant, éducateur, etc.).

○ Pour les mineurs de plus de 15 ans :

Les relations entre un mineur de plus de 15 ans et un majeur sont autorisées dans la mesure où elles sont librement consenties mais elles restent interdites et punies par la loi dans certains cas : si la personne majeure est un ascendant ou une personne ayant une autorité de droit ou de fait ou liée à ses fonctions sur le mineur.

Textes de référence : mineurs de moins de 15 ans : article 227-25 et 227-26 du code pénal / mineurs de plus de 15 ans : article 227-27 du code pénal.

VIE SEXUELLE ET AFFECTIVE À L'ÈRE DU NUMÉRIQUE

des usages
qui interpellent
les adultes





L'usage d'internet et des réseaux sociaux dans la population des jeunes fait l'objet de nombreux rapports ces dernières années, notamment en lien avec les risques qui peuvent y être associés.

Nous avons choisi principalement **quatre rapports** pour les motifs suivants : des données récentes, une approche quantitative et qualitative permettant de comprendre l'ampleur des faits étudiés et aussi leur complexité. Une approche globale et spécifique sur ces phénomènes qui permet de situer la problématique de la vie affective et sexuelle dans l'usage et le mésusage des outils numériques -les cyberviolences- en nous focalisant sur la thématique annoncée, ici la sexualité.

« **Internet : le péril jeune** » d'avril 2020¹ de l'**Institut Montaigne** présente un ensemble de données quantitatives (consultation conduite auprès de 3 000 jeunes de 11 à 20 ans et de 2 000 adultes -1 000 parents et 1 000 personnes en population générale- sollicités via internet en octobre 2019) et qualitatives (trois focus groupe réunissant une dizaine de personnes ont complété ce recueil de données). Nous avons mis en perspective les résultats concernant uniquement les jeunes de 15 à 20 ans lorsque cela était possible. Cette étude permet de comprendre comment sont utilisés ces outils et les risques associés à ces usages de façon globale.

Les travaux suivants nous ont permis d'approcher la question de la vie affective et sexuelle à l'aune du numérique.

« **Cybersexisme, une étude sociologique dans des établissements franciliens** » de septembre 2016 de l'Observatoire Régional des Violences faites aux Femmes du **Centre Aubertine Auclert**² a quant à elle, été conduite auprès de 1127 jeunes (49,8% de filles versus 50,2% de garçons) de 12 établissements différents -8 collèges et 4 lycées- auprès de 2 classes par niveau en 5^{ème}, 4^{ème}, 3^{ème} et seconde dans chaque établissement-. Cette investigation a été complétée par une approche qualitative :

entretiens menés auprès de 48 adultes, animation de 34 focus groupes jeunes et enfin 13 entretiens auprès d'adolescents ont été conduits. Son intérêt est qu'elle est focalisée sur les phénomènes de victimation d'ordre sexuel et sexiste ainsi que sur les actes d'homophobie et de lesbophobie.

Deux autres sources, le dossier de synthèse documentaire et bibliographique, « **Place d'internet et du numérique dans la vie relationnelle et sexuelle des jeunes** »³ du CRIPS Sud de novembre 2017 et « **Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne. Usages d'internet dans la socialisation à la sexualité à l'adolescence** »⁴ de l'INJEP d'octobre 2018 nous ont permis d'examiner ces usages en partant des jeunes eux-mêmes, c'est-à-dire que font les jeunes sur Internet en lien avec la sexualité, quels liens font-ils avec leur expérience amoureuse et sexuelle et enfin quel sens donnent-ils à ces pratiques.

Afin de rendre plus fluide la lecture de ce texte, des définitions des termes utilisés (cyberharcèlement, cyberviolences, Fisha, revenge porn, sexting, Deep fake, Fake news et cybersexisme) sont proposés en fin de document.

¹<https://www.institutmontaigne.org/publications/internet-et-le-peril-jeune>

² <https://www.centre-hubertine-auclert.fr/sites/default/files/fichiers/etude-cybersexisme-web.pdf>

³ <https://sud.lecrrips.net/docs/dossiers/Place-du-numerique-dans-la-vie-relationnelle-et-sexuelle-des-jeunes-NOVEMBRE.pdf>

⁴ <https://injep.fr/wp-content/uploads/2018/10/rapport-2018-14-SEXI-v2.pdf>



Quelques données générales

Les réseaux sociaux qui semblent les plus utilisés sont Snapchat, Tik Tok et Instagram mais les jeunes les plus âgés sont majoritairement sur Facebook (61% des 18-20 ans). Les pratiques évolueraient donc avec l'âge. (Source étude de l'Institut Montaigne 2020). D'autres réseaux sont souvent cités par les utilisateurs jeunes comme Twitter, Whats App et Messenger⁵.

Attitudes et comportements vis-à-vis de ces outils de communication

L'ensemble de ces données nous montre que les jeunes ne sont pas dans une position de naïveté face à ces outils de communication virtuels et même qu'ils peuvent être en avance sur leurs aînés.

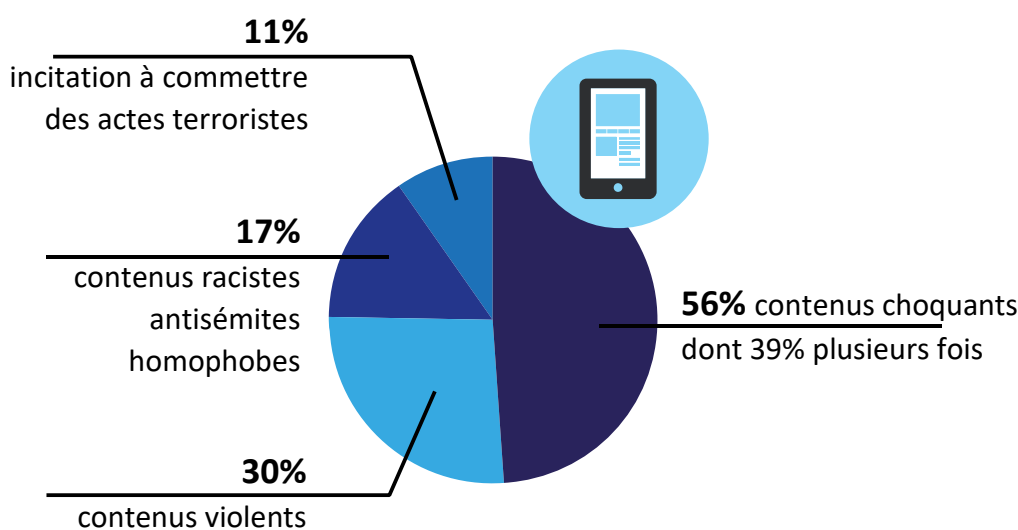
94% des jeunes de 11-20 ans interrogés dans l'enquête de l'Institut Montaigne affirment qu'il est **important de se protéger**,

74% des 18-20 ans déclarent connaître les moyens pour le faire et **70%** ont déjà utilisé des outils pour limiter leurs traces sur le Web.

Enfin, **67 %** de ces mêmes jeunes estiment avoir reçu une **bonne information de la part de leurs professeurs**.

Exposition des jeunes à des contenus choquants, violents, racistes

L'enquête de l'institut Montaigne recense les différents types d'agressions dont sont victimes les jeunes en ligne dont voici les résultats :



⁵ <file:///C:/Users/charl/AppData/Local/Temp/Observatoire-EAE-2018-2019-Volumes-1-et-2-V2.pdf>

Les jeunes les plus âgés sont toujours plus concernés par ces cyberviolences, et ce autant pour les filles que pour les garçons comme le montre le tableau suivant⁶.

	Garçons	11-14 ans	15-17 ans	18-20 ans	Filles	11-14 ans	15-17 ans	18-20 ans
D'être victime d'insulte	35%	31%	34%	42%	39%	31%	42%	46%
De recevoir des images intimes (« nues ») / pornographiques non demandées	29%	22%	30%	40%	33%	18%	35%	49%
D'être victime de rumeurs	25%	20%	25%	32%	33%	26%	36%	39%
D'être victime de menaces	19%	16%	19%	24%	24%	17%	26%	30%
Qu'un groupe soit créé contre toi	11%	9%	11%	12%	15%	14%	15%	16%
Que soient mises en ligne des images intimes de toi sans ton accord	12%	9%	14%	16%	10%	8%	13%	10%
ST au moins une fois	53%	46%	55%	63%	58%	46%	61%	69%
ST « souvent ou parfois »	32%	27%	31%	40%	38%	27%	36%	52%

Globalement et quel que soit l'âge des victimes,

Plus d'un jeune sur 2, **(56%)** déclare avoir été **victime de cyberviolences** au moins une fois. Et plus d'un jeune sur 3, **(35%)** à **plusieurs reprises**.

55% des jeunes hommes de 15 à 17 ans et 61% des jeunes filles du même âge ont été **victimes de cyberviolence une fois ou plus** au moment de l'enquête ;

Les taux de victimisation **augmentent avec l'âge** pour passer à 63% des jeunes hommes de 18-20 ans et 69% des jeunes filles du même âge.

Les quatre premiers items (être victime d'insultes, recevoir des images intimes (« nues »), pornographiques non demandées, être victime de rumeurs, être victime de menaces), concernent 19 à 35% des jeunes hommes de 15 à 17 ans et **de 24 à 42% des jeunes-hommes de 18-20 ans**.

Loin d'être isolés, ces faits touchent donc une grande majorité de jeunes.

De manière générale, les jeunes femmes sont plus exposées (2 à 3 points de plus que les jeunes hommes) ainsi que les personnes LGBT qui font l'objet de transphobie et/ou de lesbophobie.

Le rapport annuel de SOS homophobie de 2019 donne le pourcentage de 23% de cas relevant de cette catégorie (chiffre 2018).

⁶ Source : annexe du rapport de l'Institut Montaigne



Ce que nous enseigne les enquêtes, l'arbre qui cache la forêt

Le rapport de l'Observatoire Régional des Violences faites aux Femmes **met en perspective les cyberviolences avec les violences en présentiel** pour un individu donné et montre la **continuité des faits étudiés**.

35,7% de jeunes déclarent avoir été victimes de moqueries et/ou insultes en lien avec leur apparence physique en présentiel, ces actes ont été réitérés en ligne avec 16,6% de victimes parmi ces 35,7%.

Il existe donc **une forte corrélation entre la victimation dans la « vie réelle » et dans le cyberspace**, on observe une continuité des phénomènes entre l'espace virtuel et la vie réelle : **être victime en ligne augmente le risque de l'être hors ligne et vice versa** (Blaya 2015 ; Benbenishty et Nir, 2015 ; Juvonen et Gross, 2008).

Ces constats rejoignent un ensemble de travaux internationaux qui pointent que l'intensité des actes est toujours plus élevée en présentiel qu'en « ligne ».

Le dossier du CRIPS sud reprend cette idée fondamentale d'une continuité entre « mondes virtuels et réels » en l'élargissant et en indiquant comment le web participe à la construction identitaire des jeunes autour de communiquer, objectiver son capital relationnel, évaluer son potentiel social et affirmer son identité.

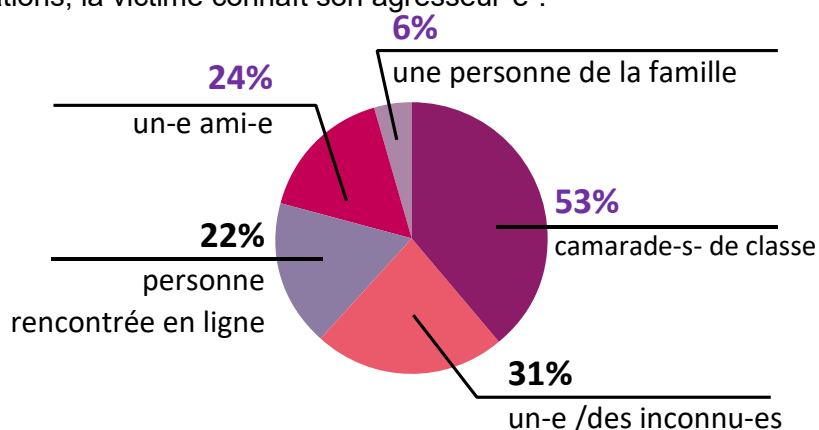
Des usages différenciés de ces outils au profit des jeunes issus de milieux sociaux privilégiés.

Claire Balleys, docteure en sociologie dans « Socialisation adolescente et usages du numérique » - Revue de littérature, montre que loin de rapprocher les jeunes issus de différents milieux sociaux, les outils numériques reproduisent les inégalités déjà existantes et ce dans la manière dont ils sont utilisés. En effet, les jeunes dont la mobilité physique et sociale est restreinte ont aussi un cercle médiatique peu varié ; « les technologies ne séparent ni ne réunissent les individus issus de différentes cultures et classes sociales », c'est l'entre soi qui prédomine. D'autres travaux⁷ aboutissent aux mêmes constats, à savoir les jeunes ne sont pas tous égaux devant l'utilisation des outils dont il est question. **Les jeunes issus de milieux sociaux favorisés ont une utilisation de ces outils plus distanciée et maîtrisent mieux les codes d'utilisation de ces derniers.**

Victime et/ou auteur-e-s

Dans le cas « d'agressions numériques », les jeunes identifient fréquemment l'auteur des faits dont ils sont victimes, ce qui peut aller à contrario de la pensée commune de l'agression commise par un-e inconnu-e ; idée partagée aussi sur le viol où dans l'écrasante majorité des situations, la victime connaît son agresseur-e-.

Dans 83% des cas, l'auteur-e est proche du jeune
- rapport de l'Institut Montaigne, annexe-



⁷ Actes de la séance plénière et des ateliers du colloque organisés par le groupe ApTIC Bruxelles, 7 décembre 2018. Adolescence et sexualité à l'ère du numérique. Une journée pour échanger des idées, des pratiques et des outils.



Un jeune peut être victime et/ou auteur-e- de harcèlement en ligne -rapport de l'Institut Montaigne- :

- **21%** des jeunes interrogés déclarent avoir déjà insulté d'autres personnes en ligne,
- **6%** disent avoir fait circuler des rumeurs à l'encontre d'un tiers,
- **4%** ont menacé physiquement une personne et enfin
- **3%** ont partagé des images intimes avec d'autres sans l'accord de l'intéressé.

Enfin, les jeunes se font souvent eux-mêmes les relais des contenus malveillants qu'ils reçoivent et dont ils ne sont pas personnellement victimes.

A noter, les filles sont moins souvent auteures que leurs homologues masculins dans les situations d'insultes et elles sont davantage victimes des garçons. Nombre d'études soulignent que les filles font l'objet de rappel à l'ordre entérinant les stéréotypes et les normes de genre ainsi que les rapports de domination entre les hommes et les femmes. Dans l'étude sur le cybersexisme, 22% des filles ont subi des insultes sexistes (« pute, salope »). Les filles sont soumises à des injonctions paradoxales comme « se mettre en valeur, être attirante » sans le montrer de façon ostensible.

Une des conclusions majeures du rapport est que le cybersexisme encourage la conformité des jeunes des deux sexes aux normes de genre traditionnelle. La définition du cybersexisme qui est proposée est la suivante : « faits qui font violence aux individus, se déploient à travers le cyberspace, contaminent l'espace présentiel ou réciproquement et qui visent à réitérer les normes de genre ciblant distinctement garçons et filles ; bref à mettre en place ou à remettre chacune et chacun à la « place » qui lui est assignée dans le système de genre.

Demande d'aide des victimes

25% des élèves victimes de violences en présentiel ou dans le cyberspace n'en parlent à personne -Etude sur le cybersexisme Centre H Auclert-

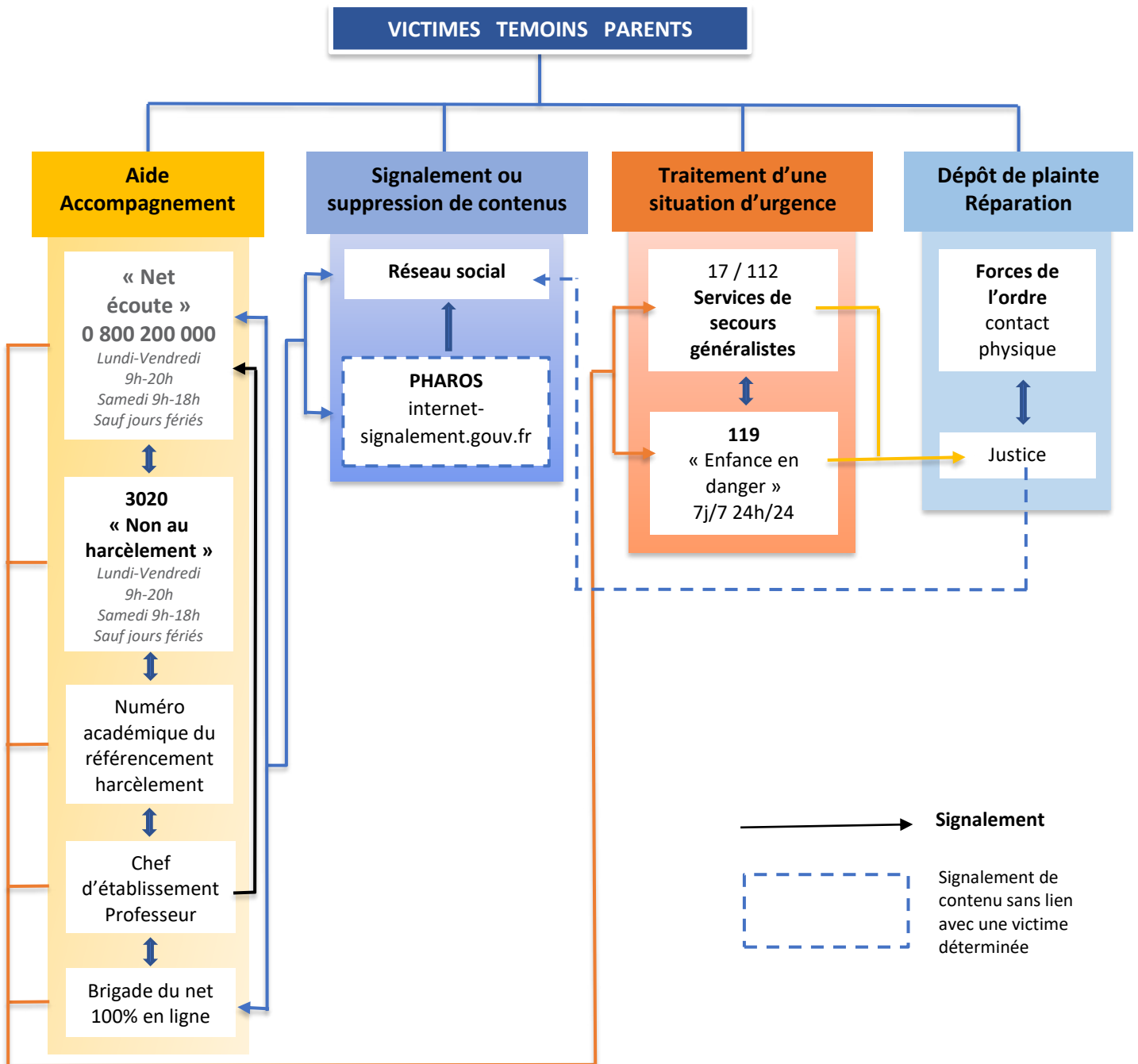
Ceux qui en parlent le font principalement à leurs ami-e-s (42%) et parents (23%). Les adultes des établissements scolaires sont peu informés de ces faits (18%) et dans ce cas ce sont surtout les filles qui en font la démarche ; les garçons ne le feraient qu'en dernier recours.

Les motifs évoqués du non recours aux adultes sont :

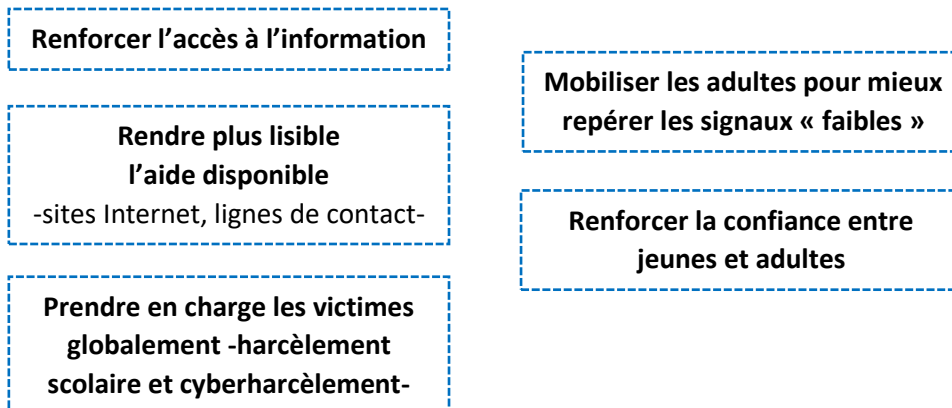
- La crainte du non respect de la confidentialité des faits relatés,
- Le fait que les jeunes estiment que les adultes n'ont qu'une faible capacité d'action pour contrer le problème,
- La peur d'être mal jugé par les adultes (projeter une mauvaise image de soi), voire la peur de ne pas être compris par son interlocuteur adulte comme si ces actes ne concernaient que les jeunes,

Un circuit de prise en charge et de signalement est pourtant prévu mais peut-être peu lisible de l'extérieur et trop complexe -segmenté-, c'est en tout cas un axe de progrès proposé par l'Institut Montaigne.

Cadre actuel de prise en charge et de signalement des cyberviolences



Propositions phares de l'institut Montaigne





Internet et sexualité, des sens et usages différenciés en fonction du sexe et de la position sociale du jeune

Nous avons vu de façon synthétique les faits dont sont victimes et/ou auteur-e-s les jeunes dans le monde du numérique et les liens entre ce monde dit « virtuel », peut-être désigné sous ce vocable à tort puisque les conséquences des actes malveillants qui se déroulent à « distance » ont des conséquences bien réelles pour la victime. Nous nous proposons à présent de resserrer le propos sur la sphère affective et sexuelle.

La pornographie

L'usage de la pornographie est associé au sexe du sujet : 41,9% des jeunes hommes de 18-19 ans et 3,6% des jeunes filles du même âge déclarent avoir visité un site pornographique et 55,8% des garçons et 10,3% des filles déclarent avoir regardé parfois ou souvent ce genre de films (source Bajos, Bozon 2008).

En 2013, 37% des 15-17 interrogés déclaraient avoir déjà surfé sur un « site X » (IFOP), en 2017, ce pourcentage est de 51% dans une autre étude. Un jeune de 13-16 ans sur cinq admet faire des choses en ligne que ses parents désapprouveraient (Rapport Jouanno). **De nombreuses études s'accordent sur le fait que les garçons sont plus nombreux à consommer que les filles, et consomment également en « plus grande quantité », quasi-exclusivement via les sites internet gratuits (96%).** 80% des garçons et 45% des filles de 14 -18 ans déclarent avoir vu au moins une fois un film X durant l'année. Selon une enquête IFOP, 36% des garçons et 21% des filles vont au moins une fois par mois consulter un site pornographique. Aussi, la fréquence de consommation est **croissante avec l'avancée en âge**, chez les garçons et les filles. Les garçons trouvent en majorité les films pornographiques **amusants, distrayants ou utiles**, tandis que la plupart des filles se disent **mal à l'aise, voire choquées ou dégoûtées**. Selon l'étude de M.Marzano, la découverte de ces images par les filles est davantage accompagnée d'un sentiment de **culpabilité** (20%) et **d'angoisse** (18%) que chez les garçons. Celui des garçons est davantage accompagné **d'excitation** (47%) et de **plaisir** (34%). Finalement, environ la moitié des jeunes estiment qu'ils étaient trop jeunes lors du premier visionnage de ces contenus.

Le travail de l'INJEP⁸ permet de saisir le sens et l'utilisation de la pornographie en fonction que l'on est femme ou homme. Ainsi les garçons s'initient à la pornographie et à la masturbation dès les années collège alors que les filles le font plus tardivement souvent par l'intermédiaire de leurs partenaires. Ce sont les filles les plus dotées scolairement et intellectuellement les plus concernées par cette pratique. La curiosité, le délire (visionnage entre pairs) et l'apprentissage motivent le recours à des supports pornographiques. Internet est aussi une source d'informations pour les jeunes en matière de sexualité, « garçons et filles cherchent des réponses à des questions techniques » et cherchent aussi à se rassurer sur leur propre sexualité, corps et genre. Les questions qu'ils se posent ne trouvent en effet pas de réponses institutionnelles et/ou familiales. L'utilisation d'internet est donc bien à comprendre dans sa complexité y compris pour la pornographie au risque de renforcer l'incompréhension entre jeunes et adultes qui eux aussi consomment ces produits.

⁸ L'enquête a permis de toucher 1427 jeunes de 18-30 ans par questionnaire qui ont été complétés par 35 entretiens individuels et 5 focus groupes (66 jeunes au total)

L'étude de M. Marzano complète cette première approche sur les représentations des jeunes quant à la pornographie.

- 40% des adolescents pensent que « le porno » est une fiction, sans lien avec la réalité,
- 20% pensent que c'est une fiction qui met en scène la réalité et
- 15% que c'est la réalité.
- 78% pense qu'elle ne reflète pas comment « il faut être » ni comment « il faut faire ».**
- 90 % des filles pensent que ce n'est pas la « normalité » alors que les garçons sont 68% à partager ce point de vue.**
- 58% des garçons et 42% des filles pensent que la pornographie influence leur sexualité, davantage positivement chez les garçons (36% versus 18% des filles) et négativement chez les filles (24% versus 22% des garçons)⁹.



Recommandations

A la lecture des différents rapports, études, **il ne semble pas pertinent d'ajouter un programme de prévention spécifique sur cette problématique mais plutôt de renforcer l'existant**, notamment en matière d'enseignement de l'informatique et aussi en lien avec les programmes d'éducation à la sexualité.

Des recommandations ont été proposées dans les différentes sources auxquelles nous nous sommes référés dont nous proposons une synthèse.

⁹ La pornographie : un incontournable dans la sexualité des jeunes ? Vademecum Juin 2020. Travail collectif rédigé par Delphy Colas-Boudot-Responsable / Chargée de mission, Danielle Fortin-Documetaliste, Cathie Faussat-Interne de Santé Publique, Anne-Laure Hirn-

Les selfies intimes ou sexting

Dans l'enquête réalisée à la demande du Centre Hubertine Auclert, une minorité de jeunes filles (6,3%) et de jeunes hommes (7,6%) ont réalisé et diffusé des photos et/ou vidéos intimes. 4% de filles et 1,4% de garçons ont déclaré l'avoir fait « sous pression ». La pratique du selfie évolue avec l'âge pour tendre vers une plus grande maîtrise de « l'objet » envoyé et du destinataire, en l'occurrence le « petit copain » ; néanmoins les jeunes femmes semblent plus enclines à s'adonner à cette pratique « pour faire plaisir » à leurs partenaires, surtout si celui-ci est dans une position dominante.

D'autres sources comme le sondage de 2013 réalisé par l'IFOP donnent des chiffres plus élevés : en 2013, 35% des personnes interrogées de moins de 25 ans auraient reçu ce type de contenu, 26% l'auraient demandé à autrui et 25% auraient envoyé une photo d'eux/elles nu-e-s ou dénudé-e-s à autrui¹⁰.

Ne pas diaboliser les outils numériques et s'informer sur les pratiques des jeunes en la matière.

Ne pas imaginer que le problème va se régler simplement en adoptant/faisant adopter de « bonnes pratiques » en ligne (sécurisation des pratiques en ligne par exemple).

Renforcer l'enseignement de l'informatique et de l'esprit critique¹ (l'une des dix CPS) tout au long de la scolarité des jeunes et dès l'école primaire en direction de toute la population d'un établissement.

Elargir les échanges avec les jeunes sur le cybersexisme, les inégalités en fonction du genre soit intégrer dans les actions de promotion de santé sexuelle ces problématiques. Par exemple, travailler sur les attentes genrées : « réputation » pour les filles et « popularité » pour les garçons.

Ne pas répondre à l'urgence d'une situation, préférer un travail sur le long terme en continu qui intègre des dimensions du climat scolaire.

Repérer et accompagner les victimes.

Chargée de mission. Fraps IREPS Antenne d'Indre-et-Loire

¹⁰ <https://www.ifop.com/publication/le-sexe-2-0-enquete-sur-le-sexe-virtuel-via-les-webcams-et-les-nouvelles-technologies/>



QUELQUES DEFINITIONS POUR MIEUX COMPRENDRE

Le cyberharcèlement :

actes agressifs, intentionnels perpétrés par un individu ou un groupe au moyen de formes de communication électroniques, de façon répétée à l'encontre d'une victime qui ne peut pas facilement se défendre seule. Ces actes peuvent être le prolongement des moqueries et des brimades en dehors de l'espace numérique ou inversement.

Les cyberviolences :

ensemble des actes agressifs et intentionnels, perpétrés par un individu ou un groupe au moyen d'outils numériques, envers une ou plusieurs personnes.

Fisha :

expression qui désigne des comptes créés sur les réseaux sociaux pour « afficher » d'autres adolescent-e-s, notamment des jeunes -filles, dans le but de leur nuire.

Revenge porn ou « pornodivulgateion » en français :

divulgateion, dans le but de nuire à quelqu'un et sans son consentement, d'un document à caractère sexuel le concernant.

Sexting :

action d'envoyer des messages (textes ou photos) sexuellement explicites, notamment via un téléphone portable.

Deep fake :

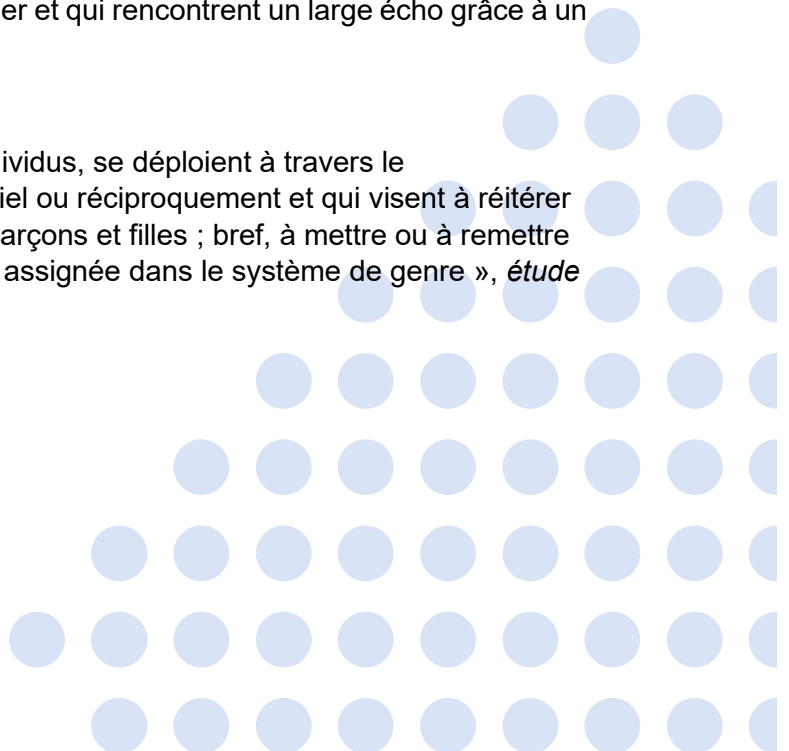
technique consistant à superposer des fichiers audio ou vidéo existants dans le but de créer de fausses informations ou de nuire à un individu.

Fake news :

informations fallacieuses, destinées à tromper et qui rencontrent un large écho grâce à un internet et aux réseaux sociaux.

Cybersexisme :

désigne des « faits qui font violence aux individus, se déploient à travers le cyberspace, contaminent l'espace présentiel ou réciproquement et qui visent à réitérer les normes de genre ciblant distinctement garçons et filles ; bref, à mettre ou à remettre chacune et chacun à la « place » qui lui est assignée dans le système de genre », *étude du Centre Aubertine Auclert p. 57.*



LA PRÉVENTION PAR LES PAIRS EN ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

de quoi parle-t-on ?





La prévention par les pairs est une démarche **complémentaire** d'autres approches d'éducation à la santé qui ne se substitue pas à elle. Elle s'inscrit dans les axes 3 et 4 de la Charte d'Ottawa qui visent à renforcer les démarches communautaires et à développer, renforcer les aptitudes des personnes pour améliorer leur santé. Cette stratégie d'intervention permet donc la **participation, l'implication des personnes**, ici les jeunes et cherche à activer des valeurs de responsabilisation et d'engagement. Elle suppose aussi **d'appréhender les jeunes comme des personnes ressources et non comme des personnes posant des « problèmes »**. Enfin, si les adultes tiennent leurs engagements, cette approche garantit une meilleure adéquation entre les attentes, les besoins des jeunes et les moyens pour y répondre ; à minima elle réduit les écarts entre besoins, attentes et réponses données à ces derniers.

Principes fondamentaux de la démarche :

Liberté de participation des jeunes

Thème santé choisi par eux

Clarification de leur rôle dans le projet



Liberté de participation des jeunes :

Ils doivent pouvoir participer ou non au projet. Ainsi, lorsque les adultes « choisissent » les jeunes pairs, lorsque les actions sont imposées, voire évaluées ; nous nous éloignons de l'approche prévention par les pairs qui devrait partir d'un groupe volontaire de jeunes. Ceci n'exclut pas de motiver, promouvoir cette démarche pour mobiliser des jeunes volontaires.



Liberté dans le thème santé choisi :

Dans l'idéal, les jeunes décident des thèmes santé à aborder auprès de leurs pairs et de la façon dont ils vont traiter le sujet. Leur statut de jeunes les légitime dans la mesure où ils savent quels sont les problématiques rencontrés à cet âge de la vie. Ils sont les porte-paroles d'autres jeunes.



Attention

Des thèmes santé comme le suicide, la santé sexuelle ne semblent pas opportuns dans cette approche dans la mesure où les pairs peuvent alors se sentir responsables du devenir d'un camarade. Il faut veiller à ne pas placer les jeunes pairs dans des situations de fragilité, culpabilité ou de mise à l'écart du groupe.



Réflexion et clarification sur la place que les jeunes pairs vont occuper dans le projet.

Pairs aidants, soutiens, pairs « éducateurs » qui porteront des messages de prévention, pairs modèles et leaders de changement de représentation et in fine de comportement. De ces différentes missions, découlent des rôles distincts et non exclusifs : des jeunes relais de messages de prévention, facilitateurs du recours aux soins, personnes ressources pour d'autres jeunes, médiateurs entre jeunes et/ou entre jeunes et adultes.



Attention

à ne pas instrumentaliser les jeunes qui deviendraient le support de communication des messages des adultes éducateurs, « les perroquets » dénoncés par de nombreux chercheurs.



L'accompagnement du projet : des points de méthode à ne pas négliger

Accompagnement et formation des jeunes tout au long du processus : cet accompagnement est incontournable et à plusieurs niveaux :

- Clarifier avec les jeunes les concepts de promotion de la santé
- Clarifier les valeurs liées aux pratiques en éducation à la santé
- Former à la prise de parole, à l'animation de groupe
- Clarifier le rôle de pairs bien sûr avec eux et à partir de leurs propositions.
Dans la forme, il est vivement recommandé d'utiliser des méthodes actives où les jeunes sont acteurs et non passifs.

L'accompagnateur-trice- est garant-e- de la méthode, des valeurs et des contenus informatifs liés au thème santé choisi ou autrement dit :

- Veiller à ne pas transmettre de connaissances erronées,
- Être porteur des valeurs conformes au cadre de notre société c'est-à-dire respect de la personne et de sa vie privée, respect des choix de vie des individus, non jugement et non discrimination, exclusion de la prévention par la peur.

Valorisation des jeunes relais santé pairs : les actions mises en œuvre sont visibles au sein de la communauté scolaire, elles peuvent faire l'objet de temps de valorisation collective.

Des points de vigilance



La prévention par les pairs est une approche exigeante qui demande un fort investissement des adultes qui accompagnent les jeunes tout au long du processus, notamment au début d'un programme où des moments d'incertitude peuvent être mal vécus :

Que veut-on faire ? pourquoi ? comment ? avec qui et auprès de qui ?...

Cette démarche doit être anticipée, concertée dans l'équipe qui accompagne ces pairs :

Quelle place va être laissée aux jeunes dans la construction du projet ?

Quelles limites, quel cadre pose-t-on ?

Quel accompagnement et disponibilité prévoit-on pour mettre en œuvre les différentes étapes du projet ?

Les adultes accompagnateurs doivent donc clarifier leurs intentions et les exposer clairement aux jeunes, et en débattre avec eux. Cette collaboration nécessaire entre adultes et jeunes pairs est un processus à entretenir en permanence puisque les jeunes ne sont pas destinés à demeurer dans un établissement. De plus, un jeune peut souhaiter ne s'engager qu'une année scolaire dans un projet de prévention, éducation à la santé par les pairs.

Des questions débattues, des limites



La représentativité des jeunes pairs

Cette question est récurrente et doit absolument se poser. Les jeunes pairs représentent-ils ceux les plus en difficulté, les plus fragiles, ceux qui sont les plus exposés à des prises de risques majeurs ? Ces questions sont complexes car un établissement réunit des jeunes de milieux et parcours hétérogènes tout comme dans le monde adulte avec des caractéristiques sociales variées et donc des rapports au monde spécifique, des expériences et des réseaux relationnels propres à chacun de ces groupes. Le risque est donc d'avoir un groupe de jeunes relais pairs « modèles », fort éloigné des jeunes de l'établissement dans leur ensemble. Enfin, il semble que les jeunes femmes se mobilisent plus volontiers sur ce type d'action, prolongeant des attributs socialement construits et entretenus dans le soin porté aux autres. Il faut donc là aussi veiller à ne pas reproduire des distinctions qui renforcent des stéréotypes comme par exemple le soin, le « care » est un attribut féminin.



La prévention par les pairs est-elle une garantie d'efficacité des actions ?

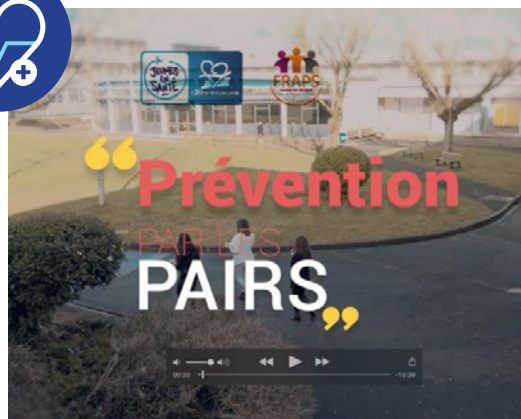
Cette approche a des effets positifs incontestables sur les pairs eux-mêmes en tout premier lieu puisqu'ils en sont les premiers bénéficiaires. En effet, ils améliorent leur confiance en eux, leur compétence en communication. Ils renforcent leurs compétences relationnelles, voire professionnelles. Et bien sûr, ces pairs ont de meilleures connaissances sur la santé, notamment sur les thèmes dont ils se sont emparés. Ils ont aussi souvent développé des facteurs protecteurs en s'impliquant dans un projet de prévention par les pairs. Les bénéfices de cette approche sur les autres jeunes sont plus incertains, voire inexistant. Ou autrement dit, il n'a pas pu être démontré que la prévention par les pairs donne de meilleurs résultats que la prévention assumée par un professionnel formé. De nombreuses recherches montrent que dans l'idéal, c'est le « couple adultes/pairs » qui semble le plus pertinent.



Vidéo méthodologique sur la prévention par les pairs (2018-2019)

<https://youtu.be/49XLwJcVix4>

Scénario : FRAPS Centre-Val de Loire
Réalisation : Association L'ASTRONEF (TOURS)
Financement : Conseil régional et ARS du Centre-Val de Loire



Film sur la Prévention par les pairs dans les lycées (Avril 2016) : Retours d'expériences de projets

<https://youtu.be/TyuWceAx4hU>

Scénario :
FRAPS Centre-Val de Loire
Réalisation : Association
L'ASTRONEF (TOURS)
Financement :
Conseil régional et ARS du
Centre-Val de Loire

Avec la participation :
- des élèves et du personnel du lycée
professionnel Jean CHAPTAL,
Amboise (37) et du lycée Pierre et
Marie CURIE, Châteauroux (36)
- de l'établissement français du sang
- de la FRAPS Centre-Val de Loire
- de l'ORS Centre-Val de Loire
- d'un comédien et metteur en scène

A photograph of three young people standing outdoors against a light-colored wall. On the left, a young man in a blue plaid shirt and dark pants holds up a large blue speech bubble. In the center, a young woman in a green shirt and blue jeans holds up a large blue speech bubble. On the right, a young woman in a striped shirt and black pants holds up a large yellow speech bubble. Several circular icons are overlaid on the image: three thumbs-up icons (two blue, one white on a blue background) and two heart icons with a pulse line and a plus sign (one blue, one white on a blue background). A white curved line runs across the image, passing through the speech bubbles and icons.

DIAGNOSTIC D'ÉTABLISSEMENT

à la croisée d'indicateurs
« climat scolaire » et santé



Guide diagnostic au lycée : pourquoi, comment ?

Parti pris : les jeunes passent beaucoup de temps à l'école. Pour certains d'entre eux, l'école constitue un des lieux le plus structurant de leur parcours de vie. Il est donc important de :

- Tenir compte de l'environnement « école » ou de la qualité du milieu scolaire comme une des composantes majeures du bien être des jeunes et de leur réussite à l'école,
- Ancrer nos pratiques dans une vision globale, progressive et positive¹,
- Agir sur l'individu et son milieu dans la mesure où il y a un lien entre l'acquisition de compétences personnelles et sociales et les environnements favorables à leur développement. Nos potentiels individuels sont fortement influencés par les possibilités offertes par les milieux de vie dont l'école.



Arguments

Plusieurs travaux de recherches menées au Québec proposent un cadre de réflexion afin de soutenir une intégration efficace des projets de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire dont nous nous sommes librement inspirés et dont nous allons tenter de rendre compte de manière synthétique.

En effet, l'école est un milieu de vie qui peut ou non venir en appui des réductions des inégalités sociales et plus spécifiquement des inégalités de santé. **En effet, en agissant sur le milieu scolaire, il est observé une amélioration de la santé des jeunes et aussi de leurs résultats scolaires toute chose étant égale par ailleurs.** Par exemple, on note une réduction de l'absentéisme, une motivation et des performances scolaires meilleures. On constate des associations positives entre un « bon » climat scolaire et le sentiment de bien-être, la réduction de la consommation de produits psycho-actifs et la santé mentale des élèves¹.

La qualité du milieu scolaire, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques pédagogiques, des relations enseignants-enseignés, le climat de l'école -sécurité, soutien aux jeunes les plus défavorisés, accueil chaleureux, possibilité d'engagement des jeunes et de leurs familles... « est liée autant à la réduction des comportements à risque et au développement de saines habitudes de vie qu'à la réussite scolaire des jeunes ».

Autrement dit, les stratégies d'action qui visent la création d'environnements favorables dans les divers milieux de vie du jeune et le renforcement du potentiel de ces derniers ont montré une meilleure efficacité comparativement à d'autres approches car elles produisent des changements durables².

C'est donc bien le **croisement de stratégies** -renforcer, développer les habiletés, compétences de vie, compétences psychosociales des jeunes et proposer des milieux de vie ou environnements susceptibles de les ancrer- **vers lequel il faut tendre.**

¹ Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire, Institut National du Québec, mars 2017, p15

² Le développement des enfants et des adolescents dans une perspective de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire, Institut National du Québec, mars 2017, p 12

C'est dans l'interaction de ces deux niveaux d'intervention que l'on peut espérer une efficacité des projets mis en œuvre.

Enfin, comme nous l'avons déjà suggéré un consensus sur les approches à privilégier en matière d'éducation et de promotion de la santé invite les acteurs à **revoir en profondeur leurs pratiques**. A savoir, privilégier une approche positive basée sur le potentiel de l'individu plutôt que de partir sur leurs « manques » tout au long du parcours de vie.



L'approche École en santé propose une adaptation des stratégies de la Charte d'Ottawa en contexte scolaire (Arcand et Roberge, 2007)³ qu'elle décline de la manière suivante et dont nous avons repris quelques indicateurs dans la grille proposée :

- *Des politiques, règles et normes cohérentes et favorables à la santé (ex. : code de vie, politique pour de saines habitudes de vie),*
- *Un aménagement favorable sur les plans pédagogique, social et physique (climat scolaire, participation scolaire, sécurité, soutien des parents),*
- *Le renforcement de la collaboration école-famille-communauté,*
- *Le développement de compétences personnelles et sociales chez les jeunes,*
- *Une offre de services adaptée aux jeunes : besoin de bases du jeune respecté, soutien social, services préventifs en matière de santé, services d'aide à l'élève, etc.*



Pourquoi faire ?

Que l'on parle d'état des lieux, de diagnostic, d'analyse de la situation de départ, les objectifs sont identiques, à savoir :

- Mettre à jour les caractéristiques principales de l'établissement,
- Comprendre et analyser la situation de départ,
- Partager le plus largement possible les constats,
- Revisiter ses représentations,
- S'accorder sur un projet croisant réussite des jeunes, bien-être et santé,
- Prioriser, suivre ou évaluer les actions inscrites comme prioritaires dans ce projet - suivre l'évolution des indicateurs clés retenus -,
- S'assurer de la faisabilité du projet, de sa pertinence,
- Mettre en perspective les ressources internes (dont le soutien et le leadership à tous les paliers y compris le niveau national) et externes qui contribuent à la mise en œuvre du projet,
- **Communiquer, valoriser les résultats, les orientations stratégiques.**



L'établissement a déjà des informations disponibles, il ne s'agit pas de réaliser chaque année et systématiquement un état des lieux mais plus d'organiser, de rendre lisible les informations existantes, de les mettre en perspective et de **communiquer** le plus largement dessus (ne pas rester dans la confidentialité). Il sera aussi nécessaire et incontournable de suivre la mise en œuvre des orientations stratégiques.

³ Rapport Pour des interventions efficaces de promotion et prévention en contexte scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs incontournables. Institut National de Santé Publique du Québec. Direction du développement des individus et des communautés. Septembre 2013. P 15

GRILLE SIMPLIFIEE TYPE CLIMAT SCOLAIRE AVEC UN VOLET SANTE DES JEUNES :

vous pouvez faire le choix de retenir seulement certains items,
d'en ajouter en fonction de la situation de votre établissement

Vie de l'établissement Constats				
Conditions de vie, environnement physique				
Critères retenus	Satisfaisant-e- Plutôt satisfaisante Insatisfaisant-e-	Point de vue des jeunes	Point de vue des adultes	Améliorations/ Commentaires
Organisation des emplois du temps dans la semaine y compris temps pour le déjeuner, les interclasses				
Propreté des lieux de vie : salles de classes, escaliers, couloirs, extérieurs				
Respect des lieux : salles de classe, escaliers, couloirs, espaces extérieurs				
Propreté des toilettes, intimité : y a-t-il de quoi se laver les mains ?				
Accès aux toilettes pour les personnes en situation de handicap				
Restauration scolaire : organisation de l'espace, sonorisation, attente.				
Qualité gustative, variété et choix de repas (végétariens par exemple), gaspillage alimentaire				
Internat : dortoirs, espaces de détente, convivialité.				
Internat : restauration scolaire -dîner et petit déjeuner				

Qualités des relations : attitude chaleureuse, respect, équité dans l'application du règlement, gestion de classe, soutien et encouragement				
Critères retenus	Satisfaisant-e- Plutôt satisfaisant-e Insatisfaisant-e-	Point de vue des jeunes	Point de vue des adultes	Améliorations/ Commentaires
Relation entre jeunes				
Relation entre adultes				
Relation entre jeunes et adultes				
Relation entre familles et établissement				
Conflits dans l'établissement				
Critères retenus	Rare Assez fréquent Quotidien	Point de vue des jeunes	Point de vue des adultes	Améliorations/ Commentaires
Violence verbale : insultes, propos discriminatoires, homophobie				
Violence physique : coups, blessures				
Situation de harcèlement				
Exclusion de cours, de l'établissement, conseil de discipline				

Participation et pouvoir d'agir				
Critères retenus	Oui/non		Qui ?	
Participation des jeunes aux différentes instances : CESC, CVL, CA, maison des lycéens				
Identification du pilote du projet de promotion de la santé				
Identification de temps fléchés pour le projet PPS				
Participation des parents à la vie de l'établissement				

Santé des jeunes et prévention				
Critères retenus	Sources : enquête, professeurs, pôle médico-social, vie scolaire...	Age et/ou classes concernées	Garçons/Filles	Améliorations/ Commentaires
Consommation de produits psycho-actifs				
Tabac				
Alcool				
Cannabis				
Autres consommations : médicaments, autres produits psychoactifs				
Santé mentale				
Manque de sommeil				
Démotivation scolaire, RSA				
Stress, difficulté dans la gestion des émotions, dévalorisation de soi				
Alimentation/ activité physique				
Surpoids dont obésité, sous- poids, anorexie				
Dispense EPS				
Sexualité				
Demande de contraception d'urgence				
Orientation liée à la sexualité : dépistage IST, demande de contraception				
Test de grossesse réalisée, Grossesse non souhaitée				
Demande de soutien et accès aux professionnels et structures relais				

En pratique ?

Consulter le plus largement possible tous les membres de la communauté éducative afin d'impliquer les personnes et **d'aller vers une plus grande** représentativité des réponses.

L'établissement peut faire le choix de questions volontairement globales comme le propose le dispositif « Allez Bien Pour Mieux Apprendre », ABMA.

Une des questions pourrait être **« Au lycée, je me sentirais mieux si ... »**

Une autre piste d'investigation serait de cibler des questions sur des axes déjà définis en amont. Par exemple, si l'établissement repère des incidents récurrents où s'exerce de la violence verbale et/ou comportementale, il peut orienter son questionnement sur ce thème entre violence perçue/violence subie/violence agie. Pour résumer, s'interroger à plusieurs sur le ou les buts, objectifs de cette consultation ? La réflexion collégiale sera bien sûr à privilégier.

Utiliser les outils modernes de consultation peut s'avérer être un gain de temps considérable pour traiter les réponses : utilisation de google form par exemple (lien qui permet d'accéder de façon anonyme à la consultation et qui compile les réponses aux questions fermées).

L'établissement peut aussi prévoir des temps de débat type focus groupe dans chaque classe pour recueillir des informations pertinentes mais attention de ne pas laisser des jeunes à l'écart des échanges (représentativité), bien préparer une grille commune pour mener les échanges.



Pour conclure, nous proposons une citation toujours actuelle du grand sociologue français Pierre Bourdieu qui rejoint la légende du Colibri que nous vous laissons découvrir **« Il faut agir sur ce qui dépend de nous... Les choses qui dépendent de nous sont plus importantes que ce que l'on croit »**
Pierre Bourdieu, A voix nue du 2 février 1988



Une autre démarche :

recueillir la parole des membres de la communauté éducative.

Pour quoi faire ?

L'établissement peut désirer consulter ses membres pour compléter les informations existantes, vérifier une intuition ou des observations qui interrogent la communauté scolaire. Consulter des adultes, des jeunes est aussi une **façon d'impliquer les personnes, de leur offrir un temps et un espace pour se poser des questions.**



LES CENTRES DE RESSOURCES FRAPS

Les centres de ressources de la FRAPS alimentent la Base de Données spécialisée en promotion de la santé de la région Centre-Val de Loire.

La thématique de la santé au Lycée est développée sous diverses approches aussi bien politiques, méthodologiques que techniques. Vous trouverez de nombreuses références validées et efficaces pour mettre en place et animer vos projets de santé.



Retrouvez toutes ces ressources sur notre portail Pops <https://fraps.centredoc.fr/>



Portail Promotion Santé
Ressources en Promotion de la Santé en Région Centre-Val de Loire

A découvrir ! fraps.centredoc.fr
Privilégiez Mozilla Firefox, un navigateur web gratuit

Les ressources référencées :

- Ouvrages
- Sites de référence
- Outils d'intervention
- Productions régionales

Les principales thématiques traitées :

- Nutrition
- Santé publique
- Santé mentale
- Compétences psychosociales
- Santé sexuelle
- Addictions
- Education Thérapeutique du Patient
- Education aux médias

Vous trouverez d'autres thématiques de santé directement en ligne ou dans nos centres de documentation.

Les documentalistes de la FRAPS IREPS sont disponibles pour vous **accompagner, aider, orienter et informer** sur nos ressources.



LES PUBLICATIONS DE LA FRAPS

La revue « Force de FRAPS » est une publication qui aborde une thématique à laquelle notre équipe est confrontée dans son travail quotidien.

Les thèmes variés touchent les différentes activités de la FRAPS comme la documentation, le conseil méthodologique, la formation, les coordinations, ...

**RETROUVEZ TOUTES
LES PUBLICATIONS
DE LA REVUE
FORCE DE FRAPS
SUR LE SITE INTERNET :
www.frapscentre.org**



Vous pourrez également découvrir cette revue en version papier dans nos centres de ressources des départements 18, 28, 36, 37, 41, 45 et également lors de nos déplacements et interventions.

LES THÉMATIQUES DÉVELOPPÉES :

FORCE DE FRAPS n°1 - Avril 2017

Les compétences psychosociales : La FRAPS, 5 ans d'expertise

FORCE DE FRAPS n°2 - Décembre 2017

Les données probantes en promotion de la santé

FORCE DE FRAPS n°3 - Septembre 2018

La littératie en santé appliquée à la promotion de la santé

FORCE DE FRAPS n°6 - Novembre 2020

La Santé Environnement



Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé

Bureau régional : 9 Place Anne de Bretagne - 37000 TOURS • 02 47 37 69 85
contact@frapscentre.org



www.frapscentre.org

Suivez-nous sur   



Une équipe
de professionnels
à votre service
en Région
Centre-Val de Loire

FRAPS IREPS antenne 28
Hôtel Dieu - 34 Rue Dr. Maunoury
BP 30407 - 28018 Chartres
Tél. : 02 37 30 32 66
antenne28@frapscentre.org

FRAPS IREPS antenne 45
5 Rue Jean Hupeau
45000 Orléans
Tél. : 02 38 54 50 96
antenne45@frapscentre.org

FRAPS IREPS antenne 18
17 Allée René Ménard
18000 Bourges
Tél. : 02 48 24 38 96
antenne18@frapscentre.org

FRAPS IREPS antenne 41
34 Avenue Maunoury
41000 Blois
Tél. : 02 54 74 31 53
antenne41@frapscentre.org

FRAPS IREPS antenne 37
54 rue Walvein
37000 Tours
Tél. : 02 47 25 52 83
antenne37@frapscentre.org

FRAPS IREPS antenne 36
73 rue Grande
36000 Châteauroux
Tél. : 02 54 60 98 75
antenne36@frapscentre.org



Avec le soutien financier de