

2020-2021

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Médecine

**Comment les infirmier(e)s
scolaires abordent-ils (elles)
l'éducation à la santé affective et
sexuelle avec les adolescents ?**

Etude qualitative auprès de 9 infirmier(e)s scolaires
du Maine et Loire

Tirot Bénédicte

Né le 31 octobre 1994 à ANGERS (49)

Sous la direction de Mme TESSIER CAZENEUVE Christine
et Mme TEXIER LEGENDRE Gaëlle

Membres du jury

Monsieur le Professeur CONNAN Laurent | Président
Madame le Docteur TESSIER CAZENEUVE Christine | Directrice
Madame le Docteur TEXIER LEGENDRE Gaëlle | Co-Directrice
Madame LE MEUT Florence | Membre

Soutenue publiquement le :
14 octobre 2021



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) TIROT Bénédicte
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19 / 07 / 2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Géraud	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck		Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
POIROUX Laurent	Soins Infirmiers	Médecine

ATER

BOUCHENAKI Hichem	Physiologie	Pharmacie
MESSAOUDI kHALED	Immunologie	Pharmacie
MOUHAJIR Abdelmounaim	Biotechnologie	Pharmacie

PLP

CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
--------------	------------------	----------

AHU

IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A mes parents, leur soutien indéfectible depuis toujours, leur endurance à toute épreuve, notre complicité et bien sûr l'amour qu'ils me donnent au quotidien.

A mon père, ses conseils avisés, sa clairvoyance, son expérience, sa curiosité sans fin... grâce à laquelle j'ai rencontré Aude !

A ma mère, super héroïne, ma sauveuse en toutes circonstances, son altruisme, ses nombreux talents même si elle en doute trop souvent.

A ma sœur, son accompagnement bienveillant et ses précieux conseils.

A mon frère, son esprit scientifique, sa curiosité perpétuelle et ses débats passionnés en famille.

A Philippe, sa patience, son humour, son amour.

A Aude, sans qui je n'aurai pas eu le même parcours, grâce à qui j'ai rencontré des personnes formidables, et avec qui on rigole toujours autant ; à nos familles clonées ; aux Chokobons de MC qui nous ont accompagné pendant l'externat...

A mes amis : Juju et nos mots croisés, Hélène et son enseignement du Rubik's Cube, Pierre des Bois, Célestin les bons plans, Clément MacGyver, Doudou, Camille, Marielle...

A Mathilde, qui a embelli ma première année de médecine (et le lycée) par sa joie de vivre, son optimisme et sa volonté de fer, et à Gabrielle à qui je dois en partie la réussite de la P1.

Aux praticiens hospitaliers du Mans qui m'ont transmis la passion de leur métier, quelle que soit leur spécialité ;

A mes maîtres de stage praticien niveau 1 : Dr BASLE Sébastien, Dr PALLONE Gérard et Dr JAHAN Marie Christine, qui m'ont fait découvrir la médecine générale en Sarthe, dans tous ses aspects.

A mes maîtres de stage SASPAS : Dr ALLIX Guillaume et Dr RADET Alain qui m'ont conforté dans ce choix de spécialité, m'ont fait découvrir la diversité de la médecine générale dans le Maine et Loire.

A l'équipe de Gériatrie du CHU qui me permet de finir cet internat en toute bienveillance.

A Mr le Professeur CONNAN Laurent, d'avoir accepté de présider ce jury,

A Mme le Dr Tessier Cazeneuve Christine, à qui je dois cette thèse, que je remercie pour m'avoir guidé tout au long de ce travail avec un œil très avisé, en toute bienveillance et avec beaucoup de pédagogie.

A Mme le Dr Texier Legendre Gaele, pour sa co-direction également bienveillante, pour le temps consacré à ce travail et la pertinence des remarques.

Aux infirmières scolaires ayant accepté de participer à cette enquête, pour leur disponibilité et l'intérêt qu'elles y ont porté.

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

METHODE

1. **Présupposé de recherche**
2. **Population et recrutement**
3. **Déroulement des entretiens**
4. **Structure des entretiens**
5. **Méthode d'analyse et résultats**

RESULTATS

1. **Population de l'échantillon**
2. **Des infirmier(e)s attentifs(ves) à l'éducation affective et sexuelle des adolescents...**
 - 2.1. Une oreille disponible et bienveillante
 - 2.1.1. L'infirmier(e), une personne ressource pour les jeunes
 - 2.1.2. Des questionnements explicites
 - 2.1.3. Des problématiques parfois inexprimées
 - 2.1.4. Le respect de la sensibilité de chacun
 - 2.2. La singularité de chaque adolescent
 - 2.2.1. Des jeunes qui n'avancent pas tous au même rythme
 - 2.2.2. Des échanges qui varient avec certains facteurs
 - 2.2.3. Des groupes homogènes pour mieux communiquer
 - 2.3. Une adaptabilité indispensable
 - 2.3.1. Une personnalisation des échanges
 - 2.3.2. Des techniques de communication ajustées
 - 2.4. Une communication facilitée par l'environnement
 - 2.4.1. Moins il y a d'auditeurs, plus c'est facile ?
 - 2.4.2. Un lieu d'accueil optimal
 - 2.5. L'importance d'un cadre sécurisant et confidentiel
 - 2.5.1. Une relation de confiance nécessaire
 - 2.5.2. Des adolescents encouragés par la confidentialité
 - 2.6. Des infirmier(e)s qui s'investissent
 - 2.6.1. Des mesures de protection parfois nécessaires
 - 2.6.2. Des soignants impliqués
3. **...Agissant en faveur de la prévention...**
 - 3.1. Une mission de prévention
 - 3.1.1. Un besoin ressenti
 - 3.1.2. Le souhait de faire passer certains messages
 - 3.1.3. Un accompagnement quotidien et concret
 - 3.1.4. Les notions de respect et consentement
 - 3.2. Repérer pour prévenir
 - 3.2.1. Une période de changements
 - 3.2.2. Les prises de risque des adolescents
 - 3.2.3. Une communication sous influence ?
 - 3.3. Une position de sachant
 - 3.3.1. Conception de la santé affective et sexuelle
 - 3.3.2. Un besoin de formation pour aborder ce sujet
 - 3.4. Le travail interprofessionnel pour améliorer la prévention
 - 3.4.1. La participation de toute l'équipe éducative
 - 3.4.2. Des échanges pluriprofessionnels
 - 3.4.3. L'appui sur un réseau de soin
 - 3.5. Structurer ses interventions à sa façon

- 3.5.1. Une organisation propre à chaque IDES
- 3.5.2. Des supports pour animer le dialogue
- 3.5.3. Du systématique pour parer aux freins ?
- 4. ...Tout en ressentant une restriction dans leurs interventions.**
- 4.1. Un sentiment de restriction
 - 4.1.1. Parfois un sujet tabou ?
 - 4.1.2. Des inégalités géographiques
 - 4.1.3. La crainte de ne pas être en phase avec l'adolescent
- 4.2. Une mission qui peut mettre en difficulté
 - 4.2.1. Des difficultés propres à chacun
 - 4.2.2. Des groupes qui donnent du fil à retordre
 - 4.2.3. Des retours parfois négatifs
- 4.3. L'influence des normes
 - 4.3.1. Des idées reçues concernant les filles
 - 4.3.2. Une vision normée
 - 4.3.3. Des facteurs qui influencent la communication
- 4.4. L'environnement familial à prendre en compte
 - 4.4.1. Un lien à promouvoir lorsque c'est possible
 - 4.4.2. Des réactions parentales qui questionnent les IDES
- 4.5. Des variations sociologiques qui interpellent
 - 4.5.1. Des IDES surpris par certaines attitudes des adolescents
 - 4.5.2. Des axes de prévention à travailler

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

- 1.1. A propos de l'échantillonnage
- 1.2. A propos de l'enquêteur
- 1.3. A propos du recueil des données
- 1.4. A propos de l'analyse des données

2. Discussion des principaux résultats

- 2.1. L'IDES comme interlocuteur sur la santé affective et sexuelle
 - 2.1.1. Un rôle important pour les IDES, un cadre scolaire intéressant
 - 2.1.2. La singularité des ados et la formation par les pairs
 - 2.1.3. Lien avec la famille et les autres professionnels
 - 2.1.4. Une exposition inappropriée aux violences
 - 2.1.5. Des sexualités différentes
- 2.2. Un rôle qui a des limites
 - 2.2.1. Des obstacles à la prévention ressentis par les IDES
 - 2.2.2. Des situations qui mettent en difficulté les IDES
 - 2.2.3. Des freins à la mise en place des séances EVAS
 - 2.2.4. Des IDES influencés par les normes sociétales ?
- 2.3. Une approche genrée
 - 2.3.1. Concernant les filles
 - 2.3.2. Concernant les garçons
 - 2.3.3. L'influence du genre dans les interventions

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

TIROT BENEDICTE

Liste des abréviations

[illegible]

RESUME

Introduction : L'éducation à la sexualité (EVAS) dans le milieu scolaire est une obligation légale depuis 1996, en lien avec une politique nationale de prévention et de réduction des risques de grossesse non désirée, infections sexuellement transmissibles et violences sexuelles. A ce titre les infirmier(e)s scolaires (IDES) peuvent être des interlocuteurs privilégiés pour les adolescents, pour aborder leur santé affective et sexuelle.

Objectif : Explorer la façon dont les IDES abordent la SAS avec les adolescents, cerner leurs éventuelles difficultés et identifier des pistes d'amélioration de prévention.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'IDES du Maine-et-Loire, entre juin 2020 et mars 2021. Analyse thématique inductive inspirée de la théorisation ancrée. Triangulation des données.

Résultats : Neuf longs entretiens ont été réalisés. Les IDES se considéraient comme des personnes ressources pour les adolescents, disponibles et à l'écoute de leurs problématiques exprimées ou latentes. Ils étaient attentifs à créer un cadre sécurisant, garanti par une relation de confiance et le respect du secret médical. En entretien individuel, ils s'adaptaient à la singularité de chacun, en séance d'EVAS ils utilisaient la communication entre pairs pour les faire échanger sur une SAS positive. Les IDES étaient inconsciemment influencés par les normes sociétales, notamment les stéréotypes de genre. Ils pouvaient être mis en difficulté par certains thèmes, anticipant parfois les réactions des jeunes ou des familles. Ils disaient être mal à l'aise avec l'utilisation de nouvelles technologies ou certains sujets d'actualité. Ils percevaient parfois le poids des représentations religieuses ou culturelles et l'influence familiale dans les représentations des jeunes, mais valorisaient toujours le dialogue avec la famille. Des inégalités géographiques étaient soulignées, quant à la facilité d'adressage vers d'autre structure/professionnel. Enfin, malgré le travail en binôme avec les professeurs ou des professionnels de santé extérieurs pour les EVAS, ils se sentaient parfois isolés et regrettaient de ne pas avoir plus de lien avec les différents professionnels intervenants auprès des adolescents.

Conclusion : Les IDES font partie des professionnels de santé les plus proches du quotidien des adolescents. Renforcer la communication avec eux permettrait d'améliorer la prévention en termes de SAS auprès des plus jeunes.

INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère que l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. Les processus biologiques en conditionnent de nombreux aspects, et la puberté marque le passage de l'enfance à l'adolescence. [1]

En lien avec la puberté, arrivent les questions sur la sexualité, que l'OMS définit comme suit : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination, ni violence. ». [2]

Par ailleurs, l'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire est une obligation légale depuis la Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 puis la loi Aubry du 4 juillet 2001. Elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques (grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles (IST), VIH/ sida) et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes. [3]

En effet, si depuis 2010, le taux de recours à l'IVG des jeunes femmes de 15 à 19 ans est en baisse [4], à l'inverse, la fréquence des IST est élevée et continue à augmenter chez les jeunes [5]. En outre, les études épidémiologiques et socio-comportementales mettent en évidence des différences importantes d'exposition des jeunes au risque d'IST en fonction de leurs pratiques sexuelles [6] et de leur statut social [7].

Selon la circulaire ministérielle du 17 février 2003, l'un des objectifs de « l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées » est de donner aux enfants et aux adolescents « les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif et leur permettre notamment de mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement ». Il s'agit de partir de leurs représentations et acquis et d'apporter « informations objectives » et « connaissances scientifiques » susceptibles de leur faire comprendre les différentes dimensions de la sexualité et de susciter chez eux une réflexion favorisant le développement d'attitudes de responsabilité. Cette circulaire fixe notamment l'organisation d'au moins trois séances annuelles d'information et d'éducation à la sexualité à

chaque niveau d'enseignement dans le premier et le second degré [3]. De nombreux acteurs participent à la lutte contre les IST chez les jeunes : acteurs du système éducatif et du système de santé, opérateurs publics, privés et associatifs ; tous ont un rôle à jouer pour améliorer l'efficacité de la prévention.

D'après une enquête par questionnaires auprès de jeunes de 15-30 ans publiée en 2016 par le Planning Familial, les jeunes préfèrent requérir de l'information auprès de leur cercle habituel de socialisation : professionnel de santé familiers (médecin, infirmière, pharmacien) ou entourage [8].

Des travaux récents de thèse montrent également que pour les adolescents, les personnes de premier recours pour parler de sexualité sont leurs amis ou internet, devant leur famille, et bien avant les professionnels de santé [9, 10].

Une revue de la littérature réalisée en 2018 dans le cadre d'une thèse mentionne les établissements scolaires en 3e position, après Internet et les médias, en matière de source d'information, et les infirmier(e)s scolaires (IDES) comme personne-ressource, après les ami(e)s/pairs et la famille [10].

Or, peu d'études ont été menées sur la place des IDES en matière de prévention et d'éducation sexuelle et affective chez les adolescents. Il semblerait pourtant qu'ils (elles) puissent être des interlocuteurs privilégiés parmi les professionnels de santé. La circulaire n°2001-014 du 12 janvier 2001 définit leurs missions : la délivrance de conseils ou informations aux élèves de manière individuelle, la coordination (en qualité de référent santé) avec les autres partenaires institutionnels et intervenants extérieurs, et la participation à l'élaboration du projet de santé de l'établissement, avec notamment la mise en place des séances d'éducation à la sexualité [11]. De plus, on peut penser que le rôle des IDES est d'autant plus important qu'ils (elles) participent à la formation des adolescents en vue de l'éducation entre pairs.

Ainsi, il semblait intéressant d'explorer comment les infirmier(e)s scolaires abordent la santé affective et sexuelle avec les adolescents.

METHODE

Il s'agit d'une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'infirmier(e)s scolaires, réalisée dans le département du Maine et Loire sur une période de 8 mois (juin 2020 à mars 2021).

1. Présupposé de recherche

Les infirmier(e)s scolaires semblent être des interlocuteurs privilégiés en matière de communication et de prévention concernant la santé sexuelle et affective avec les adolescents, notamment les garçons, ceci faisant pleinement partie de leurs missions au sein du milieu scolaire.

2. Population et recrutement

Les critères d'inclusion étaient : être infirmier(e) scolaire en Maine et Loire en activité durant l'année scolaire 2020/2021.

Le recrutement s'est fait à partir de la liste pré établie des IDES exerçant en Maine et Loire, selon un échantillonnage raisonné théorique. Les variables suivantes étaient prises en compte : âge, sexe, temps plein/temps partiel, lieu d'activité (rural/urbain), type d'établissement (collège/lycée, général/professionnel, privé/public), bassin de population favorisé/défavorisé. La taille maximale de l'échantillon n'était pas fixée au départ, le recrutement s'effectuant jusqu'à saturation théorique des données.

Les infirmier(e)s scolaires du secteur public ont été contactées par e-mail via Mme Huet, Infirmière et Conseillère Technique Responsable Départementale, Service de Promotion de la santé en faveur des élèves. Les infirmier(e)s du secteur privé ont été contactées directement par e-mail.

L'accord des directeurs d'établissement n'était pas nécessaire, mais ils ont été informés par l'infirmier(e) scolaire avant l'entretien.

3. Déroulement des entretiens

L'objectif de l'étude était présenté à l'interviewé(e) avant chaque entretien, et son consentement recueilli par écrit. Les caractéristiques des participants (âge, sexe, parcours professionnel, type d'établissement et caractère privé/public, temps partiel/temps plein, zone géographique, type de population) étaient ensuite collectées. Les entretiens se déroulaient de façon individuelle, en présentiel lorsque les conditions sanitaires le permettaient (dans l'établissement scolaire où intervenait l'infirmier(e)), ou bien en visioconférence.

Ils étaient enregistrés à l'aide d'un smartphone ou du logiciel de visioconférence.

4. Structure des entretiens

Les entretiens individuels semi-dirigés étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe I) élaboré à partir de la littérature et des hypothèses formulées dans le respect des lignes directives COREQ. Les thèmes explorés étaient : la place de l'infirmier(e) scolaire dans la communication sur la sexualité avec les adolescents, la définition de la santé affective et sexuelle, la façon de l'aborder, la transmission des savoirs par la formation des pairs, les supports utilisés, les obstacles à la communication, et enfin les stratégies pour lever les freins éventuels.

Trois entretiens pré-tests ont été réalisés, permettant une première évaluation de la grille d'entretien et intégrés au recueil de données. La grille d'entretien évoluait au fur et à mesure des entretiens. Ceux-ci se sont poursuivis jusqu'à saturation théorique des données.

5. Méthode d'analyse et résultats

Les entretiens étaient intégralement retranscrits sous Word, puis anonymisés. Ces propos constituaient le verbatim de l'étude, qui était soumis à la relecture de chaque interviewé qui le souhaitait. Aucun n'a apporté de modification.

L'analyse du verbatim et le codage en unités de sens puis en catégories et thèmes étaient réalisés au fil de l'eau selon une approche inductive inspirée de la théorisation ancrée. Une double analyse a été réalisée, permettant une triangulation des données afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

RESULTATS

1. Population de l'échantillon

Neuf IDES ont été interviewés, dont 8 femmes (89%) et 1 homme (11%). L'âge moyen des IDES était de 53 ans [30 ; 61]. 5 IDES travaillaient à temps partiel (56%), 4 à temps plein (44%).

Parmi les IDES, 6 exerçaient en collège, 1 en lycée, et 2 en collège/lycée/supérieur. Cinq établissements se situaient en milieu rural (56%). Deux IDES travaillaient dans des établissements privés.

Le niveau socioéconomique dans les établissements était varié, avec un haut niveau socioéconomique dans 56% des établissements, une classe plutôt ouvrière dans 78% des établissements. Les élèves provenant d'un milieu urbain étaient présents dans 22% des établissements, versus 78% provenant d'un milieu rural et 11% d'un milieu semi-urbain.

Les entretiens duraient en moyenne 88,6 minutes [55 ; 109].

Tableau 1 : Caractéristique de la population

Entretien	Sexe	Age	Activité	Expérience	Type d'établissement	Emplacement géographique	Milieu	Population
I1 (55 minutes)	F	30	Temps partiel 70%	1 ^{ère} année dans l'établissement, 1 ^{er} poste	Collège/lycée/supérieur	Urbain	Privé	Favorisée, urbaine et rurale
I2 (84 minutes)	F	57	Temps partiel 80%	3 ^e année dans ce lycée, a travaillé 17 ans dans un lycée professionnel en zone rurale	Lycée général, technologique, professionnel, et unité d'apprentis	Urbain	Public	Favorisée, urbaine
I3 (75 minutes)	F	60	Temps partiel 80%	10 ^e année dans ce collège, a travaillé 15 ans dans un collège voisin	Collège	Rural	Public	Ouvrière, rurale
I4 (80 minutes)	F	47	Temps partiel 80%	4 ^e année dans ce collège, autres collèges auparavant	Collège	Rural	Public	Ouvrière, rurale
I5 (102 minutes)	H	49	Temps plein	8 ^e année dans ce collège, autre collège auparavant	Collège	Rural	Public	Favorisée et ouvrière, rurale
I6 (95 minutes)	F	61	Temps plein	15 ^e année dans ce collège, autre collège auparavant	Collège	Rural	Public	Ouvrière, rurale
I7 (109 minutes)	F	58	Temps plein	2 ^e année dans ce collège, en lycée auparavant	Collège	Rural	Public	Ouvrière, rurale
I8 (100 minutes)	F	59	Temps plein	8 ^e année dans ce collège, auparavant au collège, lycée, faculté	Collège	Urbain	Public	Hétérogène, Semi-urbaine
I9 (97 minutes)	F	53	Temps partiel 60%	12 ^e année dans cet établissement, a travaillé 17 ans en CH (médecine, chirurgie, psychiatrie, gynécologie...)	Collège, lycée général et technologique, lycée professionnel, et centre de formation adulte.	Semi urbain	Privé	Hétérogène, rurale

(I = infirmier(e), CH = centre hospitalier)

2. Des infirmier(e)s attentif(ve)s à l'éducation affective et sexuelle des adolescents...

2.1. Une oreille disponible et bienveillante

2.1.1. L'infirmier(e), une personne ressource pour les jeunes

L'ensemble des IDES interviewées s'accordaient à dire qu'il fallait avant tout se rendre disponible, physiquement : *« comme on parle de, du sommeil, de l'alimentation, on parle aussi de la vie affective, et ça peut voilà, c'est une porte d'entrée ils la poussent ou pas et puis euh, ils s'en emparent quoi quand il y a quelque chose, c'est un terrain qui peut les intéresser bon bah voilà quoi, ouais. [...] après ils sont pas gênés de dire s'ils ont un petit copain, une petite copine, après voilà je leur glisse juste en disant bah voilà : si tu as besoin de conseils, d'informations, j'ai des docs j'ai ce qu'il faut aussi ici » (I9) ;* mais également disponible psychiquement : *« Oui parce que moi c'est quelque chose qui m'intéresse, je suis à l'aise avec, fin oui je trouve que je suis à l'aise avec ce thème-là, je trouve qu'on est au cœur de leur préoccupation, voilà je trouve que c'est super, donc voilà » (I3).* Une relation duelle semblait plus propice à la verbalisation des problématiques : *« Alors qu'en individuel, voyez mon bureau, on est face à face. Surtout pour des questions d'ordre sexuel » (I1).*

Selon les IDES, les adolescents les consultaient spontanément pour des problématiques en lien avec la santé affective et sexuelle : *« oui ils viennent, ouais. Oui parce qu'ils viennent chercher du réconfort, et euh, l'infirmerie c'est un lieu d'écoute, ils savent qu'ils sont accueillis là, librement en toute confidentialité donc euh... ils peuvent venir en parler » (I6).*

Au-delà d'un rôle d'accueil et d'écoute : *« soit c'est le jeune qui pousse ma porte et qui vient et qui me dit : voilà, j'ai une question » (I4) ;* la notion d'accompagnement et de suivi était également importante pour les IDES : *« dans un second entretien on voit un petit peu la situation de la jeune, on la reconvoque, pour reparler de la contraception, voir ce qu'il est envisageable de faire » (I4).* Ils étaient également présents pour rassurer les jeunes : *« on va avoir la jeune hein, qui arrive le lundi matin en disant : ce weekend bah j'ai eu un rapport sexuel euh... avec mon copain, le préservatif a craqué, euh... je sais pas ce que je dois faire, j'ai peur d'être enceinte » (I4).*

2.1.2. Des questionnements explicites

Pour les IDES, l'intérêt des adolescents sur les questions autour de la santé affective et sexuelle était manifeste : *« de toute manière, ce qui est évident, moi ce qui me plaît en plus, c'est que c'est un domaine sur lequel ils sont toujours intéressés » (I3), « ils ont la plupart du temps beaucoup de questions » (I6).*

Leurs questions étaient diverses et variées, on retrouvait des interrogations en lien avec l'acte sexuel : « *les filles veulent savoir si ça fait mal, la première relation sexuelle, et les garçons veulent savoir euh... s'ils ont le pénis assez long (rires). Assez grand. Normalement les préoccupations des ados de 13-14 ans* » (I6), mais également sur la vie affective « *ouais ils abordent plus aussi : comment dire à l'autre qu'on est amoureux de lui, qu'on est attiré par lui ; ça c'est un sujet qui... ouais dont ils ont envie qu'on parle* » (I8).

Les IDES accompagnaient également les jeunes dans leur questionnement sur l'identité sexuelle et de genre : « *Moi je me souviens d'élèves qui me disaient : j'ai l'impression que, voilà je suis plus attiré par les filles ; donc moi j'essaie de les rassurer de leur dire que, bah... en fait... de toute manière on choisit pas vraiment, et que... ça peut évoluer aussi, voilà* » (I3), questionnement qui semblait plutôt fréquent : « *c'est bien de dire : est-ce que t'es en couple ; parce que de plus en plus y a la relation... Y a la relation hétéro et pas que hétéro là. Et de plus en plus on sent un genre, là c'est beaucoup de préoccupation chez les jeunes ouais* » (I9).

2.1.3. Des problématiques parfois inexprimées

L'environnement scolaire permettait aux IDES de percevoir certaines préoccupations : « *je les entends dans les couloirs ou alors parfois je discute avec un professeur dans les couloirs et on les entend parler* » (I1), et d'anticiper les problématiques des adolescents « *y en a un qui venait en individuel et qui, je savais qu'il sortait avec une fille là depuis plusieurs mois, donc là j'ai abordé avec lui, la contraception* » (I3).

La communication n'étant pas toujours spontanée, il leur semblait intéressant de pouvoir explorer les attentes des jeunes : « *Après euh... c'est compliqué c'est de savoir quelles sont leurs attentes ! C'est vrai que si on pose pas la question on peut pas le savoir ! c'est vrai, c'est vrai* » (I2). Certaines problématiques pouvaient amener les IDES à s'interroger sur la santé affective et sexuelle des adolescents : « *C'est vraiment l'entrée en matière hein : j'ai mal au ventre, j'ai mal à la tête. Ouais. [...] Voilà ça peut être ça, ou ça peut être euh... une élève... qui pleure en cours* » (I3).

La souffrance psychique notamment ne leur semblait pas rare chez les jeunes : « *Mais des, comment dire des tensions euh... amoureuses y en a tout le temps, dès la 6e. Et c'est vraiment, c'est vraiment des conflits qui sont compliqués à gérer parce que ça les met en grande difficulté au niveau émotionnel hein [...] Ça peut... ça peut créer des grands moments de... je vais pas dire de dépression mais d'état psychologique... de souffrance quoi de mal-être, parce que c'est les premiers émois et que bah, les premières ruptures sont difficiles à vivre hein* » (I6).

2.1.4. Le respect de la sensibilité de chacun

Sur ce thème de la santé affective et sexuelle, la communication avec les adolescents ne leur semblait pas facilitée par des caractéristiques précises, mais plutôt intimement liée à la personnalité du jeune : *« Ça dépend vraiment du caractère et du tempérament de chaque jeune. [...] Je pense que ça dépend du milieu familial, de la façon dont on aborde les choses à la maison, ou entre... entre copains, les préoccupations de chaque jeune, les étapes où ils en sont euh... voilà, je pense que c'est très, très, spécifique à chacun » (I4)*. Cette variabilité interindividuelle était à l'origine des différentes réactions qui pouvaient être perçues à l'abord du sujet : *« Ah ouais y a vraiment de tout, y a de la gêne, y en a qui sont euh bah qui ont vraiment envie hein, qui ont vraiment envie d'en parler » (I8)*.

Aborder le sujet à la demande du jeune pouvait être un moyen de respecter le rythme et la maturité de chacun : *« la plupart du temps, j'essaye de répondre à leurs questions, on essaye de répondre à leurs questions comme elles viennent » (I6)*.

Cette variabilité amenait également les IDE, avant les séances en groupe, à anticiper les difficultés que cela pouvait avoir pour certains adolescents : *« quelque chose qui pourrait m'empêcher de l'aborder c'est si l'élève, parce que ça s'est déjà produit, si l'élève a vécu des choses particulières. C'est-à-dire que si on sait que l'élève a déjà vécu un viol, ça peut arriver, ou de l'inceste, euh... c'est vrai qu'on est excessivement prudent sur les éducations à la santé quand on sait que dans les classes c'est déjà arrivé » (I4)*.

2.2. La singularité de chaque adolescent

2.2.1. Des jeunes qui n'avancent pas tous au même rythme

Ainsi l'hétérogénéité des préoccupations et des actions des adolescents leur semblait évidente, et les amenait à réfléchir sur la pertinence des séances d'éducation à la santé affective et sexuelle en groupe-classe : *« c'est vraiment le rapport à la sexualité il est très, très, hétéroclite dans les collèges. [...] euh... pour certains, on devrait quasiment commencer à intervenir dès la 5e. Mais euh... pour, pour l'ensemble des élèves c'est pas adapté » (I4)*. Selon les IDE, les lycéens les consulteraient davantage que les collégiens : *« alors au collège c'est vrai que c'est une thématique qu'on aborde avec les élèves lors de séances d'EVAS : éducation vie affective et sexuelle, euh... on n'est pas vraiment sollicité en direct par rapport à... par rapport au lycée » (I7)* ; et pour des questions plus concrètes *« [au collège] On est dans les prémices hein, on n'est pas dans une sexualité telle que peuvent la vivre les lycéens. Ils sont pas dans les expérimentations, ils sont un peu dans la... dans le... dans le la sublimation quoi, ils en parlent beaucoup... mais ils font pas grand-chose quoi (rires), non mais c'est un peu ça quoi. Au collège c'est un peu ça » (I7)*.

Les IDES soulignaient également une disparité selon le sexe : *« c'est les filles qui évoluent plus rapidement sur la sexualité que les garçons je pense au collège. Mais bon, ils sont traités de la même façon, ils ont la même information des deux côtés » (I5)*. Ces constatations amenaient les IDES à cibler l'âge des interventions d'éducation à la vie affective et sexuelle : *« j'interviens pas en terme de de de prévention / éducation à la santé ni sur les 6e ni sur les 5e. D'un point de vue éducation sexuelle etc., sur ces niveaux-là ce sont d'autres euh... d'autres pistes et d'autres... d'autres éléments qui sont ciblées mais pas ... pas, pas celui-ci » (I4)*, mais également à adapter le contenu de leurs séances : *« Donc en 6e c'est plus par rapport à la puberté, donc la puberté les changements les transformations du corps, les transformations dans la tête voilà » (I8)*.

2.2.2. Des échanges qui varient avec certains facteurs

Leur manière de dialoguer semblait être influencée par certaines caractéristiques. Parmi elles, on pouvait retrouver :

- Le genre : *« Les gars ils parlent plus facilement de... des mots alors bon entre guillemets qui vont être familiarisés hein, mais ils parlent plus facilement que les filles moi je trouve. Et puis sur le ton de la rigolade, ça passe beaucoup par la rigolade. Les filles ça va plutôt être, soit c'est très sérieux, ou soit c'est assez fermé euh... plus avec de la gêne quoi » (I8) ;*
- Le type de filière : *« Je trouve que... c'est beaucoup plus spontané, dans notre lycée professionnel. [...] Y a un côté cru aussi. Ouais, ouais. Ah oui, oui, pas de gêne hein, bah oui, des fois, y a pas de gêne ça c'est sûr m'enfin bon c'est bien, je trouve ça super quoi » (I9) ;*
- Ou encore l'origine : *« pour les filles [origine Maghrébine] c'est quand même super plus compliqué. Les garçons, les garçons ils vont être dans : je sais tout je suis le meilleur, c'est de l'esbrouffe, mais les filles... c'est mon expérience hein. C'est comme ça moi que je le ressens, oui. [...] les filles, difficile d'en parler, les garçons, dans l'esbrouffe » (I2).*

2.2.3. Des groupes homogènes pour mieux communiquer

A la lumière de ces constats, les IDES formaient des groupes d'échange homogènes pour faciliter la communication avec et entre les adolescents *« on leur dit : bah vous vous mettez par affinité. Par groupes de 2, 3, 4, 5 voilà. Et par affinité. Donc on a des groupes mixtes, des groupes filles-garçons [...] Et en fait ils se sentent à l'aise d'en parler parce qu'ils ont choisis avec qui ils avaient envie d'être » (I9)*. Ainsi, la transmission d'informations se faisait entre pairs, validée par les connaissances du professionnel de santé *« alors ce qui est intéressant c'est que ça vient pas de moi ça vient de leurs pairs quoi hein c'est les autres [...] et moi je viens*

simplement essayer ... d'ajuster quoi voilà. Et donc c'est pour ça que du coup, le jeune qui découvre, mais franchement y en a qui franchement découvrent, au moins ils entendent ça de leurs pairs, des jeunes du même âge qu'eux quoi hein, et ça je trouve, bah c'est ça qui est intéressant hein » (I8).

2.3. Une adaptabilité indispensable

2.3.1. Une personnalisation des échanges

Pour les IDES, la singularité de chacun nécessitait une capacité d'adaptation et de flexibilité des entretiens, et de pouvoir percevoir que, parfois, ce n'est pas le moment adéquat pour parler de santé affective et sexuelle : *« on est en face à face c'est comme là je veux dire, fonction de la personne et de la réaction on est toujours en train de de de, on adapte on voit si quelque chose dérange ou si c'est open, voilà je dirais on est en phase quoi » (I9).* Naturellement, cette flexibilité était davantage applicable en échange individuel : *« on va dire que les échanges collectifs sont plus ciblés sur l'aspect général, des choses, et l'individuel est plus ciblé sur l'aspect spécifique, c'est là qu'on va plus facilement aborder les sentiments, la relation à l'autre, la confiance, et puis peut-être euh, aborder un peu plus euh... un peu plus en profondeur les choses. C'est-à-dire que, plus cibler sur la situation de l'élève sur sa relation amoureuse à lui comment il la vit etc. » (I4).*

2.3.2. Des techniques de communication ajustées

Les IDES adaptaient leur façon de communiquer, afin de mettre les adolescents à l'aise : *« La manière d'être, le vocabulaire utilisé, euh, se mettre à leur niveau, les mettre en confiance par le cadre sécurisant [...] voilà, et puis on rigole un peu, voilà l'humour. L'humour, l'humour a une place importante. Pas la moquerie, l'humour » (I4).* Le contenu des échanges pouvait varier, les IDES partant souvent des demandes des jeunes : *« si vous partez du sujet de l'éducation et de leurs envies et de ce qu'ils ont envie de savoir, là y a plus de frein. Et si vous y aller en disant : pouaa, allez hop, je dois sortir il faut qu'ils aient entendu ça, ça, ça, ça... bah là vous allez vous planter » (I5).* Les IDES soulignaient la survenue éventuelle de propos provocateurs, notamment lors des séances de groupe, auxquels il fallait pouvoir s'adapter : *« Bah euh c'est des questions ça peut être des questions crues, pour être dans la provo', voir si on est déstabilisé ou pas [...] alors voyez, rien que de mettre des mots là-dessus là déjà ça les calme parce qu'ils savent que c'est cadré et que, pour pas que ça déborde, et puis je reprends le truc avec eux vous voyez » (I7).*

2.4. Une communication facilitée par l'environnement

2.4.1. Moins il y a d'auditeurs, plus c'est facile ?

Le fait de former des petits groupes était, selon les IDES interrogés, plus propice aux échanges : *« ça je suis convaincue que les petits groupes c'est beaucoup plus facile, ça facilite la communication, ils se sentent plus à l'aise en petit groupe qu'en grand groupe, ils vont prendre plus facilement la parole, poser plus facilement leurs questions... »* (I3). Et même pour certains jeunes, la relation duelle avec l'interlocuteur semblait la meilleure option : *« J'pense que y a plein d'ados, [...] qui en collectif ne parlent pas ou ne vont pas... ne vont pas poser les questions qui peuvent être intimes ou personnelles. Alors que, en individuel, oui, s'ils sont en confiance, généralement oui ils peuvent aller au-delà du simple échange factuel »* (I7).

2.4.2. Un lieu d'accueil optimal

Le lieu d'accueil des adolescents leur semblait avoir un impact sur les échanges : *« Euh j'ai un cache-pot de fleur c'est les Mignons (rires), à un moment donné leur regard il se pose sur un truc et euh voilà ça détend, y a une jeune elle me l'a dit elle m'a dit euh « ici j'aime bien parce que » j'ai des plantes, une plante, j'ai des trucs, ça fait pas un truc sobre »* (I9). Parfois, les IDES regrettaient que les locaux ne soient pas mieux adaptés, de par leur localisation : *« vous avez pas vu l'établissement comment il est fait mais l'infirmerie est très loin du lieu de vie donc ça demande une envie de venir jusque-là »* (I2), ou par leur manque d'insonorisation : *« voilà donc quand moi je reçois un élève et qu'on est en entretien, fatalement la musique est allumée toute la journée, au moins bah y a la confidentialité réelle... parce que sinon on entend tout hein »* (I2).

2.5. L'importance d'un cadre sécurisant et confidentiel

2.5.1. Une relation de confiance nécessaire

Une relation de confiance entre l'adolescent et l'interlocuteur était un prérequis qui semblait essentiel à tous les IDES, en restant authentique : *« Je pense qu'il faut un climat de confiance oui. Mais le climat de confiance c'est à moi de le créer en fait et je ferai rien de particulier en fait, je serais juste... moi. Faut qu'ils nous fassent confiance en fait »* (I1). Celle-ci s'inscrivait dans le temps, par la connaissance de l'interlocuteur, le bouche-à-oreille entre jeunes, le suivi qu'il ou elle établissait avec les élèves : *« moi ça fait maintenant 4 ans que je suis sur l'établissement donc j'ai accueilli les 6e qui sont maintenant en 3e hein donc j'ai fait un peu le tour de l'horloge [...] je les connais ils me connaissent, et donc du coup y a effectivement une relation de confiance qui se crée et je pense que dans cette, ce genre de situation c'est, c'est primordial. Sinon ils viennent pas »* (I4).

Les IDES se percevaient comme une personne référente, en qui les adolescents plaçaient leur confiance : *« Primordiale, je vais pas dire le contraire. Je pense qu'on est vraiment euh... on est proche d'eux, on... [...] pour moi on a une place centrale à ce niveau-là, c'est clair. Fin moi je vois comme ça. Avec l'expérience que j'ai depuis plusieurs années d'intervenir, de ... ah oui je pense qu'on est vraiment... ouais. Fondamental, primordial » (I3).* Cette relation leur permettait de les rassurer et de les accompagner, notamment dans des moments inquiétants pour eux : *« je les rassure sur le fait que quand on va chez un gynécologue ou chez un médecin pour ce genre de chose [la pilule] on ne se fait pas ausculter, parce que ça c'est la grande peur aussi des des des... des jeunes filles hein » (I4).*

2.5.2. Des adolescents encouragés par la confidentialité

Une des conditions de mise en confiance était la confidentialité garantie par le secret professionnel : *« je dis toujours aux élèves que ma porte est grand ouverte, et que voilà, de par ma fonction je suis tenu au secret professionnel » (I5).* Cela permettait de lever l'appréhension des jeunes quant à la potentielle révélation de leurs confidences : *« ouais c'est, c'est purement je pense qu'on est dans la peur de : si je dis un truc, ça va se savoir et mes parents vont être au courant » (I4).* Néanmoins, les IDES attiraient l'attention sur le fait que certaines révélations pouvaient être à l'origine d'une dérogation au secret afin de les protéger : *« je leur dis que je suis soumise au secret professionnel. Et que le seul moment où je peux être amenée à lever ce secret professionnel c'est si je considère qu'ils sont en danger donc euh... » (I6).*

2.6. Des infirmier(e)s qui s'investissent

2.6.1. Des mesures de protection parfois nécessaires

En tant que soignants en contact régulier avec les jeunes, les IDES pouvaient être amenés à prendre connaissance de mises en danger *« par exemple, ça c'est au début quand je suis arrivée à X (ville), on avait un jeune garçon et une jeune fille dont le père, les parents étaient séparés, dont le père visualisait des cassettes porno, c'était encore des cassettes, avec ses enfants ! Et il leur faisait l'éducation sexuelle par le biais de cassette porno. Donc là il avait fallu, bah l'assistante sociale avait fait un signalement, euh... » (I6).*

2.6.2. Des soignants impliqués

Les IDES se sentaient impliqués dans la prise en charge des adolescents : *« quand on fait de l'éducation à la sexualité quoi qu'il en soit on a quand même euh... son affect, son ressenti, son vécu, qu'il faut surtout pas euh, projeter » (I5).* Ils les guidaient avec empathie, à prendre les meilleures décisions concernant leur santé : *« Mais je suis d'accord faut donner cette possibilité voilà, si y a IVG à faire, cette possibilité que ça se fasse sans l'accord*

des parents, mais, j'aurais que dans tous les jeunes qui imaginaient pas en parler aux parents, euh... j'crois pas que j'ai eu une jeune qui a fait une interruption finalement sans réussir à amorcer avec un adulte de son entourage de confiance en fait. Parent ou un autre adulte. Ouais. Et euh, c'est vraiment quelque chose qui les, qui les apaise et puis c'est pas rien hein, c'est pas rien hein je veux dire le... une interruption thérapeutique » (I9).

3. ...Agissant en faveur de la prévention...

3.1. Une mission de prévention

3.1.1. Un besoin ressenti

L'ensemble des IDES interrogés soulignaient la nécessité de la prévention sur le thème de la santé affective et sexuelle : *« Donc voilà, ils ont beaucoup de théorie, beaucoup d'approximation, mais après quand on parle avec eux qu'on essaie de dialoguer, d'échanger, c'est là qu'on s'aperçoit qu'y a quand même, y a quand même un manque » (I5).*

Ils étaient nombreux à dire qu'il faudrait plus de temps de parole à ce sujet : *« Moi je pense que c'est un domaine où ce serait important qu'il y ait plus de séances. Moi je suis convaincue. Qu'ils aient des occasions de parler voilà, de tout ce qui est sentiment, de tout ce qu'est vie amoureuse et puis aussi bien sur hein, tout ce qui est, les rapports sexuels, mais ils sont vraiment en demande à cet âge-là » (I3).* Plusieurs proposaient même de commencer plus tôt la prévention : *« Moi je pense qu'il faudrait même faire de la prévention en maternelle et primaire. [...] Mais plus sur le rapport au corps, et puis malheureusement sur les agressions sexuelles quoi. Quand on voit les chiffres en France, ça interroge quand même hein. Les Me too, incestes... y a un problème quand même » (I7).*

Les IDES représentaient une source fiable d'information pour les jeunes : *« ... J'aurais qu'ils viennent me voir quand ils veulent vérifier quelque chose. S'ils ont un doute, ils vont venir me poser la question. » (I6) ;* et la prévention leur semblait remplir ses objectifs : *« Au début quand j'étais là j'en donnais [pilule du lendemain], maintenant, maintenant j'en donne plus euh.... Euh... je me dis bon, peut-être que de la prévention finalement est plutôt réussie » (I6).*

3.1.2. Le souhait de faire passer certains messages

Les IDES considéraient qu'il y avait de nombreux messages à faire passer aux adolescents :

- Ceux en lien avec la santé affective et le consentement : *« les sentiments quand même moi je trouve c'est important de l'aborder, les sentiments, le consentement... Pour moi c'est hyper important » (I3) ;*

- Ceux concernant les changements pubertaires, notamment auprès des jeunes filles lors du bilan en 6^e : *« on fait les dépistages infirmiers en 6e, on voit tous les élèves, je l'aborde un peu. Sur la puberté, j'demande aux filles si elles ont leurs règles... » (I7).*
- Mais également des messages concernant la santé sexuelle : *« Bah moi en tant que professionnel de santé ça va être de se protéger ouais, de se protéger d'une grossesse, de se protéger d'une infection sexuellement transmissible, donc d'insister sur ça, après... » (I8).* Le plaisir féminin pouvait être abordé : *« je sais que depuis quelques temps on parle beaucoup du clitoris, c'est vrai que, avant, on pensait que c'était juste un petit bouton, maintenant on sait que c'est un organe qui est beaucoup plus... important, donc ça, ça j'essaie de leur en parler un petit peu » (I3).*
- Pour certains IDE, prévention rimait avec IST : *« c'est important qu'ils gardent ce message de... de protection et donc nous on a, on a je crois en tant qu'éducateur en santé on a à faire passer aussi ce message de prévention c'est euh : protégez-vous aussi contre les infections sexuellement transmissibles, et en particulier le SIDA » (I6).*

Par ailleurs, ils élargissaient le champ de la prévention auprès des jeunes : *« C'est dans le cadre, enfin nous c'est dans le cadre de l'atelier santé, on appelle ça. Donc on n'aborde pas que ça [santé affective et sexuelle] [...] Donc on donne aussi les liens par rapport à ALIA, enfin tout ce qui est structure autour de prévention et d'information. C'est assez ouvert en fait sur tout sur le sommeil aussi, on parle beaucoup sur le sommeil, l'alimentation » (I9).* Pour parvenir au mieux à faire passer ces messages, différentes méthodes d'information pouvaient être testées : *« cette année on a fait avec vidéo et puis... et puis le jeu, oui. Internet en fait au début on l'utilisait un peu sauf que bah le temps est trop vite passé quoi, 1h30. Parce qu'en fait l'idéal c'est aussi pour montrer... les sites aussi. [...] on a sollicité dans le dispositif sanitaire justement, service sanitaire avec l'IFSI de X (ville) » (I9).*

A l'heure du numérique, parfaitement maîtrisé par cette génération, donner aux adolescents un accès à des sources fiables semblait essentiel : *« mais on essaye quand même de les renvoyer vers des sites euh... où ils peuvent se documenter de façon comment dire, approprié à leur âge par exemple il y a le site « on s'exprime » je sais pas si vous connaissez [...] Même, toute façon à l'infirmerie moi dans la salle d'attente aussi j'ai tout un tas de dépliants... sur plein de sujets sur les... ils peuvent prendre sans, sans me demander mon accord » (I6), « on parle aussi du Centre de Planification pour aller eux chercher les infos » (I8).*

3.1.3. Un accompagnement quotidien et concret

Les IDES agissaient concrètement concernant le risque de grossesse non désirée, en responsabilisant les jeunes : *« et puis après si t'as une vie sexuelle peut-être que ça serait intéressant pour toi que tu consultes quelqu'un*

pour avoir un moyen de contraception et tout ça » (I8), et en leur délivrant une contraception d'urgence en cas de besoin : « Par contre tous les 3e ils entendent que y a la possibilité voilà de contraception d'urgence à l'infirmerie. Donc on leur dit à quel endroit, à la pharmacie, enfin où ils peuvent en avoir, mais ils savent aussi qu'il y a possibilité à l'infirmerie. Donc je sais que si c'est pas pour eux ça peut être pour un camarade » (I9).

Ils impliquaient les garçons dans cette optique de responsabilisation et prévention des risques : *« sur la contraception le cours il est mixte, parce que souvent les garçons ils me disent que la contraception c'est un truc de filles et que ils ont rien à y faire, alors que moi c'est le contraire, moi dans l'éducation à la sexualité, la sexualité, un rapport sexuel c'est à deux, un enfant comme on dit on le fait à deux, on prend le choix de le faire à deux, donc une contraception ça se choisit à deux » (I5).* Ils constataient que, en milieu scolaire, les garçons étaient souvent à l'origine des demandes de préservatifs : *« les garçons viennent chercher un préservatif. Et ça peut être l'occasion de parler » (I3).* Une information et une démonstration de son fonctionnement était réalisée, pour s'assurer de sa bonne utilisation : *« en 3e dans les séances on s'arrange toujours pour leur montrer voilà comment ça se met. « Regardez le mode d'emploi, regardez la date de péremption, on déchire pas avec les dents ni avec les ciseaux » fin voilà tout tout tout le déroulé du truc » (I3).*

3.1.4. Les notions de respect et consentement

Lors des séances d'éducation à la sexualité, les IDES faisaient travailler les adolescents sur les notions de relation à l'autre et de respect : *« par exemple pour les 3e ça peut être intéressant de les faire réfléchir sur la relation amoureuse. Relation amoureuse et la sexualité, le couple et les sentiments amoureux » (I7),* ainsi que sur l'importance du consentement, pour prévenir les violences : *« on aborde le viol, le respect de l'autre, parce que voilà c'est important de savoir que quand c'est non c'est non, même si elle avait dit oui avant ben quand elle dit non c'est non on s'arrête. Sinon ça s'appelle un viol. Ça c'est des choses qu'ils ont besoin de réentendre parce que ben ils sont pas tous forcément au clair avec ça » (I4).*

Cela leur paraissait d'autant plus important qu'ils constataient que les jeunes étaient confrontés à des images de violences, via les médias ou Internet, souvent même avant leurs premières expériences : *« une chose est sûre c'est qu'ils sont beaucoup à avoir vu des vidéos. Du porno. Ça c'est clair. Nos collégiens ils sont nombreux. [...] Je leur dis toujours moi : le porno c'est pas un tuto. Voilà, ils entendent bien ça leur parle bien ça, ouais, ouais, et souvent y a le petit blanc en disant : ah ouais, ouais. On reparle de la dimension aussi bah du porno que c'est quand même un business hein » (I9).* Ces messages trouvaient aussi leur pertinence au regard du développement des réseaux sociaux, et des risques qui y sont associés, tel que le cyberharcèlement : *« Donc c'est aussi pour ça qu'on essaie d'avoir une prévention-éducation à la santé, aux réseaux sociaux et Internet etc, parce que*

effectivement ouais ça... c'est quelque chose de fréquent, sur Instagram sur Snapchat, euh... les rumeurs vont très, très, vite, donc on peut effectivement être euh... être face à des gamines qui euh... voilà il se passe quelque chose ça fait le tour du collège en l'espace de 2h » (I4).

3.2. Repérer pour prévenir

3.2.1. Une période de changements

Dans cette période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, les IDES considéraient que les adolescents pouvaient vivre des moments difficiles : « Après on les cerne assez vite aussi, l'adolescence c'est une période assez charnière, un peu compliquée aussi » (I1). Ils repéraient que les jeunes sollicitaient parfois le soutien d'un camarade pour les consulter : « c'est très aléatoire mais la plupart du temps quand c'est des questions un peu délicates souvent elles veulent une copine » (I2).

Les IDES constataient également l'importance de l'image corporelle, et les difficultés en lien avec la puberté : « les années collèges sont les années les plus compliquées pour les jeunes filles, dû aux modifications morphologiques, à l'apparition des règles [...] parce que c'est ça qui va faire l'impact vis-à-vis des autres [...] quelle est l'image qu'elles renvoient aux autres » (I5). Elles soulignaient que les adolescents vivaient alors leurs premières relations sentimentales : « Après des relations amoureuses euh... oui c'est tout le temps hein, plus particulièrement en 4e 3e mais euh... mais on voit des petits couples sur la cour qui sont formés assez rapidement et... plutôt dans les plus grands quand même c'est plutôt oui à partir de 13-14 ans qu'ils osent s'afficher en tant que couple » (I6).

3.2.2. Les prises de risque des adolescents

Les IDES interrogés remarquaient que le désir de nouvelles expériences pouvait les amener à prendre des risques, voire faire des choses dont ils n'avaient pas envie : « je m'aperçois que pour certains ils étaient venus avec une demande, et après en essayant de parler avec eux, et bah je m'aperçois que c'est pas forcément une envie, que c'était plutôt pour, une envie d'exister, un peu : j'ai envie d'essayer » (I5).

Ils trouvaient les jeunes parfois trop confiants dans leurs connaissances : « ils ont beaucoup de théorie, ils pensent connaître beaucoup de choses » (I5), alors même qu'ils pouvaient avoir des représentations erronées : « On leur redit aussi la moyenne d'âge du premier rapport. On leur demande d'après eux. Pour eux c'est : bah 15 ans hein. Donc déjà je dis : c'est pas celui qui en dit le plus qui en fait le plus (rires), voilà je les met à l'aise avec ça, euh et puis et puis ben on leur dit que c'est au-dessus de 17 ans quoi. « Ah bon ! », « oui, tout va bien » (rires). C'est bien de les resituer je trouve » (I9).

Ils repéraient également un manque de recul des adolescents par rapport aux données d'Internet : « *ils vont chercher beaucoup sur internet aussi. [...] Si c'est clair s'il y a pas de doute, il s'en tiennent à ce qu'ils ont vu sur les réseaux sociaux. C'est quand même ça hein, principalement leur moyen de, d'information maintenant* » (I6).

3.2.3. Une communication sous influence ?

Les IDES interrogés relevaient des facteurs influençant les représentations des ados, telle qu'une vision traditionnelle du couple : « *cette année, plusieurs fois, y a des élèves qui me disent : faire l'amour c'est pour faire des bébés (rires). Alors je leur dis « c'est un peu plus compliqué que ça. Quand même. Quand on est dans une relation amoureuse on peut éprouver du désir et tout ça » mais d'emblée ils vous disent ça quoi. C'est waouh. On se dit...* » (I7). Ainsi ils mettaient en avant l'environnement familial et l'éducation, avec l'idée que lorsque la discussion était ouverte à la maison, elle était plus facile en milieu scolaire : « *... bah je pense que si les gamins ont pas l'habitude d'en parler à la maison c'est plus compliqué. Parce que ils peuvent être, ouais choqués peut être un peu, ouais. Dans leur intimité ouais* » (I7), mais également l'idée que certaines valeurs véhiculées dans la famille transparaissaient dans le discours des jeunes : « *et puis on s'aperçoit qu'en fait, des fois ils ont des réactions euh... qu'eux ils entendent certainement dans leur famille. Des fois c'est vraiment des stéréotypes familiaux hein qui resurgissent. Toute la question c'est d'arriver à... à travailler un peu ça, avec eux* » (I6).

Néanmoins, la communication avec les parents ne leur semblait pas toujours évidente : « *alors bon les parents y a des enfants pour qui... ça va pas déranger mais en même temps, ils le disent bien que c'est pas facile hein de parler avec les parents de la sexualité, parce que ben ils sont plus le petit enfant, et euh, (rires) ils ont grandi et c'est rentrer dans leur intimité aussi, et à l'adolescence ils ont pas forcément envie de parler avec leurs parents. Ah oui ça ils le disent. Alors ils me disent « bah ouais ils nous préviennent ils nous disent le préservatif, les maladies » [...] comment on dit à l'autre qu'on est amoureux de lui, qu'on est attiré par lui et tout ça, et ça ils ont pas forcément envie d'en parler avec leurs parents* » (I8).

3.3. Une position de sachant

3.3.1. Conception de la santé affective et sexuelle

Il ne semblait pas toujours facile pour les IDES interrogés de définir la santé affective et sexuelle. Néanmoins, les mêmes notions revenaient régulièrement dans les entretiens : « *c'est de se sentir bien avec, euh, son partenaire ou ses partenaires, y a de tout hein voilà qu'ils soient du même sexe, du sexe opposé, que ce soit comment dire un choix évidemment hein, euh... et puis de de... bah ressentir du plaisir, que ce soit physique ou que ce soit le sentiment d'être bien avec la personne, ça peut être aussi le choix de ne pas avoir de sexualité*

hein » (I3). Concernant l'organisation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, les IDES connaissaient bien le cadre légal : « *c'est dans la loi depuis je crois que c'est 2000 ou 2001, y a une loi hein, qui dit que tous les élèves doivent avoir des séances à tous les niveaux voilà...* » (I3), bien qu'en pratique il ne semblait pas y avoir d'intervention à tous les âges : « *Plus en collège je pense. Ouais. Lycée c'est à la demande je pense, non ? Ouais j'pense, ouais* » (I7).

3.3.2. Un besoin de formation pour aborder ce sujet

Pour pouvoir échanger avec les adolescents sur cette thématique, il semblait important pour les IDES d'avoir été formés, et de continuer à se former : « *Bah on fait des formations 'fin moi je, on se tient au courant par des formations avec, bah soit avec le Planning familial, soit avec l'IREPS ça dépend, voilà quoi. J'en fais moins maintenant mais (rires), pour arriver à être à l'aise oui dans les interventions et les interpellier...* » (I8). Les IDES gagnaient aussi en assurance avec l'expérience : « *Après c'est quelque chose que j'aurais sûrement pas fait quand j'avais 30 ans mais en vieillissant on est plus à l'aise quand même* » (I2).

3.4. Le travail interprofessionnel pour améliorer la prévention

3.4.1. La participation de toute l'équipe éducative

Les IDES constataient que les jeunes pouvaient s'adresser aux différents adultes de l'établissement, concernant les problématiques en lien avec la santé affective et sexuelle, tel qu'un professeur : « *les élèves peuvent avoir par exemple euh... une relation privilégiée avec un membre de l'équipe pédagogique, et puis il en parle à l'équipe pédagogique qui est pas à l'aise, en fait les profs euh... souvent ils sont pas à l'aise avec la question* » (I7) ou un assistant d'éducation : « *Les ados ils vont pouvoir parler de leur vie affective avec les assistants d'éducation dans la cour, qui sont des jeunes la plupart du temps, euh... qui sont proches d'eux parce que ben, sur les temps de vie scolaire c'est quand même eux qui sont en lien avec tous les élèves donc...* » (I6).

Le travail en collaboration au sein de l'établissement, prenait alors tout son sens : « *Pour mener des actions comme ça il faut... fin moi je pense que ça a un impact que si toute une communauté éducative est partante, [...]* et ça permet aussi aux élèves de sentir que ... bah... ils ont... y a pas que le... s'ils ont besoin de discuter ils ont, bah les adultes sont en capacité d'aborder ce thème-là quel que soit la profession quoi » (I8). D'ailleurs, les séances d'éducation se faisaient souvent en binôme : « *Bah, moi j'essaie toujours de fonctionner en binôme. [...]* donc oui je travaille avec l'assistante sociale, avec le prof de SVT, c'est bien on essaie d'être deux, c'est pas toujours le cas, donc avec un enseignant, ou ça m'est arrivé avec les assistants d'éducation aussi, euh, y a quelques années y avait le planning familial » (I3).

3.4.2. Des échanges pluriprofessionnels

Les IDES regrettaient parfois qu'il n'y ait pas d'approche croisée entre la théorie et la pratique : *« on a dit faut vraiment qu'on reprenne ça, un vrai travail transversal avec les profs d'SVT, et puis qu'on se dise bah voilà, nous on fera que j'dirais « réévaluer » entre guillemets ce qu'ils ont bien retenu pas retenu mais, pas revenir avec de l'apport comme ça parce que sinon c'est trop long quoi, ouais » (I9).* Favoriser le partage d'expérience entre professionnel leur paraissait bénéfique : *« j'trouve ça intéressant, d'échanger en fait. Sur d'autres, avec d'autres professionnels, d'autres infirmières mais qui travaillent dans d'autres... d'autres champs quoi » (I7).*

3.4.3. L'appui sur un réseau de soin

Pour améliorer la prise en charge des adolescents dans ce domaine, les IDES les informaient des lieux où ils pouvaient consulter : *« comment je fais pour prendre la pilule si je décide de la prendre, donc voilà donc est-ce que je peux aller chez mon médecin, ben oui mais il faut ta carte Vitale donc si papa et maman sont au courant et d'accord bah ça va le faire, sinon il y a d'autres moyens : on parle du centre de planification etc., pilule d'urgence donc je leur dis que on peut aller à la pharmacie » (I4).* Parfois, ils adressaient directement les jeunes vers d'autres lieux ou professionnels : *« Bah oui, bah évidemment, centre de planification, planning, bah ça peut être leur médecin généraliste, leur médecin traitant, euh... ça peut être au CGIDD là, voilà pour le dépistage » (I2).*

3.5. Structurer ses interventions à sa façon

3.5.1. Une organisation propre à chaque IDES

Les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle pouvaient varier d'un établissement à l'autre, en effet les IDES étaient relativement autonomes concernant leur organisation : *« alors après les interventions peuvent être faites par les infirmières elles-mêmes ou par des sage-femmes, ou par...quelqu'un d'autre hein on peut faire intervenir toute sorte d'intervenants » (I4).* Par contre, les IDES essayaient d'harmoniser le contenu de ces séances avec l'avancement du programme de SVT : *« en classe de 4e par rapport au programme de SVT, on parle de tous les moyens de contraception » (I8).* Des séances dynamiques étaient appréciées : *« ça dépend des jeunes, y a des jeunes 'fin, c'est génial, 'pis après y a des groupes où, pff, c'est très euh... il suffit qu'y ait un individu qui soit à l'aise et là on peut délivrer plein, plein, de messages hein » (I2),* en mettant le cadre nécessaire pour éviter les débordements, et instaurer le respect de la parole de chacun : *« on est là pour parler librement, on peut parler de tout, euh, on peut parler avec des mots simples, mais ce que je ne veux pas c'est : la moquerie, la vulgarité, et euh... on n'est pas là pour faire n'importe quoi n'importe comment sinon on sort » (I4).*

Vers la fin des années collège, les groupes mixtes étaient privilégiés, afin d'enrichir les échanges entre adolescents et de percevoir les représentations des autres : *« Après en 4e - 3e je fais en groupe mixte, voilà, parce qu'il faut que là, il faut que les garçons entendent les préoccupations des filles et que les filles entendent les préoccupations des garçons » (I5).*

3.5.2. Des supports pour animer le dialogue

La majorité des IDES s'aidaient de supports lors des séances en groupe, pour (re)lancer la discussion : *« Oh bah je pense que ça c'est super, c'est bien d'avoir des outils hein, fin je trouve que c'est... ah bah ouais c'est bien, un bon support [...] Ça permet de... ça peut faciliter après bon voilà, ils posent la question, ils répondent, et puis du coup paf ça leur fait penser à d'autres questions, y a des groupes qui parlent facilement et puis des groupes non, donc c'est vrai que j'ai toujours un petit truc si ça part pas hop » (I3).*

Cela pouvait leur permettre également d'aborder les thèmes qui leur semblaient importants : *« alors en 4e j'utilise un outil qui, c'est un jeu de cartes, euh... qui s'appelle « Ado Sexo », voilà donc on choisit des thèmes, des questions qu'on veut plus particulièrement travailler » (I6),* souvent dans le cadre du jeu : *« la 1e séance c'est plus une séance où j'essaie de leur donner des informations, donc en fait sur le, avec le jeu Câlin-malin c'est un peu trivial poursuit quoi » (I3).* Certains IDES regrettaient la perte du PASS contraception, en tant que moyen d'amorcer un échange avec les adolescents : *« Ce qui marchait bien moi je trouvais au lycée, c'était euh, alors moi j'ai trouvé ça vraiment un support... j'ai pas compris qu'ils arrêtent... [...]. Ouais le PASS contraception. Moi je trouvais ça très très bien. Ça permettait d'échanger, de faire du lien, de leur donner des outils pratico-pratiques » (I7).*

Mais l'utilisation de support n'est pas systématique : *« Moi, j'en ai pas besoin. J'en éprouve pas le besoin, après peut-être qu'effectivement d'autres personnes vous répondront autre chose, moi j'ai pas besoin d'outil pour aborder le sujet » (I4).*

3.5.3. Du systématique pour parer aux freins ?

Les IDES interrogées réfléchissaient aux freins potentiels pour aborder ce sujet : *« Non euh... c'est intéressant d'en parler ici, mais j'sais pas, ici moi j'trouve pas qu'y ait des freins euh vraiment en fait » (I7).* Ils avaient des positions variées concernant l'entretien systématique : *« Alors, c'est vrai que les ados tout ce qui est systématique euh... (rires). C'est pas leur tasse de thé » (I3).* Celui-ci pouvait leur sembler intéressant, en adaptant son contenu au jeune : *« Euh... bah, ça pourrait dans le sens où ce serait à base d'un support comme on a un peu notre questionnaire là [...] ils répondent jusqu'où ils ont envie de répondre quoi en fait. Ouais. Parce que là je*

pense qu'il faut vraiment être vigilant... à pas les mettre mal à l'aise non plus. Mais... mais qu'ils sentent aussi, qu'ils sentent que ce que ce soit aussi accueilli s'ils ont envie d'en parler » (I9).

4. ...Tout en ressentant une restriction dans leurs interventions.

4.1. Un sentiment de restriction

4.1.1. Parfois un sujet tabou ?

Une des IDES interrogés avait le sentiment que la demande d'information était plus importante en milieu public : *« Je suis sur des groupes d'infirmières scolaires qui sont essentiellement dans le public et euh, et c'est quelque chose qui revient souvent la sexualité, la contraception [...] des campagnes de prévention euh fin, avec les élèves et tout ça, alors que là ici c'est pas du tout le cas » (I1).* Par ailleurs, elle ressentait une censure professionnelle : *« Quand j'ai été embauchée on m'a demandé de mesurer mes propos par rapport à certaines choses. (Par rapport à la sexualité ?) Notamment ouais » (I1).*

Certaines IDES ressentaient les représentations religieuses ou culturelles comme de potentiels freins à aborder le sujet : *« Et euh, voilà, c'est, ils peuvent le dire : bah chez nous on n'en parle pas, au niveau religieux c'est pas bien de parler de ça... Ils peuvent le dire » (I7) ; « de parents tunisien, Maroc, Algérie... même si les parents sont nés sur le territoire au niveau de la culture ils baignent dans ce milieu ils ne s'en sont encore pas émancipés. [...] Moi les filles... [...] et en plus d'autant plus si y a des garçons enfin... si on n'est pas en relation duelle je pense que, ouais, ouais, je pense qu'y a des tabous, y a des interdits » (I2).*

4.1.2. Des inégalités géographiques

En campagne, la prise en charge des adolescents pouvait s'avérer plus problématique. Du fait de l'isolement, il pouvait être difficile d'adresser les jeunes : *« donc c'est un peu compliqué à X (ville), parce que il faut que je les envoie vers le Centre de Planification qu'est à Y (grande ville la plus proche) et à X il faut pouvoir y aller, faut avoir une certaine liberté au niveau de la famille » (I6).*

4.1.3. La crainte de ne pas être en phase avec l'adolescent

Les IDES s'autocensuraient parfois, par peur d'être intrusif : *« oui j'aborde jamais la sexualité des élèves comme ça de plein fouet si j'ai pas une raison de le faire. C'est-à-dire que euh, comme on est quand même qu'en collège, tous les élèves ne sont pas suspectés d'avoir une vie sentimentale et une vie sexuelle et donc du coup je vais certainement pas aller en frontal leur parler de leur vie intime » (I4).*

Plusieurs IDES exprimaient d'ailleurs une réticence à aborder les IST : *« alors, c'est compliqué en fait à cet âge-là de, comment dire, de mêler la vie affective, les émois amoureux, et la protection contre les IST. Parce que aborder la vie affective, par la maladie, c'est pas très fun on va dire »* (I6).

Il pouvait s'agir aussi d'une crainte de ne pas être légitime : *« j'ai pas une grande connaissance, tout ce qui est le genre, c'est pas... c'est très vaste donc je peux pas dire que je sois forcément à l'aise »* (I3).

4.2. Une mission qui peut mettre en difficulté

4.2.1. Des difficultés propres à chacun

Une IDES exprimait sa difficulté face à la maltraitance exprimée par certains adolescents : *« une séance sur l'éducation à la sexualité, à la vie affective, ou j'ai été amenée à parler de violences, [...] et la y a un élève qui me dit euh « mais moi mon père il me tape », devant tous les autres. [...] Quand on intervient comme ça auprès des élèves il faut être aussi, c'est vrai, prête à entendre des choses qu'on avait pas du tout pensé »* (I3). Certaines IDES ne se sentaient pas à l'aise à l'évocation des techniques de relations sexuelles : *« Par exemple si je vous ai dit hein, les positions et tout ça, sur la vie sexuelle vraiment là, voilà non, on met... euh... (Et pourquoi ?) Je pense parce qu'on n'est pas à l'aise, on n'est pas à l'aise hein, moi je... et puis ouais... »* (I8).

Trouver sa place de soignant n'était pas toujours facile, et dans des situations complexes, les IDES ne s'autorisaient pas toujours à contacter le médecin traitant : *« c'est pas toujours évident de travailler avec le médecin traitant parce que... je ne trouve pas avoir de légitimité en tant qu'infirmière pour contacter le médecin »* [I6].

Parfois c'est l'utilisation de certains outils qui posait problème : *« Non j'ai pas de... série non j'utilise pas ça. Ça serait possible hein. De décortiquer un peu des séries euh... qui mettent en scène des relations amoureuses, de la vie affective, mais je le fais pas. Peut-être parce que je suis pas assez à l'aise avec ça hein, sans doute... »* (I6).

4.2.2. Des groupes qui donnent du fil à retordre

Les interviewés exprimaient leurs difficultés à gérer les échanges en groupe : *« c'est un peu compliqué parce que y en aura toujours un qui aura envie de faire le malin et de de de sortir un truc, alors après on peut esquiver, botter en touche, ou contourner le truc, ça c'est totalement envisageable »* (I4). Selon la situation, les IDES pouvaient être amené à modifier leur séance, par appréhension des réactions des jeunes : *« il faudra que je fasse très attention parce que dans le groupe de la classe il peut y avoir des garçons qui risquent d'avoir des propos homophobes [...] parce qu'il est un petit peu... efféminé dans ses comport', dans son attitude dans sa gestuelle,*

et je pense que les garçons ont bien repéré ça. [...] Donc euh... il faut que j'en discute avec l'enseignante avec qui on va préparer la séance oui. Parce que je peux complètement écarter cette question hein. Si j'ai peur qu'il soit vraiment trop euh...stigmatisé » (I6).

4.2.3. Des retours parfois négatifs

Le retour des élèves pouvait interpeller, voire culpabiliser l'IDE, d'avoir apporté une information non désirée : *« c'est y a 2 ans j'avais fait l'éducation à la sexualité en 3e, et en sortant euh, deux sœurs, deux jumelles sont venues me voir et en me disant : monsieur vous nous avez fait perdre notre innocence. Alors voilà, l'effet négatif ça peut être ça, c'est parce que j'étais... dans cette classe j'avais été à l'encontre de des... c'était un sujet tabou dans la famille, la sexualité était un sujet tabou, oh il se trouve que c'est une famille très catholique, très pratiquante » (I5).* De même, les IDES appréhendaient parfois la réaction des parents : *« 6e -5e euh... je m'interdis de répondre à certaines questions de façon collégiale, parce que là oui j'avais, je risque d'avoir des retours de parents en me disant « mais... en 6e vous leur avez, vous leur avez parlé sur des sujets un peu bizarres » voilà je... » (I5).* Certaines situations étaient vécues comme des échecs : *« elle a menti et elle a caché le fait que, elle allait, elle avait pas du tout en tête de se faire euh, de se faire avorter. Et pour mener à bien sa grossesse et dire à tout le monde que c'était bon une fois que plus personne ne pouvait rien faire. Donc voilà donc elle m'a menée en bateau tout du long et moi pas du tout moyen de de... de vérifier en fait » (I4).*

4.3. L'influence des normes

4.3.1. Des idées reçues concernant les filles

Une des personnes interrogée constatait que la ménarche pouvait être considérée comme l'entrée dans la sexualité : *« je me souviens d'une jeune fille dont la maman était portugaise, sans être péjoratif, la jeune fille lui a dit elle a ses règles et, sa mère lui a dit : attention, maintenant que tu as tes règles, tu peux tomber enceinte alors je te préviens tu vas pas aller fricoter à côté » (I5),* une autre déplorait que la sexualité soit réduite à la reproduction : *« alors y a aussi le... fin je trouve que, la façon dont on parle aussi de, par exemple les règles aux filles, alors c'est abordé en primaire, et c'est abordé mais d'une façon vachement négative quoi, mais vraiment négatif, alors c'est toujours par rapport à... à la possibilité de se reproduire » (I8).*

Concernant la contraception, les IDES ne s'étonnaient pas que la responsabilité de la contraception revienne aux filles : *« Bah quand ils viennent me voir pour chercher des informations sur les moyens de contraception quand même parce que quand y a un début d'entrée dans une vie affective et sexuelle, euh... la plupart du temps euh... les jeunes filles veulent savoir où elles peuvent se procurer euh... la pilule, gratuitement » (I6).* A contrario, la

question semblait spontanément moins abordée avec les garçons *« les jeunes je dirais ils ont pas de question. Les garçons. Hein c'était pas des choses qu'on abordait. Il y avait peu de question, c'est arrivé un jeune homme qui avait des questions par rapport à une copine mais c'est peu arrivé »* (I2). L'utilisation du préservatif féminin avait tendance à être associée avec une appréhension supposée de la part des jeunes filles : *« en sachant qu'elles ne le mettront pas parce que, en 4e et en 3e euh, explorer sa propre anatomie c'est encore un peu tôt, et donc, mettre un préservatif féminin, c'est impressionnant comme taille hein, ça leur fait peur »* (I6).

4.3.2. Une vision normée

Les IDES pouvaient montrer des réticences à aborder différents moyens de contraception, supposant que certains étaient plus en adéquation avec l'âge des adolescents : *« alors moyen de contraception, en collège, on reste light hein. J'parle pas de la cape cervicale, je peux l'évoquer s'ils me disent « y en a d'autres ? » je lui dis oui mais voilà ce qu'on peut proposer en première intention chez des jeunes hommes et des jeunes filles hein, préservatifs masculin et féminin [...] donc préservatif, masculin et féminin, euh la pilule, qu'est-ce qu'on présente... le stérilet, le patch, et le... l'implant »* (I7). La médicalisation spécialisée des premiers rapports était supposée : *« les filles, la contraception, dès les premiers rapports elles sont censées aller voir un gynécologue donc elles ont plus d'infos que les garçons, au final »* (I1). Enfin, pour certains, les collégiens n'étaient pas censés être entrés dans une vie sexuelle active : *« On leur donne les informations après on part du principe qu'au collège ils ont pas forcément des relations sexuelles, qu'on leur apporte une information, sur la contraception sur les sur les choses, et que ils sont, pour l'instant ils sont pas en âge d'avoir des rapports sexuels, voilà »* (I5).

4.3.3. Des facteurs qui influencent la communication

Les IDES pensaient que le genre des interlocuteurs pouvaient influencer le dialogue avec les jeunes : *« on essaye de le faire en binôme homme/femme [...] c'est toujours intéressant le regard euh... le regard d'un homme sur certaines notions, quand on aborde la notion du consentement par exemple, les, l'enseignant masculin peut apporter aussi bien sa perception en tant qu'homme c'est plutôt intéressant. »* (I6). De même, elles supposaient que l'histoire familiale influençaient les représentations des adolescents : *« 'fin y a quand même vachement de mômes de divorcés quoi. Donc ils ont vécu ça à travers les histoires de leurs parents euh... ça fausse la rela', la... leur entrée, j'dirais, dans des liens affectifs qu'ils pourraient avoir et tout ça... j'trouve que ça c'est très prégnant aussi »* (I7). Du fait de l'environnement scolaire, les IDES étaient amenés à être régulièrement en contact avec les parents des adolescents.

4.4. L'environnement familial à prendre en compte

4.4.1. Un lien à promouvoir lorsque c'est possible

Les parents étaient valorisés par les IDES interrogés, en tant que personne-ressource : « *ce que nous on privilégie toujours hein là le le le... que le jeune voit avec la famille d'abord... euh, parce que c'est important de se faire accompagner par les parents avant tout... avant tout autre chose* » (I4). Ils s'appliquaient à faire du lien avec les parents : « *on donne un courrier en amont pour prévenir les parents [...] c'est aussi important qu'ils sachent que leurs enfants ont reçu une information quoi une intervention, et aussi pour que derrière ce soit accompagné pour ceux qui peuvent ou ceux qui veulent hein en fait* » (I9).

Malgré tout, dans certaines situations telles que les grossesses non désirées, la question de l'implication des parents se posait : « *Elle n'a pas l'obligation d'en parler à la famille et du coup moi je n'ai pas l'obligation d'en parler à la famille non plus. Par contre si elle avait fait le choix de le garder, il aurait fallu là que peut être je rentre en contact avec la maman* » (I4). Il arrivait que, selon leur subjectivité, les IDES dérogeaient au secret professionnel : « *Mais bon j'avais quand même contacté les parents, après ça, pour leur dire que voilà, leur enfant, euh regardait des des, des images et des films qui n'étaient pas appropriés avec leur âge hein. Voilà* » (I6).

4.4.2. Des réactions parentales qui questionnent les IDES

Pouvant être en contact avec les parents, les IDES étaient amenés à composer avec leurs positions : « *l'an dernier y avait une gamine qu'est-ce qu'elle avait ? Et la maman me dit, euh... me dit au téléphone : oui bah au lieu de leur parler des capotes vous feriez mieux de vous occuper... ; et là j'ai repris le truc quoi. J'ai dit non, c'est pas du tout la même chose, effectivement j'ai le droit de leur parler des préservatifs, maintenant euh, peut être qu'un jour vous me remercirez d'avoir parlé de vos préservatifs à votre fille* » (I7). Ils se heurtaient parfois à leur réticence à débiter une contraception : « *elles le disent bien les gamines, alors en 3e - 4e, enfin en 3e surtout, en fait les mamans elles ont peur que du moment qu'elles prennent la pilule elles passent à l'acte. Ça s'arrête là, en lycée c'est ce qu'elles disent aussi quoi. Donc elles préfèrent attendre. J'trouve ça fou mais bon, après... bon* » (I7).

4.5. Des variations sociologiques qui interpellent

4.5.1. Des IDES surpris par certaines attitudes des adolescents

Aux yeux de certains IDE, les affects des adolescents semblaient disproportionnés : « *ils sont très comme ça dans des choses complètement exacerbées, et je trouve qu'au niveau sentimental c'est un peu pareil quoi. Ouais. Ça*

me, ça me... et puis c'est à la vie à la mort quoi. Ouais, ouais. Sublimé ouais. C'est vraiment cette génération-là moi je trouve. 'Fin je sais pas nous on avait peut-être plus les pieds sur terre j'en sais rien » (I7).

Ils s'étonnaient aussi d'un manque de tolérance, notamment concernant l'avortement : *« Bah les thèmes difficiles... enfin pas difficile, je l'aborde mais.... Sur l'IVG par exemple, en 3^e y en a beaucoup qui, quand je parle de l'IVG : ah non pas moi jamais, ah non c'est pas normal ; c'est surprenant, fin voilà » (I3),* ou encore à propos de l'orientation sexuelle : *« il y a parfois des réactions assez surprenantes sur l'homosexualité, alors pas l'homosexualité féminine mais l'homosexualité masculine, les garçons ont souvent... comment dire, un comportement de rejet, de dégoût » (I6).*

Enfin, ils étaient interpellés par les questionnements précoces sur leur identité sexuelle : *« Moi ce qui m'a étonné ici aussi c'est beaucoup, je trouve que les collégiens se posent de plus en plus de question, tôt, sur leur identité de genre » (I7).*

4.5.2. Des axes de prévention à travailler

Les IDES interrogés étaient alertés par le manque de connaissance des adolescents concernant leur anatomie : *« on se rend compte que sur les bases d'anatomie, les orifices tout ça, on a les planches on montre aussi des petites vidéos, bah y a y a... y a du boulot ! Y a du boulot hein. Ouais, ouais » (I9).*

Par ailleurs, certains remarquaient un changement de perception du VIH par les jeunes : *« et en particulier le SIDA parce que c'est vrai que les jeunes l'oublient un peu maintenant hein ça... ça reste un peu en arrière-plan maintenant, bon les autres infections sexuellement transmissibles on en parle mais, mais on a surtout envie euh... de continuer à faire passer ce message de prévention par rapport... par rapport au SIDA » (I6).*

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de l'étude était son caractère original, peu de données ayant été retrouvées dans la littérature.

1.1. A propos de l'échantillonnage

La variabilité des profils des IDES interrogés et leur enthousiasme lors des entretiens représentent une force majeure dans cette étude.

1.2. A propos de l'enquêteur

Il s'agissait de la première expérience de l'enquêtrice en termes d'entretiens semi-dirigés, ce qui a pu influencer la qualité des entretiens et le recueil des données. Néanmoins, l'enquêtrice s'est appliquée à conserver une attitude bienveillante et empathique au cours de ces entretiens, et à respecter le cours de leur pensée.

1.3. A propos du recueil des données

Le mail envoyé avant l'entretien, accompagné de la fiche d'information, révélant le thème du sujet « sexualité chez les adolescents » a pu permettre à certains IDES de réfléchir au sujet avant la rencontre.

Trois entretiens ont eu lieu en visioconférence du fait des conditions sanitaires, sans que cela n'altère le contenu ou la fluidité de l'échange.

Les entretiens suivants, qui se sont déroulés dans les établissements scolaires, ont été interrompus, ce qui a pu perturber leur concentration :

- I1 (une fois par un élève),
- I5 (une fois par le téléphone, une fois en allant voir à la porte),
- I7 (une fois par une tierce personne, deux fois par une élève),
- I8 (3 fois par une tierce personne).

Malgré cela, la durée importante des entretiens (88,6 minutes en moyenne) reflète la qualité de leur contenu.

1.4. A propos de l'analyse des données

L'analyse des entretiens a été réalisée au fur et à mesure, permettant d'ajuster les entretiens suivants, et ce, jusqu'à saturation théorique des données, qui a pu être obtenue. La double lecture des entretiens et de leur codage, permettant la triangulation des données, a permis d'augmenter la validité interne de l'étude.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. L'IDES comme interlocuteur sur la santé affective et sexuelle

2.1.1. Un rôle important pour les IDES, un cadre scolaire intéressant

Les IDES rencontrés se sont montrés impliqués dans la prévention et la formation des adolescents au sujet de leur santé affective et sexuelle, les guidant avec bienveillance et empathie à prendre les décisions adaptées à leurs problématiques. Ils semblaient perçus par les élèves comme une source d'information fiable, et leur disponibilité psychique semblait faire d'eux des interlocuteurs privilégiés que les jeunes venaient consulter, les plaçant comme personne-ressource. La confidentialité tout comme la relation de confiance entre l'IDES et le jeune apparaissent comme des conditions nécessaires pour que ce dernier s'exprime librement, ce qui est corroboré par de nombreux travaux [9, 12, 13].

Les IDES sont également accessibles physiquement, se situant dans l'établissement scolaire. Cela permet aux adolescents d'avoir un accès facile à un professionnel de santé. C'est intéressant quand on constate que les adolescents font appel à leurs parents dans près de 60% des cas pour prendre rendez-vous avec leur médecin traitant [9], or la communication entre parents et jeunes n'est pas toujours aisée : dans une étude de 2018, la moitié seulement des adolescents interrogés estiment pouvoir parler de sexualité en dehors des interventions à l'école, et pour 50% d'entre eux auprès des parents, soit seulement un quart des adolescents qui peuvent solliciter leur parent sur ce sujet [14].

Par ailleurs, l'environnement scolaire permettait aux IDES interrogés de repérer voire d'anticiper certaines problématiques qui n'étaient pas forcément exprimées par les adolescents. Ceci rejoignait leur objectif de prévention, défini par la loi et primordial à leurs yeux : beaucoup soulignaient en effet un besoin de prévention en lien avec les lacunes des adolescents à ce sujet [14]. Ceci contrastait avec des jeunes considérés par les IDES d'étude comme trop confiants vis-à-vis de leurs connaissances. D'après le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), les jeunes de 15-30 ans se considèrent bien informés en ce qui concerne le VIH (88%) et la contraception (89%), mais en ce qui concerne les autres IST et la vaccination, ce chiffre descend à 64% [5].

Les IDES interrogés regrettaient parfois que les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle ne soient pas débutées plus tôt. Faire de la prévention dès le plus jeune âge paraît important lorsque l'on constate qu'un français sur dix déclare avoir été victime d'inceste [15], et que les violences sexuelles en général se produisent majoritairement au cours de l'enfance ou de l'adolescence, la famille et les relations avec les proches constituant un espace de victimation majeur aussi bien pour les filles que pour les garçons [16].

De nombreux messages semblaient importants à faire passer pour les participants à l'étude : la relation à l'autre, le respect et le consentement, la relation sexuelle et le plaisir, mais également les risques de grossesse et d'IST, tout en accompagnant les jeunes concernant les changements pubertaires. Ils accordaient également une importance à la démonstration de l'utilisation des moyens de contraception ou encore à des mises en situation sous forme de jeux pour développer leurs compétences psychosociales. Les jeux mais également d'autres supports comme des vidéos, « brainstorming », etc. étaient souvent utilisés par les IDES pour animer les séances en groupe et permettre d'aborder tous ces sujets. Deux études montrent que les jeunes sont plus attirés par des supports tel qu'un film/vidéo ou des jeux [14 ; 17], soit des moyens ludiques.

Les IDES rencontrées avaient tendance à aborder la santé affective et sexuelle sur un versant positif, préférant parler de bien-être et d'épanouissement que des risques. Des programmes européens et canadiens, tout comme la pratique des associations qui interviennent depuis des décennies sur le sujet, montrent qu'il est plus efficace de parler aux jeunes de la sexualité positivement et dans une approche égalitaire. Cela contribue à réduire les risques associés à la sexualité : grossesses non désirées, infections sexuellement transmissibles, violences [18 ; 19 ; 20 ; 21 ; 22].

Pour faciliter la communication avec l'adolescent, les IDES suggéraient un rôle de l'environnement : plus ils se sentaient à l'aise, plus ils allaient pouvoir échanger avec l'adulte sur ce sujet intime. Cela pouvait passer par l'ambiance dans le lieu de consultation, la formation de petits groupes lors des séances d'éducation à la santé affective et sexuelle, bien que souvent une relation duelle semblait nécessaire pour approfondir les échanges. Lors de ces échanges, les IDES adaptaient leurs techniques de communication aux jeunes, utilisant volontiers l'humour pour créer une ambiance propice.

Les IDES étaient relativement autonomes concernant l'organisation des séances d'éducation collectives : ainsi ils pouvaient solliciter un intervenant extérieur, choisir d'intervenir seul(e) ou en binôme... Souvent, leur contenu était harmonisé avec l'enseignement délivré en cours de SVT, d'ailleurs plusieurs IDES interrogés intervenaient avec un professeur de SVT lors de ces séances.

Les différents membres de l'équipe éducative semblaient identifiés par les jeunes qui pouvaient les interpeller sur des questionnements en lien avec la santé affective et sexuelle, en effet les IDES interrogés constataient que les adolescents leur étaient régulièrement adressés par les assistants d'éducation ou professeurs.

Le cadre scolaire est donc un milieu propice à la promotion de la santé affective et sexuelle. Parmi les adolescents interrogés en Maine et Loire en 2010, 88% estiment qu'il est important que les séances d'EVAS fassent partie du programme de classe [17]. De plus, un article publié en novembre 2012 dans la revue *Public Health* interrogeant

711 étudiants britanniques rapporte une réduction du risque de rapports sexuels non protégés de 66% et d'IST de 85% chez les jeunes déclarant avoir eu des cours d'éducation sexuelle en milieu scolaire versus les jeunes ayant eu une information par leur mère [23].

2.1.2. La singularité des ados et la formation par les pairs

Cette même étude retrouve une réduction du risque d'IST de 54 % lorsque l'apprentissage de la vie affective et sexuelle vient des amis du même âge, et de 85% lorsque cela vient du premier petit(e) ami(e) [23]. Par ailleurs, les études montrent que les adolescents se tournent préférentiellement vers leurs amis, avec la famille et Internet, pour les questions de sexualité [5, 9, 10, 17]. Dès lors, la qualité de la formation des jeunes en milieu scolaire semble primordiale pour prévenir des risques liés à la vie affective et sexuelle.

Dans la loi de 2001 relative à l'IVG et à la contraception, un article prévoit la possibilité d'avoir recours à des « élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé » lors des séances d'éducation à la sexualité, partant du principe qu'à cet âge l'impact des pairs est plus grand que d'autres influences, bien que cela ne doive pas se substituer aux interventions institutionnelles [5].

Dans cette même idée de faire intervenir des jeunes pour échanger avec les élèves, les interventions des étudiants en santé dans les établissements scolaires se sont développées. Des collégiens de région parisienne ont été interrogés en 2018 : le professionnel de santé et l'étudiant en santé sont les deux intervenants préférés pour intervenir dans les séances d'EVAS (64% et 60% respectivement) [14].

Une étude chinoise parue en 2017 étudie l'effet de la formation d'élèves par des étudiants en médecine, pour qu'ils puissent à leur tour former leurs camarades, et également pour promouvoir l'auto-apprentissage des élèves par Internet. Ils ont constaté que cet apprentissage par et entre pairs pouvait mobiliser l'enthousiasme, et renforcer l'impact d'une intervention basée sur les besoins personnels des élèves [24].

D'un autre côté, les séances en groupe étaient remises en question par les IDES interrogés, du fait de la singularité de chaque adolescent et de la nécessité de s'adapter à chacun, en ce qui concerne le contenu mais aussi la manière d'aborder la santé affective et sexuelle, ce qui était difficile à réaliser lors des séances collectives.

Certains IDES proposaient aux jeunes de former eux-mêmes leurs petits groupes, afin qu'ils soient à l'aise pour communiquer entre eux, en espérant ainsi qu'ils intègrent plus facilement les messages essentiels ciblés par l'IDE.

2.1.3. Lien avec la famille et les autres professionnels

Comme vu précédemment, la famille fait également partie des sources d'information pour les jeunes [9, 10, 17].

Il semblait important pour les IDES rencontrés de favoriser le lien entre l'adolescent et sa famille, notamment ses parents, en les valorisant en tant que personnes-ressources et en incitant le jeune à se confier à eux, lorsque cela était possible. Il a été décrit que les cours de SVT ou les cours d'éducation affective et sexuelle à l'école pouvaient être un prétexte pour les adolescents d'initier la conversation à la maison [25].

Par ailleurs, plusieurs IDES rencontrés ressentaient le besoin d'échanger avec d'autres professionnels de la santé (IDES, médecins traitants, sage-femmes...) pour les questionner sur certaines problématiques, mais aussi pour partager ensemble leurs expériences.

Ces échanges pourraient aussi permettre d'améliorer le réseau de soin autour de l'adolescent, et donc la prévention.

2.1.4. Une exposition inappropriée aux violences

Le respect et le consentement étaient des notions importantes à aborder pour les IDES interrogés et cela semble nécessaire : selon l'enquête HBSC de 2014, 16,4% des jeunes filles de 4ème ayant déjà eu un rapport sexuel déclarent qu'elles auraient préféré qu'il ait eu lieu plus tard et 8,6% qu'elles n'en avaient pas eu envie à ce moment-là [26]. Ces chiffres sont similaires à ceux du Baromètre santé jeunes de 2010 en Pays de la Loire, et ces rapports « non vraiment souhaités » sont deux fois plus fréquemment déclarés par les jeunes femmes que les jeunes hommes [27].

De plus, les réseaux sociaux se multipliant, les IDES rencontrés constataient que la violence liée au cyberharcèlement faisait de plus en plus partie de la vie des adolescents. En effet, un sondage publié par l'UNICEF en 2019 interrogeant plus de 170 000 jeunes de 13 à 24 ans dans 30 pays différents révèle qu'un jeune sur trois dit avoir été victime de harcèlement en ligne, un sur cinq déclarant ne pas être allé à l'école à cause du cyberharcèlement et de la violence [28]. Trois quarts des jeunes ont également dit que le harcèlement en ligne avait lieu le plus souvent sur les réseaux sociaux, parmi lesquels Facebook, Instagram, Snapchat et Twitter.

Cependant, les médias et Internet font partie des sources d'information pour les ados, comme vu précédemment [9,10]. Leur contenu n'est pas forcément adapté, et l'exposition pas toujours intentionnelle : les codes et messages à caractère « sexuel » sont aujourd'hui omniprésents dans les médias, la télévision, la publicité, Internet, contribuant à l'hypersexualisation de notre société [29]. Selon les études, entre 30 et 50% des jeunes déclarent que leur 1ère exposition à un contenu pornographique était accidentelle [30]. Les IDES constataient que les jeunes étaient nombreux à avoir été exposés à la pornographie, ce qui correspond aux données

épidémiologiques : 82% des 11-13 ans ont déjà été confrontés à un contenu pornographique, selon le Rapport Jouanno de 2012 [29]. Ce visionnage peut avoir une influence sur les jeunes : 20% des adolescents pensent que c'est une fiction qui met en scène la réalité et 15% pensent que c'est la réalité ; de plus 40% des jeunes puisent des idées pour leurs rapports sexuels [30], d'où l'importance de l'ouverture de la discussion à ce sujet.

La prostitution est un sujet qui n'a pas été abordé par les IDES interrogés. Elle semble pourtant en recrudescence chez les mineurs, d'après un rapport émanant de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2019, et toucherait principalement les filles [31]. Actuellement, de nombreuses déclinaisons sémantiques participent à la banalisation des conduites prostitutionnelles : « *lover boys* », « *escort-girl* », « *sugar daddy* », « *sugar baby* », « *michonneuse* ». Cela peut concerner toute classe sociale, notamment la « prostitution occasionnelle » qui s'effectue sans la supervision d'une tierce personne, et qui a lieu dès les classes de collège, quelle que soit la catégorie sociale des parents [32]. Ce phénomène peu connu et peu abordé nécessite de renforcer la prévention et l'information des adolescents, du grand public et des professionnels de santé.

2.1.5. Des sexualités différentes

Certains IDES soulignaient l'émergence chez les jeunes de questionnements en lien avec l'identité sexuelle, avec notamment les identités non binaires (*mostly male/female, agenre, two-spirit, bigender, pangender, non-binary gender, genderfluid, genderqueer*). Il apparaît que les personnes non binaires tendent à être une population jeune (14-25 ans) avec une sexualité le plus souvent non conventionnelle (pansexualité, omnisexualité), et concernerait un peu plus les adolescentes assignées filles à la naissance [33]. Leurs comorbidités psychiatriques seraient plus ou moins équivalentes à celles des jeunes transgenres binaires, avec un risque de suicide plus important que chez les jeunes hétérosexuels et/ou cisgenres, et ils s'exposeraient à une marginalisation et une précarité [33; 34].

2.2. Un rôle qui a des limites

2.2.1. Des obstacles à la prévention ressentis par les IDES

Les IDES interrogés ressentaient certains facteurs comme limitant la communication sur la santé affective et sexuelle avec les jeunes. Tout d'abord, la plupart décrivaient une crainte de ne pas être en phase avec l'adolescent, d'être mal reçu, voire intrusif. Parfois c'est la méconnaissance de certains sujets, duquel naît un sentiment d'illégitimité, qui pouvait entraver l'échange.

Les représentations religieuses ou culturelles de certains jeunes étaient aussi ressenties comme des difficultés pour aborder ce sujet, avec parfois une notion de tabou dans la famille. Les IDES interrogés s'accordaient à dire

que si le sujet était tabou à la maison, la communication entre le jeune et le professionnel était limitée. Par ailleurs, on observe que les jeunes qui se déclarent croyants sont deux fois moins nombreux à fréquenter les structures dédiées à la sexualité que les athées, d'après l'enquête du Planning familial publiée en 2016 chez les 15-30 ans [8]. Pourtant, dans une enquête menée en 2006 pour l'INED/INSERM chez les jeunes de 18 à 29 ans, les déclarations de pratiques sexuelles sont très proches entre les personnes catholiques et celles sans religion, à l'exception de l'âge au premier rapport sexuel plus tardif chez les femmes catholiques. Les musulman(e)s de cette étude se distinguent de ces deux groupes par une sexualité plus tardive et indissociable d'un engagement conjugal pour les femmes, et par une entrée dans la sexualité précoce mais un répertoire sexuel moins diversifié pour les jeunes hommes [35].

Enfin, les IDES soulignaient les inégalités géographiques comme facteur limitant leur activité de prévention, notamment par la difficulté d'accès aux Centres de Planification en milieu rural, lieu-ressource qu'ils plébiscitaient du fait de l'anonymat et de la gratuité de l'accès.

2.2.2. Des situations qui mettent en difficulté les IDES

Certains sujets, propres à chaque IDES selon sa sensibilité, pouvaient les mettre en difficulté : pour certains l'évocation d'une maltraitance, pour d'autres les spécificités techniques du rapport sexuel... De plus, certains groupes pouvaient être difficiles à gérer, notamment par leurs propos provocateurs.

Par ailleurs, les IDES décrivaient parfois une culpabilisation par des élèves ou parents d'élève, d'avoir apporté une information non désirée. En pratique les parents semblent plutôt satisfaits que des interventions aient lieu en milieu scolaire [25]. D'autres fois ce sont les réactions des parents qui ne semblaient pas toujours adaptées et questionnaient les IDES.

2.2.3. Des freins à la mise en place des séances EVAS

L'organisation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle pouvait poser des difficultés aux IDES interrogés, du fait des emplois du temps chargés des adolescents, comme le rapporte M. Gaboury dans Éducation à la vie sexuelle et affective [14]. Dans le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de 2016 relatif à l'éducation à la sexualité, 25 % des écoles primaires, 11,3% des lycées et 4% des collèges déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité, malgré l'obligation légale [18]. Lorsque des séances ou actions d'éducation à la sexualité sont menées, cela ne concerne pas toutes les classes du CP à la Terminale, mais en priorité les classes de CM1 et de CM2 pour l'école, les classes de 4ème et

3^{ème} pour le collège, et les classes de 2^{nde} pour le lycée [18 ; 36], ce qui correspond à peu près aux informations données par les IDES rencontrées.

D'après le Haut Conseil à l'Egalité, ces difficultés viennent en partie de facteurs endogènes à l'Éducation nationale (en particulier concernant le pilotage, la formation, le financement et l'évaluation), mais aussi plus largement de la société tout entière qui manifesterait des blocages sur ce sujet. En effet, les auteurs rapportent en France une difficulté à reconnaître la sexualité des jeunes et à en parler de manière sereine et équilibrée [18].

A cela s'ajoute des IDES qui semblent en sous-effectif en France : on compte 7770 postes pour 12 352 200 élèves dans 61 510 écoles et établissements du 2nd degré publics et privés, soit environ un(e) IDES pour 1600 élèves [37 ; 38], avec manifestement une inégalité entre établissements privés et publics. En effet, dans une étude de 2014 interrogeant 26 établissements du second degré, les 8 établissements ne bénéficiant pas d'IDES sont tous en milieu privé [36]. En Maine et Loire d'après l'adjoint en charge des services de l'Enseignement Catholique, seuls 3 établissements bénéficient d'une telle ressource, sur 326 établissements privés catholiques [39].

Selon la loi Aubry de 2001, les interventions d'éducation à la santé affective et sexuelle peuvent être réalisées par les personnels contribuant à la mission de santé scolaire, les enseignants, des intervenants extérieurs comme les professionnels ou les étudiants en santé ou des membres d'associations [40]. Or de nombreux intervenants auprès des jeunes ne se sentent pas bien formés à cette mission [5 ; 36]. La formation dans ce domaine semblait également nécessaire aux IDES interrogés, ce que corroborent plusieurs travaux [36 ; 41].

Enfin, la plupart des IDES interrogés regrettaient l'absence de travail d'équipe, tandis que deux d'entre eux déploraient une difficulté de communication avec les autres professionnels notamment médecins, avec parfois un sentiment d'isolement, ce que l'on peut retrouver également dans le travail de M. Nekaa [41].

2.2.4. Des IDES influencés par les normes sociétales ?

Les normes et représentations peuvent avoir un impact sur la prévention à la santé affective et sexuelle. Ainsi, certains IDES ciblaient la présentation des moyens de contraceptions à ceux normalement attendus chez l'adolescent, d'autres portaient du principe que la prévention servira pour plus tard, les jeunes n'étant pas encore en âge d'avoir une vie sexuelle. Bien que les statistiques déterminent l'âge du premier rapport stable à 17 ans [27], il s'agit d'un âge médian. D'après l'enquête transversale HBSC 2014 auprès des collégiens français, 9,2% des élèves de 4^{ème} ont déjà eu un rapport sexuel et ils sont 18,2% dans ce cas en 3^{ème}. Parmi ces collégiens sexuellement actifs, 1,4% d'entre eux ont eu un rapport sexuel précoce, à savoir avant 13 ans. Ce phénomène se retrouve plus fréquemment chez les garçons (2,4% versus 0,5% chez les filles) [26].

Par ailleurs, le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS) dans son avis de recommandations de 2017 décrit un obstacle à l'apprentissage de la prévention et du dépistage des IST chez les jeunes, notamment chez les personnes homosexuelles, en lien avec la difficulté à aborder la diversité des sexualités à l'école [5]. La promotion par l'Education Nationale d'actions d'éducation qui prennent en compte la lutte contre l'homophobie ne date que de 2009, à l'occasion du volet « lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité » du Plan « santé des jeunes » 2008 du Ministère de la Santé [42]. De plus, toujours selon le CNS, les intervenants reproduisent une conception dichotomique et binaire des genres, considérant que les besoins des jeunes en termes d'éducation sexuelle dépendent de leur sexe [5].

2.3. Une approche genrée

2.3.1. Concernant les filles

Ainsi, en classe de 6^e et notamment lors du bilan systématique, les IDES interrogés avaient tendance à aborder la vie affective et sexuelle avec les jeunes filles sous l'approche des menstruations, alors que les garçons ne bénéficiaient pas d'information particulière à cet âge.

Par ailleurs, certains IDES avaient tendance à penser l'utilisation du préservatif féminin non adaptée pour des jeunes filles, n'ayant pas encore exploré leur anatomie.

Enfin, les IDES interrogées ne s'étonnaient pas que le poids de la contraception revienne aux filles, tandis que la question était spontanément moins abordée avec les garçons.

En 2015, l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP) déplorait que les séances d'éducation à la sexualité soient encore réalisées d'après une stricte division des thématiques selon le genre : consentement du partenaire pour les garçons versus responsabilité de la contraception pour les filles, résultant du stéréotype de l'homme sexuellement proactif et de la femme assignée à l'exigence de prudence [44]. Involontairement, les jeunes sont parfois conduits à adopter et reproduire les comportements qui sont, d'une part, attendus et/ou craints par les adultes ; d'autre part, produits par l'environnement scolaire (posture virile des garçons versus posture romantique des filles) [5]. Les jeunes sont possiblement baignés par cette dichotomie, déjà dans le milieu familial : d'après une étude américaine de 2019 [45], les parents communiquent davantage avec leurs filles (surtout les mères), et plutôt par une approche centrée sur les risques, alors que s'ils discutent de sujets sexuels positifs, ils sont plus susceptibles de le faire avec leur fils, ce qui est corroboré par une autre étude [46].

2.3.2. Concernant les garçons

Le point d'accroche pour parler de santé affective et sexuelle avec les garçons se situait la plupart du temps lorsqu'ils venaient demander un préservatif à l'IDES. Et cela pouvait être un moment pour aborder le consentement : « *quand un garçon par exemple viens me chercher un préservatif parce qu'il a en projet de, avec la copine, je suis obligée de lui dire mais : est-ce que la copine a en projet de... avec toi* » (I4). Mais même lors des séances en groupe ce message s'adressait davantage aux garçons : « *surtout, surtout, il faut vous assurer que la fille elle est d'accord, qu'elle soit prête* » (I3), « *Là on leur explique que si elle dit pas non c'est pas forcément qu'elle est d'accord* » (I6) ...

Malgré l'influence de cette vision genrée, environ les deux tiers des IDES interrogés tendaient à responsabiliser davantage les garçons concernant la contraception. En outre, c'est probablement le professionnel de santé qui a le plus d'opportunité de parler de santé affective et sexuelle avec les adolescents masculins.

2.3.3. L'influence du genre dans les interventions

Selon les IDES, le genre de l'adolescent influençait la communication et notamment pour cette raison les échanges en groupe mixte étaient privilégiés, surtout à la deuxième moitié des années collège. Lorsque que l'on interroge les élèves de 4^e - 3^e, ils sont majoritairement pour des séances mixtes [14, 17].

D'autre part, certains IDES interrogés pensaient que le genre des interlocuteurs influençait le dialogue avec les jeunes. Dans un travail de 2018 interrogeant 75 collégiens, 64% ont répondu préférer que l'intervenant soit une femme versus 9,33% un homme, 26,67% n'ayant pas exprimé de préférence [14]. Pour ce qui est des analyses de sous-groupes, parmi les filles : 82,35% ont exprimé leur préférence pour le fait d'avoir une intervenante, les 17,65% restantes n'ayant pas de préférence. Pour les garçons : 48,78% ont répondu en faveur d'une femme, 17,07% en faveur d'un homme et 34,15% n'ont pas exprimé de préférence.

La préférence globale des jeunes pour une approche par les femmes peut s'expliquer par le fait que dans la famille ce sont davantage les mères qui échangent sur ce sujet avec leurs adolescents, en particulier avec leurs filles [17 ; 25 ; 45].

CONCLUSION

La nécessité de renforcer la prévention autour de la santé affective et sexuelle chez les adolescents représente un enjeu majeur de santé publique, en tant qu'adultes de demain et devant les données épidémiologiques concernant les IST, interruption volontaire de grossesse et violences sexuelles, dans une société hypersexualisée où les stéréotypes de genre sont bien ancrés.

Bien qu'il/elle n'échappe pas à l'influence de ces normes, l'infirmier(e) scolaire fait partie des personnes ressources pour les adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé affective et sexuelle, et communique avec eux sur une sexualité positive. Le lien de confiance établi dans le temps et l'assurance d'une confidentialité sont des éléments essentiels pour que les jeunes puissent se confier. Les infirmier(e)s se rendent disponibles et à l'écoute des jeunes concernant leurs problématiques, tout en formant leur réseau de professionnel et de lieu-ressource pour assurer une continuité des soins, ainsi qu'en favorisant le lien avec la famille dans la mesure du possible.

Par ailleurs, ils soulignent l'intérêt de la formation par les pairs, notamment lors des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. En effet, pour les questions de cet ordre les jeunes identifient leurs pairs en tant que personnes-ressource. Ainsi souvent, ces séances sont animées de telle sorte que la formation se fasse entre pairs, avec supervision du professionnel pour compléter et corriger le contenu. Le but est également de les autonomiser et de les guider vers des sources fiables.

Malgré tout, les infirmier(e)s scolaires éprouvent le besoin d'une formation continue devant l'ère du numérique et une société en constante évolution. Ils sont également en demande de développement des liens avec les diverses professions qui interviennent auprès des adolescents, se sentant parfois isolés.

Il faut communiquer davantage avec les infirmier(e)s scolaires, qui font partie des professionnels de santé les plus proches du quotidien des adolescents, pour améliorer la prévention en terme de santé affective et sexuelle.

Bibliographie

1. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
3. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées [INTERNET]. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
4. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 [INTERNET]. Etude & résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°1125, septembre 2019. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1125.pdf>
5. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [INTERNET]. Adopté par le Conseil national du sida et des hépatites virales le 19 janvier 2017. Disponible sur : <http://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-jeunes-2017>
6. Santé sexuelle des jeunes et e-prévention. Des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse : pour une approche préventive globale [INTERNET]. 2013. Sida Info Service Association. Disponible sur : https://www.sida-info-service.org/wp-content/uploads/2017/06/Synthese_Jeunes_de_moins_de_20_ans_tous_dispositifs_2013_vdef.pdf
7. La santé des 15-25 en région Languedoc-Roussillon [INTERNET]. Conseil régional de l'ancienne région Languedoc-Roussillon en 2012. Disponible sur : <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/etude-transversale-sur-la-sante-des-15-25-ans-en-region-languedoc-roussillon>
8. Cheynel C. De l'utilité sociale au militantisme féministe : quelles images du Planning Familial chez les jeunes ? Une enquête par questionnaires auprès des 15-30 ans. Février 2016.
9. Moulle C. Qu'attendent les adolescents des médecins généralistes pour questionner la sexualité ? Etude quantitative menée auprès de 201 lycéens Angevins. 2018. [thèse d'exercice de médecine]

10. Bouladour J. Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. 2018. [thèse d'exercice de médecine]
11. Marco D. Le rôle de l'infirmière scolaire dans l'éducation à la sexualité. Elsevier Masson 2014. Cahiers de la puéricultrice, n°278.
12. L FORTOUL, J ESCANDE. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. TOULOUSE 2017 TOU3 1029. [thèse d'exercice de médecine]
13. H. MULARD, Freins et facteurs favorisant pour le médecin généraliste à la sortie de l'accompagnant lors d'une consultation avec un adolescent : étude qualitative auprès de 23 médecins généralistes en Aquitaine. BORDEAUX 2017 2017BORDM088. [thèse d'exercice de médecine]
14. M. GABOURY, Éducation à la vie sexuelle et affective : besoins, connaissances et attentes des jeunes collégiens, année universitaire 2017-2018. [thèse d'exercice de médecine]
15. Les Français face à l'inceste, IPSOS, novembre 2020 [INTERNET]. Disponible sur : http://aivi.fr/doc/Ipsos_Face_a_l'inceste_Rapport.pdf
16. Les violences sexuelles à caractère incestueux sur mineur.e.s, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) [INTERNET]. Rapport remis le 26 avril 2017 à Madame Laurence Rossignol, ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, et à Monsieur Thierry Mandon, secrétaire d'état à l'enseignement supérieur et la recherche. Disponible sur : https://onpe.gouv.fr/system/files/base_documentaire/cro2880.pdf
17. VERDURE F. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. Mars 2010 ;17(3):219-25.
18. HCE - Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [INTERNET]. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 publié le 13 juin 2016. Disponible sur : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-l-education-a-la>
19. Programmes d'éducation sexuelle à l'école : analyse de coût et rapport coût-efficacité dans six pays, UNESCO, mars 2012.

20. M. LIGNIERES-CASSOU, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, 21 novembre 2000, p.9.
21. E. DEVIEILHE, Représentations du genre et des sexualités dans les méthodes d'éducation à la sexualité élaborées en France et en Suède, Thèse de sociologie, Université de Caen, 2013, p.152.
22. Apprentissages en éducation à la sexualité, Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche du Québec, janvier 2016.
23. R. VIVANCOS, School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults, Public Health I 27 (2013) 53-57.
24. D. LIAN, A research on self-participant sexual health education among middle high school students. The Journal of Sexual Medicine Volume 14, Issue 5, Supplement 4, May 2017, Page e293.
25. C Retailleau. Comment les parents abordent-ils l'éducation affective et sexuelle avec leurs adolescents ? Enquête qualitative auprès de onze parents d'adolescents en Maine-et-Loire. 2018. [thèse d'exercice de médecine]
26. Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. Saint-Denis : Inpes, 2016 : 5 p.
27. Baromètre santé jeunes Pays de la Loire, 15/25 ans [INTERNET]. Vie affective et sexuelle, contraception et prévention des infections sexuellement transmissibles, 2010. Disponible sur : <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/vie-affective-et-sexuelle-contraception-et-prevention-des-infections-sexuellement>
28. Sondage de l'UNICEF : Plus d'un tiers des jeunes de 30 pays victimes de harcèlement en ligne [Internet]. U-Report met en évidence la prévalence du cyberharcèlement et ses effets sur les jeunes. 4 Septembre 2019. Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/un-tiers-des-jeunes-de-30-pays-victimes-harcelement-en-ligne>
29. JOUANNO C., Contre l'hypersexualisation : Un nouveau combat pour l'égalité. Sénat, mars 2012, 161p.

30. La pornographie, un incontournable de la sexualité des jeunes ? FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé, Réseau santé & sexualité, 28 janvier 2021 [INTERNET]. Disponible sur : <https://frapscentre.org/retour-sur-la-matinee-pornographie-et-jeunes/>
31. Evaluation de la loi du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration, Inspection Générale de la Justice, décembre 2019 [INTERNET]. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-032r-prostitution-d.pdf>
32. Mineurs en situation ou à risque prostitutionnels - Guide pratique à l'usage des professionnels [INTERNET]. Association Agir contre la Prostitution des Enfants (ACPE). Avril 2019. Disponible sur : <https://www.acpe-asso.org/wp-content/uploads/2019/04/mineurs-en-situation-ou--risque-prostitutionnels-guide-pratique--usage-des-professionnels.pdf>
33. F POIRIER, Non binarité et transidentités à l'adolescence : une revue de la littérature. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence (2019).
34. « Pour une santé inclusive : Guide LGBTQI+ pour un meilleur accueil des minorités genrées, sexuelles et sexuées à destination des professionnel·le·s de santé », Crips Île-de-France, 2021 [INTERNET]. Disponible sur : https://vih.org/wp-content/uploads/2021/07/crips_guide-sante-lgbtqi_2021.pdf
35. M. MAUDET, Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle, dans Population 2017/4 (Vol. 72), pages 701 à 728.
36. J. Trichet, L'éducation à la vie affective et sexuelle en milieu scolaire, des difficultés de mise en œuvre à surmonter. Vocation Sage-femme n° 110, Elsevier Masson SAS, septembre-octobre 2014.
37. Nombre de postes infirmiers ouverts au concours, 1 avril 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://sgeplus.cfdt.fr/article/nombre-de-postes-infirmiers-ouverts-au-concours/>
38. Évaluation des statistiques - Année scolaire 2018-2019, Syndicat Nationale des Infirmier(e)s Conseiller(e) de santé [Internet]. Disponible sur : <http://www.snics.org/home/statistiques-2018-2019>
39. L'annuaire officiel de l'enseignement privé [Internet]. Disponible sur : <https://www.enseignement-prive.info/onglet/college/maine-et-loire-49>

40. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (J.O. 7 juillet 2001) | Légifrance [Internet]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>
41. M. NEKAA, Les infirmières de l'éducation nationale en France : éducation et promotion de la santé en milieu scolaire, pratiques et représentations, 2018. [thèse de doctorat en Sciences humaines et sociales]
42. A. LE MAT. Quand la sexualité des « jeunes » devient un enjeu de santé publique : le cas des programmes de lutte contre l'homophobie et de lutte contre la pornographie en milieu scolaire. Juillet 2013 : congrès de l'AFSP, Paris.
43. Génération youporn : mythe ou réalité ? Enquête sur l'influence des nouvelles technologies sur les comportements sexuels des jeunes, IFOP, le 16 octobre 2013 [INTERNET]. Disponible sur :
<https://www.ifop.com/publication/generation-youporn-mythe-ou-realite-enquete-sur-linfluence-des-nouvelles-technologies-sur-les-comportements-sexuels-des-jeunes/>
44. Entrée dans la sexualité des adolescent·e·s : la question du consentement. Enquête auprès des jeunes et des intervenant·e·s en éducation à la sexualité, Rapport d'étude, INJEP, octobre 2015 [INTERNET]. Disponible sur : <https://injep.fr/publication/entree-dans-la-sexualite-des-adolescentes-la-question-du-consentement/>
45. R. EVANS, Gender Differences in Parents' Communication With Their Adolescent Children about Sexual Risk and Sex- Positive Topics, The Journal of Sex Research, 2019.
46. SEVILLA T. M, Consistencies and discrepancies in communication between parents and teenage children about sexuality. Paidéia (Ribeirão Preto) 26 (64). May-Aug 2016.

Table des matières

.....	1
PLAN	8
LISTE DES ABREVIATIONS	10
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
METHODE	4
1. Présupposé de recherche	4
2. Population et recrutement.....	4
3. Déroulement des entretiens	4
4. Structure des entretiens.....	5
5. Méthode d'analyse et résultats.....	5
RESULTATS	6
1. Population de l'échantillon	6
2. Des infirmier(e)s attentifs(ves) � l'éducation affective et sexuelle des adolescents... ..	8
2.1. Une oreille disponible et bienveillante	8
2.1.1. L'infirmier(e), une personne ressource pour les jeunes	8
2.1.2. Des questionnements explicites	8
2.1.3. Des problématiques parfois inexprimées	9
2.1.4. Le respect de la sensibilité de chacun	10
2.2. La singularité de chaque adolescent	10
2.2.1. Des jeunes qui n'avancent pas tous au même rythme	10
2.2.2. Des échanges qui varient avec certains facteurs	11
2.2.3. Des groupes homogènes pour mieux communiquer.....	11
2.3. Une adaptabilité indispensable	12
2.3.1. Une personnalisation des échanges	12
2.3.2. Des techniques de communication ajustées	12
2.4. Une communication facilitée par l'environnement.....	13
2.4.1. Moins il y a d'auditeurs, plus c'est facile ?	13
2.4.2. Un lieu d'accueil optimal.....	13
2.5. L'importance d'un cadre sécurisant et confidentiel.....	13
2.5.1. Une relation de confiance nécessaire	13
2.5.2. Des adolescents encouragés par la confidentialité	14
2.6. Des infirmier(e)s qui s'investissent	14
2.6.1. Des mesures de protection parfois nécessaires	14
2.6.2. Des soignants impliqués	14
3. ...Agissant en faveur de la prévention... ..	15
3.1. Une mission de prévention	15
3.1.1. Un besoin ressenti	15
3.1.2. Le souhait de faire passer certains messages	15
3.1.3. Un accompagnement quotidien et concret	16
3.1.4. Les notions de respect et consentement.....	17
3.2. Repérer pour prévenir	18
3.2.1. Une période de changements.....	18
3.2.2. Les prises de risque des adolescents.....	18
3.2.3. Une communication sous influence ?	19
3.3. Une position de sachant	19
3.3.1. Conception de la santé affective et sexuelle.....	19
3.3.2. Un besoin de formation pour aborder ce sujet	20
3.4. Le travail interprofessionnel pour améliorer la prévention	20
3.4.1. La participation de toute l'équipe éducative	20
3.4.2. Des échanges pluriprofessionnels	21
3.4.3. L'appui sur un réseau de soin.....	21

3.5.	Structurer ses interventions à sa façon	21
3.5.1.	Une organisation propre à chaque IDES	21
3.5.2.	Des supports pour animer le dialogue	22
3.5.3.	Du systématique pour parer aux freins ?	22
4.	...Tout en ressentant une restriction dans leurs interventions.	23
4.1.	Un sentiment de restriction.....	23
4.1.1.	Parfois un sujet tabou ?.....	23
4.1.2.	Des inégalités géographiques.....	23
4.1.3.	La crainte de ne pas être en phase avec l'adolescent.....	23
4.2.	Une mission qui peut mettre en difficulté	24
4.2.1.	Des difficultés propres à chacun	24
4.2.2.	Des groupes qui donnent du fil à retordre	24
4.2.3.	Des retours parfois négatifs	25
4.3.	L'influence des normes.....	25
4.3.1.	Des idées reçues concernant les filles	25
4.3.2.	Une vision normée	26
4.3.3.	Des facteurs qui influencent la communication.....	26
4.4.	L'environnement familial à prendre en compte.....	27
4.4.1.	Un lien à promouvoir lorsque c'est possible	27
4.4.2.	Des réactions parentales qui questionnent les IDES	27
4.5.	Des variations sociologiques qui interpellent.....	27
4.5.1.	Des IDES surpris par certaines attitudes des adolescents.....	27
4.5.2.	Des axes de prévention à travailler.....	28
DISCUSSION	29	
1.	Forces et faiblesses de l'étude	29
1.1.	A propos de l'échantillonnage.....	29
1.2.	A propos de l'enquêteur	29
1.3.	A propos du recueil des données	29
1.4.	A propos de l'analyse des données	29
2.	Discussion des principaux résultats	30
2.1.	L'IDES comme interlocuteur sur la santé affective et sexuelle	30
2.1.1.	Un rôle important pour les IDES, un cadre scolaire intéressant.....	30
2.1.2.	La singularité des ados et la formation par les pairs	32
2.1.3.	Lien avec la famille et les autres professionnels	33
2.1.4.	Une exposition inappropriée aux violences	33
2.1.5.	Des sexualités différentes.....	34
2.2.	Un rôle qui a des limites	34
2.2.1.	Des obstacles à la prévention ressentis par les IDES	34
2.2.2.	Des situations qui mettent en difficulté les IDES	35
2.2.3.	Des freins à la mise en place des séances EVAS.....	35
2.2.4.	Des IDES influencés par les normes sociétales ?	36
2.3.	Une approche genrée	37
2.3.1.	Concernant les filles.....	37
2.3.2.	Concernant les garçons	38
2.3.3.	L'influence du genre dans les interventions	38
CONCLUSION	39	
BIBLIOGRAPHIE	40	
TABLE DES MATIERES	45	
TABLE DES TABLEAUX.....	47	
ANNEXES.....	48	
TIROT BENEDICTE	1	

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristique de la population 7

ANNEXES

Annexe I : la fiche d'information

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 20/05/2020

Bonjour,

Je m'appelle Bénédicte Tirot et je suis interne de médecine générale en fin de cursus. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude sur le thème de la sexualité chez les adolescents (au collège/lycée).

Pour cela, il me semble intéressant de recueillir votre expérience.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant environ 1 heure. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront rendu anonymes.

Je vous inviterai à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée (voir le document joint).

Je vous adresserai la retranscription de votre entretien par courrier électronique. Vous pourrez ainsi modifier ou nous notifier votre refus secondaire de transmission des résultats.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

Par email : benedicte.tirot@gmail.com

Ou par téléphone au 06 80 35 45 18

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Bénédicte Tirot

Annexe II : le formulaire de consentement

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Thème du travail : Les adolescents et la sexualité

Nom du thésard : Bénédicte TIROT

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e), M., Mme, Melle _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone / smartphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse, puis une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewé(e) :

Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe III : le guide d'entretien pré-test

Bonjour,

Je m'appelle Bénédicte TIROT et je suis interne de médecine générale en 2e année d'internat. Ma thèse porte sur la manière dont les infirmier(e)s scolaires communiquent sur la santé affective et sexuelle auprès des adolescents. Les entretiens se dérouleront de façon anonyme. Ils seront enregistrés à l'aide d'appareils type dictaphone et smartphone. Puis ils seront retranscrits sur un logiciel de traitement de texte au fur et à mesure en respectant littéralement les propos, et rendus anonymes. Ensuite, il vous sera possible de consulter l'entretien pour relecture et d'y apporter des modifications si vous le souhaitez. Après analyse, les enregistrements seront détruits.

Je vous inviterai à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. Il sera possible à tout moment de retirer ce consentement.

Questions générales concernant la personne interrogée : temps partiel /plein, parcours, type d'établissement et secteur géographique, niveau socioéconomique de la population.

1. Pouvez-vous me faire le récit d'une ou plusieurs expériences faciles ou difficiles d'abord de la sexualité avec les ados ?
2. Quelle place l'infirmier(e) scolaire occupe-t-elle, selon vous, concernant la communication avec les adolescents sur la santé affective et sexuelle ?
3. Comment définiriez-vous la santé affective et sexuelle ?
4. Comment l'aborderiez-vous avec les ados ?
 - Dans quelles circonstances (Moment le plus propice) ?
 - o Pensez-vous qu'il faut créer un climat de confiance/particulier pour aborder le sujet ?
 - o Si un ado vient à l'infirmerie, sera-t-il accompagné ? Parlez-vous de confidentialité ?
 - o Comment s'établit le dialogue ?
 - o Qu'est-ce qui motive la discussion ?
 - De quoi parlez-vous ?
 - o Y-a-t-il des messages (de prévention notamment) qui vous paraissent essentiels à aborder ?
 - o Y-a-t-il des sujets plus fréquemment/facilement questionnés par les ados ?
 - o Est-ce qu'il y a des thèmes qui vous paraissent difficiles à aborder, voire des sujets que vous n'abordez pas ?
 - Y-a-t-il une différence entre les échanges collectifs (éducation à la sexualité) et ceux en individuel ? Si oui, lesquelles ?
5. Utilisez-vous des supports particuliers (internet, binôme pluriprofessionnel, films/séries, jeux) ?

6. Qu'est ce qui peut vous empêcher d'aborder la question de la sexualité avec un adolescent ?
- Comment les adolescents réagissent-ils quand vous abordez ce sujet ?
 - Y a-t-il des différences (si oui, lesquelles ?) selon :
 - o Les tranche d'âge
 - o Le sexe
 - o Le milieu (rural/urbain, professionnel/général) ?
 - Adressez-vous les adolescents vers d'autres professionnels ?
7. Quelles sont les stratégies pour lever les freins éventuels ?
- Aborder le sujet si l'adolescent vient à l'infirmerie de manière répétée, ou pour certains symptômes (douleurs abdominales par exemple) ?
 - Comment, d'un sujet apporté par l'adolescent, peut-on amener le dialogue sur la sexualité ? Comment peut-on rebondir sur le sujet ?
 - Que pensez-vous d'un outil pour aider à la communication dans ce domaine ?
 - Avez-vous fait des formations pour vous aider dans ces difficultés ?
 - Que pensez-vous d'un entretien systématique dédié dans le cadre scolaire ?

Annexe IV : le guide d'entretien définitif

Bonjour,

Je m'appelle Bénédicte TIROT et je suis interne de médecine générale en 2e année d'internat. Ma thèse porte sur la manière dont les infirmier(e)s scolaires communiquent sur la santé affective et sexuelle auprès des adolescents. Les entretiens se dérouleront de façon anonyme. Ils seront enregistrés à l'aide d'appareils type dictaphone et smartphone. Puis ils seront retranscrits sur un logiciel de traitement de texte au fur et à mesure en respectant littéralement les propos, et rendus anonymes. Ensuite, il vous sera possible de consulter l'entretien pour relecture et d'y apporter des modifications si vous le souhaitez. Après analyse, les enregistrements seront détruits.

Je vous inviterai à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. Il sera possible à tout moment de retirer ce consentement.

Questions générales concernant la personne interrogée : temps partiel /plein, parcours, type d'établissement et secteur géographique, niveau socioéconomique de la population.

1. Pouvez-vous me faire le récit d'une ou plusieurs expériences faciles ou difficiles d'abord de la sexualité avec les ados ?
2. Comment voyez-vous votre rôle, en tant qu'IDE, dans l'abord de la santé sexuelle et affective avec les adolescents ? Quelle sexualité pensez-vous que les adolescents ont ?
3. Comment l'aborderiez-vous avec les ados ?
 - Dans quelles circonstances (Moment le plus propice) ?
 - o Pensez-vous qu'il faut créer un climat de confiance/particulier pour aborder le sujet ?
 - o Si un ado vient à l'infirmerie, sera-t-il accompagné ? Parlez-vous de confidentialité ?
 - o Comment s'établit le dialogue ?
 - o Qu'est-ce qui motive la discussion ?
 - De quoi parlez-vous ?
 - o Y-a-t-il des messages (de prévention notamment) qui vous paraissent essentiels à aborder ?
 - o Y-a-t-il des sujets plus fréquemment/facilement questionnés par les ados ?
 - o Est-ce qu'il y a des thèmes qui vous paraissent difficiles à aborder, voire des sujets que vous n'abordez pas ?
 - Y-a-t-il une différence entre les échanges collectifs (éducation à la sexualité) et ceux en individuel ? Si oui, lesquelles ?
4. Utilisez-vous des supports particuliers (internet, binôme pluriprofessionnel, films/séries, jeux) ?
5. Qu'est ce qui peut vous empêcher d'aborder la question de la sexualité avec un adolescent ?
 - Comment les adolescents réagissent-ils quand vous abordez ce sujet ?

- Y a-t-il des différences (si oui, lesquelles ?) selon :
 - o Les tranche d'âge
 - o Le sexe
 - o Le milieu (rural/urbain, professionnel/général) ?
 - Adressez-vous les adolescents vers d'autres professionnels ?
6. Quelles sont les stratégies pour lever les freins éventuels ?
- Aborder le sujet si l'adolescent vient à l'infirmerie de manière répétée, ou pour certains symptômes (douleurs abdominales par exemple) ?
 - Comment, d'un sujet apporté par l'adolescent, peut-on amener le dialogue sur la sexualité ? Comment peut-on rebondir sur le sujet ?
 - Que pensez-vous d'un outil pour aider à la communication dans ce domaine ?
 - Avez-vous fait des formations pour vous aider dans ces difficultés ?
 - Que pensez-vous d'un entretien systématique dédié dans le cadre scolaire ?

Annexe V : entretiens

L'intégralité des entretiens est disponible en me contactant via la faculté de médecine d'Angers.

Comment les infirmier(e)s scolaires abordent-ils (elles) l'éducation à la santé affective et sexuelle avec les adolescents ? Etude qualitative auprès de 9 infirmier(e)s scolaires du Maine et Loire

RÉSUMÉ

Introduction : L'éducation à la sexualité dans le milieu scolaire est une obligation légale depuis 1996, en lien avec une politique nationale de prévention et de réduction des risques de grossesse non désirée, infections sexuellement transmissibles et violences sexuelles. A ce titre les infirmier(e)s scolaires peuvent être des interlocuteurs privilégiés pour les adolescents, pour aborder leur santé affective et sexuelle.

Objectif : Explorer la façon dont les IDES abordent la SAS avec les adolescents, cerner leurs éventuelles difficultés et identifier des pistes d'amélioration de prévention.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'IDES du Maine-et-Loire, entre juin 2020 et mars 2021. Analyse thématique inductive selon la théorisation ancrée. Triangulation des données.

Résultats : 9 longs entretiens ont été réalisés. Les IDES se considéraient comme des personnes ressources pour les adolescents, disponibles et à l'écoute de leurs problématiques exprimées ou latentes. Ils étaient attentifs à créer un cadre sécurisant, garanti par une relation de confiance et le respect du secret médical. En entretien individuel ils s'adaptaient à la singularité de chacun, en séance d'EVAS ils utilisaient la communication entre pairs pour les faire échanger sur une SAS positive. Les IDES étaient inconsciemment influencés par les normes sociétales, notamment les stéréotypes de genre. Ils pouvaient être mis en difficulté par certains thèmes, anticipant parfois les réactions des jeunes ou des familles. Ils disaient être mal à l'aise avec l'utilisation de nouvelles technologies ou certains sujets d'actualité. Ils percevaient parfois le poids des représentations religieuses ou culturelles et l'influence familiale dans les représentations des jeunes, mais valorisaient toujours le dialogue avec la famille. Des inégalités géographiques étaient soulignées, quant à la facilité d'adressage vers d'autre structure/professionnel. Enfin, malgré le travail en binôme avec les professeurs ou des professionnels de santé extérieurs pour les EVAS, ils se sentaient parfois isolés et regrettaient de ne pas avoir plus de lien avec les différents professionnels intervenants auprès des adolescents.

Conclusion : Les IDES font partie des professionnels de santé les plus proches du quotidien des adolescents. Renforcer la communication avec eux permettrait d'améliorer la prévention en termes de SAS auprès des plus jeunes.

Mots-clés : adolescents, infirmier(e) scolaire, sexualité, communication

How do school nurses communicate about sexuality with teenagers ? Qualitative study based on semi-structured interviews of 9 school nurses in Maine-et-Loire.

ABSTRACT

Introduction : Sexuality education in schools has been a legal obligation since 1996, as part of a national policy for the prevention and reduction of risks of unintended pregnancy, sexually transmitted infections and sexual violence. As such, school nurses can be privileged interlocutors for adolescents, to talk about emotional and sexual health.

Objective : To explore the way in which the school nurses approach emotional and sexual health with adolescents, identify their possible difficulties and identify areas for improvement in prevention.

Method : Qualitative study by semi-structured individual interviews with school nurses in Maine-et-Loire, between June 2020 and March 2021. Inductive thematic analysis according to the anchored theory. Data triangulation.

Results : 9 long interviews were carried out. The school nurses saw themselves as resource persons for adolescents, available and attentive to their expressed or latent issues. They were careful to create a secure environment, guaranteed by trust and respect for patient confidentiality. In individual interviews they adapted to each person's uniqueness, in sexuality education sessions they used peer-to-peer communication to get them to discuss a positive sexuality. School nurses were unconsciously influenced by societal norms, including gender stereotypes. They found themselves in difficulty with certain themes, sometimes anticipating the reactions of young people or families. They said they were uncomfortable with using new technology or with certain hot topics. They sometimes perceived the weight of religious or cultural representations as well as the family influence over representations of young people, but always valued dialogue with the family. Geographical inequalities were mentioned, in relation to the ease of referral to another structure / professional. Finally, despite working in pairs with teachers or external health professionals for the sexuality education sessions, they sometimes felt isolated and regretted not having more connections with the various professionals working with adolescents.

Conclusion : school nurses are among the health professionals closest to the daily life of adolescents. Strengthening communication with them would improve prevention in terms of emotional and sexual health among the youngest.

Keywords: teenagers, school nurse, sexuality, communication