UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022 N° : 08

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

Par

MEYER Jérômine

Née le 12.02.1991, à La Rochelle

_____

Vie sexuelle des étudiants de Strasbourg en 2021 :

Comportements, éducation sexuelle et violences

Président de thèse : Mr le Professeur Philippe DERUELLE

Directeur de thèse : Mr le Docteur Yannick SCHMITT

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022 N° : 08

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

Par

MEYER Jérômine

Née le 12.02.1991, à La Rochelle

_____

Vie sexuelle des étudiants de Strasbourg en 2021 :

Comportements, éducation sexuelle et violences

Président de thèse : Mr le Professeur Philippe DERUELLE

Directeur de thèse : Mr le Docteur Yannick SCHMITT

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022

Faculté de médecine maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

• **Président de l'Université**		M. DENEKEN Michel
• **Doyen de la Faculté**		M. SIBILIA Jean
• **Premier Doyen de la Faculté**		M. DERUELLE Philippe
• **Doyens honoraires :**	**(1976-1983)**	M. DORNER Marc
	(1983-1989)	M. MANTZ Jean-Marie
	(1989-1994)	M. VINCENDON Guy
	(1994-2001)	M. GERLINGER Pierre
	(2001-2011)	M. LUDES Bertrand
• **Chargé de mission auprès du Doyen**		M. VICENTE Gilbert
• **Responsable Administratif**		M. STEEGMANN Geoffroy

Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis — Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak — Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène — Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO224

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétriquel/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : **Gynécologie-Obstétrique**
ANDRES Emmanuel P0002	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; **hépatologie** Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : **Psychiatrie d'Adultes**
BERTSCHY Gilles P0013	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 **Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ;** Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Opthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 **Anesthésiologie-Réanimation** ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / PO220	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp.Hautepierrre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
FAITOT François PO216	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 **Chirurgie vasculaire** ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 **Médecine Physique et Réadaptation**
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatologie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; **Addictologie** (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / PO217	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Tranplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 **Anatomie**
LESSINGER Jean-Marc P0	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 **Pneumologie** ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 **Gynécologie-Obstétrique** ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire-EA7295 / Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; **Radiothérapie** Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; **Médecine d'urgence** Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 **Anesthésiologie-réanimation** ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie PO196	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique// HP	54.03 **Gynécologie-Obstétrique** ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatiqtiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 **Pédopsychiatrie** ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : **Hépatologie**
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie
* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
CU : Chef d'unité fonctionnelle
Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans cheff erie de service) Dir : Directeur
(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018
(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépato-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

MO142

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; **Radiothérapie**
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Parmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 **Pharmacologie fondamentale** ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline MO129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 **Cancérologie** ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste MO130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra MO131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addicotlogie
FILISETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre MO132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine MO133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise MO135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 **Bactériologie-Virologie** ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : **Bactériologie**-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 **Hématologie** ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-**Virologie** ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-**Virologie** biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre DUMAS Claire	Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth	Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick	Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o ***de droit et à vie*** *(membre de l'Institut)*
  CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)

- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
  Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)

- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
  DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
  NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
  PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
  Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
  BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
  KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

- o *pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)*
  DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
  DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18
CANTINEAU Alain (Medecine et Santé au travail) / 01.09.15
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) /01.09.11
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17
DUCLOS Bernard (Hépato-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02
FISCHBACH Michel (Pédiatrie / 01.10.16)
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09
GAY Gérard (Hépato-gastro-entérologie) / 01.09.13
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) /01.09.11
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95
KREMER Michel / 01.05.98
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique / 24.03.08
VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :
- NHC : ***Nouvel Hôpital Civil :*** 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : ***Hôpital Civil :*** 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : ***Hôpital de Hautepierre :*** Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- ***Hôpital de La Robertsau :*** 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- ***Hôpital de l'Elsau :*** 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00
C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00
E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25
Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24
IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

---

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRETÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ETRE CONSIDERÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au **Professeur Philippe DERUELLE**, de me faire l'honneur de présider ce jury,

Au **Docteur Yannick SCHMITT**, d'avoir accepté de diriger ce travail sans retenue alors que nous ne nous connaissions pas, et pour m'avoir laissé une grande liberté dans la rédaction de ce travail,

Au **Professeur Maria Gonzalez** et au **Professeur Gilles Bertschy**, pour avoir accepté d'être membre de ce jury de thèse et pour le regard que vous porterez sur ce travail,

A la **mission Egalité-Parité** de l'Université de Strasbourg, d'avoir concouru à la diffusion du questionnaire,

À tous **les médecins** rencontrés durant ma formation, à vous qui m'avez donné le goût de la rigueur, la passion pour la connaissance, l'humilité devant la maladie et la mort. À tous ceux qui ont consacré un peu de temps, parfois au milieu de la nuit, pour partager avec patience leurs connaissances. Soyez sûrs que je m'applique à les transmettre jour après jour. A ceux qui luttent pour donner de l'humanité à la médecine et à l'hôpital, vous m'avez tant appris.

Aux **infirmier·es et aux aides-soignantes** rencontrées sur mon parcours, depuis le tout début, un immense merci. À celles qui m'ont nourri pendant les gardes, à celles qui m'ont fait rire pour que je n'abandonne pas mon poste. À celles qui m'ont réveillé la nuit et à celles qui m'ont laissé dormir. À celles qui ont évité tant d'erreurs médicales, à celles qui m'ont formé avec beaucoup d'humilité. Si j'aime tant la nuit, c'est grâce à vous et c'est parce qu'elle nous rassemble.

Et plus que tout **aux patients**, à vous qui accordez votre confiance, à vous qui nous concédez, pendant un court espace-temps, une autorisation à entrer dans votre sphère, votre intimité, créant par la même un échange comme aucun autre. Vous ne cessez jamais de me surprendre. Souvent c'est épuisant mais parfois, c'est absolument magique et c'est exactement ce qui nous fait avancer.

À **mes parents**, pour tant et tant. Pour leur amour, pour les valeurs fondamentales qu'ils m'ont transmises, pour avoir tant donné, pour leur soutien indéfectible lorsqu'une fois par an, je réfléchissais à arrêter les études de médecine. Pour tout ce qui est bon chez moi, et aussi pour tout ce qui ne l'est pas.

À ma grand-mère, qui aurait sans doute ri de ce sujet aussi culotté que moi, pour l'affection profonde. J'espère que de là où tu es, tu es fière de moi.

À **ma marraine Françoise**, qui m'a toujours incitée à devenir qui je voulais devenir et qui aurait certainement apprécié lire ce travail et venir l'encourager.

À **mes amis**,

Aux Amazones, mes rochelaises, pour l'amitié, la sororité, et le soutien de près ou de loin pendant ces années de médecine. Je vous entends encore, en ce froid matin à s'exposer nos projets d'avenir respectifs, m'avertir que « la médecine, c'est super long ».

À Caro, qui aurait également adoré ce sujet un poil subversif. Tu m'accompagnes dans chacune de mes étapes et je suis sûre que tu serais fière de moi aujourd'hui.

À Emilie, d'être cette amie si précieuse, qui comprend et pardonne mieux que personne mes excès et mon interminable questionnement. Pour avoir embelli mon internat et guidé mes pas lorsque je galérais à rallumer la lumière.

À Pierrick, d'être pour moi l'ami que tout le monde rêverait d'avoir. Pour ton écoute et ton soutien sans faille, pour croire en moi quand je me fais défaut, pour 3 ans de vie commune où tu as supporté avec une grande patience nombre de crise de drama, des projets abracadabrants, un lombricomposteur – mais pas de chat… Pour tes conseils Word et pour être mon meilleur élève féministe.

À Lili, sans qui je ne serais jamais devenue médecin. De ces années d'externat pourtant pas toujours simples, je ne me souviens que nos rires qui dérangeaient le silence de la bibli et notre complicité sans pareille.

À Antonin, pour cette fidélité sans égale depuis quinze ans, pour cette amitié fraternelle, pour le bonheur que me procure chacune de nos rencontres malgré leur caractère trop peu fréquent.

À Roxane, mon acolyte de thèse, d'avoir cru en moi dès le début et de m'avoir soutenu tout le long de ce travail. Au-delà, merci d'être l'amie généreuse que tu es.

À Camille J, pour sa compassion, son écoute, pour nos nombreux échanges sur le sujet du couple et sur bien d'autres, et pour ta précieuse relecture.

À Camille W, pour les déjeuners de soutien psychologique quand je n'arrivais pas à me lancer et pour les après-midi « détente sportive ».

À Laurane, toujours partante pour rire et pleurer avec moi au cours d'une même minute, pour m'encourager à marcher la tête haute.

À Pierre-Alexis pour m'avoir soutenue pendant 5 années pas toujours faciles et avoir partagé de beaux moments,

À Marine L., pour me comprendre presque sans avoir besoin de mot,

À Marine F., pour cette capacité à me redonner le sourire et pour la correction orthographique.

À **Stephan** pour l'amour, le piment et pour nourrir mes réflexions sur le couple, les privilèges, la parentalité et tant d'autres sujets. Merci pour ta relecture attentive.

À **mes collègues**, ex-collègues et amis, Julien, Nicolas, Guillaume, Cédric et Marie, vous qui m'avez fait un immense cadeau en m'accordant votre confiance il y a bientôt 3 ans et en partageant vos connaissances avec humilité depuis. Merci pour toutes ces journées à travailler dans la joie et avec un humour toujours si délicat.

Aux **internes** qui se succèdent et tout particulièrement à l'équipe Covid first round (Lydie, Marine, Joanna et Lucien), pour la fraicheur, l'énergie et les connaissances que vous me transmettez.

À **Esther**, pour m'apprendre à croire en moi et par ce biais, avoir concouru à l'achèvement de ce travail.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ____ *22*

INTRODUCTION ____ *23*

CONTEXTUALISATION ____ *26*

A. Concept de santé sexuelle ____ 26
a. Définitions ____ 26
b. Politique internationale ____ 28
c. Politique en santé sexuelle en France : historique et actualité ____ 29
B. Rôle de l'éducation sexuelle dans l'amélioration de la santé sexuelle ____ 38
a. Grands principes et définition de l'éducation sexuelle ____ 38
b. Cadre légal et réalité de terrain en France ____ 43
C. Enjeux de santé publique dans le domaine de la santé sexuelle en France ____ 47
a. Contrôle de la fécondité : contraception et IVG ____ 47
b. Infections sexuellement transmissibles ____ 49
c. Violences à l'encontre des femmes : violences conjugales, violences sexuelles ____ 51
d. Inégalités entre les femmes et les hommes dans la sexualité érotique ____ 54
e. Discriminations sociales et violences liées à l'orientation sexuelle et à la transidentité ____ 57
D. Objectif de l'enquête ____ 60

MATERIEL ET METHODES ____ *63*

RESULTATS ____ *68*

Etude descriptive ____ **68**
A. Caractéristiques générales ____ 69
B. Etude des comportements amoureux et sexuels ____ 70
a. Comportements amoureux ____ 70
b. Sexualité ____ 72
C. Etude de la santé sexuelle ____ 77
a. Infections sexuellement transmissibles et moyen de lutte ____ 77
b. Santé reproductive ____ 78
c. Satisfaction sexuelle ____ 82
d. Autre ____ 84
D. Information/Education sexuelle ____ 85
a. Défaut d'information ____ 85
b. Education sexuelle et canaux d'information : ____ 87
E. Consentement et violences ____ 90
a. Violences à caractère sexuel ____ 90
b. Violences sexistes ____ 92
c. Violences en lien avec l'orientation sexuelle ____ 93

Etude analytique ____ **95**
a. Comportements et pratiques ____ 98
b. Education sexuelle et médias ____ 99
c. Consentement et violences ____ 101

ANALYSE ET DISCUSSION ____ *103*
A. Remarques sur la méthodologie ____ 103
B. Remarques sur les résultats et validité externe ____ 105

a. Comportements et pratiques _____ 105
b. Education sexuelle _____ 116
c. Violences _____ 121

CONCLUSION _____ ***125***

ANNEXE A : _____ ***131***

Courriel de diffusion du lien vers le questionnaire, adressé aux étudiants en décembre 2020 : _____ **131**

Courriel de relance adressé aux étudiants en mars 2021 : _____ **132**

ANNEXE B : Questionnaire _____ ***133***

ANNEXE C : Avis du comité de bioéthique _____ ***154***

BIBLIOGRAPHIE _____ ***155***

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Diagramme 1 : Principales caractéristiques de la population d'étude : genre et âge _____ 69
Diagramme 2 : Situation amoureuse _____ 70
Diagramme 3 : Orientation sexuelle _____ 71
Diagramme 4 : synthèse des premiers rapports sexuels _____ 72
Diagramme 5, 6 et 7 : synthèses des pratiques sexuelles _____ 74
Diagramme 8 : Consommation de pornographie _____ 75
Diagramme 9 : Pratique de la masturbation _____ 76
Diagramme 10 : synthèse sur les rapports à risque et la fréquence de dépistage des IST _____ 78
Diagramme 11 : méthodes de contraception _____ 79
Diagramme 12 : Partage de la charge mentale liée au contrôle de la fécondité avec les partenaires, selon les personnes en capacité d'être enceinte. 1 symbolisant aucun partage et 5 un partage maximal. _____ 81
Diagramme 13 : Sentiment de satisfaction sexuelle _____ 82
Diagramme 14,15,16 : Synthèse des réponses sur le manque d'information sexuelle _____ 86
Diagramme 17 : Synthèse concernant les sources d'éducation sexuelle _____ 88
Diagramme 18 : Consommation de médias en ligne sur le sujet de la sexualité _____ 89
Diagramme 19 : Synthèse sur le consentement _____ 91
Diagramme 20 : Synthèse sur les violences à caractère sexuel _____ 92
Diagramme 21 : Synthèse violences sexistes _____ 93
Diagramme 22 : Synthèse violences liées à l'orientation sexuelle _____ 94

ABREVIATIONS

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ACSF : Analyse des comportements sexuels en France

GNIES : Groupe National d'Information et d'Education Sexuelle

HCE : Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes

CSF : Contexte de la sexualité en France

PMA : Procréation médicalement assistée

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IVG : Interruption volontaire de grossesse

INJEP : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

DIU : Dispositif intra-utérin

DROM : départements et régions d'outre-mer

IST : Infections sexuellement transmissibles

LGBT : Lesbienne Gay Bisexuel Transsexuel

OR : Odds ratio

IC : Intervalle de confiance

INTRODUCTION

La sexualité est omniprésente dans nos vies. Activité sociale reliée à l'amour, garantie de la survie de l'espèce humaine, elle est investie progressivement dès l'enfance et anime la vie jusqu'à un âge très avancé. Si elle a toujours été marquée en France par le sceau du tabou et de l'intime, force est de constater qu'elle est aujourd'hui un sujet d'intérêt majeur pour la population.

En effet, une brève étude des décisions politiques et juridiques en matière de sexualité suffit à entrevoir l'approche plutôt moralisatrice qui a fait foi pendant de nombreuses années en France. On pourra noter l'absence de législation concernant l'éducation sexuelle avant le XXI^{e} siècle, l'engagement abolitionniste du pays par rapport à la prostitution depuis 1960, le caractère très tardif des premières enquêtes épidémiologiques en sexualité et une importante opposition de l'opinion publique lors de la discussion d'avancées sociales à propos du mariage et de la procréation.

Pourtant, la sexualité est un sujet d'actualité. Elle nous est présentée aujourd'hui comme un nouveau moyen de s'épanouir, de réussir même, et représente une possibilité de s'enrichir dans le cadre d'une économie particulièrement développée, notamment sur internet.

Constatant son caractère potentiellement très lucratif et la multitude d'activités qui gravitent autour – sextoys, pornographie, rencontres amoureuses, dispositifs médicaux, etc – le capitalisme a mis la sexualité sur le devant de la scène de manière exponentielle depuis une dizaine d'année notamment via la publicité. Afin de garantir la manne financière, il a créé le besoin, faisant de cette activité autrefois intime un incontournable de nos vies et un nouveau moyen de performance. Qu'on le souhaite ou non, nous sommes dorénavant tous exposés à plus ou moins grande échelle à la sexualité.

L'Histoire aussi a mis la sexualité sur le devant de la scène. En 2017, l'affaire Weinstein donne naissance au mouvement #MeToo qui imprime une dynamique de révolte tout autour du monde. Les

manifestations et la mobilisation sur les réseaux sociaux sont internationales, les révélations pleuvent, les grandes écoles et universités françaises n'y échappent pas. Ces événements imposent le débat et amènent à requestionner le statut de la femme dans la société. À elles-seules, ces affaires de harcèlement sexuel et d'abus de pouvoir traduisent le lien étroit qui existe entre la sexualité et nos rapports de genre. Cette réflexion fondamentale est susceptible de modifier progressivement nos rapports sociaux et la législation qui encadre la sexualité dans les années à venir.

Enfin, la sexualité s'impose dans son temps par la culture. Alors que le podcast audio est un média dont la notoriété est très récente, le nombre de podcasts traitant de sexualité et leur audimat sont devenus importants. La littérature sur le sujet abonde, depuis les essais féministes aux bandes dessinées historiques en passant par des manuels d'éducation modernisés et actualisés avec les dernières données scientifiques. Les rubriques « sexo » des magazines ne savent plus quel sondage lancer pour décrypter le plaisir féminin. De nombreuses pages à vocation éducative ont émergé sur les réseaux sociaux, réunissant pour plusieurs d'entre elles un nombre d'abonnés impressionnants. C'est un fait, la sexualité passionne les Français, nourrit la réflexion sociologique et alimente le débat par le biais de ses différents aspects.

Pour autant, cette dynamique semble s'arrêter aux portes des institutions politiques. La prise en charge des problématiques liées à la sexualité et à la santé sexuelle n'a pas bénéficié du même engouement que la sexualité elle-même. Depuis la publication en 2017 de la stratégie nationale en santé sexuelle par Marisol Touraine, aucune décision marquante n'a été prise. Les annonces prometteuses et la communication autour des violences faites aux femmes ne font pas oublier que les mesures de lutte déjà en place ne sont pas appliquées faute de budget. Alors que les institutions internationales ont publié des recommandations en faveur de l'éducation sexuelle appuyées par des études solides démontrant son efficacité, alors que les jeunes témoignent d'un important besoin d'information, alors que les scandales de harcèlement mettent en évidence les enjeux associés à l'éducation sexuelle ; aucune avancée majeure n'a été observée. Sur le plan législatif, les évolutions

sont lentes. Si on peut se féliciter que l'âge du non-consentement des mineurs ait récemment fait l'objet d'une proposition de loi, on notera l'absence d'évolution dans le domaine des violences sexuelles et conjugales. La médecine n'échappe pas à cette inertie. Les révélations de violences gynécologiques ne questionnent pas les pratiques, pas plus que les thèses alertant sur le sexisme inhérent aux études de médecine n'ébranlent le système en place. Sur le plan épidémiologique, les études sérieuses sont peu nombreuses et à l'heure où nous rédigeons ces lignes, aucune enquête officielle de prévalence sur les violences sexistes et sexuelles dans les universités n'a été publiée.

C'est dans ce contexte transitionnel qu'il nous est paru pertinent d'étudier la sexualité des étudiants au moyen d'une enquête descriptive. Nous avons étudié les comportements amoureux, sexuels, l'exposition à une éducation sexuelle pendant la scolarité et l'existence de faits de violences sexistes et sexuelles auprès des étudiants de l'université de Strasbourg en 2020.

La première partie de ce travail d'enquête fournit le contexte au moyen de quelques définitions sémantiques et d'un bref historique, en explicitant l'intérêt de l'éducation à la sexualité avant de rappeler les enjeux de santé publique reliés à celle-ci. La suite du travail s'articule autour de l'enquête elle-même, les méthodes d'enquête, les résultats, leur analyse et la discussion avant de conclure.

CONTEXTUALISATION

A. Concept de santé sexuelle

a. Définitions

Contrairement à ce que l'on peut fréquemment lire, la terminologie « santé sexuelle » est relativement ancienne. On en retrouve l'usage dès 1820 et celui-ci se multiplie largement dans la deuxième moitié du XIX^{e} siècle dans les discours du champ de l'hygiène (1). Pourtant, c'est seulement à la fin du XX^{e} siècle que le concept se diffuse. La définition, évolutive au cours du temps et des contextes politiques, s'est faite en plusieurs étapes.

A partir de 1975, les rapports de l'OMS traitant de sujets en lien direct avec la santé reproductive et la sexualité se multiplient (2,3). Mais c'est en septembre 1994, à l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement qui se tient au Caire qu'on évoque pour la première fois le concept de santé sexuelle.

L'objectif de cette conférence est d'obtenir des différents Etats Membres de l'ONU qu'ils progressent dans les droits accordés aux personnes en matière de sexualité, en particulier aux femmes (4). Si le rapport issu de cette rencontre passe relativement inaperçu, elle constitue malgré tout une étape importante. C'est la première fois qu'une organisation internationale considère l'existence d'une dimension érotique à la sexualité, inscrivant un clivage entre les fonctions récréatives et reproductives de celle-ci (5). Cette petite révolution n'est pas sans diviser et durant les années qui suivent, le débat est centré sur les enjeux sous-tendus par ce principe, en tête desquels le contrôle de la fertilité. Alors que l'homosexualité est encore passible de peine de mort dans 6 des 185 États Membres de l'ONU en 1994, faire consensus pour définir le concept de santé sexuelle apparaît très compliqué (4). C'est finalement en 2002, à l'issue d'une réunion d'experts internationaux, qu'est adoptée la définition ci-après, dite « de travail » (1,6).

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relatif à la sexualité ; ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonction 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 qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés » (7).

Comme dans la définition de la santé adoptée par l'OMS en 1948, cette définition fait ressortir la dimension psychologique et sociale inhérente à la santé sexuelle (6). Implicitement, elle reconnaît l'existence de la double composante de la sexualité, son caractère reproductif mais également son caractère érotique. Il s'agit de ne plus limiter la bonne santé sexuelle à une absence de pathologie mais de travailler à ce que la sexualité soit source de plaisir.

A une époque où l'épidémie mondiale du SIDA a sévi, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles apparaît comme une composante évidente de la santé sexuelle. Cependant, le concept se veut justement beaucoup plus large. Les termes de respect et de liberté y occupent une place centrale, faisant appel aux droits humains fondamentaux. Ils convergent ensemble vers la finalité du plaisir et de la satisfaction, dessinant même pour certains auteurs, un droit inédit à une sexualité satisfaisante. Le programme est résolument positif, dépassant de loin l'objectif de garantie de la simple intégrité physique dans le domaine de la sexualité et de la reproduction.

Pour autant, les termes utilisés restent suffisamment vagues pour être librement interprétés selon les usages. A. Giami, directeur de recherche à l'INSERM, établit aux travers de différents travaux que le concept prend des significations différentes selon les contextes politiques et culturels dans lesquels il est utilisé (6). D'ailleurs, l'OMS n'a jamais défini précisément, même de manière contemporaine, les domaines et missions relevant de la santé sexuelle ; laissant les différents gouvernements nationaux définir les objectifs selon les réalités socio-culturelles du pays.

Santé publique France fait figurer sur sa page sur la santé sexuelle quatre grands domaines ouvrant eux-mêmes sur une multitude d'autres champs et missions : « Infections sexuellement transmissibles dont le VIH », « Contraception », « Lutte contre les discriminations », « Lutte contre les violences » (8). Le site de l'OMS quant à lui, complète avec un domaine « Santé maternelle et périnatale » (9). Si les pathologies reliées à la période de la grossesse paraissent plutôt bien maîtrisées en France, ce domaine reste une priorité de santé publique dans une partie du monde. De plus, l'idée de reprendre une réflexion sur la santé maternelle en France n'apparaît pas totalement aberrant à la lumière des récents débats sur les violences gynécologiques. Enfin, l'OMS rattache nombre de programmes au domaine « Genre et droits » qui va au-delà de la seule lutte contre les discriminations et contre les violences.

b. Politique internationale

Dès le début des années 70, l'OMS lance un programme international de recherche en santé sexuelle, reproductive et des droits Humains en collaboration avec les Nations Unies, l'UNICEF et la Banque Mondiale ; le *Health Reproductive Programme of Research* (4,10). De ces travaux résulte une évidence : l'amélioration de la santé sexuelle autour du monde est une nécessité urgente et son application ne pourra se faire que par l'élaboration de véritables stratégies politiques.

L'OMS prône très tôt cette dynamique. Il faut dire que deux des huit objectifs du Millénaire pour le Développement énoncés en 1995 concernent des sujets ayant traits directement à la santé sexuelle et génésique : la lutte contre le VIH et l'amélioration de la santé maternelle (11).

L'organisation établit alors de nombreux programmes d'action à l'échelle mondiale, plus ou moins précis et spécialisés selon les versions. Répertoriés sur le site de l'organisme, ils témoignent de l'intemporalité de certaines problématiques. Ainsi, le sujet des infections sexuellement transmissibles est constant au fil des années, de même que celui de la planification familiale et de

l'encadrement de l'accouchement. Les sujets en rapport avec la sexualité non reproductive sont moins nombreux sans être absents pour autant. On retrouve plusieurs programmes transversaux comme ceux en lien avec les mutilations génitales féminines dès l'année 2001, également une « communication brève sur la sexualité » en 2015 et un protocole encadrant l'éducation à la sexualité en 2018. De même, les programmes de lutte contre les violences à l'égard des femmes et dans la sphère intime se multiplient à partir de 2012 (9). A titre indicatif, le programme en cours se prénomme « Stratégie globale pour la santé des femmes et des adolescents ». Dévoilé en 2016, il s'applique jusqu'en 2030. S'il ne concerne pas exclusivement la santé sexuelle, il comporte de nombreux points dans ce domaine. Le programme propose notamment des mesures à destination des adolescents, et il y figure une vraie dynamique éducative qui va nous intéresser dans la suite de notre travail (12).

L'OMS agit également à l'échelle nationale en incitant les Etats Membres à établir des plans d'action. Dès 2007, l'organisation publie un rapport réunissant des outils d'aide à l'élaboration de programmes nationaux en santé sexuelle et génésique (13).

Certains pays sont d'ailleurs précurseurs et n'ont pas attendu ces recommandations. La Nouvelle-Zélande met au point une stratégie en santé sexuelle dès 2001, l'Afrique du Sud élabore un programme à partir de 2011. L'Europe est un peu à la traîne mais de nombreux pays suivent les recommandations et établissent des plans d'action à partir des années 2010. L'OMS Europe relance la dynamique pour la période 2017-2021 avec la « Stratégie pour la santé de la femme et plan d'action pour la santé et les droits sexuels et génésiques dans la région Européenne ».

c. Politique en santé sexuelle en France : historique et actualité

En France, c'est en 2017, le 28 mars précisément, que Marisol Touraine, ministre de la santé, présente la toute première stratégie nationale en santé sexuelle (14). Auparavant, les actions en

santé sexuelle étaient régies par différents plans et dispositions juridiques sans articulation entre eux. Reprenons l'historique en quelques événements.

Les premières tentatives de projet de loi sur la contraception remontent à 1954 (15). La société française, marquée par une politique nataliste des plus actives depuis des décennies, est tellement divisée sur le sujet que la loi Neuwirth autorisant la vente et l'utilisation des moyens contraceptifs n'est adoptée qu'en 1967. Son application est lente et la libéralisation de la contraception prendra encore quelques années et nécessitera de multiples décrets ultérieurs (16). Pourtant, cette loi traduit une évolution notable : la dissociation entre sexualité procréative et sexualité érotique est acquise et la société française réclame les moyens d'en jouir pleinement. L'intérêt pour la dimension sociologique de la sexualité grandit d'années en années. La contraception, en permettant la régulation des naissances, fait apparaître le plaisir comme une nouvelle finalité de l'activité sexuelle.

C'est dans ce contexte que paraît en 1972 la première grande enquête d'opinion sur la sexualité, le rapport Simon. Inspiré par la lecture du rapport américain de Kinsey publié en 1948 et poussé par un mouvement national contemporain des émeutes de Mai 68, le docteur Simon se lance dans ce projet subversif pour la France de l'époque. Il est soutenu par le Planning Familial et le financement colossal est assuré par du mécénat privé. L'objectif de l'enquête est résolument moderne puisqu'il s'agit de « cerner les normes de la sexualité occidentale afin de procurer à ceux qui exercent une fonction de médiation sociale un outil d'éducation sexuelle » (15). Déjà, on saisit l'importance d'un enseignement adapté.

Pour la première fois, des informations sont collectées sur la sexualité des Français. Nombre des paramètres étudiés ne trouvent d'ailleurs aucune justification médicale et traduisent un intérêt purement social. Ainsi sont dévoilés les lieux dans lesquels sont le plus souvent pratiqués les rapports, qui est à l'initiative du rapport, le fait d'avoir ou non des paroles pendant l'acte, les positions les plus fréquemment réalisées et le fait d'allumer ou non la lumière. Plus standard, l'âge

du premier rapport, la fréquence des rapports et les pratiques sexuelles sont bien sûr également documentés (17). La pudeur linguistique et les précautions utilisées pour nommer les pratiques rendent bien compte du contexte de cette étude. On notera que le caractère satisfaisant des rapports, point central de la sexualité dans sa dimension « récréative » y est analysé. Jusqu'en 1992, le rapport Simon restera la référence unique en matière d'enquête de sexualité à la suite de quoi est publiée l'enquête ACSF [1] pilotée par l'Agence nationale de recherche sur le Sida.

Ces années et les suivantes seront marquées par une réflexion sur l'éducation sexuelle, à l'initiative notamment du Mouvement Français pour le Planning Familial. Ce dernier créé le GNIES[2] qui met au point dès le début des années 60 des cycles de formation très complets, abordant tant l'anatomie que la vie sexuelle et affective dans le couple en passant par l'histoire et la sociologie de la sexualité. Au cours de l'année 1968-1969, ce ne sont pas moins de 17400 élèves dans 54 départements qui assistent à ces cycles de formations (18). Cette dynamique s'accompagne d'une remise en question de la légitimité et de l'exclusivité des médecins à parler de sexualité.

L'action des pouvoirs publics se fait, timidement, à travers la circulaire Fontanet. Publiée en 1973, ce texte instaure une distinction entre information et éducation sexuelle. La première se voudrait scientifique et objective, en dehors de toute préoccupation morale. Intégrée aux programmes scolaires, elle est assurée par les professeurs de biologie et donc obligatoire. L'éducation sexuelle, à l'inverse, est facultative et soumise à l'autorisation parentale. Les séances sont alors assurées par des associations diverses, aux valeurs parfois radicalement opposées – étiquetées religieuses conservatrices ou à l'inverse progressistes comme le Planning Familial – dont le choix revient aux parents d'élèves (19).

En 1974, la loi n°74-1026 vient autoriser les centres de planification familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs aux mineurs (20) et l'année suivante, la loi Veil légalise

[1] Analyse des comportements sexuels en France
[2] Groupe National d'Information et d'Education Sexuelle

l'interruption volontaire de grossesse à l'issue d'une longue bataille (21). Alors qu'il n'était plus considéré comme un crime depuis 1923, le régime de Vichy fait de l'avortement un crime contre « la sûreté de l'état » en 1942, le rendant passible de la peine de mort. La loi sera abrogée à la Libération sans que l'acte ne soit légalisé pour autant. Il faudra attendre l'année 1971 pour voir la révolte gronder publiquement avec le Manifeste des 343 dans le Nouvel Observateur et l'année suivante pour que le procès de Bobigny politise le combat (22). Maître Gisèle Halimi y défend une jeune fille ayant avorté à la suite d'un viol et parvient à la faire acquitter. La ministre Simone Veil défend le projet de loi devant l'Assemblée dans un discours qui marque l'histoire le 26 novembre 1974 (23,24). Sept ans plus tard, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale et en 1993, toute entrave à l'IVG est considérée comme un délit (24).

Dans un même temps, la médecine de la reproduction fait un bond en avant lorsque naît Amandine, premier « bébé éprouvette » français, en 1982. L'événement est incontournable et amène un questionnement important. Le président Mitterrand, flairant une nécessité d'encadrement qui va s'inscrire dans le temps, lance la création d'un comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) qui verra le jour en 1983.

Il faudra attendre 1994 pour que les lois de Bioéthique qui encadrent la PMA[3] soient promulguées, avant d'être révisées en 2004 et 2011 sans grand changement (25). Le don de gamètes est entouré des 3 principes qui régissent le don de tout produit du corps en France : la gratuité, l'anonymat et le volontariat (26). Tandis que l'aide à la procréation n'est conçue que comme une solution thérapeutique à l'infertilité, autrement dit, elle n'est accessible qu'au seul couple hétérosexuel en âge de procréer. A l'époque, on met en avant l'impossibilité d'obtenir l'accord individuel des donneurs d'allouer leurs gamètes à une personne homosexuelle ou célibataire et le risque de mettre la médecine au service d'un intérêt individuel, celui de satisfaire le droit à l'enfant. Il n'y aura aucun

[3] Procréation Médicalement Assistée

véritable changement dans ce domaine jusqu'en 2019, date à laquelle un nouveau projet de loi est discuté au Parlement. Finalement accepté en 2021, celui-ci supprime la condition d'une infertilité pathologique pour recourir à la PMA, élargissant l'accès aux couples de femmes et aux femmes célibataires.

Au début des années 80 survient l'épidémie mortelle du VIH. Après une période transitionnelle de libération des mœurs, la politique de santé sexuelle prend un tournant. Les premières campagnes de prévention incitant à l'usage du préservatif sont lancées en 1987 et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida est créée (4). L'éducation sexuelle, déjà très centrée sur la gestion des risques, devient d'autant plus moralisatrice (18). Toute une génération est marquée par la notion de danger associée à la sexualité récréative. Le trauma s'apaise progressivement avec la généralisation de la trithérapie en 1996 même si les contaminations perdurent, notamment dans la population homosexuelle.

Vingt-cinq ans après la loi Veil, la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception vient allonger le délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines d'aménorrhée et supprime la nécessité d'une autorisation parentale pour les mineurs (23). Mais surtout, ce texte vient inscrire l'éducation à la sexualité comme une obligation légale. Il est ainsi prévu qu'une « information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène ».

Que reste-il alors de la circulaire Fontanet de 1973 ? Déjà en 1976-1977, une enquête auprès du rectorat avait révélé que seuls 10% des élèves avait bénéficié de la seule séquence d'information sexuelle qui ne développait que les risques sexuels et réduisait la sexualité à la procréation (20). Par la suite, deux circulaires en 1996 et en 1998 avaient instauré un volume horaire obligatoire de deux heures par an pour les collégiens de 4^{e} et 3^{e}, respectés de manière inégale (27). Et lorsqu'en 2000,

Ségolène Royal participe à l'élaboration d'une « mallette » pédagogique ayant la primeur de traiter de sexisme, d'homophobie et de violences sexuelles, il ne s'agit que de fiches à thème mises à disposition par les infirmières scolaires dont la portée est dérisoire.

L'inscription de l'éducation sexuelle comme une obligation légale à travers la loi de 2001 laisse deviner une prise de considération sur plan politique. Afin de l'appliquer, le plan « Santé des Jeunes 16-25 ans » est rendu public par Roselyne Bachelot en 2008 et son volet axé sur la contraception propose des mesures d'éducation sexuelle plutôt modernes. Saisissant déjà l'impact d'Internet dans la recherche d'information par les jeunes, il suggère notamment la création d'un site internet de référence. Les canaux télévisuels, radiophoniques et les textos sont également évoqués (28). Cependant, le caractère novateur ne réside que dans les moyens de diffusion puisque le contenu est toujours très centré sur la gestion des risques liés à la sexualité, tout particulièrement sur la contraception.

En 2012-2013, François Hollande fait de l'éducation sexuelle un argument de campagne à travers la promesse de lutte en faveur de l'égalité femme-homme. Pour la première fois, il semble que l'intérêt d'un enseignement dépassant le seul cadre de la prévention des risques sexuels ait été saisi. Un groupe de travail est créé afin de réaliser un état des lieux de la situation et à l'issue, un plan d'action est proposé. La première « convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif » est signée dans la foulée pour la période 2013-2018.

Tout va très vite. Un peu trop vite, sans doute, pour la frange conservatrice de la population française qui, vent debout contre le projet parallèle dit du « Mariage pour tous », va s'opposer formellement aux propositions en faveur de l'égalité filles-garçons. La mobilisation est forte et l'amalgame complet. Des rumeurs délirantes autour des « ABCD de l'égalité » proposés par la ministre Najat Vallaud-Belkacem auront raison du dispositif. Ce projet novateur qui visait à déconstruire les stéréotypes de genre dès l'école maternelle ne verra pas le jour, victime de la panique morale d'une partie de la

société. Une nouvelle fois, cet événement fait faire le constat d'une politique en santé sexuelle fluctuante en fonction des contextes sociaux (15-18,24,25).

C'est dans ce contexte tendu que le Haut Conseil de Santé Publique est saisi en 2015 par la Direction Générale de la Santé afin de réaliser un rapport global sur la politique en santé sexuelle en France. De manière quasi concomitante, le Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes[4] s'auto-saisit de la question spécifique de l'éducation sexuelle et rend un « Rapport relatif à l'éducation à la sexualité ». En dépit des contestations, il apparaît capital de faire un bilan de terrain.

Les conclusions des différents rapports sont globalement concordantes. Ils font état d'une politique en santé sexuelle morcelée entre les différentes institutions, de plans d'action sans articulation. Concernant l'éducation à la sexualité, il apparaît que l'obligation légale n'est pas respectée sur l'ensemble du territoire et que l'enseignement est très variable dans son contenu lorsqu'il est assuré. Par ailleurs, les rapports font état d'une demande d'information réelle par les jeunes mais également d'une demande d'accompagnement et de formation des professionnels de l'Education Nationale. Les deux institutions appellent de manière unanime à penser une stratégie politique sérieuse qui soit globale, nationale, prévue sur le long terme (21,27).

Parallèlement, le sujet des violences faites aux femmes est inscrit à l'agenda politique et devient une « grande cause nationale » à partir de 2011. Les différents plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes se succèdent. Les objectifs sont relativement constants, il s'agit de faire en sorte que les violences soient condamnées, de protéger efficacement les victimes et de mobiliser l'ensemble de la société à cet effet (30). Mais le 5e plan interministériel dévoilé en 2017 apporte une nouveauté. Outre le fait de renforcer les actions déjà entreprises qui ont fait leurs

[4] Constitué le 3 janvier 2013 sous le gouvernement Hollande, le HCE a pour missions d'assurer la concertation avec la société civile et d'animer le débat public sur les grandes orientations de la politique des droits des femmes et de l'égalité tout en participant à l'évaluation de ces politiques. (29)

preuves pour protéger les victimes, il propose de « déraciner les violences par la lutte contre le sexisme qui banalise la culture des violences et du viol » (31).

C'est le premier des différents plans qui s'intéresse à l'origine des violences. Alors que cela pourrait paraître logique, cette mission implique une véritable remise en question sociétale qui explique son apparition tardive dans les programmes. Questionner la culture de la violence et le sexisme de notre société revient à accepter une responsabilité collective dans une problématique considérée jusqu'ici comme relevant du domaine de l'intimité, comme un épiphénomène de classe. C'est également reconnaître que notre société contemporaine reste, malgré les avancées du XX^{e} siècle en matière d'égalité, une société patriarcale. C'est une prise de conscience longue et difficile.

L'éducation sexuelle trouve sa place à nouveau puisque le 5^{e} plan interministériel propose notamment « de renforcer les actions de prévention et la lutte contre les violences sexistes et sexuelles dès l'école jusqu'à l'université ».

Sur le plan médical, les années 2012-2013 sont marquées par la « crise des pilules ». En décembre 2012, l'histoire d'une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral attaquant en justice le fabricant de son contraceptif et le directeur de l'ASNM est fortement médiatisée. Elle met en lumière le surrisque thrombo-embolique des contraceptifs oestro-progestatifs de 3^{e} et 4^{e} génération par rapport aux pilules 2ème génération. La diminution du recours à la pilule initiée en 2010 s'accentue alors nettement, observant une baisse de 9% entre 2010 et 2013 d'après l'enquête Fécond. La couverture contraceptive ne diminue pas, mais on observe un report d'usage vers d'autres méthodes, DIU et préservatifs en tête (32–34). Cette tendance, vue comme un nouveau modèle contraceptif, perdure depuis selon les chiffres du Baromètre Santé 2016 (35).

Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) sont créés en 2016. Ils prennent le relai des Centres de Dépistages Anonyme et Gratuit (CDAG) et des Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) afin d'uniformiser et de simplifier l'offre de soin. Afin qu'ils s'intègrent dans une approche globale de santé sexuelle, on leur alloue des missions supplémentaires à vocation d'éducation et de prévention (information et éducation sexuelle, prévention des violences sexuelles, prévention des grossesses non désirées) (36). A ce moment-là, la diminution de l'incidence mondiale annuelle du VIH a dépassé les objectifs et l'infection est bien contrôlée sur le territoire français (4). Pour autant, on assiste à partir des années 2000 à la résurgence de plusieurs IST – syphilis, gonocoque et chlamydiae sous ses différentes formes - notamment dans la population homosexuelle homme avec la diffusion de la pratique du *chemsex*[5]. Les infectiologues appellent à renouveler les campagnes de prévention (37).

En 2017 donc, la stratégie nationale en santé sexuelle est rendue publique. Elle vient coordonner les différents projets et actions s'inscrivant dans le cadre de la santé sexuelle dans une volonté synergique, avec un calendrier prévu jusqu'en 2030.

[5] Sexe sous l'emprise de drogues.

B. Rôle de l'éducation sexuelle dans l'amélioration de la santé sexuelle

Le premier des six axes autour desquels s'articule la stratégie nationale en santé sexuelle est « d'investir dans la promotion en santé sexuelle en particulier en direction des jeunes dans une approche globale et positive ». En quoi l'éducation sexuelle a-t-elle un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé sexuelle ?

a. Grands principes et définition de l'éducation sexuelle

L'école a un rôle spécifique dans la construction individuelle et sociale des enfants (38). Par ailleurs, si la sexualité est animée par un désir d'ordre naturel et par des réactions et comportements réflexes, elle est également une activité fondamentalement sociale régie par des codes qui varient en fonction des époques et des régions [6]. En cela, elle nécessite un véritable apprentissage social (39).

L'enfant prend conscience des différences anatomiques sexuées et débute une exploration sexuelle par les jeux dès l'âge de 3 à 5 ans. Les nombreux travaux menés ces dernières années sur le concept du genre démontrent que les stéréotypes naissent également à un âge extrêmement précoce (avant 6 ans) (40).

L'idée d'enseigner la sexualité émerge dans les années 70 parallèlement au mouvement social de Mai 68 et à l'autorisation de la contraception. En 1973, la circulaire Fontanet vient inscrire cet enseignement dans la loi non sans réticence d'une certaine partie de l'opinion publique. Comme évoqué plus haut, la circulaire Fontanet dissocie « l'information sexuelle » de « l'éducation sexuelle » ; définissant la première comme une information scientifiquement validée, intégrée au programme de biologie, seule obligatoire, quand la deuxième, non définie, reste facultative. Si ce

[6] Ce qui relève de la nature et de la culture - de l'inné et de l'acquis- dans la sexualité a longtemps fait débat. Depuis, de nombreuses expériences sociales ont montré que s'il existe toujours des comportements sexuels spontanés, ceux-ci sont inadaptés chez les animaux et les humains privés de « modèle de sexualité », confirmant le fait que la sexualité est avant tout une activité sociale.

compromis sémantique permet de faire passer la loi, il traduit bien le climat globalement réfractaire de l'époque et laisse entendre l'approche sanitaire et moralisatrice de l'éducation sexuelle d'alors (27).

Les choses évoluent discrètement dans les années 90. Alors que l'épidémie du SIDA a touché la France, plusieurs circulaires (1992, 1996, 1998) viennent renforcer le cadre légal de l'enseignement à la sexualité. Elles précisent : « au-delà de "l'information autour de la sexualité et du sida", il est nécessaire de développer une véritable "éducation à la sexualité" ». Dans les contenus, on évoque pour la première fois la déconstruction des stéréotypes sexistes et « les différentes dimensions de la sexualité » ; biologiques, affectives, psychologiques, juridiques, sociales et éthiques. On voit émerger l'idée que l'éducation à la sexualité aurait pour mission un enseignement « sociologique » de la sexualité, là où l'information sexuelle se limiterait au seul apprentissage de la biologie. Cette étape reste cependant théorique, cette approche est marginale et l'obligation des deux séances annuelles instauré par les circulaires ne sera jamais appliquée (27,41).

Ce n'est qu'en 2001, par le biais de la loi du 4 janvier relative à l'interruption volontaire de grossesse, que « l'éducation à la sexualité » entre dans le Code de l'Education sous ce terme, celui d'information sexuelle étant tout à fait abandonné. Elle devient une obligation légale, là où elle était jusqu'ici seulement réglementaire. Cependant, cette avancée n'est motivée que par une opposition farouche de la droite sénatoriale à l'IVG qui voit dans l'éducation sexuelle un moyen de « responsabiliser les jeunes » et de diminuer le recours à l'avortement. Pourtant, lorsqu'en 2003, la circulaire du 17 février vient préciser les modalités de la loi, on constate que le texte fait référence, pour la première fois, aux notions d'égalité, de mixité, de violences sexistes et homophobes.

En guise de définition, on peut y lire :

« *L'éducation à la sexualité vise principalement à apporter aux élèves, en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui*

permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale » (38).

Par comparaison, les rapports internationaux de l'UNESCO utilisent les termes d'éducation sexuelle complète qu'ils définissent comme « *une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur des informations scientifiquement précises, réalistes et s'abstenant de jugements de valeur* » (42).

Enfin, citons la définition utilisée par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les Hommes :

« L'éducation à la sexualité est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit : fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, sans jugement de valeur. »

A travers ces définitions, on perçoit bien l'idée de fournir des informations scientifiques objectives et adaptées, tant à l'âge qu'à la réalité sociale et culturelle d'un pays et d'une époque. On perçoit également le principe d'autonomie de l'élève, souligné dans tous les rapports sur l'éducation sexuelle. Celui du Planning Familial fait le constat que « les jeunes sont capables de prendre soin d'eux même et de faire des choix éclairés pour peu qu'on leur apporte les informations nécessaires à ces choix » (18).

Enfin, le choix des mots entérine l'idée d'un enseignement complet, centré à la fois sur une approche sanitaire, égalitaire et antidiscriminatoire. Ce paramètre transparait dans les adjectifs qui sont parfois adjoints au terme d'éducation sexuelle : globale, complète. On perçoit le changement de paradigme, l'objectif est dorénavant d'assurer un enseignement qui ne se limite plus aux seuls risques sexuels

mais intègre un contenu relatif aux droits humains, aux questions de genre et d'inégalités sociales et qui place la sexualité comme source de plaisir.

En 2013, la Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons de François Hollande n'apporte rien de nouveau sinon de valider une prise de conscience politique quant au rôle central de l'éducation sexuelle dans la lutte contre les inégalités. On peut lire que « L'Ecole […] participe à modifier la division sexuée des rôles dans la société ».

Si les idées et les lois évoluent en France, c'est parce que l'éducation sexuelle fait à ce moment-là l'objet d'une attention importante de manière internationale.

Dans les années 2000, les études sur les effets de l'éducation sexuelle dans l'amélioration des différents paramètres de santé sexuelle se multiplient aux Etats-Unis et les résultats sont encourageants (43–47). Il faut attendre 2015 pour que l'UNESCO réalise une enquête mondiale dont les conclusions sans équivoque viennent corroborer les premiers résultats.

Ainsi, l'éducation sexuelle a un impact clairement positif sur la santé sexuelle et reproductive en contribuant à améliorer des indices tels que le nombre d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées. L'étude démontre également qu'elle a tendance à retarder les premiers rapports sexuels et assure des comportements plus sains, décrédibilisant la théorie la plus souvent apposée à l'éducation sexuelle (42,48). Enfin, les travaux de l'UNESCO étudient quelques années plus tard le ratio coût-efficacité de l'éducation sexuelle et celui-ci s'avère favorable. L'éducation sexuelle serait « rentable » économiquement quel que soit le revenu du pays (49). Les obstacles se lèvent petit à petit.

En amont de ces conclusions, c'est en 2002 que l'OMS promulgue le droit fondamental de l'enfant à bénéficier d'une éducation sexuelle au travers de la définition des "droits sexuels". On peut lire :

« Les droits sexuels s'inscrivent dans les droits humains déjà reconnus par les législations nationales, les instruments internationaux relatifs aux droits humains et autres textes bénéficiant d'un large consensus. Ils incluent le droit pour chacun-e, sans aucune contrainte, discrimination ou violence :

- de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible, grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et reproductive ;

- de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ;

- à une éducation sexuelle ;

- au respect de son intégrité physique ;

- au choix de son partenaire ;

- de décider d'avoir une vie sexuelle active ou non ;

- à des relations sexuelles consensuelles ;

- à un mariage consensuel ;

- de décider d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, au moment de son choix ;

- d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque.

L'exercice responsable des droits humains exige de chacun qu'il respecte les droits des autres » (50).

Le Comité des droits de l'enfant de l'ONU s'assure depuis du respect de cette obligation par les Etats Membres au nom de l'application de la Convention Internationale des droits de l'enfant.

Quant aux pays ayant mis en application précocement des stratégies d'éducation sexuelle, ils font figure de modèle dans certains domaines, et notamment celui de l'égalité entre les femmes et les hommes. En Europe, la Suède, qui a inscrit l'éducation sexuelle dans la loi en 1955, est le 4^{e} pays le plus égalitaire au monde selon le Global Gender Report 2015 (51). La Finlande et la Norvège, deux pays qui la précède dans ce classement ont également des politiques d'éducation sexuelle modernes et bien ancrées dans le paysage éducatif (51). Les Pays-Bas, autre pays modèle et précurseur en

matière de déploiement de l'éducation sexuelle, enregistrent le taux de grossesse non prévues et d'IVG les plus bas d'Europe, tout en ayant une des lois les plus libérales en la matière (52,53).

Si les réalités sociales et économiques de ces pays leur sont propres et peuvent expliquer en partie ces excellents résultats, il n'en reste que l'effet positif de l'éducation sexuelle a été démontré dans des pays ayant justement des contextes économiques et politiques différents, au travers de tous les continents ou presque (48) .

b. Cadre légal et réalité de terrain en France

Aujourd'hui encore, c'est la loi du 4 juillet 2001 qui encadre l'éducation sexuelle en France, enrichie par la circulaire d'application du 17 février 2003, remplacée par la circulaire du 12 septembre 2018. Il est formulé l'obligation de dispenser une éducation sexuelle globale – non pas centrée sur une approche scientifique – au travers d'au moins trois séances annuelles tout au long du cursus scolaire depuis l'école élémentaire jusqu'au lycée.

Alors que l'éducation sexuelle constitue un droit fondamental de l'enfant et que le cadre légal existe depuis 2001, quelle est la situation sur le terrain ?

En 2009, le rapport d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales rend publique une évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées. Le rapport stipule que « les obligations légales en matière d'information et d'éducation sexuelle ne sont que partiellement et inégalement appliquées ». L'IGAS reformule des recommandations afin de renforcer l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge (54).

En 2015, le HCE réalise une enquête auprès d'un échantillon représentatifs de 3000 établissements scolaires dit « Baromètre du HCE ». C'est l'une des rares enquêtes qui documente la mise en application de l'éducation sexuelle en France et les résultats sont très décevants.

L'enquête met notamment en évidence que 25% des écoles élémentaires et 11,3% des lycées ayant répondu n'ont mis en place aucune action en matière d'éducation à la sexualité en 2014-2015. Vu le taux de non-réponse, on peut suspecter que ce chiffre est sous-estimé. De plus, lorsque des séances sont réalisées, il est rare que ce soit à hauteur de 3 occurrences dans l'année comme le préconise la loi (27).

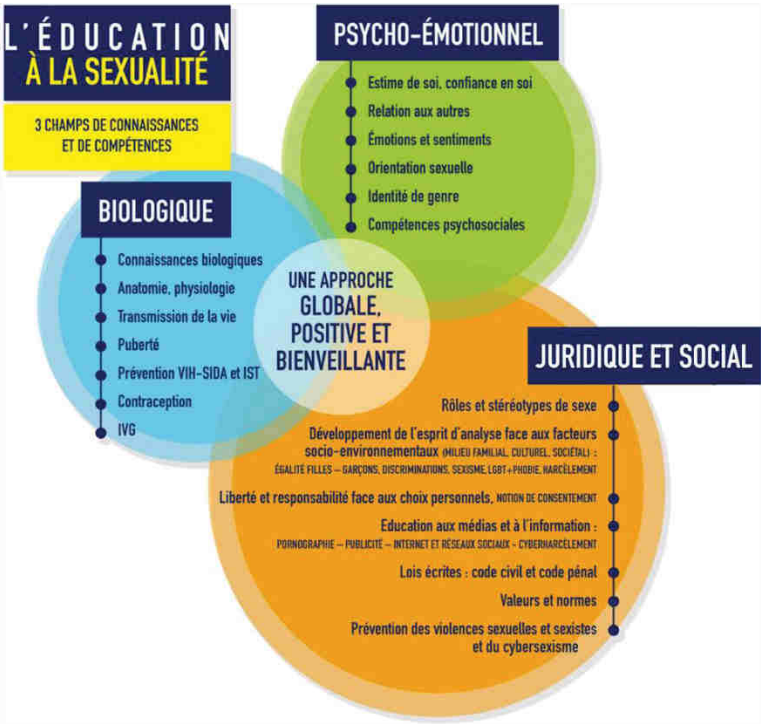
L'enquête établie également que le personnel de l'Éducation nationale est très peu formé à cet enseignement (55,56). Que ce soit dans les écoles élémentaires, dans les collèges et les lycées, l'immense majorité des répondants (88% en moyenne) déclare qu'aucun personnel n'a bénéficié d'une formation s'inscrivant dans le cadre des plans de formation nationaux prévus à cet effet dans l'année courante.

Ce manque de formation est confirmé dans les témoignages recueillis auprès des jeunes. Dans un article de France Inter, ils rapportent le refus de certains professeurs à distribuer l'enseignement mais également des interventions assurées par des prêtres ou du personnel de santé visiblement non formé (57). Et s'il est fréquent que l'enseignement soit organisé en collaboration avec des associations extérieures et dispensé par des intervenants sociaux (dans 72% des cas au collèges et 79% des cas au lycée pour les établissements répondants au Baromètre HCE), cela reste aléatoire et renforce les inégalités entre les enfants et adolescents.

À l'école élémentaire, ce sont essentiellement les enseignants qui impulsent et animent ces séances. Pourtant, en 2016, le HCE notait que la formation initiale des enseignants ne distribuait aucun enseignement en matière d'éducation à la sexualité.

Enfin, l'enquête met en défaut le contenu de l'enseignement. Il est constaté que lorsque que l'éducation à la sexualité est intégrée à des enseignements disciplinaires – ce qui est le cas dans environ 50% des établissements répondants à l'enquête – , elle est largement concentrée sur les sciences plutôt qu'abordée dans sa dimension citoyenne (27). Le risque évident est que la sexualité ne soit développée que sous l'angle du risque et que l'enseignement omette d'aborder les rapports

de genre, les questions d'égalité entre les femmes et les hommes et les différentes sexualités. Surtout, cette dynamique rappelle l'ancienne distinction information/éducation sexuelle à laquelle la loi du 4 juillet 2001 devait mettre fin. C'est d'autant plus décevant qu'une autre approche est connue et promue par les institutions. Sur le site Eduscol, portail d'information à destination des professionnels de l'enseignement, il est rappelé que « l'éducation à la sexualité à l'École favorise un apprentissage de l'altérité, des règles sociales, des lois et des valeurs communes » et les 3 champs de connaissances qui devraient être couverts par un enseignement adapté sont clairement explicités dans un schéma.



Infographie détaillant les 3 champs de connaissances et de compétences d'une éducation à la sexualité adaptée, figurant sur le site Eduscol.

Ces manquements ont été pointés du doigt par le Défenseur des droits dans son rapport annuel consacré aux droits de l'enfant de 2017, où il a souligné la non-efficience de l'éducation à la

sexualité dans notre pays. Il constate que « l'obligation de conduire des actions d'éducation à la sexualité est très peu suivie et que celle-ci ne développe pas suffisamment une approche globale et respectueuse des sexualités et des relations sexuelles susceptible de contribuer à la lutte contre les préjugés et stéréotypes de sexe, d'identité, de genre et d'orientation sexuelle ». Le rapport s'est accompagné d'une liste de recommandations (58).

A ce jour, il n'existe pas d'évaluation plus récente du déploiement de l'éducation sexuelle globale en France. En revanche, la recherche d'informations sur la sexualité par les adolescents est bien réelle. Plusieurs études mettent en évidence l'utilisation d'Internet par les jeunes à ces fins. Dans l'enquête SEXI réalisée par l'INJEP en 2018, il est établi que la quasi-totalité des jeunes déclarent avoir déjà effectué une recherche d'information sur Internet autour de la sexualité. Les recherches s'articulent autour des pratiques sexuelles (près de 80%), des organes sexuels (79%) mais également autour des menstruations (67 % des 18-21 ans et 76 % des 25-27 ans enquêtés), de la contraception et des infections sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, l'enquête confirme une forte utilisation d'Internet pour la consommation de pornographie (59). Il n'est d'ailleurs pas rare que les contenus pornographiques soient assimilés par les jeunes à un équivalent d'éducation sexuelle autodidacte. Pourtant, la pornographie est loin d'être un support neutre. Les différentes analyses sur le sujet sont unanimes quant au sexisme assumé de la grande majorité du contenu accessible gratuitement.

C. Enjeux de santé publique dans le domaine de la santé sexuelle en France

Alors qu'il apparait que l'éducation sexuelle n'est pas optimale en France, intéressons-nous aux enjeux sous-tendus. Car si le système de santé français est un modèle pour une partie du monde, de nombreux paramètres de santé sexuelle pourraient actuellement être améliorés.

a. Contrôle de la fécondité : contraception et IVG

Alors qu'on a pensé que la crise de la pilule de 2012 allait révolutionner le modèle contraceptif français, celui-ci s'articule toujours autour du préservatif en début de vie sexuelle, de la pilule contraceptive lorsque la vie amoureuse se stabilise puis du DIU en fin de vie reproductive. Le rejet des pilules de 3e et 4e génération a été compensé à la fois par une plus grande utilisation du préservatif et par une légère augmentation de recours au DIU et à l'implant selon les âges.
Pour autant, la pilule demeure la méthode de contraception la plus utilisée alors qu'elle constitue une méthode de courte durée d'action et présente en cela un taux d'échec important. Elle est responsable d'une charge mentale importante pour les femmes qui y ont recours, nécessitant d'organiser le fait de se la procurer – consultation médicale pour obtenir l'ordonnance, distribution sous forme de trimestre par les laboratoires- et d'assurer la régularité de son observance. Par ailleurs, elle majore le risque thrombo-embolique veineux de manière non négligeable comme en témoigne la diminution des hospitalisations pour embolie pulmonaire de 10,6% chez les femmes de 15 à 49 ans en 2013, au moment du rejet des pilules de 3e et 4e génération (4,35,60,61).

La contraception d'urgence quant à elle, reste sous-utilisée et mal connue. Alors que son accès a été facilité, son utilisation n'a pas progressé ces dernières années selon les enquêtes réalisées par Santé Publique France. Les délais d'utilisation sont mal connus – notamment l'allongement des délais permis par l'arrivée des dernières molécules – témoignant d'un important défaut d'information à ce sujet. Les hommes manquent particulièrement de connaissances (61).

A ce propos, on note encore aujourd'hui en France une implication nettement inégale des femmes et des hommes dans les enjeux contraceptifs. Les enquêtes témoignent à la fois d'un défaut de connaissance général sur la contraception par les hommes, mais également d'un défaut de connaissance sur l'utilisation d'une contraception spécifique par leurs partenaires sexuelles (61). Quant à la contraception masculine, elle est quasi anecdotique, au point que le Baromètre Santé 2016 n'a même pas étudié son utilisation. Sans détailler les multiples facteurs susceptibles d'expliquer ce rejet, il apparaît indéniable que le défaut d'information et l'absence médiatique du sujet y concourent. Citons ces chiffres comparatifs concernant la vasectomie ; seuls 0,5% des Français y ont recours contre 8% des hommes en Espagne et environ 21% au Royaume-Uni. Les demandes augmentent cependant chaque année (62).

Encore aujourd'hui, la contraception renforce les inégalités autant qu'elle les illustre.
Les coûts variables des différentes méthodes engendrent une utilisation des moyens contraceptifs corrélée à des critères sociaux. En 2013, une enquête Médecins du Monde retrouvait que seules 24% des femmes en situation précaire utilisaient une contraception régulière contre 72 % en population générale (21,63).

A propos des IVG, il faut savoir que leur taux est resté relativement stable au cours des vingt-cinq dernières années avec même une tendance à la hausse. En 2019, il s'élevait à 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans l'hexagone et 28,2 dans les DROM ; et à 0,58 IVG théorique par femme au cours de la vie. Le recours à l'IVG a nettement diminué chez les plus jeunes (avant 20 ans), alors qu'il a augmenté dans toutes les tranches d'âge supérieures à 20 ans. Ce sont les femmes entre 20 et 29 ans qui sont le plus fréquemment concernées (64).
S'il reste un enjeu de santé publique à améliorer, le taux d'IVG ne signe pas directement une mauvaise efficience de la contraception sur le territoire. En effet, si le taux d'IVG n'a pas diminué, le nombre de grossesses non prévues a fortement diminué grâce à la diffusion des méthodes contraceptives médicales. Cependant, on constate qu'en cas de grossesse non prévue, la probabilité

d'interrompre cette grossesse est beaucoup plus importante que ce n'était le cas auparavant. Pour vulgariser, l'IVG étant mieux acceptée par la société qu'il y a quelques années, on procède dorénavant plus souvent à l'interruption d'une grossesse non programmée (4).

En outre, on constate que la part de femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie a tendance à diminuer ces dernières années tandis que les IVG à répétition augmentent ; laissant imaginer que la stabilité du taux d'IVG ne relève pas seulement que d'une évolution sociétale (64).

Le recours à l'avortement est lui aussi un témoin des inégalités importantes qui persistent entre les femmes. Ainsi, le rapport de la DRESS de 2019 met en évidence une corrélation nette entre niveau de vie et IVG, confirmant que les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les plus aisées. De même, l'écart majeur entre le taux d'IVG sur le territoire hexagonal et celui sur les territoires outre-mer signe des réalités bien différentes pour les femmes de ces différentes régions françaises, que ce soit en termes de tradition, mais également en termes d'accès à la contraception et en termes de connaissance sur la santé sexuelle[7] (4,64).

Enfin, plusieurs rapports font état de difficultés liées à l'offre de soins. Ainsi, le rapport de l'IGAS évaluant les politiques de prévention des grossesses non désirées en 2009 dénonçait un manque de lisibilité de l'offre contraceptive lié à une grande variété et hétérogénéité des structures. La création des CeGGID depuis n'a pas réellement résolue ce problème puisque leur répartition sur le territoire est également très inégale et leurs missions autour de la contraception assez limitées (21).

b. Infections sexuellement transmissibles

Si l'épidémie du VIH a été endiguée en France, l'infection reste active et chaque année, environ 6000 personnes découvrent leur séropositivité. La prévalence est estimée en 2017 à 0,4% chez les adultes de 15 à 49 ans. L'infection est concentrée, c'est-à-dire qu'elle touche particulièrement

[7] Une étude anthropologique menée sur l'île de la Réunion rapporte qu'il persiste « *une hypervalorisation culturelle de la fécondité »* et « *une tradition des grossesses menées de bonne heure »*.

certains groupes de population ; les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (41% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2017), les personnes originaires d'Afrique sub-sahariennes (33% des contaminations chez les hétérosexuels) et les toxicomanes utilisant des drogues injectables (dans une moindre mesure). Sur le plan géographique, les contaminations sont particulièrement importantes en Guyane (4,37).

La France a une forte activité de dépistage et pour autant, la découverte de la séropositivité demeure trop tardive, à un stade avancé de la maladie dans 30% des cas. De même, on s'aperçoit que dans la moitié des cas, les personnes découvrant leur séropositivité n'ont jamais été testées auparavant, ce qui révèle qu'une partie de la population « échappe » encore au dépistage des IST. Autre fait important, le niveau de co-infections VIH et IST bactérienne est élevé. Or, on sait que la majorité des patients étaient informés de leur séropositivité au moment du diagnostic de l'IST bactérienne.

En effet, les études confirment que la majorité des patients diagnostiqués pour une IST n'utilisent pas systématiquement de préservatif lors des pénétrations, tandis que le sexe oral n'est protégé que de manière anecdotique. Chez les jeunes, si le préservatif est très utilisé lors des premiers rapports (85% des premiers rapports sont protégés), les enquêtes montrent que l'intérêt du préservatif est de moins en moins compris et que la confiance en son efficacité diminue. La mise à disposition gratuite de préservatifs dans les collèges et les lycées reste très aléatoire malgré l'inscription du dispositif dans la circulaire du 2 décembre 2006 (60,65).

Ce relâchement dans l'utilisation des mesures de protection fait le lit des IST bactériennes qui tendent vers la progression. Depuis la recrudescence de la gonococcie en 1998 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne en 2003, les infections à *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* n'ont cessé d'augmenter (entre 2016 et 2018, le nombre de gonococcie a augmenté de 75%). Et si cette hausse est en partie liée à l'augmentation du dépistage, les experts l'associent également à une augmentation de l'incidence des pathologies.

Celle de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* augmente particulièrement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Et si l'infection à *Chlamydiae trachomatis* touche préférentiellement les femmes, en 2017, les nouveaux diagnostics concernaient majoritairement les hommes (+29% chez les hommes contre +9% chez les femmes).

Quant à la syphilis, l'infection a fait une résurgence à partir des années 2000 et son incidence annuelle n'a cessé d'augmenter depuis – bien qu'on observe une stabilisation entre 2016 et 2018 (4,37,66).

Le contrôle des infections sexuellement transmissibles reste un enjeu de santé publique important en raison des complications à long terme qu'elles engendrent. De surcroit, la concentration des contaminations au sein de certaines populations, dites « à risque » dont les caractéristiques sont connues laissent imaginer la possibilité de réaliser des actions ciblées. Les CeGGID jouent un rôle central dans cette stratégie.

c. Violences à l'encontre des femmes : violences conjugales, violences sexuelles

La lutte contre les violences faites aux femmes est depuis quelques années une priorité politique. En 2019, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint. 146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire. 88% des victimes de faits de violences conjugales enregistrées par les services de police sont des femmes. La même année, 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victime de viols ou tentatives de viols. 9 victimes sur 10 connaissent l'agresseur (67).

Moins d'une victime sur 5 déclare avoir porté plainte pour des faits de violences physiques ou sexuelles et ce chiffre descend à 1 victime sur 10 pour les faits de viols (chiffres 2018).

La répression des violences n'est pas efficace. Les plans interministériels de lutte contre les violences faites aux femmes qui se sont succédés ces dix dernières années n'ont pas amélioré la prise en charge judiciaire de ces événements. En 2019, le rapport commandé à l'Inspection Générale de la Justice objective que 80% des plaintes pour violences conjugales sont classées sans suites, et que pour 41% des dossiers de féminicides, les victimes avaient signalé les menaces dont elle faisait l'objet aux forces de l'ordre (68). Plus récemment, en mars 2021, l'association « Nous toutes » a publié les résultats de son enquête « Prends ma plainte » réunissant 3500 témoignages de personnes ayant porté plainte pour des faits de violences conjugales, violences sexistes ou sexuelles. Sur les témoignages relatifs aux 3 dernières années, 58% des répondants se sentent incorrectement pris en charge lorsqu'ils se rendent dans un commissariat ou une gendarmerie. Ils font état, entre autres, pour 67% d'entre eux d'une banalisation des faits, pour 53% d'un refus de prendre la plainte ou d'une tentative de découragement de la victime, pour 53% de propos culpabilisants pour la victime (67–69).

A noter que selon plusieurs enquêtes, c'est durant la période de jeunesse, notamment dans l'enfance et l'adolescence, que les femmes sont les plus susceptibles de subir des violences sexuelles. L'université n'est pas épargnée ; les résultats de l'enquête réalisée par l'Observatoire étudiant des violences sexistes et sexuelles dans l'enseignement supérieur retrouvent un chiffre de 34% des étudiants victimes ou témoins de violences sexuelles et une étudiante sur 20 victime de viol au cours de leurs études (70,71).

Les jeunes sont également la cible privilégiée de nouveaux phénomènes liés au développement des réseaux sociaux tel que le cyberharcèlement. Un collégien sur 5 serait victime de cyberviolence et en Ile-de-France, une lycéenne sur quatre déclare avoir été victime d'humiliations et de harcèlement en ligne. Les filles et les femmes sont les plus touchées (21% des collégiennes contre 15% des collégiens), elles sont particulièrement exposées aux menaces de viol, aux injures sexistes,

aux *dickpics*[8] non sollicitées ou encore au *revenge porn*[9]. Le phénomène de réputation dont sont victimes les jeunes femmes au début de leur vie affective s'exerce particulièrement par le biais des réseaux sociaux et des différents outils numériques. Les études qui recensent ces comportements sont peu nombreuses. Les associations féministes appellent à multiplier les actions de prévention et les campagnes de sensibilisation, jusqu'ici peu centrées sur le caractère spécifique du cyberharcèlement (72,73).

Avec l'apparition du mouvement *#metoo*, le concept de « culture du viol », né dans les années 70 aux USA, a été plus largement diffusé. Il fait appel à un ensemble de comportements qui banalisent voire qui excusent les violences sexuelles, culpabilisent les victimes et permettent ainsi une tolérance coupable de la société envers les prédateurs sexuels.

Pour preuve de son existence latente dans notre société, citons ce résultat issu d'un sondage IPSOS réalisé en 2019 sur les représentations sur le viol : 4 Français sur 10 mettent en cause la victime d'un viol (42%), considérant que la responsabilité du violeur est atténuée si la victime a eu une attitude provocante (74).

Puisque les victimes de viols sont dans l'immense majorité des femmes, la culture du viol instaure un rapport de prédation des hommes sur les femmes qui s'insinue très tôt dans la construction de chacun. Dans sa déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, l'ONU lie explicitement le phénomène des violences faites aux femmes à la domination des hommes et la subordination des femmes. Les violences sont le point d'orgue des inégalités entre les femmes et les hommes.

Seule une modification radicale des schémas de pensées peut progressivement modifier cette dynamique, et cet objectif n'est possible qu'au travers des générations futures. Le 5e plan de lutte

[8] Littéralement « Photo de pénis », renvoie à une pratique consistant à envoyer une photo de pénis non sollicitée et non consentie

[9] Pratique consistant à diffuser des images à caractère sexuel sans le consentement de la personne concernée dans une volonté de nuire.

contre les violences faites aux femmes, publié en 2017, intégrait l'éducation à la non-violence de l'école jusqu'à l'université comme axe stratégique. Le 1er Grenelle contre les violences faites aux femmes qui a suivi en 2019 en a fait une priorité, notamment via la « diffusion d'une culture de la prévention et de la sensibilisation » (31,75).

d. Inégalités entre les femmes et les hommes dans la sexualité érotique

Comme nombre d'autres domaines, la sexualité est marquée par des inégalités persistantes entre les femmes et les hommes. Dans sa dimension reproductive, on l'a vu, c'est la charge contraceptive qui est encore trop peu partagée. Dans sa dimension érotique également, la sexualité est gangrenée par des stéréotypes de genre qui entravent l'accès à une sexualité épanouissante pour les femmes comme pour les hommes. Pour la sociologue Isabelle CLAIR qui a mené une enquête dans les cités, *« l'entrée dans la vie amoureuse est un moment charnière de l'expression de la domination du groupe des garçons sur le groupe des filles. […] et l'ordre du genre établit un principe hiérarchique fondamental qui fait des garçons les référents absolus des filles »* (76).

L'initiation sexuelle est fortement genrée. Si l'âge moyen du premier rapport est sensiblement identique entre les deux groupes, les raisons qui motivent ce rapport sont différentes : les filles, faisant appel au registre affectif, évoquent majoritairement l'amour/la tendresse tandis que les garçons évoquent le désir. Les hommes sont plus nombreux à débuter leur sexualité avant 15 ans (16,5% contre 6,9%) et les femmes s'initient plus fréquemment avec des hommes plus âgés ayant déjà eu des expériences sexuelles (60,65).

Ces différences sont liées à des représentations sociales de genre très envahissantes pour les jeunes. Les filles doivent faire face à deux injonctions antagonistes. Elles subissent une pression esthétique majeure afin d'apparaître toujours désirables et sont incitées à avoir un petit ami. Dans un même temps, elles doivent veiller à se montrer « respectables » au travers de leurs

comportements sexuels et amoureux. Il s'agit de ne pas avoir trop de relations sexuelles ni trop de partenaires au risque de laisser entendre que le désir sexuel motive ces rapports ; caractéristique qui est associée au genre masculin. Les garçons quant à eux doivent se conformer à une norme virile qui exclue les sentiments de douceur, de tendresse et d'affection renvoyant au féminin et à l'homosexualité. Les rapports sexuels sont encouragés, ils sont censés se rapporter à un appétit sexuel instinctif. Dans le prolongement du détachement émotionnel, les images à caractère pornographique sont banalisées. Dans l'étude de l'IFOP de 2017 sur le sujet, entre 15 et 17 ans, 10% des personnes de sexe masculin disent visionner une vidéo pornographique une fois par semaine contre 2% des personnes de sexe féminin. La déclaration du phénomène par les filles est possiblement diminuée dans cette image de « respectabilité sexuelle » et de prise de distance avec les comportements sexuels associés au genre masculin (27,77,78).

En toile de fond de ces représentations genrées il y a la fameuse réputation. Cette dernière, en menaçant les adolescents d'une douloureuse exclusion à un âge où l'intégration à un groupe est fondamentale, a un effet « régulateur » très strict. Elle empêche les adolescents de s'affranchir de ces normes alors même que celles-ci entravent leur liberté d'agir, de se vêtir à leur guise, de fréquenter qui ils souhaitent.

Les femmes sont les premières victimes de ce contrôle social. Comme on l'a vu, elles sont plus fréquemment soumises aux faits de harcèlement sexiste et leurs tenues font régulièrement l'objet de débat[10]. A noter que les convictions religieuses viennent parfois renforcer certaines représentations stéréotypiques et appuyer ce contrôle social – pour n'en citer qu'un exemple, l'injonction à rester vierge jusqu'au mariage pousse certaines femmes à subir des opérations de réparation esthétique.

Par ailleurs, les représentations genrées tendent à normaliser des comportements qui font le lit de la violence au sein du couple. Certaines enquêtes rapportent que la possessivité de certains garçons est

[10] Rappelons la polémique sur les tenues « républicaines » à l'école lancée par le ministre de l'Education Jean-Michel Blanquer en 2020 et les très nombreuses polémiques sur le port du voile et du burkini qui animent le débat depuis de nombreuses années.

perçue comme une marque d'amour par leur conjointe, tandis que 57% des français considèrent qu'il est plus difficile pour les hommes que pour les femmes de maîtriser leur désir sexuel dans l'enquête IPSOS 2019 (74). On perçoit ici le glissement qui peut s'opérer vers une acceptation du viol conjugal. Enfin, en construisant deux sexualités – l'une masculine et l'autre féminine – en complète opposition et sans canaux de communication, les stéréotypes de genre entravent assez logiquement l'accès à une sexualité récréative épanouissante.

Sans surprise, il persiste une asymétrie dans le champ du plaisir sexuel également. Pourtant, à partir de 1970, la « révolution sexuelle » laisse imaginer un changement d'ère. La contraception lève le poids des grossesses non désirées qui pesait jusqu'alors sur les femmes et sort la sexualité du cadre de la reproduction et de la conjugalité. Pourquoi alors, ce qu'on appelle dorénavant *l'orgasm gap*, anglicisme traduisant une inégalité dans l'accès à l'orgasme en faveur des hommes au sein des couples, caractérise-t-il encore la sexualité hétérosexuelle aujourd'hui ?

Alors que les études sur la sexualité se sont multipliées depuis l'enquête Simon, le plaisir sexuel n'a pas fait l'objet de nombreuses recherches et le plaisir féminin a largement été occulté. Le rôle subalterne du désir des femmes ne date pas d'hier. Alors qu'il est bien connu que la pénétration phalo-vaginale n'est pas la pratique qui procure le plus de plaisir aux femmes, celle-ci reste la référence du rapport sexuel.

Certains auteurs parlent d'une « excision culturelle » du clitoris pour illustrer l'omerta qui règne autour de cet organe du plaisir féminin. Alors qu'il constitue le moyen le plus efficace pour les femmes d'obtenir un orgasme, il est totalement invisible de nos sociétés. Son anatomie n'a été documentée qu'en l'an 2000 par la gynécologue Odile Buisson ; en 2010, il était totalement absent des manuels scolaires de biologie et en 2017, un seul manuel de biologie l'avait correctement représenté. Il prend peu à peu sa place dans le domaine artistique mais reste bien peu connu du grand public. En 2009, une enquête réalisée auprès de collégiens mettait en évidence qu'une jeune

fille sur 4 ne sait pas qu'elle possède un clitoris et 84 % ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53 % à savoir représenter le sexe masculin. Ce n'est pas mieux du côté médical puisqu'en 2020, l'enquête réalisée par Marie Chevalley, jeune médecin strasbourgeoise, auprès de 1168 internes révèle qu'un sur deux ne connait pas la taille de cet organe et 68,8% de l'échantillon reconnait qu'il a appris des éléments à son sujet grâce à l'enquête.
A la lumière de ces éléments, il apparait peu surprenant que les femmes aient tendance à se voir comme objet du désir masculin plutôt que comme sujet actif de leur sexualité (27,79,80).

Enfin, si les études sont peu nombreuses, on citera tout de même l'étude IFOP[11] réalisée en 2019 qui rapporte qu'une femme sur quatre n'a pas eu d'orgasme lors de son dernier rapport sexuel alors que seuls 14% des hommes n'ont pas joui lors de ce dernier rapport (81).

L'éducation sexuelle doit permettre aux jeunes filles d'accéder à une sexualité égalitaire et positive. Elle doit également diminuer le poids des représentations qui entravent le développement et la liberté des adolescents.

e. Discriminations sociales et violences liées à l'orientation sexuelle et à la transidentité

Dans ce référentiel de représentations qui régit le début de la vie sexuelle des ados, une version unique de la sexualité est acceptable : celle d'un couple hétérosexuel dont les deux protagonistes correspondent à la norme bien établie de leur genre. C'est l'hétéronormativité. Toutes les autres modalités de la sexualité entraîneront inévitablement un rejet de la communauté. En 2013, le rapport Teychenné analyse les discriminations LGBT-phobes à l'école. Il fait état d'un climat hostile

[11] Etude Ifop pour Online Seduction réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 18 au 21 janvier 2019 auprès d'un échantillon de 1 210 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus

instauré au moyen d'actes homophobes, lesbophobes et transphobes et d'une stigmatisation permanente. Il en découle plusieurs phénomènes.

Tout d'abord, l'entrée dans la sexualité des personnes homo-bisexuelles est marquée par un profond sentiment d'isolement. Afin d'échapper à la stigmatisation, les jeunes LGBT cachent leur vie affective à leur famille, leurs proches et leurs pairs. Ils sont seuls face à leurs questions autant qu'à d'éventuelles agressions. Par ailleurs, le cortège d'insolement social, d'invisibilisation ou au contraire de stigmatisation entraîne des blessures psychiques qui persistent souvent au long cours. La perte d'estime de soi, les sentiments d'anxiété, de honte et de culpabilité sont fréquents. Sur le plan de la santé, ces traumas sont responsables d'une sursuicidité. Selon certaines études, les adolescents et jeunes adultes LGBT ont 2 à 7 fois plus de risques d'effectuer une ou plusieurs tentative(s) de suicide au cours de leur vie que les populations hétérosexuelles (4,82,83).

Les discriminations et les agressions ne touchent pas que les jeunes. L'enquête ERAS 2019 de Santé Publique France menée sur une population d'hommes homosexuels montre que 28% d'entre eux ont été victimes d'insultes à caractère homophobe et 5% d'agression physique au cours des 12 derniers mois. Selon le Baromètre Santé Publique 2017, le risque d'épisode dépressif, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide est multiplié par deux dans la population LGBT (entre 18 et 75 ans) par rapport à la population hétérosexuelle.

Le lien entre l'état de santé et l'orientation sexuelle ne concerne pas que le domaine psychiatrique. On l'a vu plus haut, les hommes ayant des relations avec les hommes sont particulièrement touchés par les IST. En outre, plusieurs enquêtes ont mis en évidence que les femmes lesbiennes consultaient moins les médecins et se soumettaient moins régulièrement aux examens de dépistage. En cause, la peur d'une réaction homophobe par le corps médical mais également des idées reçues sur un risque de cancer amoindri pour les femmes lesbiennes qui sont tout à fait erronées (4,83,84).

L'invisibilisation des minorités sexuelles et l'intolérance vis-à-vis de l'homosexualité et de la transidentité ont des conséquences directes sur l'état de santé des personnes concernées. L'éducation sexuelle a un rôle évident à jouer dans ce domaine également.

Cette liste des enjeux sous-tendus par l'éducation sexuelle n'est pas exhaustive. Dans sa dimension citoyenne, l'éducation sexuelle apparaît comme un moyen d'agir, petit à petit, sur un nombre important de problème sociétaux en lien avec la santé sexuelle et la citoyenneté.

La France accuse un retard certain dans cet objectif éducatif alors même que l'éducation sexuelle est une obligation légale.

D. Objectif de l'enquête

L'objectif de ce travail était d'étudier les comportements, habitudes et phénomènes en lien avec les relations amoureuses et sexuelles dans une population étudiante. En effet, la documentation des comportements est un prérequis à tout enseignement sociologique.

Notre hypothèse est que les comportements des étudiants sont différents de la population générale d'une part et des autres publics jeunes d'autre part. On fait également le postulat que, face à un défaut d'éducation sexuelle efficiente dispensée par l'Education Nationale, les étudiants, comme les autres jeunes, se tournent vers des médias d'éducation sexuelle en ligne (podcast, Youtube, Instagram, forums, etc…). Pour rappel, la population étudiante représente 42,9% des 15-29 ans en 2016 (85).

La réponse à cet objectif devrait permettre d'éclairer l'action et la prise de décision de plusieurs acteurs intervenants dans le champ de la sexualité et de l'éducation sexuelle à destination de cette population :

- Le corps médical et en particulier les médecins généralistes qui se trouvent souvent en première ligne face à ces questions.
- L'institution universitaire qui a de façon évidente un rôle à jouer dans l'épanouissement des étudiants, bien au-delà de leur seule formation.
- Les pouvoirs publics, dont les choix stratégiques et les décisions politiques ont une influence considérable dans ce domaine.

Dans son rapport relatif à l'éducation à la sexualité, le Haut conseil à l'égalité identifie que l'enseignement actuellement dispensé est inadapté aux réalités des adolescents. Il fait de l'objectif de mieux connaître la sexualité des jeunes une priorité. A cet effet, il recommande le lancement

d'une grande enquête nationale documentant « les comportements, les pratiques, les sources d'information et les représentations des jeunes en matière de sexualité » afin d'actualiser les dernières données datant de 1995. A noter que ce rapport, réalisé en amont de l'élaboration de la première stratégie nationale de santé sexuelle, est un document important auquel se réfère un grand nombre de travaux sur l'éducation sexuelle (27).

Depuis, la stratégie nationale en santé sexuelle a été dévoilée et de nouvelles enquêtes ont été réalisées mais aucune étude de grande envergure sur des sujets de sexualité n'a été réalisée chez les jeunes spécifiquement. Les dernières données sur la santé sexuelle sont celles du Baromètre Santé 2016 dont la population d'étude est âgée de 15 à 75 ans. Pourtant, les résultats du Baromètre Santé objectivent un décalage notoire entre « certains discours médiatiques et la réalité sociale, renforçant l'intérêt de documenter les phénomènes de manière scientifique » (60).

Concernant la population étudiante spécifiquement, les seules données disponibles sont celles issues des enquêtes de mutuelles étudiantes et de rares thèses. Pour les premières citées, on notera les enquêtes Emevia et Smerep qui datent de 2015, et une enquête LMDE réalisée en 2019. Cependant, sans surprise, seules quelques questions concernent la santé sexuelle au sein de ces questionnaires et celles-ci sont marquées par une approche « sanitaire », médicale, interrogeant de manière systématisée sur des comportements à risque. La thématique de l'éducation sexuelle et les sources d'information ne sont pas questionnées et les pratiques explorées très superficiellement. Quant aux thèses, on en trouve un certain nombre dans différentes disciplines, principalement en sociologie et en médecine. Si elles explorent des sujets plus variés, elles ont majoritairement de faibles échantillons (86–88).

Ainsi, il est apparu pertinent de compléter et d'actualiser les données existantes par une enquête explorant les différents aspects de la santé sexuelle de manière plus globale. La quantification de certains phénomènes est importante dans une société où les représentations et les sources de renseignement évoluent très vite.

L'intérêt de réaliser l'enquête auprès des étudiants est multiple. Tout d'abord, ils sont les plus à même de témoigner d'une éventuelle exposition à une éducation sexuelle a posteriori, permettant d'estimer la réalité de l'éducation sexuelle en France quelques années en avant. On peut également imaginer qu'ils ont le recul nécessaire pour critiquer l'enseignement qu'ils ont reçu. Selon les résultats des enquêtes préalables, ils ont pour la plupart initié une vie amoureuse et/ou sexuelle et peuvent témoigner de leurs pratiques (en moyenne 70% des étudiants déclarent avoir des rapports sexuels). Ils ont très largement bénéficié d'un accès à l'Internet, ce qui leur a permis d'explorer de nombreuses sources d'information. Par ailleurs, ils prennent actuellement part de manière active dans un grand mouvement contestataire dénonçant un certain nombre de violences liées au genre ou à l'orientation sexuelle, y compris au sein des universités, ce qui peut renforcer leur intérêt pour une enquête sur la sexualité (86,87).

Si l'étude des violences à l'université prend son sens dans ce contexte de libération de la parole des victimes, il faut savoir que cet objectif de documentation figurait déjà dans le 5e plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes publié en novembre 2016. Il s'agissait de déployer l'enquête Virage-Universités qui s'est déroulée dans 4 universités françaises à l'ensemble des universités, afin de faire un bilan exhaustif de la situation. Alors qu'aucun résultat correspondant à une enquête de ce type n'a été publié jusqu'ici, nous avons inclus un volet violence au questionnaire afin de documenter cet aspect de santé sexuelle également.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude transversale observationnelle descriptive au moyen d'une enquête par auto-questionnaire. Celle-ci a été proposée aux étudiants de l'Université de Strasbourg entre le mois de décembre 2020 et le mois de mars 2021.
Les deux uniques critères de sélection de l'enquête étaient d'être inscrit à l'Université de Strasbourg pendant l'année 2020-2021 et d'être majeur.

L'objectif principal de l'enquête était de documenter la vie amoureuse des étudiants de Strasbourg en 2020-2021 au travers de certains de leurs comportements et pratiques sexuelles, d'évaluer l'éducation sexuelle dont ils ont pu bénéficier et de mesurer la prévalence de violences spécifiques. A travers cette documentation, on réalisait un état des lieux de la vie sexuelle des étudiants à un instant T et on réactualisait les données disponibles.

L'objectif secondaire était de rechercher des liens entre certaines caractéristiques d'une population et certaines pratiques et usages, tout particulièrement concernant l'éducation sexuelle.

Dans cet intérêt, nous avons réalisé un questionnaire comportant 62 questions organisées en 7 sous-parties : partie A « Informations générales », partie B « Etude des comportements amoureux et sexuels », partie C « Etude de la santé sexuelle », partie D « Information/Education sexuelle », partie E « Consentement et violences », partie F « Violences au sein des relations intimes », partie G « Violentomètre ». Le questionnaire est visible en annexe.

Il est le fruit du travail de deux étudiantes, Roxane Delhumeau et moi-même, et son analyse fait l'objet de deux thèses différentes. Ainsi, les sous parties F « Violences au sein des relations intimes » et G « Violentomètre » qui étudient plus spécifiquement la question des violences au sein des

relations intimes et l'acceptabilité d'un test d'identification de ces violences ne seront pas abordées dans ce travail.

L'intérêt de s'associer pour la rédaction d'un questionnaire unique était de potentialiser nos chances d'obtenir un taux de réponse satisfaisant. Si les objectifs des deux thèses étaient différents, le thème et la population d'étude étaient les mêmes.

L'objectif de cette thèse était de faire un état des lieux relativement complet de la sexualité des étudiants. Pour ce faire, nous avons repris les différentes enquêtes d'opinion sur la sexualité réalisées depuis 1992 en population générale et chez les étudiants, balayant à la fois les résultats d'organismes de sondage réputés tels qu'Ipsos, ceux des enquêtes de moindre envergure réalisées par les mutuelles étudiantes en passant par les « Baromètre Santé » de Santé Publique France.

Certaines questions qui concernaient des phénomènes sociaux dont il était intéressant d'étudier l'évolutivité ont été reprises sans modification ou presque. A l'inverse, les questions sur l'éducation sexuelle, les moyens d'information et celles sur l'épanouissement sexuel, peu fréquentes voir absentes des enquêtes existantes, ont été reformulées avec soin. Enfin, certaines questions ont été créées faute de n'avoir jamais été proposées dans les grands sondages. Bien qu'issues d'une réflexion personnelle, nous avons veillé à ce qu'elles s'inscrivent toutes dans la continuité des problématiques de santé sexuelle.

De nombreuses questions ont été assorties de « conditions », c'est-à-dire qu'elles n'étaient proposées aux étudiants que s'ils rentraient dans une catégorie prédéfinie à partir des items préalablement documentés. L'objectif était de raccourcir et de rendre plus agréable la réalisation du questionnaire. Pour exemple, nous n'interrogions pas les personnes qui déclaraient n'avoir jamais eu de rapports sexuels sur leurs pratiques sexuelles. Ainsi, toutes les questions n'ont pas été répondues par l'échantillon total ; chaque résultat est donné avec l'échantillon correspondant.

A l'issue de ce travail d'élaboration, nous avons soumis le questionnaire à la relecture de Madame Amélie Videau, chargée de projet à l'Observatoire parisien des violences faites aux femmes,

ainsi qu'au docteur Aude Rochoux, directrice du service de santé universitaire de l'université de Strasbourg.

L'enquête était anonyme. Afin de garantir la confidentialité des données, nous avons utilisé le logiciel de sondage Limesurvey mis à disposition par l'Université de Strasbourg. Cette condition permettait de diminuer le biais de désirabilité sociale inhérent à des questionnements dits « sensibles », touchant la sphère intime. La sexualité, bien que relativement libérée aujourd'hui du sceau du secret, reste un sujet considéré comme tabou. La garantie de l'anonymat était également une condition *sine qua none* de la déclaration de violences, notamment intra-universitaires, sans quoi la victime aurait pu se sentir menacée. Enfin, le caractère anonyme simplifiait les formalités règlementaires, exemptant notamment de l'accord de la CNIL.

L'accord du comité de bioéthique nous a paru indispensable. Le comité a demandé quelques modifications sur le questionnaire initial, notamment sur la formulation de certaines questions qui pouvait engendrer un biais méthodologique. Il a également souhaité que l'avertissement du caractère sensible des questions soit renforcé. En effet, il était capital de prévenir les répondants du risque possible de réminiscences liées aux interrogations sur les violences. Ceci a été fait au moyen d'une lettre d'information introduisant le questionnaire. Celle-ci annonçait sommairement le contexte et l'objectif de l'enquête, délivrait le temps de réponse estimé nécessaire et prévenait du caractère possiblement douloureux de certains items. Elle informait également de la mise à disposition de ressources en fin de test fournissant les coordonnées d'intervenants spécialisés dans la gestion des violences. Enfin, la lettre d'information notifiait les adresses emails des deux rédactrices du questionnaire afin qu'il puisse être fait part de remarques ou de la volonté de recevoir les résultats de l'enquête. A la suite de ces modifications, nous avons obtenu l'accord du comité de bioéthique pour la diffusion du questionnaire, sous le nom de dossier Unistra/CER/2020-27,

disponible en annexe. La lettre d'information encadrant le questionnaire est également visible dans cette partie.

A cette étape, le questionnaire a été testé auprès de quelques-unes de nos connaissances sélectionnées sur des critères d'âge (entre 20-30 ans) et de scolarité (étudiants ou ayant été étudiants dans les 5 dernières années, dans des domaines différents). Cette étape a permis d'obtenir une estimation du temps moyen nécessaire à la réalisation du questionnaire et de vérifier que le questionnaire était « viable », tant dans sa durée que dans la charge affective liée aux questions. A l'issue de ce test, le questionnaire était prêt à être diffusé.

La diffusion s'est faite par courriel via une liste de diffusion réunissant l'ensemble des étudiants inscrits pour l'année à l'université. Tous les étudiants ont donc reçu deux courriels, un premier lors de la diffusion initiale en décembre 2020 et un second à l'occasion de l'unique relance en mars 2021. Chacun des courriels comprenait un petit texte d'introduction et un lien d'accès au questionnaire en ligne qui sont disponibles en annexe. L'enquête a été clôturée le 19/03/2021.

L'accès à cette liste de diffusion – très contingenté, a nécessité l'intervention de deux intermédiaires de la mission Egalité-Parité de l'université : Mme Eve Ballorain, chargée de mission et Mme Isabelle Krauss, vice-présidente déléguée Egalité-Parité à l'Unistra. Grâce à la Mission Egalité-Parité, nous avons également pu présenter l'enquête juste avant son lancement au cours d'une table ronde virtuelle organisée à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre les violences faites aux femmes.

Enfin, le lien de l'enquête a également été diffusé, à moindre échelle, par le biais des réseaux sociaux. Il a ainsi été affiché sur les groupes « Etudiants de Strasbourg » et sur la page de l'AFGES (Association Fédérative Générale des Etudiants de Strasbourg) à l'occasion d'un billet de sensibilisation sur les violences sexistes et sexuelles. Ce moyen de diffusion ayant été utilisé avant la

diffusion par courriel, nous savons qu'il a contribué à apporter des réponses dans une très faible proportion.

Au total, 56 650 personnes ont reçu le lien de l'enquête par email. A la date du 19/02/2021, 56 414 d'entre elles étaient inscrites à l'université de Strasbourg dont 33 012 femmes et 23 402 hommes, répartis dans 35 institutions, écoles et facultés. Selon un classement en 6 grands domaines, ils étaient ainsi divisés :

- 13987 inscrits dans le domaine Droit, Économie, Gestion et Sciences Politiques

- 12735 inscrits dans le domaine Sciences et Technologie

- 10727 inscrits dans le domaine Sciences humaines et sociales

- 9983 inscrits dans le domaine Santé

- 7197 inscrits dans le domaine Art, Lettres et Langues

- 1785 inscrits dans des domaines pluridisciplinaires.

La moyenne d'âge des étudiants de l'Université de Strasbourg, toutes institutions confondues, est de 30 ans selon les informations obtenues par le service statistique de l'Unistra.

Toutes les données brutes ont été collectées à partir du logiciel Limesurvey puis traitées avec l'aide de Mme Lucile Haumesser, ingénieure statisticienne au service de Santé publique du CHU de Strasbourg. Les pourcentages ont été arrondis à une décimale. Concernant les analyses, elles ont été effectuées au moyen d'une régression binomiale avec le logiciel R Studio, version 1.1.463.

RESULTATS

Etude descriptive

A l'issue de l'enquête, 7474 questionnaires complets et 2848 questionnaires partiels ont été collectés, soit un total de 10322 questionnaires. Seuls les questionnaires complets ont été exploités.

Parmi les 7474 questionnaires complets, 43 ont répondu « Non » à la toute première question qui impliquait de reconfirmer sa qualité d'étudiant à l'Unistra et de donner son accord pour répondre à l'enquête. Le questionnaire s'arrêtait là en cas de réponse négative, ceux-ci n'ont donc pas fourni de données.

Au total, l'échantillon d'analyse était donc de 7431 questionnaires qui ont pu être exploités dans leur intégralité, soit un taux de réponse de 13,1%.

Comme cela a été détaillé dans le chapitre « Matériels et méthodes », de nombreuses questions n'ont été proposées qu'à des sous-populations de l'échantillon total afin de ne s'adresser qu'à certaines personnes concernées. A chaque fois que c'était le cas, l'échantillon de la question est précisé à la fin du paragraphe entre parenthèse. Lorsqu'il n'y a aucune précision, la question a été soumise aux 7431 participants.

Lorsque le taux de non-réponse était inférieur à 3% des réponses, il était donné en nombre de réponse plutôt qu'en pourcentage.

A. Caractéristiques générales

En supprimant les réponses aberrantes provenant vraisemblablement d'erreurs de frappe (7 variables), la moyenne d'âge des répondants était de 21 ans, avec un minimum de 16 ans et un maximum de 64 ans.

Ce sont très majoritairement des femmes qui ont répondu à l'étude puisqu'elles étaient 5172 femmes pour 2111 hommes. 148 personnes ne se définissaient pas selon la norme de genre binaire.

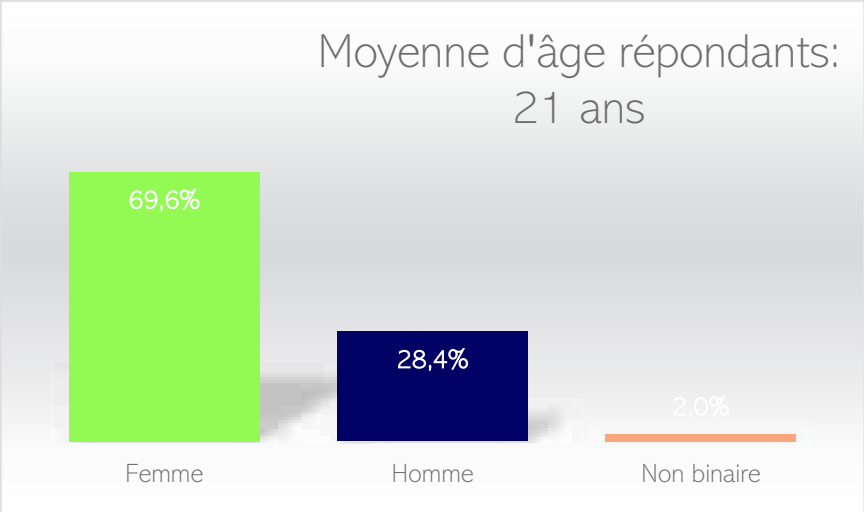


Diagramme 1 : Principales caractéristiques de la population d'étude : genre et âge

B. Etude des comportements amoureux et sexuels

a. Comportements amoureux

- ***« Actuellement, quelle est votre situation amoureuse ? »***

A propos de leur situation amoureuse, 51,4% des étudiants se déclaraient en couple, 37,4% se déclaraient célibataires, 5,2% déclaraient avoir des partenaires sexuels occasionnels, 4,5% des partenaires sexuels réguliers. A noter que 95 personnes (1,3%) ne se reconnaissaient pas dans le cadre proposé et ont utilisé la réponse « Autre » pour fournir des précisions. « Relation libre » et « polyamour » étaient les situations qui revenaient le plus régulièrement dans les réponses libres. 17 personnes ont refusé de répondre à cette question.

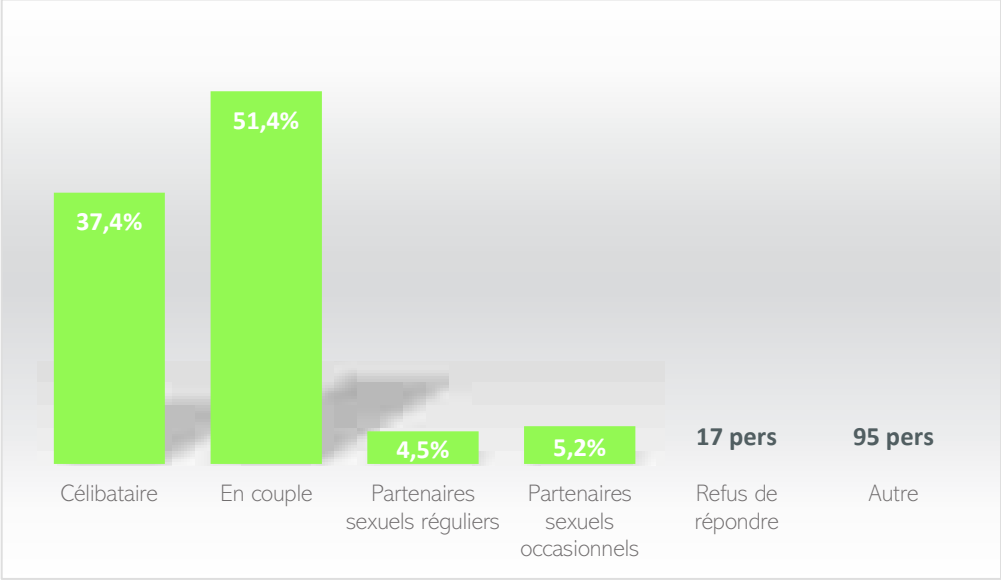


Diagramme 2 : Situation amoureuse

- ***« Définiriez-vous votre sexualité comme : »***

A la question correspondant à l'orientation sexuelle, 72,3% des étudiants ont déclaré se sentir hétérosexuels, 13,8% bisexuels, 5,1% homosexuels. 4,3% ne savaient pas et seuls 102 personnes (1,4%) se définissaient comme étant asexuelles. Là encore, le cadre ne suffisait pas et 3% ont choisi

l'option « autre » pour fournir des précisions. Parmi ces 220 réponses, on retrouvait 144 occurrences du terme pansexuel, 26 réponses relevant du champ de l'asexualité et un grand nombre de réponses exprimant une incertitude. 11 personnes seulement ont refusé de répondre.

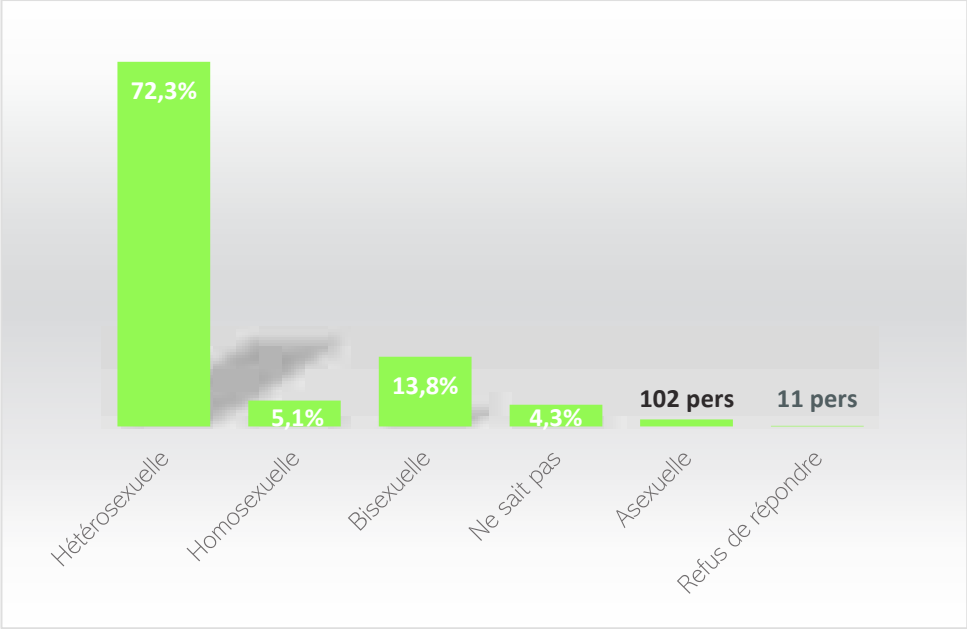


Diagramme 3 : Orientation sexuelle

- « A quelle fréquence utilisez-vous les applications de rencontre ? »

Concernant l'utilisation des applications de rencontre amoureuse, l'idée est répandue qu'elles ont une place importante auprès de cette catégorie d'âge. Pourtant, 61,4% des répondants ont déclaré n'avoir jamais utilisé d'applications de rencontre et seuls 3,8% ont rapporté une utilisation régulière. 12,4% disaient en faire une utilisation intermittente et 21,8% une utilisation rare. 49 personnes ont refusé de répondre à cette question.

b. Sexualité

- ***« Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »***

61,6% des étudiants ont répondu avoir déjà eu des rapports sexuels, 16,4% n'en avait pas eu et 22% de l'échantillon a refusé de répondre à cette question ce qui en fait la question ayant généré le plus d'abstention.

La moyenne d'âge du premier rapport sexuel était de 16,9 ans et l'âge médian à 17 ans. (Echantillon : 5883 personnes)

- ***« Diriez-vous de ce rapport qu'il était : »***

Ce premier rapport sexuel était défini comme consenti dans 85,5% des cas, il était « cédé mais non souhaité » dans 9,9% des cas et n'était pas consenti dans 1,9% des cas, soit pour 116 personnes. 171 personnes ne souhaitaient pas répondre. (Echantillon : 6215 personnes)

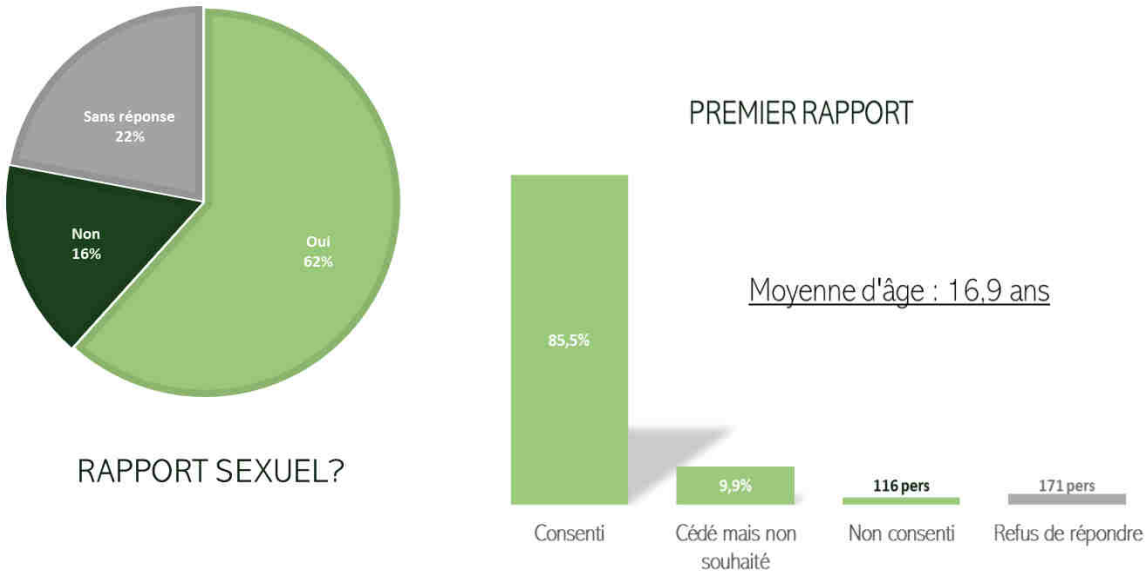


Diagramme 4 : synthèse des premiers rapports sexuels

Concernant les pratiques sexuelles, on interrogeait uniquement les pratiques orogénitales, la pénétration vaginale et la pénétration anale qui apparaissaient comme les plus fréquentes et responsables de risques infectieux spécifiques.

- « Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous des pratiques orogénitales (cunnilingus ou fellation ou anulingus) ? »

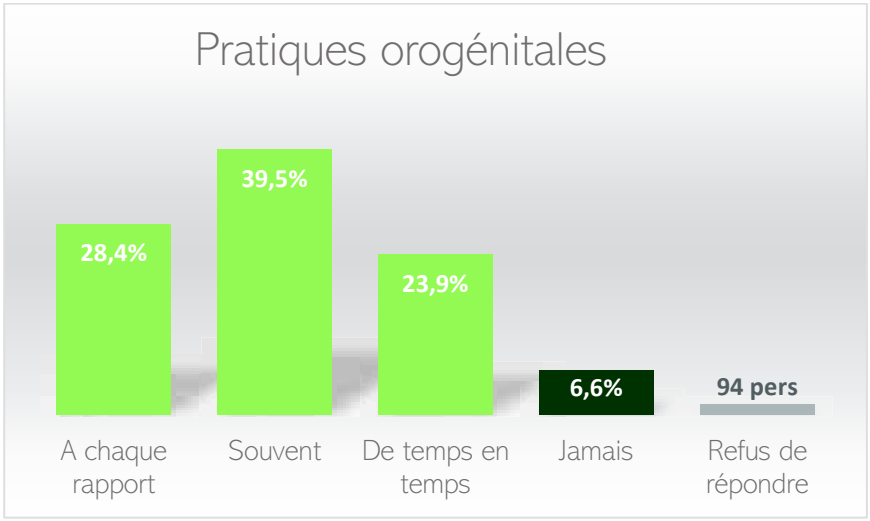
A propos des pratiques orogénitales, 39,5% déclaraient s'y adonner « souvent », 28,4% à chaque rapport, 23,9% de temps en temps, 6,6% n'avaient jamais pratiqué. 94 répondants ne souhaitaient pas répondre. (Echantillon : 6215 personnes)

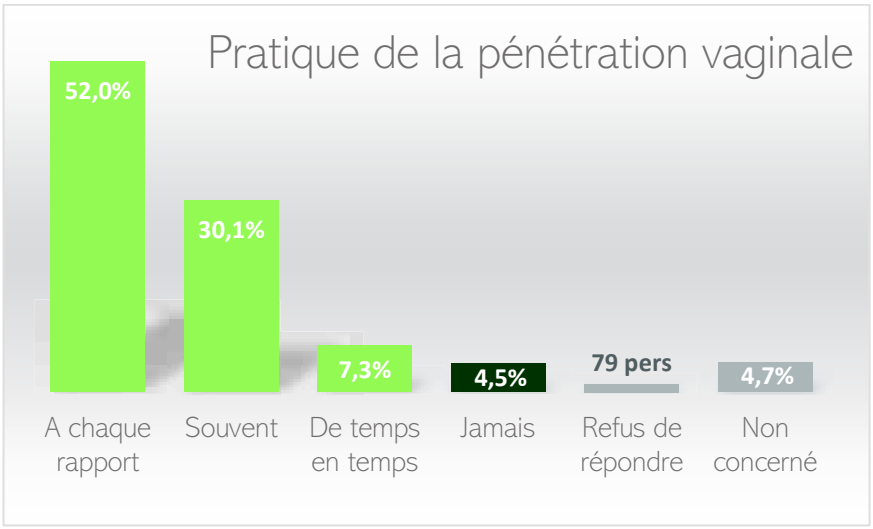
- « ***Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence pratiquez-vous la pénétration vaginale ? »***

La pénétration vaginale, quant à elle, était déclarée comme pratiquée à chaque rapport par plus de la moitié de l'échantillon, 52% des répondants. 30,1% s'y adonnaient « souvent » et seulement 7,3% « de temps en temps », 4,5% ont répondu « jamais ». 4,7% de l'échantillon a répondu ne pas être concerné, 79 personnes n'ont pas souhaité répondre. (Echantillon : 6215 personnes)

- ***« Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence pratiquez-vous la pénétration anale ? »***

Enfin, la pénétration anale semble peu pratiquée dans cette population. 68,1% ont déclaré ne l'avoir jamais pratiquée. 21,2% des répondants la pratiquaient tout de même de temps en temps, 5,2% ne se sentaient pas concerné par cette question, 3,5% déclaraient s'y adonner souvent et 0,77% (48 personnes) à chaque rapport. Pas plus d'abstention pour cette question avec 74 refus de répondre. (Echantillon : 6215 personnes)





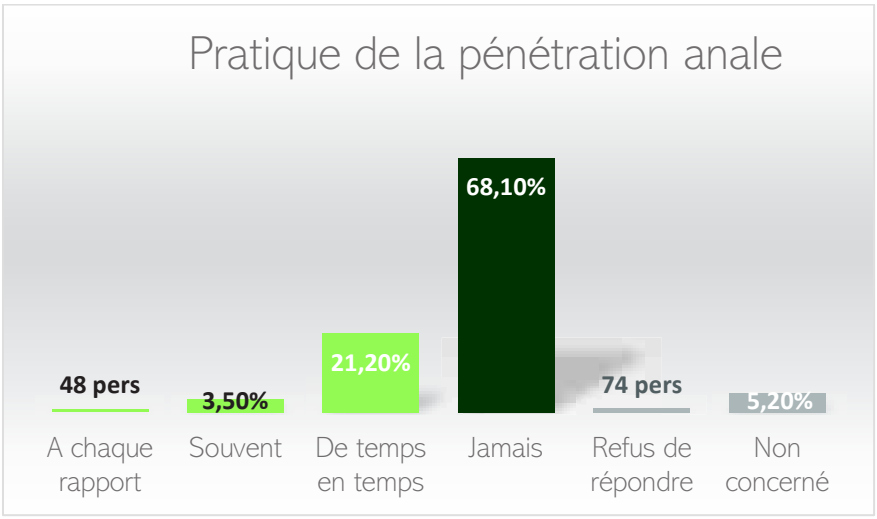


Diagramme 5, 6 et 7 : synthèses des pratiques sexuelles

- ***« A quelle fréquence consommez-vous de la pornographie, en moyenne ? »***

La consommation de pornographie est apparue polarisée. En effet, 36,7% ont répondu ne jamais en consommer, mais 57,8% en consommaient au moins une fois par mois ou plus (32,5% une ou plusieurs fois par mois, 25,3% une ou plusieurs fois par semaine). Seuls 4,1% des étudiants déclaraient une consommation quotidienne. 95 personnes ont refusé de répondre.

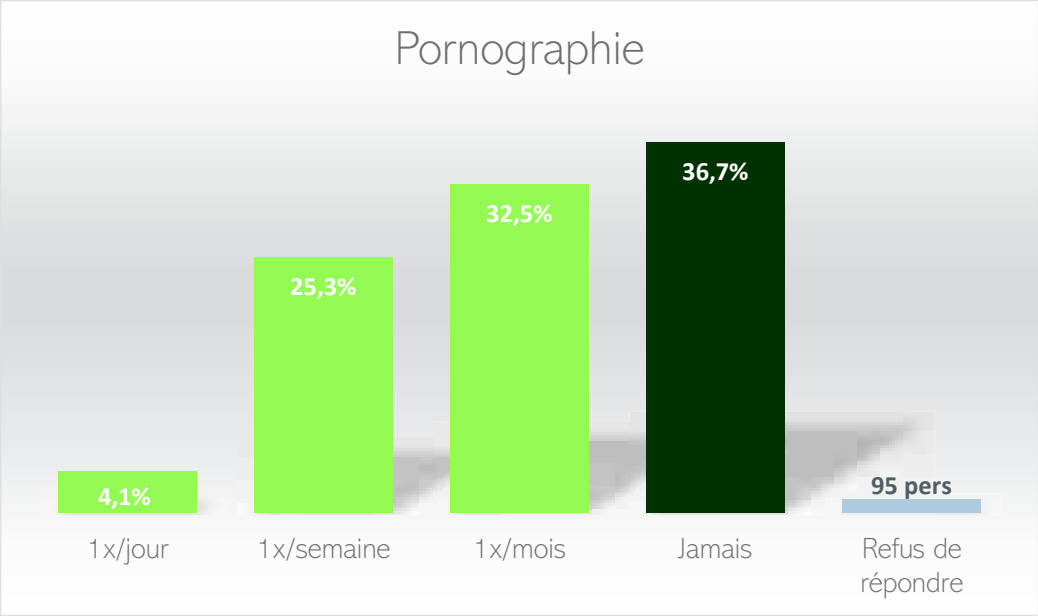


Diagramme 8 : Consommation de pornographie

- ***« Est-il déjà arrivé que le visionnage de pornographie devienne un besoin plutôt qu'une simple envie ? »***

A propos de la perte de contrôle de cette consommation, 30,6% des personnes qui en consommaient régulièrement ont admis qu'il était déjà arrivé que la pornographie devienne un besoin plutôt qu'une simple envie, suggérant une perte de contrôle manifeste. Ce n'était jamais arrivé à 66,6% des répondants. 63 personnes ont refusé de répondre. (Echantillon : 2189 personnes)

- « A quelle fréquence pratiquez-vous la masturbation ? »

Concernant la masturbation, la majorité des étudiants la pratiquait plus ou moins régulièrement mais 11,3% tout de même déclaraient n'y avoir jamais recours. La fréquence d'une ou

plusieurs fois par semaine revenait le plus souvent à hauteur de 38,2%, puis suivait une fréquence « occasionnelle » représentant 19,9% des réponses et une fréquence d'une ou plusieurs fois par mois très proche statistiquement avec 18,8% des réponses. 7,8% des étudiants ont répondu se masturber une fois par jour et 2,9% soit 216 personnes plusieurs fois par jour.

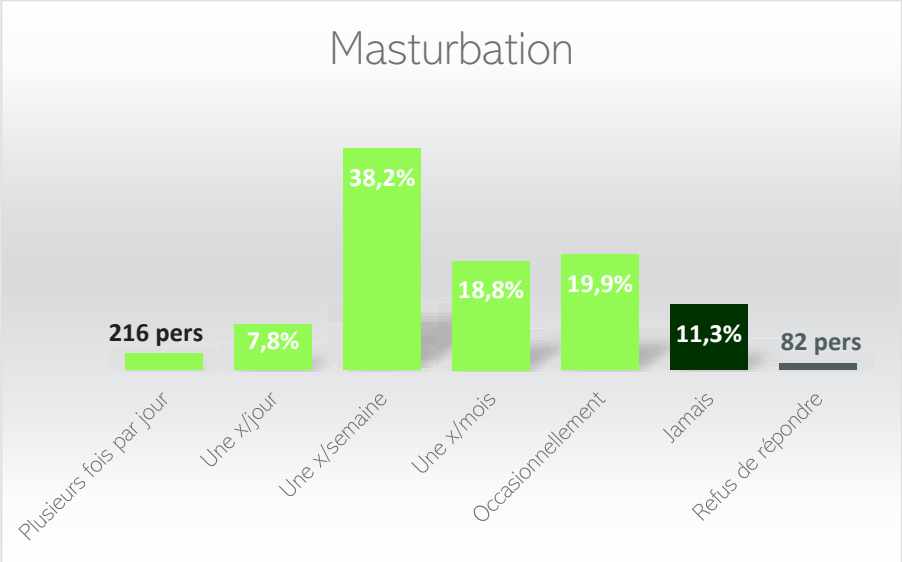


Diagramme 9 : Pratique de la masturbation

- ***« Est-il déjà arrivé que la masturbation devienne un besoin plutôt qu'une simple envie ? »***

Selon le même modèle que pour la question sur la pornographie, la question de la perte de contrôle apparaissait lorsque les variables « plusieurs fois par jour », « une fois par jour » ou « une ou plusieurs fois par semaine » avait été choisies à la question sur la fréquence de pratique de masturbation. 41,2% des personnes interrogées ont déclaré qu'il était déjà arrivé que la masturbation devienne un besoin plutôt qu'une envie, tandis que cela n'était jamais arrivé pour 56,6% de l'échantillon. 81 personnes ont refusé de répondre. (Echantillon : 3633 personnes)

C. Etude de la santé sexuelle

a. Infections sexuellement transmissibles et moyen de lutte

- ***« Dans votre vie, vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels sans protection, alors que vous ne connaissiez pas le statut infectieux de votre partenaire ? »***

Parmi les étudiants ayant déjà eu des rapports sexuels, 48,8% ont déclaré avoir déjà eu au moins un rapport à risque, c'est-à-dire un rapport sexuel sans protection alors qu'ils ne connaissaient pas le statut infectieux de leur partenaire. Seuls 61 personnes se sont abstenues de répondre. (Echantillon : 6215 personnes)

- ***« Si oui, comment avez-vous réagi à la suite de cet évènement ? »***

Lorsqu'on les interrogeait sur leur réaction à la suite de cet évènement, 47,6% répondaient n'avoir rien fait. Lorsqu'il initiait une démarche, il s'agissait d'une consultation dans un centre de dépistage anonyme et gratuit dans la plupart des cas (33,7% des réponses) et/ou d'une consultation médicale auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste (19,5% des réponses). La consultation dans un centre de Planning Familial ne représentait que 4,4% des réponses et l'initiative de se rendre au service de médecine préventive de l'université était encore moins fréquente (2,3% des réponses). Enfin, la proposition « Autre » représentait 5,2% des réponses. Il s'agissait d'une question à choix multiples. (Echantillon : 3032 personnes)

- ***« A quelle fréquence réalisez-vous un bilan de dépistage des infections sexuellement transmissibles ? »***

A propos du dépistage des infections sexuellement transmissibles, 39,1% de la population interrogée a déclaré ne jamais effectuer de bilan de dépistage. Cependant, 30,6% des répondants ont dit réaliser un bilan infectieux lorsqu'ils changeaient de partenaire, 19,6% uniquement lorsqu'ils avaient un rapport à risque et 7,5% en réalisaient de manière régulière même en l'absence de rapport à risque. 3,1% ont refusé de répondre à cette question. (Echantillon : 6215 personnes)

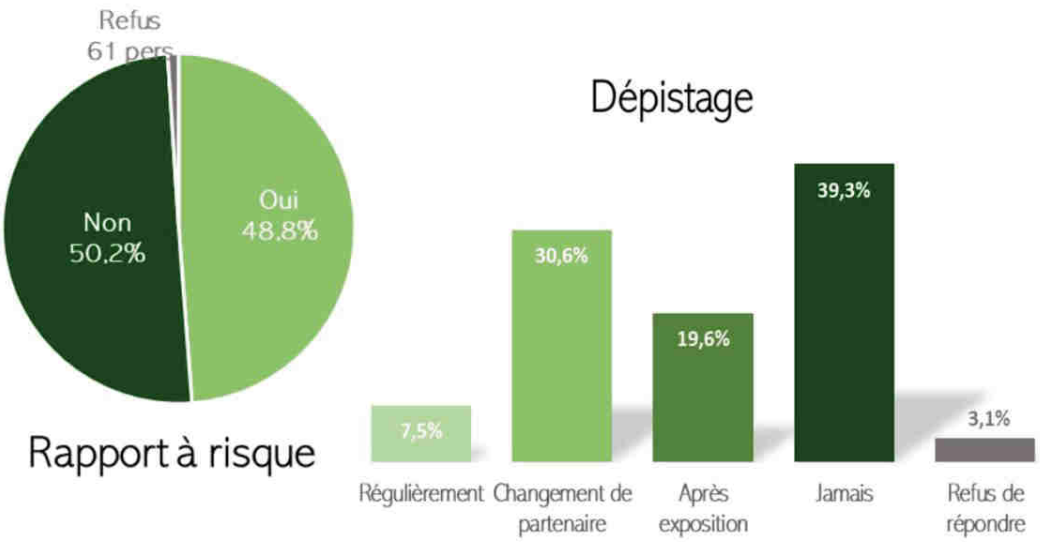


Diagramme 10 : synthèse sur les rapports à risque et la fréquence de dépistage des IST

b. Santé reproductive

- ***« Pour les personnes en capacité d'être enceinte, utilisez-vous un moyen de contraception ? »***

La question de la contraception n'a été soumise qu'aux personnes ayant répondu appartenir au genre féminin ou non binaire. Parmi elles, 65,6% utilisaient un moyen de contraception, 27,3% n'en utilisaient pas. 5,3% n'étaient pas concernées et avait choisi la proposition « je ne suis pas en capacité d'être enceinte » et 97 personnes ont refusé de répondre. Si on excluait les répondants non concernés de l'échantillon total, supposant qu'il s'agisse d'individu de sexe masculin ou de sexe féminin infertiles, la proportion de personnes utilisant une contraception s'élevait même à 69,2%. (Echantillon : 5320 personnes.)

- ***« Si oui, lequel ? »***

A propos des moyens de contraception utilisés, il s'agissait à 63,7% de la pilule contraceptive, à 14,2% du dispositif intra-utérin, à 13,3 % du préservatif seul, à 5% de l'implant contraceptif, à 1,1% de l'anneau contraceptif ou patch contraceptif (39 personnes), et 10 personnes ont déclaré utiliser des méthodes dites naturelles ou une contraception masculine. 75 personnes ont refusé de

répondre. On précisera que lorsqu'il figurait les deux termes pilule et préservatif – très nombreuses occurrences – on ne considérait que le premier et les réponses ont été compté dans « pilule ». En effet, il n'était pas possible de savoir si le préservatif était alors utilisé dans un objectif de protection contre les IST ou en renfort contraceptif. Lorsqu'il était précisé « préservatif et pilule du lendemain », c'est préservatif qui était considéré, la contraception d'urgence apparaissant ici comme une solution alternative en cas de rupture du préservatif. 9 réponses ont été considérée comme inexploitable. (Echantillon : 3489 personnes.)

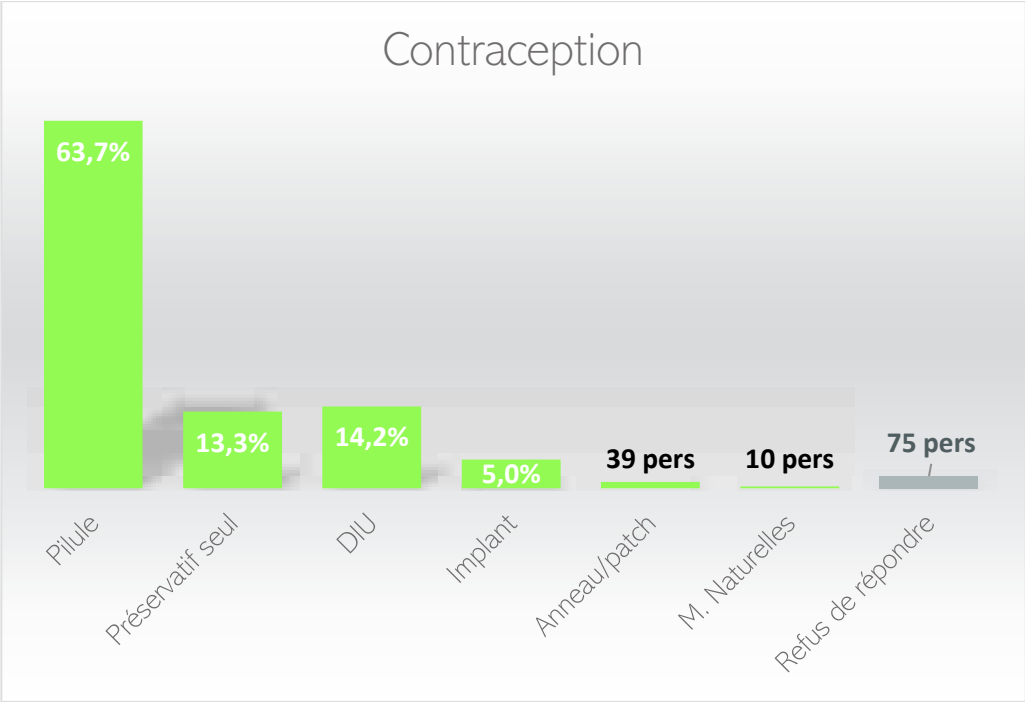


Diagramme 11 : méthodes de contraception

Par la suite, nous avons interrogé l'importance de la charge mentale liée au contrôle de la fécondité et son partage au sein du couple.

- « ***Pour les personnes en capacité d'être enceinte, comment considérez-vous le contrôle de la fécondité dans son ensemble (prise quotidienne d'une pilule, pilule du lendemain, effets secondaires de la contraception, consultations médicales liées, IVG) ? »***

Pour 31,7% de cet échantillon, le contrôle de la fécondité dans son ensemble représentait une charge mentale importante. Cela constituait une charge modérée pour 27,2% d'entre eux et une charge mentale légère pour 17,8%. 10,8% des interrogés ne considéraient pas le contrôle de la fécondité comme un sujet d'inquiétude. Une partie non négligeable de l'échantillon a dit ne pas être concernée (11,8%) ce qui apparait incohérent par comparaison à la question précédente et au vu du nombre de personnes non binaires répondant à l'enquête. 33 personnes seulement ont refusé de répondre. (Echantillon : 5320 personnes.)

- « ***Avez-vous le sentiment de partager cette charge avec votre/vos partenaires ? »***

Afin d'évaluer la répartition de cette charge mentale avec les partenaires, il était demandé de noter le sentiment de partage sur une échelle de 1 à 5, 1 symbolisant qu'il n'y a aucun partage et 5 un partage maximal. La question a été évitée aux personnes non concernées et à celles qui ne considéraient pas la contraception comme un sujet d'inquiétude. Les réponses sont visibles dans le diagramme 12.

Si on polarise les résultats, les notes 1 et 2, synonymes d'une répartition de la charge plutôt mauvaise, représentaient 48,5% des résultats, tandis que les notes 4 et 5 qui symbolisent un partage important, représentaient 19,1% des résultats. L'abstention était importante avec 15,6% de refus de répondre. (Echantillon : 4083 personnes)

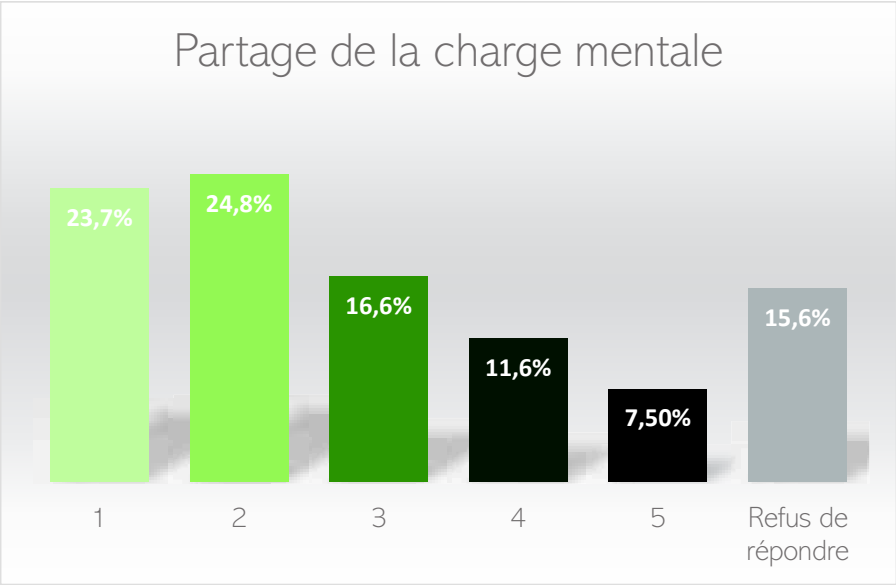


Diagramme 12 : Partage de la charge mentale liée au contrôle de la fécondité avec les partenaires, selon les personnes en capacité d'être enceinte. 1 symbolisant aucun partage et 5 un partage maximal.

Dans un second temps, nous interrogions les personnes ayant potentiellement des rapports fécondants, soumettant les questions à une sous-population constituée uniquement des hommes hétérosexuels. Cet échantillon était donc beaucoup plus petit.

*« **Pour les hommes ayant des rapports hétérosexuels, vous sentez-vous une responsabilité dans le contrôle de la fécondité liée à vos rapports sexuels ? »***

60,2% étaient tout à fait d'accord. 24,7% étaient plutôt d'accord, 4,2% n'étaient plutôt pas d'accord avec l'idée d'avoir une responsabilité et 2,6% ne partageaient pas du tout cette idée. 8,3% ont refusé de répondre. (Echantillon : 1643 personnes)

- ***« Avez-vous à l'heure actuelle le sentiment de partager la charge mentale de la contraception avec vos partenaires ? »***

De manière assez corrélée, la plupart des répondants avaient le sentiment de partager cette charge à l'heure actuelle avec leur partenaire. Ils étaient 38,6% à ressentir la partager tout à fait,

28,5% à la « partager mais pas assez » et 20,1% à ne pas la partager du tout. 12,8% ont refusé de répondre. (Echantillon : 1643 personnes)

- « ***Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse ? »***

Une seule question concernait l'interruption volontaire de grossesse ; elle interrogeait les femmes et non binaires. Seules 138 personnes soient 2,6% de l'échantillon déclaraient y avoir eu recours une fois et 17 personnes plusieurs fois. 87,3% de la sous-population interrogée n'y avait jamais eu recours et 9,5% n'étaient pas concernés. Seules 14 personnes ont refusé de répondre. (Echantillon : 5320 personnes.)

c. Satisfaction sexuelle

- « ***Diriez-vous que vous êtes épanouiFrance dans votre vie sexuelle actuelle ? »***

Les étudiants étaient en majorité « plutôt » ou « tout à fait » satisfaits de leur vie sexuelle, respectivement 42,6% et 28,9%. 19,3% tout de même n'étaient « plutôt pas » satisfaits et 6,1% « pas du tout » satisfaits. 3% ont refusé de répondre. (Echantillon : 6215 personnes)

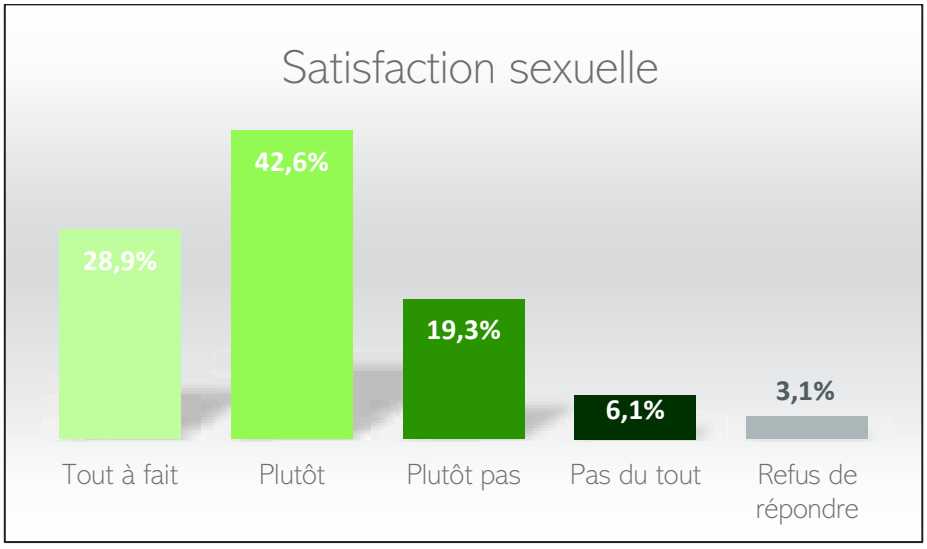


Diagramme 13 : Sentiment de satisfaction sexuelle

- ***« Si « non plutôt pas » ou « non pas du tout », qu'est-ce qui selon vous, porte atteinte à votre vie sexuelle ? »***

Les personnes qui avaient choisi les variables « plutôt pas » et « pas du tout » étaient invitées à préciser les raisons de cette insatisfaction à travers une question à choix multiple.

La proposition « La difficulté à trouver des partenaires » a été choisie 730 fois, ce qui représentait 26,1% des réponses.

La proposition « Le stress et les problèmes quotidiens » suivait ensuite, choisie 612 fois, soit 21,9% des réponses.

La proposition « Le souvenir des expériences passées/ des expériences traumatisantes » a été sélectionné 522 fois, ce qui représente 18,7% des réponses.

La proposition « Un manque ou des difficultés de communication avec votre/vos partenaires » a été retenue 400 fois, représentant 14,3% des réponses.

La proposition « Un manque d'éducation sexuelle/d'information sur la sexualité pour vous ou votre partenaire » n'a été choisie que 250 fois, ce qui équivaut à 8,9% des réponses. 20 personnes ont refusé de répondre.

La proposition « Autre » a été sélectionnée par 258 personnes, soit 9,2% des réponses. Celles-ci peuvent être rassemblées en quelques propositions générales. On pouvait notamment distinguer une proposition « problème physique ou psychologique », une proposition « recherche de sentimentalité », une proposition « religion et croyances », une proposition « routine », une proposition « anxiété de performance » et de très nombreuses réponses se rattachant à l'item « difficultés à trouver des partenaires » dans le contexte de pandémie mondiale de Covid19.

- ***« Vous sentez-vous à l'aise pour échanger à propos de sexualité et de votre plaisir avec votre/vos partenaires ? »***

Cette question ramène des résultats très tranchés puisque 51,7% des étudiants étaient « tout à fait » à l'aise et 34% « plutôt » à l'aise. Seuls 10,6% ne se sentaient « plutôt pas » à l'aise et 1,7% soit 107 personnes n'étaient pas du tout à l'aise. 120 personnes ont refusé de répondre.

d. Autre

- ***« Vous êtes-vous déjà interrogé sur la normalité de vos organes génitaux (taille, forme, pilosité, aspect extérieur, fonctionnement interne) ? »***

En effet, l'inquiétude quant à la normalité des organes génitaux est une préoccupation classique des jeunes au début de leur vie sexuelle. Depuis quelques années cependant, celle-ci prend de plus en plus de place, notamment auprès des jeunes femmes, qui ont plus souvent recours aux plasties vulvaires et cette intervention est en constante augmentation. Les garçons n'échappent pas à la règle et sont également soumis à une pression importante quant à la taille et l'aspect de leur organes génitaux. L'impact de la pornographie dans cette dynamique est important selon les études.

Sans surprise, ils étaient 58,2% à s'être déjà interrogé quelques fois sur la normalité de leurs organes génitaux et 23,9% s'interrogeaient souvent à ce propos. Ils étaient moins de 20% (17,6%) à ne s'être jamais posé la question. 24 personnes ont refusé de répondre.

D. Information/Education sexuelle

a. Défaut d'information

- ***« Diriez-vous que vous manquez d'informations concernant la sexualité d'une manière générale ? »***

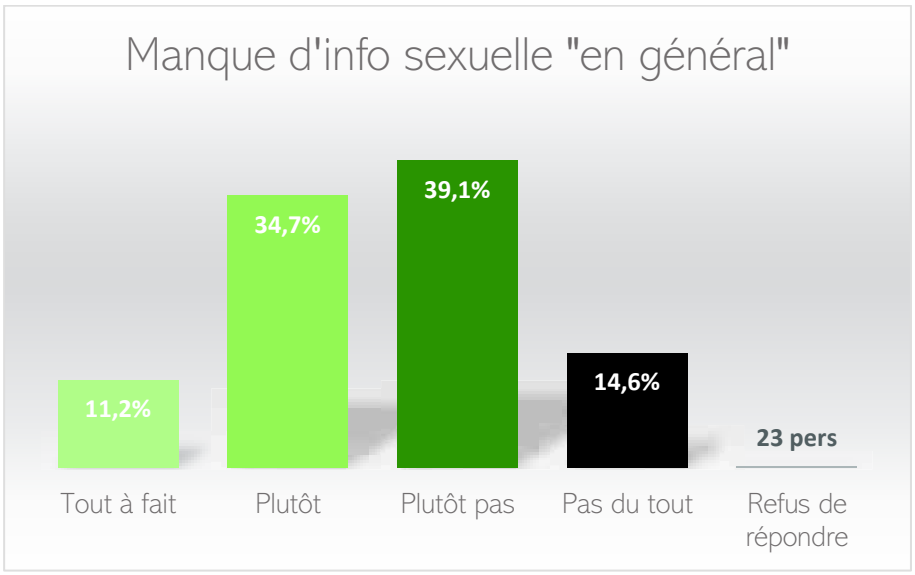
A cette question, les étudiants étaient partagés. 39,1% n'étaient plutôt pas d'accord mais 34,7% étaient plutôt d'accord avec l'idée de manquer d'information d'une manière générale. Pour les positions extrêmes, 14,6% n'étaient pas du tout d'accord et 11,2% était tout à fait d'accord. 23 personnes ont refusé de répondre.

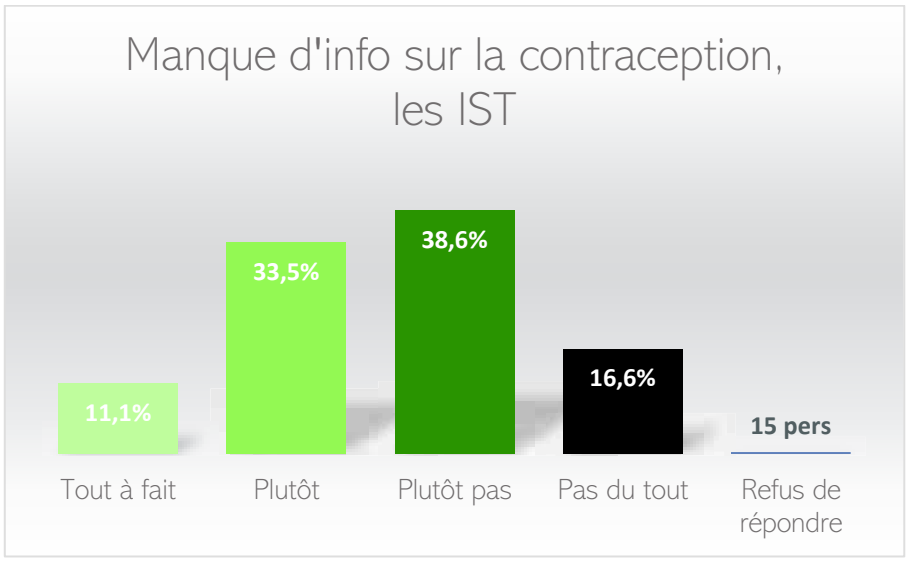
- ***« Diriez-vous que vous manquez d'information concernant la contraception, les IST et les moyens de lutte contre les IST ? »***

Lorsqu'on questionnait le manque d'information sur le sujet plus précis de la santé sexuelle, la tendance est similaire. L'idée qu'ils ne manquent pas d'information domine de peu ; 38,6% n'étaient plutôt pas d'accord avec l'affirmation et 16,6% pas du tout d'accord. Pour autant, ils sont 44,6% à considérer manquer d'information à ce sujet (33,5% ont répondu plutôt d'accord et 11,1% étaient tout à fait d'accord). Refus de répondre par 15 personnes.

- ***« Diriez-vous que vous manquez d'information concernant les mécanismes du plaisir, le consentement, le désir en général ? »***

Enfin, sur le sujet du plaisir, la balance était discrètement en faveur du manque d'information à hauteur de 57% (34,2% étaient plutôt d'accord et 22,8% tout à fait d'accord) quand 42,6% considéraient ne pas en manquer (27,4% plutôt pas d'accord et 15,2% pas du tout d'accord). 28 personnes ont refusé de répondre.





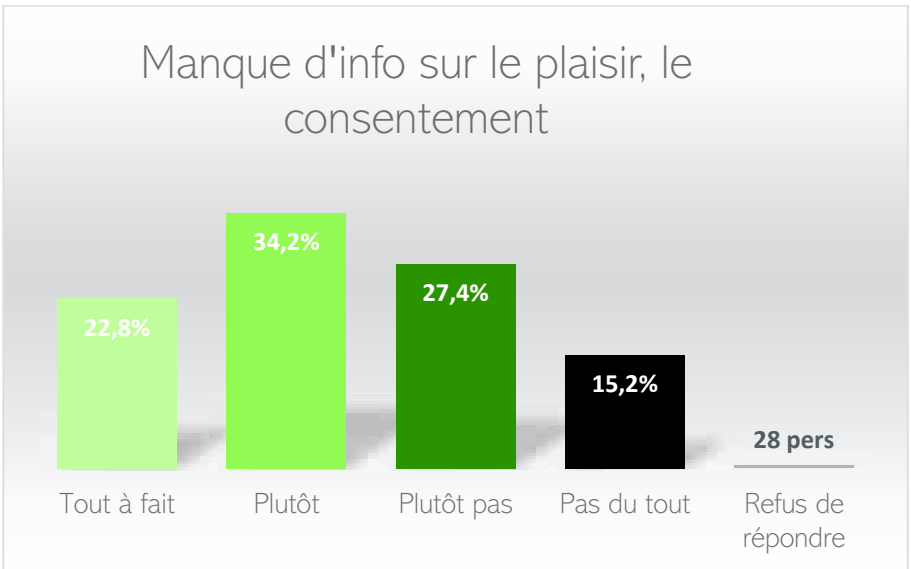


Diagramme 14,15,16 : Synthèse des réponses sur le manque d'information sexuelle

b. Education sexuelle et canaux d'information :

- ***« Avez-vous bénéficié d'intervention ou de cours d'éducation à la sexualité au cours de votre scolarité ? »***

Une très grande majorité des étudiants avait bénéficié d'une intervention ou de cours d'éducation sexuelle au cours de la scolarité, 82,2% exactement ; seuls 16% ont déclaré ne pas en avoir eu l'occasion. 128 personnes n'ont pas souhaité répondre.

- ***« Qu'est-ce qui a joué le plus grand rôle dans votre éducation à la sexualité ? »***

Deux canaux d'information se distinguaient largement. Les « médias en ligne/ internet (sites officiels, forums, page à thème sur les réseaux sociaux, podcast) » arrivaient en première place avec 33,8% des réponses. Si on réunissait les propositions « discussion avec des amis » et « discussion avec les partenaires » selon une idée de « discussion avec des pairs du même âge », on distinguait un second canal d'information nettement dominant avec 44,6% des réponses (25,4% pour la discussion avec des amis et 19,2% pour la discussion avec les partenaires). Dans des proportions nettement moindres venaient ensuite « discussion avec la famille » à hauteur de 6,5%, « cours d'éducation sexuelle à l'école » à hauteur de 5,1%, « littérature (livres, magazines, dépliants et livrets médicaux) » représentait 3,8% des réponses et la proposition « Autre » 3% des réponses.

2,3% des répondants soit 172 personnes n'avaient pas bénéficié d'éducation sexuelle. La proposition « discussion avec un médecin généraliste ou spécialiste », quasi anecdotique, n'a été choisie que par 62 personnes.

Les réponses libres étaient difficiles à analyser. On note plusieurs réponses qui expriment une multiplicité des sources mais également un nombre important de réponses détaillant précisément des médias en ligne, responsables d'une légère sous-évaluation de la proposition dans le diagramme. On trouve plusieurs occurrences de la réponse « Pornographie » et des réponses témoignant d'une absence d'éducation ou d'une éducation inadaptée.

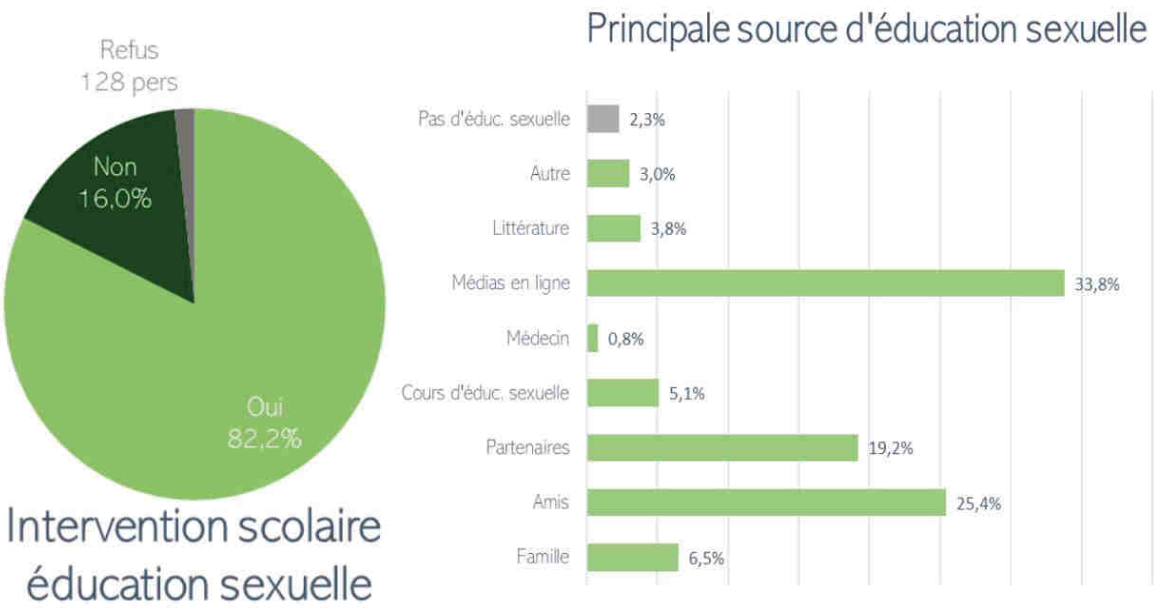


Diagramme 17 : Synthèse concernant les sources d'éducation sexuelle

- ***« Consultez-vous des médias audiovisuels sur le sujet de la sexualité (Youtube, Instagram, podcasts, Sites officiels) et si oui, à quelle fréquence ? »***

On interrogeait ensuite spécifiquement l'utilisation de médias audiovisuels axés sur la sexualité. Ils étaient 63,8% à déclarer utiliser ces moyens d'information et 35,4% à ne pas en consommer. 44,4% des étudiants les consultaient à raison d'une fois par mois, 15,3% une fois par semaine et 4,1% d'entre eux tous les jours. 53 personnes ont refusé de répondre.

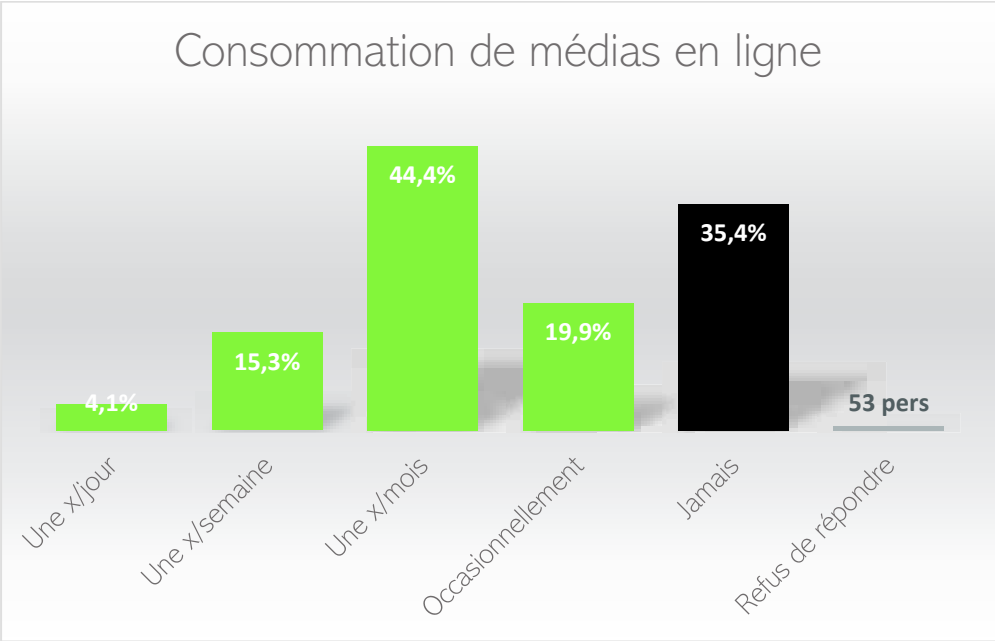


Diagramme 18 : Consommation de médias en ligne sur le sujet de la sexualité

- ***« Selon vous, quel support parait le plus adapté à l'éducation à la sexualité de nos jours ? »***

Enfin, la dernière question leur donnait la parole quant à la forme que devrait idéalement prendre l'éducation sexuelle selon eux. Ils disposaient de plusieurs propositions et d'une réponse libre.

La proposition « Internet : site en ligne, plateforme spécialisée, forums » a été la plus choisie avec 31,9% des réponses, puis c'était la proposition « Vidéos : documentaires, spot de sensibilisation » qui venait ensuite avec 26,9% des réponses, quasi à égalité avec « Interventionnel : un cours ou des consultations dédiées » qui a ramené 26,7% des réponses. Dans des proportions nettement moindres venaient ensuite « Ne sait pas » avec 7,1% des votes puis « Support papier : livrets et fascicules distribués dans les écoles » à égalité avec la réponse libre à hauteur de 3,7% des réponses. Celles-ci sont détaillées et analysées dans le chapitre Analyse et discussion.

E. Consentement et violences

a. Violences à caractère sexuel

- « ***Avez-vous déjà cédé une pratique ou une relation sexuelle sans la souhaiter ? »***

Tout d'abord, nous interrogions les étudiants sur d'éventuels antécédents de rapport ou de pratiques sexuelles « cédées » plutôt que consenties. Plus de la moitié a répondu avoir déjà cédé un rapport ou une pratique sexuelle (53,7%). C'était arrivé « Quelques fois » pour la plupart d'entre eux (29,4%), « une seule fois » pour 19,2% d'entre eux et « souvent » pour 4,9% d'entre eux. Ce n'était jamais arrivé pour 45,1% des répondants. Seuls 1,2% soit 72 personnes ont refusé de répondre à la question. (Echantillon : 6215 répondants)

- « ***Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé d'avoir un rapport sexuel pour obtenir un bien matériel, une reconnaissance, un service ? »***

Les réponses à cette question étaient très tranchées ; ce n'était jamais arrivé pour 91,3% d'entre eux. 4,2% des répondants disaient y avoir eu recours « quelques fois » et 3,6% « une seule fois ». Seuls 35 personnes ont refusé de répondre à cette question. (Echantillon : 6215 personnes)

- « ***Avez-vous déjà questionné certaines situations où vous n'êtes pas sûrFrance d'avoir requis le consentement de votre partenaire, pour un rapport/ une pratique sexuelle ? »***

La question suivante interrogeait également le consentement mais par l'angle opposé de celui utilisé deux questions plus haut.

72,7% des étudiants, donc l'immense majorité, ont répondu y avoir réfléchi et être sûr d'avoir toujours requis le consentement de leur partenaire. 11% concédaient n'y avoir jamais réfléchi. 8,2% des répondants y avait réfléchi et n'étaient pas sûrs d'avoir toujours requis le consentement des

partenaires. 5,8% avaient identifié des situations problématiques sur le plan du consentement. 129 personnes ont refusé de répondre.

- ***« Avez-vous déjà subi des violences à caractère sexuel dans votre vie en général ? »***

Ils étaient près de 30% à répondre par l'affirmative à cette question et 8,3% à répondre ne pas savoir ce qui laisse imaginer une sous-estimation du phénomène. 36 personnes seulement ont refusé de répondre. A noter qu'il figurait ici une liste non exhaustive de violences.

- ***« Ces faits ont-ils eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? »***

La question qui suivait invitait les étudiants à préciser si ces évènements avaient eu lieu au sein de l'université. C'était le cas pour 8,2% d'entre eux, 90,5% ont répondu « non » et 28 personnes ont refusé de répondre. (Echantillon : 2224 personnes).

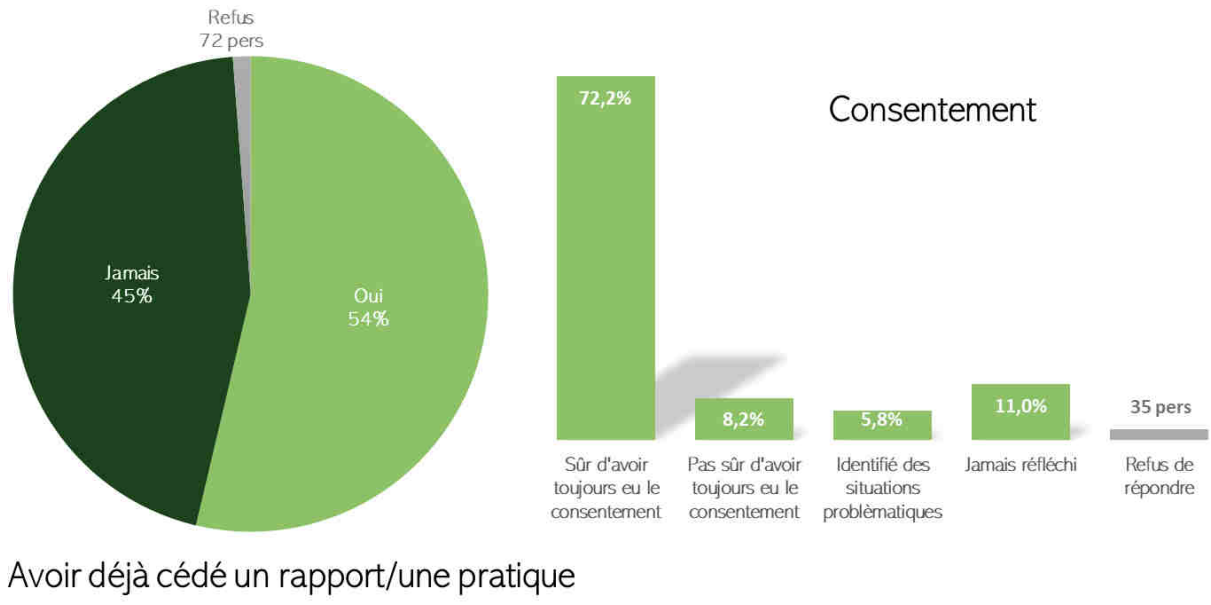


Diagramme 19 : Synthèse sur le consentement

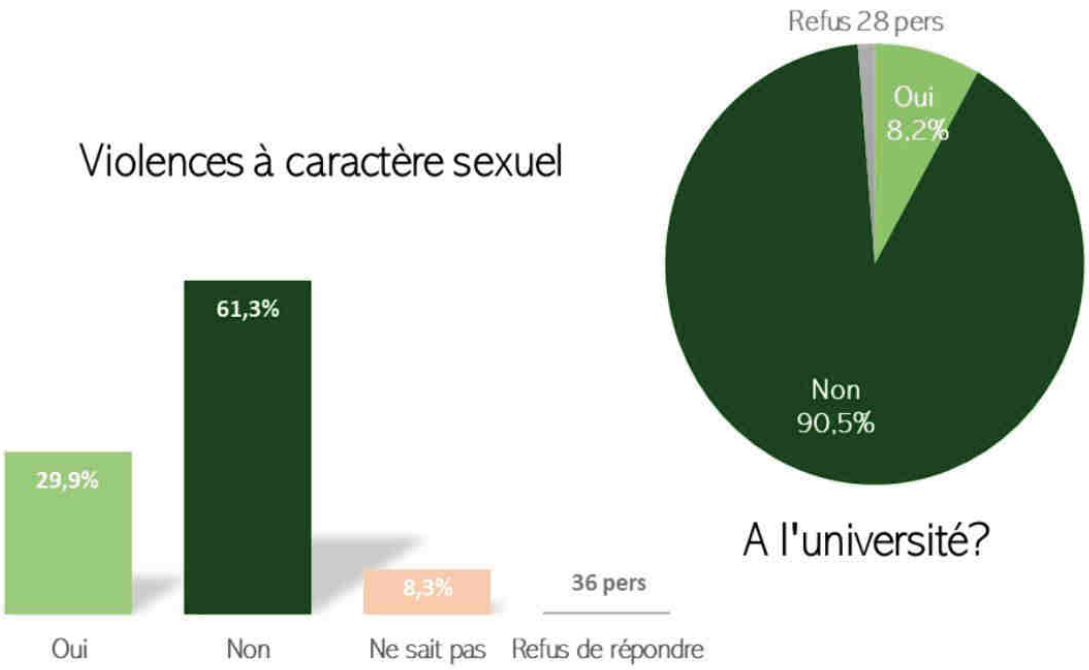


Diagramme 20 : Synthèse sur les violences à caractère sexuel

b. Violences sexistes

- « ***Avez-vous déjà subi des violences sexistes, et si oui, à quelle fréquence ? »***

Cette question était soumise à l'ensemble des étudiants. Ils étaient 41% à n'en avoir jamais subi mais 36,3% déclaraient en avoir subi « quelques fois », 15,2% « souvent » et 6,6% déclaraient en avoir subi « une seule fois ». Au total, les réponses affirmatives représentaient tout de même 58,1% des 7431 réponses.

- « ***Ces faits ont-ils déjà eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? »***

Les évènements avaient eu lieu à l'université ou étaient en lien avec une personne de l'université à hauteur de 17,5% ; 80,4% n'avaient pas de lien, 90 personnes ont refusé de répondre (2,1%). (Echantillon : 4323 personnes)

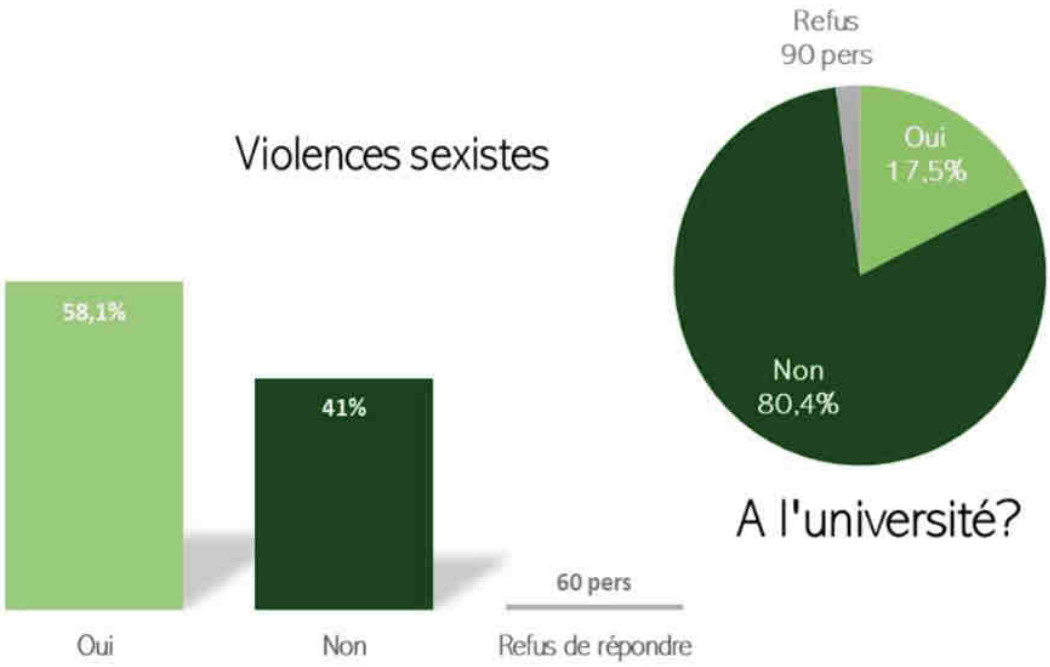


Diagramme 21 : Synthèse violences sexistes

c. Violences en lien avec l'orientation sexuelle

- ***« Avez-vous déjà subi des violences relatives à votre orientation sexuelle ? »***

Seuls 9,6% des répondants ont déclaré avoir déjà subi des actes de violence directement en lien avec leur orientation sexuelle, 89% n'en avait jamais subi. 104 personnes ont refusé de répondre.

- ***« Ces faits ont-ils déjà eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? »***

Ces évènements avaient eu lieu à l'université ou par une personne de l'université dans 15,6% des cas. Ce n'était pas le cas dans 82,4% des cas. 14 personnes n'ont pas souhaité répondre.

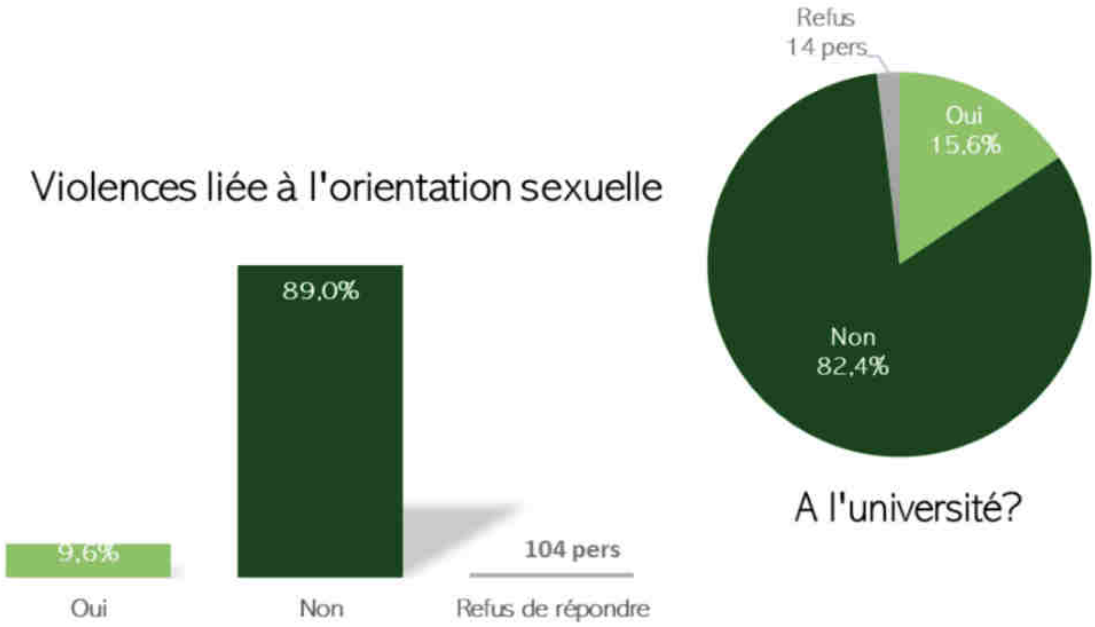


Diagramme 22 : Synthèse violences liées à l'orientation sexuelle

Etude analytique

Ces analyses multivariées ont été réalisées au moyen d'une régression logistique. L'ensemble des résultats est donné sous la forme d'un tableau ci-après.

Plusieurs variables ont été analysées par rapport à des sous-populations. Celles-ci figurent dans les colonnes du tableau. Ces sous-population se basent sur :

- le **genre**, divisé en population « femme » et « homme »

- **l'orientation sexuelle**, divisée en population « hétérosexuelle » et « minorité sexuelle » regroupant les personnes qui se sont déclarées homosexuelle, bisexuelle et asexuelle

- la **consommation de médias d'éducation sexuelle**, divisée en une population qui consulte des médias d'éducation sexuelle et celle qui n'en consomme pas

- le **canal ayant joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle**. On extrait deux sous-populations, « les personnes pour lesquels l'intervention scolaire a joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle » et les autres ;

- puis « les personnes pour lesquels les médias en ligne ont joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle » et les autres.

En effet, il est apparu à l'issue de l'enquête qu'une immense majorité des étudiants a déclaré avoir bénéficié d'une intervention scolaire en éducation sexuelle (82,2%). Cependant, le questionnaire ne prévoyait pas l'étude du nombre de séances ni le caractère efficient de ces séances alors que c'est un paramètre qui est justement mis en question. L'utilisation de la question « Qu'est-ce qui a joué le plus grand rôle dans votre éducation sexuelle » permettait de contourner cet obstacle.

Par ailleurs, pour faciliter l'interprétation et la lecture des résultats, les items tels qu'ils figuraient dans le questionnaire ont été simplifiés. Ainsi, les items « d'accord » réunissent les

réponses « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord », tandis que les items « pas d'accord » sont issus de la fusion des réponses « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Consignes de lecture du tableau ci-après :

Le tableau se lit en ligne, en fonction des colonnes. Pour chaque caractéristique, on peut trouver l'odds ratio, l'intervalle de confiance et le p value. Pour exemple, si on considère la première ligne, qui analyse la consommation de pornographie, l'odds ratio de la réponse « oui » par rapport à la réponse « jamais » était à 0,1 avec un intervalle de confiance de [0,09-0,12] et le p value était significatif. Autrement dit, il y avait un lien significatif entre le fait d'être de genre masculin et la consommation de pornographie.

		GENRE			ORIENTATION SEXUELLE			CONSOMMATION DE MEDIAS SUR LA SEXUALITE			PLUS GRAND ROLE DANS L'EDUCATION SEXUELLE: INTERVENTION SCOLAIRE			PLUS GRAND ROLE DANS L'EDUCATION SEXUELLE: MEDIAS EN LIGNE		
		si OR > 1, le lien est en faveur du genre "femme" si OR < 1, le lien est en faveur du genre "homme"			si OR > 1 le lien est en faveur de la sous population "minorités sexuelle" Si OR < 1 le lien est en faveur de l'orientation hétérosexuelle			si OR > 1, le lien est en faveur de la sous-population qui consulte des médias d'éducation sexuelle au moins une fois par mois si OR <1, le lien est en faveur de la sous-population qui ne consomme jamais de médias d'éducation sexuelle			si OR > 1, le lien est en faveur des étudiants pour lesquels les interventions d'éducation sexuelle à l'école ont joué le plus grand rôle si OR <1, le lien est en faveur des étudiants pour lesquels c'est un autre moyen d'information qui a joué le plus grand rôle			si OR > 1, le lien est en faveur des étudiants pour lesquels les médias d'éducation sexuelle à l'école ont joué le plus grand rôle si OR <1, le lien est en faveur des étudiants pour lesquels c'est un autre moyen d'information qui a joué le plus grand rôle		
		OR	IC	p value	OR	IC	p value	OR	IC	p value	OR	IC	p value	OR	IC	p value
Consommation de pornographie	Oui	0.10	[0.09, 0.12]	<0,001	1.68	[1.48, 1.90]	<0.001									
	Jamais	9.96	[8.50, 11.7]	<0,001	0.60	[0.53, 0.68]	<0.001									
Masturbation	Souvent (Plusieurs x par jour/une x par jour/une ou plusieurs x par semaine)	0.16	[0.14, 0.18]	<0,001												
	Ponctuellement (une ou plusieurs x par mois, occasionnellement)	4.12	[3.64, 4.67]	<0,001												
	Jamais	5.52	[4.29, 7.24]	<0,001												
Rapport sexuel à risque	Oui	1.23	[1.10, 1.37]	<0,001	1.34	[1.18, 1.52]	<0.001	1,23	[1.11, 1.36]	<0.001						
	Non	0.81	[0.73, 0.91]	<0,001	0.75	[0.66, 0.85]	<0.001	0,85	[0.76, 0.94]	0,002						
Dépistage des IST	Régulièrement, sans changement de partenaire	1.38	[1.11, 1.74]	0.004	1.57	[1.26, 1.95]	<0.001	1,27	[1.04, 1.57]	0.021						
	Quand changement de partenaire	1.29	[1.14, 1.46]	<0.001	0.86	[0.75, 0.98]	0.027	1,21	[1.08, 1.36]	0.001						
	Si exposition	0.87	[0.76, 1.00]	0.044	1.08	[0.92, 1.26]	0.33	1,18	[1.04, 1.35]	0.017						
	Jamais	0.81	[0.72, 0.91]	<0.001	0.94	[0.83, 1.07]	0.35	0,71	[0.65, 0.80]	<0.001						
Sentiment de responsabilité dans le contrôle de la fécondité pour les hommes	Oui							1.40	[0.95, 2.09]	0.088						
	Non							0.71	[0.48, 1.05]	0.088						
Satisfaction sexuelle	Oui	1.37	[1.21, 1.55]	<0.001	0.73	[0.64,0.84]	<0.001	0.99	[0.87, 1.11]	0.81						
	Non	0.73	[0.64, 0.83]	<0.001	1.36	[1.19, 1.56]	<0.001	1.01	[0.90, 1.15]	0.81						
Manquer d'information sur la sexualité en général	D'accord	0.59	[0.53, 0.65]	<0.001	0.81	[0.72, 0.90]	<0.001	0.71	[0.64, 0.78]	<0.001	1,71	[1.38, 2.13]	<0.001	0.83	[0.76, 0.92]	<0.001
	Pas d'accord	1.71	[1.54, 1.90]	<0.001	1.24	[1.11, 1.39]	<0.001	1.41	[1.28, 1.55]	<0.001	0.59	[0.47, 0.73]	<0.001	1.20	[1.09, 1.32]	<0.001
Manquer d'informations sur les IST/la contraception	D'accord	0.72	[0.65, 0.80]	<0.001	0.81	[0.72, 0.91]	<0.001	0.73	[0.66, 0.80]	<0.001	1.82	[1.46, 2.28]	<0.001	0.84	[0.76, 0.92]	<0.001
	Pas d'accord	1.38	[1.25, 1.54]	<0.001	1.24	[1.10, 1.38]	<0.001	1.37	[1.24, 1.51]	<0.001	0.55	[0.44, 0.68]	<0.001	1.20	[1.09, 1.32]	<0.001
Manquer d'informations sur le plaisir	D'accord	0.55	[0.49, 0.60]	<0.001	0.93	[0.83, 1.05]	0.24	0.71	[0.64, 0.78]	<0.001	1.39	[1.13, 1.71]	0.002	0.97	[0.88, 1.06]	0.48
	Pas d'accord	1.83	[1.65, 2.03]	<0.001	1.07	[0.95, 1.20]	0.24	1.42	[1.29, 1.56]	<0.001	0.72	[0.59, 0.89]	0.002	1.04	[0.94, 1.14]	0.48
Médias sexualité	En consulter (qq soit la fréquence)	2.12	[1.91, 2.35]	<0.001	1.89	[1.67, 2.15]	<0.001									
	Ne pas en consulter	0.48	[0.43, 0.53]	<0.001	0.52	[0.46, 0.59]	<0.001									
Consentement 1er rapport	Consenti	0.33	[0.26, 0.41]	<0.001	0.55	[0.46, 0.66]	<0.001									
	Cédé mais non souhaité	3.13	[2.45, 4.07]	<0.001	1.58	[1.31, 1.91]	<0.001									
	Non consenti	2.37	[1.43, 4.19]	<0.001	2.86	[1.95, 4.14]	<0.001									
Céder des rapports	Déjà arrivé (une fois/qq fois/souvent)	3.78	[3.36, 4.26]	<0.001	1.72	[1.51, 1.96]	<0.001									
	Jamais	0.26	[0.23, 0.30]	<0.001	0.58	[0.51, 0.66]	<0.001									
Violences sexuelles	Oui	4.96	[4.28, 5.77]	<0.001	2.23	[1.98, 2.51]	<0.001									
	Non	0.20	[0.18, 0.23]	<0.001	0.43	[0.38, 0.48]	<0.001									
	Ne sait pas	2.25	[1.81, 2.83	<0.001	1.39	[1.15, 1.68]	<0.001									

a. Comportements et pratiques

A propos des pratiques de masturbation et de la consommation de pornographie, on mettait en évidence un lien très important avec le genre. Lorsqu'un étudiant répondait qu'il ne pratiquait jamais la masturbation, il y avait 5,52 fois plus de chance qu'il s'agisse d'une femme que d'un homme. De même, lorsqu'un étudiant répondait qu'il ne consommait jamais de pornographie, il y'avait 9,96 fois plus de chance que l'étudiant soit une femme. A l'inverse, lorsqu'un étudiant déclarait se masturber « souvent », variable qui réunissait les items « plusieurs fois par jour », « une fois par jour » et « une ou plusieurs fois par semaine », il n'y avait que 16% de chance qu'il s'agisse d'une femme, et lorsqu'il déclarait consommer de la pornographie, il n'y avait plus que 10% de chance qu'il s'agisse d'une femme.

On notait également une propension à consommer de la pornographie dans la sous-population « minorités sexuelles » avec un ratio 1,68 fois supérieur à la population hétérosexuelle. Tous ces chiffres étaient significatifs.

Concernant le dépistage des infections sexuellement transmissibles, les femmes avaient tendance à se dépister plus souvent que les hommes avec un OR à 1,38 pour la variable « Régulièrement, même lorsque je ne change pas de partenaire » et un OR à 1,29 pour la variable « A chaque changement de partenaire » alors que les hommes avaient tendance à répondre plus fréquemment « jamais » (OR 0.81). En même temps, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir déjà eu des rapports sexuels à risque (OR 1.23) que les hommes. Par rapport à l'orientation sexuelle, on notait une tendance similaire auprès de la population « minorité sexuelle » qui avait également significativement plus de risque d'avoir déjà eu des rapports sexuels non protégés (OR 1.34) mais se dépistait également plus régulièrement que la population « hétérosexuelle » (OR 1,57 pour la variable dépistage régulier même sans changement de partenaire). Les autres paramètres de dépistage des IST en fonction du genre donnaient des odds ratio non significatifs.

Cette tendance était également observée parmi la population d'étudiants qui consommaient des médias d'éducation sexuelle. Ils se dépistaient globalement plus que la population qui ne consommait pas de médias sur le sujet, quel qu'en soit les modalités et le lien le plus fort concernait la variable dépistage « régulièrement, même en dehors d'un rapport sexuel à risque » (OR 1.27) ; mais ils prenaient également significativement plus de risque que la population qui ne consommait pas de médias (OR 1.23 pour la déclaration d'antécédent de rapports sexuels non protégés).

L'analyse de la variable « sentiment de responsabilité dans le contrôle de la fécondité pour les hommes » en fonction de la consommation de médias d'éducation sexuelle ne donnait aucun résultat significatif.

On analysait ensuite le sentiment de satisfaction sexuelle. Les femmes avaient significativement tendance à répondre qu'elles étaient plus satisfaites que les hommes, 1,37 fois plus exactement. A l'inverse, les minorités sexuelles se sentait significativement moins satisfaites, cette sous-population répondait 1,36 fois plus souvent « non » à la question correspondante, par rapport à la population hétérosexuelle. En revanche, la consommation de médias d'éducation sexuelle n'influençait pas la satisfaction sexuelle de manière significative selon nos résultats.

b. Education sexuelle et médias

Concernant l'éducation sexuelle, on analysait notamment les trois questions qui interrogeaient le fait de manquer d'information sur la sexualité sous ses différents aspects, d'abord sur la sexualité d'une manière générale, puis sur les sujets des IST et de la contraception et enfin sur le sujet du plaisir, du consentement. De manière relativement homogène sur les trois sujets, les hommes ont dit manquer d'information beaucoup plus fréquemment que les femmes, respectivement 1.71 fois plus

que les femmes pour la sexualité en général, 1.38 fois plus sur le sujet des IST et de la contraception et 1.83 fois plus que les femmes sur le sujet du plaisir et du consentement.

A l'inverse, la sous-population « minorité sexuelle » disait plutôt ne pas manquer d'information sur la sexualité. Les personnes appartenant au sous-groupe ont répondu 1,24 fois plus souvent que la population hétérosexuelle ne pas être d'accord avec l'idée de manquer d'information sur la sexualité en général et sur le sujet spécifique des IST/de la contraception. En revanche, les chiffres n'étaient pas significatifs pour la variable « manquer d'information sur le sujet du plaisir / du consentement ».

La sous-population qui consommait des médias d'éducation sexuelle ne considérait pas non plus manquer d'information. Alors que la population qui n'en consommait pas a répondu 1.41 fois plus souvent manquer d'information sur la sexualité en général, 1.37 fois plus souvent adhérer à l'idée de manquer d'info sur la contraception/les IST et 1.42 fois plus souvent manquer d'information sur le plaisir/le consentement.

En poursuivant la lecture du tableau de gauche à droite, on pouvait lire que le sous-groupe pour lequel les interventions scolaires d'éducation sexuelle ont joué le plus grand rôle dans leur apprentissage de la sexualité manquait d'information de manière assez importante. Pour la variable « Manquer d'information sur la sexualité en général », elle était d'accord avec un OR à 1.71, pour la variable « manquer d'information sur la contraception/les IST », l'OR était à 1.82, tandis que pour la variable « manquer d'information sur les mécanismes du plaisir », l'OR était à 1.39. Tous les chiffres étaient significatifs.

Enfin, la sous-population pour laquelle ce sont les médias d'éducation sexuelle qui ont joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle répondait globalement ne pas manquer d'information. Elle était 1.2 fois plus souvent « pas d'accord » que le reste de la population à l'idée de manquer d'information sur la sexualité en général et sur la contraception/ les IST. Les chiffres n'étaient pas

significatifs pour la variable « manquer d'information sur les mécanismes du plaisir/ le consentement ».

Concernant la consommation de médias, quelle que soit la fréquence, le phénomène était fortement relié au genre. Lorsqu'un étudiant répondait en consulter, il y avait 2.12 fois plus de chance qu'il s'agisse d'une femme que d'un homme. A l'inverse, lorsqu'une personne déclarait ne jamais consulter ce genre de médias, il n'y avait que 48% de chance qu'il s'agisse d'une femme. De manière un peu moins franche mais toujours dans le même sens, la consommation de médias était reliée de manière significative au fait d'appartenir à la catégorie « minorité sexuelle » avec un OR à 1.89 par rapport à la population hétérosexuelle. Lorsque l'étudiant répondait ne pas consommer de médias sur le sujet de la sexualité, il n'y avait que 52% de chance qu'il s'agisse d'une personne appartenant à la catégorie minorité sexuelle.

c. Consentement et violences

On analysait ensuite plusieurs questions concernant le consentement. On mettait en évidence un lien fort entre le fait de céder des rapports ou des pratiques et le genre féminin. Ainsi, lorsqu'il était rapporté que le premier rapport sexuel avait été « cédé » plutôt que totalement consenti, il y avait 3.13 fois plus de risque que le répondant soit une femme plutôt qu'un homme. De même, lorsqu'un étudiant répondait avoir déjà cédé des rapports ou des pratiques qui n'était pas totalement souhaités, il y avait presque 4 fois plus de risque (OR à 3.78) qu'il s'agisse d'une femme plutôt qu'un homme. A l'inverse, il n'y avait que 33% de chance que le répondant soit une femme lorsque le premier rapport avait été pleinement consenti, et seulement 26% de chance lorsqu'une personne répondait n'avoir jamais cédé de rapport ou de pratiques. Quant à la variable « non consenti » du premier rapport sexuel, le lien avec le genre féminin était à peine moins fort avec un odds ratio à 2.37.

Concernant l'orientation sexuelle, on notait également un lien fort entre le fait d'avoir subi (non consenti) le premier rapport sexuel et celui d'appartenir au groupe dit des « minorités sexuelles ». Ainsi, lorsqu'un étudiant répondait que son premier rapport sexuel n'était pas consenti, il y avait 2.86 fois plus de risque qu'il s'agisse d'un étudiant homosexuel ou bisexuel ou asexuel, qu'un étudiant hétérosexuel. Ce chiffre s'élevait à 1.58 pour la variable « premier rapport cédé mais non souhaité » marquant un lien avec l'orientation sexuelle également même s'il était un peu moins fort.

Enfin, on analysait la variable violences sexuelles en fonction du genre et de l'orientation sexuelle. Ici, sans surprise, le lien était encore plus important. Lorsqu'un étudiant avait déjà subi des violences sexuelles, il y avait presque 5 fois plus de risque qu'il s'agisse d'une femme que d'un homme (OR à 4.96). Lu autrement, lorsqu'un étudiant avait déjà subi des violences sexuelles, il n'y avait que 20% de risque qu'il s'agisse d'un homme. A l'inverse, lorsqu'une personne répondait n'avoir jamais subi de violences, il n'y avait que 20% de chance qu'il s'agisse d'une femme. Il y avait un lien également entre le fait de ne pas savoir [si on a été victime de violences sexuelles] et le fait d'être une femme, avec un OR à 2.25.

Enfin, l'étude retrouve un lien statistique entre le fait d'être homosexuel, bisexuel ou asexuel et le fait d'avoir subi des violences sexuelles. Il y avait 2.23 fois plus de risque que la personne appartienne à la catégorie des minorités sexuelles lorsqu'elle déclarait un antécédent de violences sexuelles et 1.39 fois plus de risque si elle déclarait ne pas savoir si elle a été victime de violences sexuelles.

ANALYSE ET DISCUSSION

Le taux de réponse de notre enquête est plutôt satisfaisant et laisse imaginer des résultats fiables, remplissant l'objectif initial. Pour autant, il faut signaler plusieurs biais.

A. Remarques sur la méthodologie

Tout d'abord, il existe un biais de désirabilité sociale important. La sexualité étant un sujet considéré comme tabou car relevant de l'intime, il est probable qu'il existe une sous-déclaration de certains comportements. Le biais de désirabilité fait appel à la volonté inconsciente des participants de se présenter sous leur meilleur profil. Ainsi, certaines pratiques, longtemps voire encore invalidées par la société, risquent-elles d'avoir été omises par les étudiants.

Pour illustrer le tabou qui règne encore autour du sujet de la sexualité, il est intéressant d'étudier les réponses libres fournies à la question invitant à définir sa situation amoureuse. 1,3% de l'échantillon soit 95 personnes ont choisi l'item « autre » et parmi ces réponses libres figuraient à de nombreuses reprises les termes « relation libre » et « polyamour ». Or, si la notion de multiplicités des partenaires est tout aussi entendue dans ces termes que dans les options « partenaires sexuels réguliers » et « partenaires sexuels occasionnels » qui étaient disponibles, ceux-ci font appel au registre de l'amour et de la liberté plutôt qu'au lexique de la sexualité. Le fait que ces termes aient été préférés par certains étudiants au point de prendre le temps d'en faire la précision n'est pas anodin et témoigne bien du caractère sensible des questions ayant trait directement à la sexualité.

De même, les taux d'abstention de chaque question peuvent assez bien être vus comme des indicateurs indirects du caractère sensible de celle-ci. Les questions avec les plus forts taux de non-réponse se rapportaient à des informations potentiellement stigmatisantes socialement ou renvoyant à des inégalités de genre. Ainsi, la question de la virginité ramenait le taux d'abstention le plus élevé de toutes les questions (22%). À la suite de celle-ci, les questions du partage de la charge

mentale de la contraception au sein du couple suivaient, avec des taux de non-réponse également très élevés pour chacune d'entre elles.

Afin de diminuer le biais de désirabilité sociale, l'enquête a été réalisée de manière anonyme et volontaire, et pour chaque question ou presque, il existait la possibilité de ne pas répondre plutôt que de choisir un item par gêne ou honte. Cependant, si cette option a pu diminuer le biais de désirabilité sociale, il a engendré un autre biais, celui de « non-réponse ».

Ainsi, pour chacun des résultats descriptifs, le taux de non-réponse est délivré afin d'interpréter les données en fonction. Cependant, hormis pour les questions évoquées juste avant concernant la virginité et le partage de la charge mentale de la contraception, les taux de non-réponse étaient globalement bas, inférieurs à 3%.

Concernant l'échantillon de l'étude, il est composé de 69,6% de femmes, 28,4% d'hommes avec une moyenne d'âge de 21 ans. Par comparaison, la population étudiante de l'Unistra est composée de 58,6% de femmes et de 41,4% d'hommes avec une moyenne d'âge de 30 ans, selon les chiffres du service statistique. On met donc en évidence un biais de sélection, inévitable dans le contexte où l'enquête était réalisée sur la seule base du volontariat, par auto-questionnaire. Il apparait évident que les étudiants qui ont accepté de prendre le temps d'y répondre se sentaient plus concernés par le sujet, ce qui peut avoir engendré une sur-représentation de certains comportements et expériences. Par ailleurs, le plus jeune âge de l'échantillon par rapport à la population étudiante peut avoir légèrement biaisé les réponses concernant l'utilisation des médias audiovisuels.

Pour autant, le taux de réponse satisfaisant de 13,1% constitue une force de l'étude et diminue légèrement chacun des biais. On peut également noter l'existence d'une fiche d'information conséquente à l'ouverture de l'étude qui voulait rassurer l'étudiant tant concernant la finalité d'utilisation de ces données et le caractère protégé des informations, que concernant le caractère

bienveillant et sans jugement des investigateurs. Il est possible que cette introduction ait favorisé le taux de réponse. Enfin, il était fourni en fin de test un carnet d'adresses et différentes ressources médico-sociales afin d'encadrer sa réalisation. Il pourrait être intéressant d'étudier la connaissance qu'avaient les étudiants de l'existence de ces différentes antennes avant leur découverte au sein du questionnaire et l'éventuel effet de la diffusion de ce carnet d'adresse.

B. Remarques sur les résultats et validité externe

a. Comportements et pratiques

Concernant l'entrée dans la sexualité, l'enquête de l'Observatoire de la vie étudiante recense en 2018 que « trois-quarts des étudiants » ont déjà eu des rapports sexuels tandis que l'enquête de la mutuelle étudiante SMEREP retrouve un taux de 71% parmi ses adhérents et 72% au sein de l'échantillon d'étudiant non adhérent ; enfin l'enquête EMEVIA 2015 rapporte un taux à 72% (87,89,90). Le taux d'étudiant ayant déjà eu des rapports sexuels est un peu plus bas dans notre enquête (62%) mais cette question souffre d'un taux de non-réponse élevé qui peut expliquer cette différence.

A travers ce taux d'abstention important, on peut lire le poids persistant des représentations héritées de l'adolescence en lien avec cette « caractéristique ». Elles sont nombreuses et contraires. Ainsi, les femmes sont incitées à se rendre disponibles et séduisantes pour les garçons mais doivent également garder une image de pureté afin de ne pas être stigmatisées. De même, alors que les jeunes évoluent dans une société très sexualisée et dans un groupe social qui moque la virginité tardive, le fait d'avoir des relations sexuelles en dehors du mariage est fortement condamné dans certaines familles sur l'argument religieux.

A propos de l'âge du premier rapport évalué à 16,9 ans dans notre enquête, il est comparable à celui obtenu dans les différents sondages ; ainsi le Baromètre santé 2016 rapporte un âge de 17,6

ans pour les filles et 17 ans pour les garçons ; l'enquête SMEREP et l'enquête EMEVIA, des chiffres variants très peu autour de 17 ans (60,87,90). Cet âge est stable dans le temps depuis les années 80, après qu'on a observé un abaissement brutal de 2 ans et demi dans les années 60 (91).

Concernant l'orientation sexuelle, il existe très peu d'études officielles en France et encore moins sur les étudiants. Parmi les quelques chiffres disponibles, on trouve ceux de l'Insee qui recensent le nombre de personnes vivant en couple avec des personnes de même sexe afin de faire une évaluation indirecte de la population homosexuelle (92). Cependant, ces chiffres ne sont pas comparables avec les résultats de notre étude qui concernent des étudiants qui ne vivent qu'en faible proportion en couple. On dispose également des chiffres du Baromètre Santé 2016 qui analyse l'orientation sexuelle par l'angle des expériences sexuelles. Ainsi, 1% des femmes et 3,2% des hommes rapportent s'être initiés avec des partenaires de même sexe et dans la suite du parcours de vie, 5,6% des femmes et 4,2% des hommes déclarent avoir eu des rapports homosexuels. Seule une étude récente, l' « Étude Ifop pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 29 mai au 3 juin 2019 auprès de 3 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus » récence l'orientation sexuelle selon le même modèle que notre enquête. Elle retrouve un taux de 3,2% de personnes homosexuelles, 5,7% de bisexuels, 82,7% d'hétérosexuels exclusifs (93). Il figure des catégories qui n'existaient pas dans notre enquête telle que « hétérosexuels attirés par des personnes de même sexe » qui pourraient éventuellement avoir répondu « bisexuelle », mais dans l'ensemble, les chiffres des minorités sexuelles sont moindres que ceux obtenus dans notre enquête tandis que le taux d'hétérosexualité est plus important.

Il est possible que cette différence soit attribuée à une meilleure acceptation sociale des multiples modèles de sexualité par les jeunes. En effet, le concept d'orientation sexuelle est actuellement « en chantier ». Alors qu'elle est déjà une notion difficile à étudier – en témoigne les rares études – puisque susceptible d'évoluer au cours du temps et des expériences, potentiellement

discriminante et stigmatisante, l'orientation sexuelle observe aujourd'hui un certain changement. Depuis quelques années, les catégories traditionnellement utilisées pour décrire une préférence de sexe des partenaires sont critiquées et progressivement délaissées à la faveur de nouveaux termes. En témoigne la popularité du mot « pansexuel[12] », inconnu du grand public jusqu'il y a peu, revenu sur le devant de la scène à partir des années 90 et aujourd'hui très utilisé par les jeunes, ou encore de celui de « queer[13] ». Dans l'enquête « Santé LGBT », 7,1% des jeunes se déclarent pansexuels (95). Dans notre enquête, alors que l'option « pansexuel » n'était pas proposée, l'item « Autre » a été choisi par 3% des répondants dont la majorité ont justement souhaité préciser qu'ils se considéraient comme pansexuels. Et la pansexualité n'est qu'un exemple, on note également dans ces réponses libres une diversification des termes caractérisant les différents courants d'asexualité tels que « greysexuel », « demisexuel », « aromantique ».

Cette véritable révolution lexicale de la sexualité traduit sans aucun doute une volonté de rupture de la jeune génération avec des concepts qui ne lui correspondent plus. L'idée sous-jacente est celle d'une remise en question de l'hétéronormativité, ce modèle binaire faisant foi jusqu'alors, en faveur d'un modèle qui prendrait mieux en compte les différentes dimensions des personnes, qui serait moins axé sur le sexe biologique.

Cette démarche inclusive laisse imaginer de profonds changements en cours et à venir dans le champ de la sexualité. A l'heure actuelle, les enquêtes – la nôtre n'échappe pas à la règle – accusent un décalage et ne prennent pas du tout en compte ces nouvelles réalités des jeunes. De fait, il est fort improbable que l'enseignement à la sexualité dispensé actuellement soit beaucoup plus adapté, ce qui va dans le sens des témoignages des jeunes interrogés dans le Baromètre du HCE.
L'étude des comportements, des enjeux, des normes sociales auxquelles sont exposés les jeunes est un prérequis indispensable à un enseignement à la sexualité cohérent et pertinent.

[12] La pansexualité se définit comme l'attirance sexuelle, émotionnelle, romantique ou spirituelle pour d'autres personnes sans considération de leur sexe biologique, de leur expression de genre ou de leur orientation sexuelle

[13] Initialement utilisé comme une insulte à l'encontre de la population homosexuelle, il signifie aujourd'hui une « Personne dont l'orientation ou l'identité sexuelle ne correspond pas aux modèles dominants » (94)

Concernant les pratiques sexuelles, les dernières enquêtes quantitatives sont issues du livre « Enquête sur la sexualité en France » des sociologues Nathalie Bajos et Michel Bozon, publié en 2008. Cette enquête étudie les pratiques de manière distincte en fonction du sexe et de la fréquence selon un modèle moins précis que celui utilisé dans notre enquête, ce qui rend les chiffres difficilement comparables. Cependant, les tendances sont tout à fait similaires avec une pratique de la pénétration vaginale très majoritaire devant les autres pratiques, des pratiques oro-génitales qui sont devenus très ordinaires dans le répertoire sexuel et une pratique de pénétration anale peu fréquente même si la déclaration augmente un peu.

Quant à la masturbation, même si elle est de plus en plus fréquemment déclarée par les femmes, elle reste expérimentée de manière nettement plus importante et plus tôt par les hommes (96). Dans notre travail, les résultats sont forts éloquents sur ce point, avec une propension très forte à être une femme lorsque l'étudiant déclarait ne jamais se masturber. Non seulement les femmes se masturbent moins que les hommes, mais elles le déclarent également beaucoup moins.

La condamnation de la masturbation sur des arguments hygiénistes et moraux remonte à l'après-guerre avec le rapport de la Commission François en 1948 (19). Ce n'est que dans les années 70-75 que le discours des spécialistes change, bien qu'ils ne s'accordent pas tous d'emblée sur la conclusion que cette activité n'est qu'une étape naturelle du processus de maturation sexuelle. À La suite, le tabou se lève mais il persiste une grande inégalité entre les genres. Alors qu'on prête aux hommes une sexualité quasi animale et instinctive, la sexualité féminine n'est admise que dans le cadre d'une activité conjugale, à deux, avec un goût pour la tendresse et les caresses. Double standard classique encore d'actualité, la sexualité est une activité virile et le fait de s'y adonner librement est félicité chez les hommes autant qu'il est stigmatisé pour les femmes. Petit à petit, la masturbation des garçons intègre les représentations culturelles quand celle des jeunes filles reste invisibilisée jusqu'il y a peu. Et lorsqu'une activité est absente des représentations et des discours, elle en devient par défaut honteuse, inavouable, non déclarée.

La situation a changé de manière radicale depuis quelques années avec l'explosion de l'offre des objets d'autostimulation à destination des femmes et un accès facilité tant à ces objets qu'à des supports d'excitation divers – sites et littérature pornographique. L'industrie du sexe ne s'est pas trompée sur le potentiel commercial d'une forte insatisfaction sexuelle unilatérale et de l'*orgasm gap*[14]. Parallèlement, les représentations culturelles se multiplient et la pratique de la masturbation tend à se normaliser, en témoigne les chiffres de déclaration. Selon une étude IFOP réalisée pour Le Plaisir Féminin par auto-questionnaire sur un échantillon de 913 femmes représentatif de la population générale, elles sont dorénavant 74% à déclarer s'être déjà masturbé en 2017 contre 19% en 1970 lors du rapport Simon (97). Reste que la masturbation est encore beaucoup plus occasionnelle pour les femmes que pour les hommes, y compris dans notre enquête et qu'il faudrait évaluer la réalité de cette « acceptation » auprès d'un public adolescent, plus sensible aux stéréotypes.

La pornographie suit exactement la même tendance avec un lien encore plus marqué avec le genre. La consommation de pornographie étant très fortement reliée à l'activité de masturbation, le lien avec le genre est facilement expliqué. De surcroit, on rappelle qu'aujourd'hui encore, le cinéma pornographique est quasi exclusivement réalisé et mis en scène par des hommes, ce qui rend le point de vue masculin hétérosexuel largement dominant. C'est ce qu'on appelle le « *male gaze* », terme désignant l'impact du genre sur toute production visuelle. En vulgarisant, des hommes produisent du contenu pour des hommes, qui reste consommé essentiellement par des hommes ; les femmes peinant à s'identifier à ces productions. De plus, les contenus pornographiques sont aujourd'hui plus que jamais marqués par un sexisme assumé qui fait l'apologie d'une domination sur la femme jusque dans l'intimité. Présentant une image de la femme comme objet sexuel à travers des postures inspirant la vulnérabilité et la disponibilité ; exploitant les codes du fétichisme, romançant le viol et la violence physique, il paraît peu surprenant que les femmes soient moins consommatrices de ces

[14] Voir plus haut, rubrique « Inégalités entre les femmes et les hommes dans la sexualité érotique » pour le détail

contenus. S'il se développe depuis peu une offre alternative portée par les femmes et les minorités sexuelles, celle-ci reste nettement moins accessible, notamment en termes de coût.

Par ailleurs, on constatait également un lien entre l'orientation sexuelle et la consommation de pornographie, lien déjà observé dans des études préalables. L'enquête Ifop pour CAM4 réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 23 mai au 8 juin 2019 auprès d'un échantillon de 848 hommes gays et bisexuels âgés de 18 ans et plus, représentatif de la population, mettait en évidence une nette surconsommation de contenus pornographiques chez les gays, bis et hétérocurieux par rapport au reste de la population masculine (98). L'étude identifiait même qu'un tiers de l'échantillon ressentait une forme d'addiction à cette stimulation.

Cette différence d'usage pourrait trouver sa source dans la difficulté à assumer sa sexualité pour une grande partie des personnes LGBT. L'isolement social et « amoureux » secondaire au fait de se cacher pourrait conduire les minorités sexuelles à avoir plus fréquemment recours à une sexualité virtuelle.

Enfin, l'enquête de Nathalie Bajos et Michel Bozon évalue le phénomène relativement récent de la rencontre amoureuse par les nouveaux moyens de communication. Si on calcule une moyenne des chiffres de déclaration d'au moins une connexion sur des sites de rencontres des femmes et des hommes pour les tranches d'âge 18-19 ans et 20-24 ans de l'étude réalisée en 2008, on obtient un chiffre de 29,6%. Dans notre enquête, ce sont 38% des répondants qui ont déjà utilisé un site ou une application de rencontre. Cependant, l'explosion de l'offre dans le domaine de la rencontre numérique ces dernières années laisse penser qu'une augmentation de l'utilisation est tout à fait cohérente. D'ailleurs, l'étude « Ifop pour LACSE réalisée par téléphone du 28 décembre 2017 au 3 janvier 2018 auprès d'un échantillon de 2 012 personnes, représentatif de la population résidant en France métropolitaine âgée de 18 à 69 ans » retrouve une moyenne de 36,5% des 18-24 ans ayant déjà surfé sur un site de rencontre ou inscrit sur une application et de 48,5% des 25-34 ans (99).

A propos des risques sexuels, les enquêtes étudiantes retrouvent une tendance à se protéger lors du premier rapport sexuel mais plus systématiquement après. Si nous n'avons pas étudié spécifiquement le premier rapport, notre enquête met en évidence que près de la moitié des répondants (dont la moyenne d'âge est de 21 ans) a déjà eu des rapports sexuels non protégé avec une personne dont ils ne connaissaient pas le statut infectieux. Dans l'enquête SMEREP, ils sont 57% (43% dans l'échantillon non adhérent) à ne pas utiliser systématiquement un préservatif (87).

L'enquête SMEREP et celle de la LMDE rapportent les raisons invoqués par les étudiants pour expliquer la non-utilisation d'un préservatif, en tête desquelles la confiance en leur partenaire (87,100). Dans notre travail, nous étudions la réaction à la suite d'un rapport non protégé et dans la majorité des cas (47,6%), les étudiants n'ont rien fait. Ce chiffre est même un peu sous-estimé car l'analyse des réponses « Autre » révèle des réponses équivalentes au fait de ne rien faire, associées à des précisions. Outre le fait qu'ils ont « discuté avec le partenaire » et lui « ont fait confiance », ces réponses libres traduisent un manque d'information patent. Certains étudiants témoignent avoir pris connaissance du fait que les rapports oro-génitaux pouvaient être contaminants plusieurs années après l'évènement ; d'autres font une confusion évidente entre la protection contre les IST et la contraception. Les risques sont minimisés et visiblement mal connus ; certains étudiants racontent n'avoir rien fait et attendu de voir s'ils présentaient des symptômes, symptômes dont ils n'ont vraisemblablement aucune connaissance. Alors même que l'éducation sexuelle actuellement proposée dans les écoles n'est centrée que sur la gestion des risques, alors même que l'enquête est réalisée dans une population ayant un niveau d'étude supérieur, le manque d'information sur la sexualité est réel.

A la suite d'un rapport à risque, un grand nombre d'entre eux répond tout de même s'être rendu dans un Ceggid, ce qui est plutôt une bonne nouvelle. Ils sont 33,7% dans notre enquête, tandis qu'ils étaient 35% dans l'enquête EMEVIA (90). On peut imaginer qu'ils ont une bonne connaissance du dispositif et que celui-ci leur convient en termes d'accès horaires et de gratuité. En revanche, on note que les étudiants ont très peu recours à la médecine préventive dans cette

indication alors même que celle-ci apparait tout à fait compétente et adaptée à leurs besoins (gratuité de la consultation également, localisation sur le campus). Il serait intéressant d'explorer les raisons du faible recours à cette ressource dans une prochaine enquête. Les étudiants ont-ils connaissance de la possibilité de bénéficier d'un dépistage anonyme et gratuit sur le campus ?

Concernant les habitudes de dépistages, les résultats sont plutôt comparables ou meilleurs que les études disponibles. Dans l'enquête SMEREP, les étudiants étaient 33% à se dépister toujours ou la plupart du temps lors d'un changement de partenaires quand ils étaient 30,6% à le faire à cette occasion dans notre enquête. Dans l'enquête LMDE, ils sont 54% à avoir déjà effectué un dépistage du VIH ; ils sont 57,7% par addition des différentes modalités dans notre enquête.

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir déjà eu des rapports non protégés. Le fait d'être potentiellement exposées au risque de grossesse non désirée dans un même temps les rend possiblement plus attentives à ces situations. Par ailleurs, puisqu'elles apparaissaient globalement mieux renseignées sur les IST et la contraception, on peut imaginer qu'elles identifient mieux les situations à risque de contamination. En outre, certaines études récentes mettent en évidence le fait que la responsabilité de la protection contre les IST – veiller à avoir des préservatifs, réclamer son port, mais également réclamer un dépistage des IST – s'est petit à petit transféré sur les femmes. Alors que la menace du VIH s'est éloignée, le préservatif est en quelque sorte réduit à sa seule fonction contraceptive. Les femmes se voient implicitement chargée de gérer l'ensemble du travail « sanitaire » de la sexualité dans le prolongement de la contraception (101).

A la lumière de ces éléments et en considérant le corolaire d'un possible désengagement de certains jeunes hommes dans la responsabilité du contrôle des IST, on ne sera pas surpris de constater que les femmes se dépistaient plus fréquemment que les hommes et en amont d'une exposition, quand ceux-ci déclaraient plus fréquemment ne se dépister qu'après un rapport non protégé ou ne jamais le faire.

Par ailleurs, l'enquête LMDE fait état d'un taux de dépistage plus important dans la population homosexuelle et bisexuelle ; c'est aussi le cas dans notre étude avec un lien statistique qui existe entre le fait de se dépister régulièrement et celui d'appartenir à la catégorie « minorité sexuelle ».

A propos de la contraception, les résultats sont un peu plus divergents des enquêtes comparatives mais le recueil ne s'est pas fait de manière strictement identique. Pour rappel, toutes les propositions « pilule + préservatif » ont été comptabilisé dans l'item « pilule » ce qui peut contribuer à la surestimation de cette proposition et à la sous-estimation de l'utilisation du préservatif. De même, on peut s'étonner du nombre important de femmes ayant répondu ne pas utiliser de contraception (27,3%) mais ce chiffre est biaisé et ne peut aucunement être interprété tel quel. A l'inverse du Baromètre Santé 2016, nous n'avons pas interrogé uniquement les femmes « non enceintes, non stériles, ayant eu un rapport sexuel avec un homme dans les douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant ». Parmi les personnes n'utilisant pas de contraception, il y a donc des personnes qui n'ont pas de rapports fécondants, des personnes qui souhaitent être enceintes, et sans doute un nombre important de femmes n'ayant pas de partenaire au moment du questionnaire qui s'est déroulé dans une période d'isolement social majeur (pandémie de Covid 19). Il est probable également que les personnes ayant recours aux méthodes dites « naturelles » – méthodes du retrait, de la symptothermie ou des températures – soient inclus dans ce chiffre. Ainsi, le nombre de personne faisant le choix conscient de ne pas utiliser de contraception n'était pas quantifiable via notre questionnaire, ce qui est regrettable car il transparaissait dans nombre de réponses une non-adhésion à la pilule contraceptive, une volonté de changer de méthode en faveur d'une alternative à la pilule ou un changement récent dans ce sens. Pour de nombreuses répondantes, la pilule apparait comme un pis-aller.

Les tendances sont cependant similaires aux travaux comparatifs ; l'étude de la LMDE 2019 retrouvait ainsi un recul de l'utilisation de la pilule contraceptive par rapport aux années précédentes, tout en restant la méthode la plus utilisée. L'usage du préservatif et celui du DIU

observent à l'inverse une nette progression, avec un taux de 8% pour le DIU dans l'enquête LMDE contre 14,2% dans notre enquête.

La validité externe des questions sur la charge mentale liée à la contraception ne peut être évaluée faute d'étude comparative mais les réponses sont intéressantes. Sans surprise, la contraception constitue une charge mentale importante pour la majorité des répondantes et seules 10,8% ne considère pas le contrôle de la fécondité comme une contrainte. Cette charge est peu partagée selon les répondantes (pour rappel, les notes 1 et 2 représentent 48,5% des réponses) et l'importante abstention à cette question peut laisser imaginer encore une sous-estimation du chiffre. Pourtant, la grande majorité des étudiants masculins interrogés a répondu adhérer tout à fait à l'idée d'avoir une responsabilité dans le contrôle de la fécondité et pour le plus grand nombre d'entre eux, ils ont tout à fait le sentiment de partager cette charge à l'heure actuelle. A relativiser tout de même, du fait d'un échantillon masculin beaucoup moins important que l'échantillon féminin. Cependant, ce différentiel de réponse entre les deux genres illustre bien une évolution en cours — l'heure n'est plus à considérer que la contraception est une affaire de femme — mais une réalité encore très inégalitaire dans ce champ de la santé sexuelle.

Les pouvoirs publics ne semblent pas prendre conscience de cet enjeu, en témoigne l'annonce toute récente du ministre de la Santé sur l'extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans. Les associations et certains professionnels de santé ont dénoncé une mesure totalement à rebours de la réalité de terrain et regretté l'absence de débat sur la contraception. A l'heure d'une désaffection progressive de la jeune génération pour la contraception hormonale et d'un désir d'implication croissant des jeunes hommes dans le défi contraceptif, cette décision n'a pas du tout convaincu.

Enfin, on interrogeait les étudiants sur le caractère épanouissant de leur vie sexuelle. Ils étaient globalement plutôt satisfaits et les femmes d'autant plus que les hommes. Lorsqu'ils étaient

insatisfaits, une autre question les invitait à préciser les raisons. L'analyse des réponses « Autre » de cette question, quasi 10%, permet, après classement, de faire émerger des propositions types : « Problème physique ou psychologique », « Difficultés liées à l'orientation sexuelle », « Religion », « Difficulté à trouver un partenaire/recherche d'une relation particulière », « Anxiété de performance ». Parmi les problèmes physiques ou psychologiques, nombreux, on retrouvait notamment le vaginisme, l'endométriose, les dyspareunies, l'anorgasmie, le manque de libido, les problèmes d'érection et le syndrome dépressif.

Alors que les différentes études mettent en exergue un « *orgasm gap* » lié à des scripts sexuels écrits plutôt autour du plaisir masculin, on peut s'étonner que les femmes aient répondu être plus satisfaites que les hommes. De surcroit, les expériences passées traumatisantes arrivaient tout de même en troisième position des raisons justifiant une insatisfaction sexuelle, expériences qui concernent majoritairement les femmes (71). De même, les problèmes médicaux évoqués dans les réponses libres sont majoritairement des problèmes gynécologiques.

Cependant, il faut rappeler que les analyses sont issues de ratio. Il est possible que, plutôt qu'une plus grande satisfaction sexuelle de la population féminine, l'enquête mette surtout en évidence une grande insatisfaction de la population masculine. Pour rappel, la première cause d'insatisfaction invoquée était la difficulté à trouver des partenaires, dans le contexte historique particulier de confinement social lié à l'épidémie de Covid 19. Il est possible que cette situation ait eu un retentissement sur la vie sexuelle des étudiants vécu plus négativement par les hommes que par les femmes. Enfin, dans une société où elles sont susceptibles de subir des violences, y compris dans l'espace intime, il est possible que les femmes placent le curseur de la satisfaction sexuelle à un niveau relativement bas, sans rapport avec l'existence d'un orgasme ou du plaisir réellement retiré de l'expérience sexuelle, variable qui sont analysées dans les enquêtes disponibles (81).

b. Éducation sexuelle

Les réponses aux questions sur le manque d'information tendent à corroborer l'hypothèse d'un enseignement sur la sexualité toujours centré sur les risques alors que l'intérêt de la population est beaucoup plus large. Lorsqu'on interrogeait le manque d'information sur la sexualité en général et sur les IST spécifiquement, les réponses négatives revenaient majoritaires. Ce n'était pas le cas lorsqu'on interrogeait le sujet spécifique du plaisir, du consentement et du désir qui ramenait une majorité de réponse positive, dont plus de 20% adhérant totalement à la proposition.

Les femmes et les personnes classées dans le groupe « minorités sexuelles » ont tout particulièrement répondu ne pas manquer d'information. Cependant, il est peu probable que cela soit lié à un moindre intérêt pour le sujet de leur part puisqu'elles ont également répondu consulter des médias sur la sexualité de manière beaucoup plus importante que les catégories comparatives. Une hypothèse probable est donc celle d'une population mieux renseignée – manquant moins d'information – grâce à la consommation de médias sur la sexualité.

Un grand nombre d'étudiants a bénéficié d'au moins un cours d'éducation sexuelle dans sa vie. Cependant, ces interventions n'ont joué le plus grand rôle que pour très peu d'entre eux. On objectivait deux canaux d'information ayant joué un rôle prépondérant : les médias en ligne et les discussions avec des pairs du même âge, amis ou partenaires. Parmi les réponses libres se dégageaient, après classement, des sous-catégories « Expérience », « Études (médecine, biologie) », « Pornographie », « Religion », « Associatif ».

Le fait que les interventions scolaires aient rarement joué un rôle prépondérant dans l'éducation sexuelle des étudiants tend à confirmer le fait que l'enseignement, dispensé dans ses modalités actuelles, n'est pas adapté. En faveur également, on constate que les étudiants pour lesquels les interventions scolaires ont eu un rôle central dans l'éducation sexuelle ont répondu de manière plus

importante qu'ils manquaient d'information quelle que soit la modalité étudiée (générale, IST/contraception, plaisir/consentement).

A l'inverse, les médias d'éducation sexuelle en ligne apparaissaient comme ayant une place prépondérante pour les étudiants. Non seulement il s'agissait du moyen d'information ayant joué le plus grand rôle pour le plus grand nombre des répondants, mais en plus, on constatait que les étudiants qui consommaient ces médias manquaient moins d'informations que ceux qui n'en consultaient pas.

Comme nous l'avons déjà évoqué à plusieurs reprises, il existe peu d'études sur l'éducation sexuelle en France, qu'il s'agisse du déploiement des cours obligatoires ou du contenu enseigné. En revanche, les usages sexuels d'Internet par les jeunes ont été étudiés dans une enquête de l'INJEP, l'enquête SEXI (59).

L'autrice de ce travail confirme ; malgré une forte désapprobation sociale vis-à-vis des pratiques numériques des jeunes, Internet est devenu pour la plupart d'entre eux le lieu le plus évident de la recherche d'informations sur la santé et la sexualité. Alors qu'on prête aux adolescents un usage centré sur la consommation de pornographie et qu'on questionne leur légitimité à s'informer en autonomie, presque tous les jeunes interrogés ont déjà effectué une recherche d'information autour de la sexualité sur Internet. L'usage d'Internet à ces fins est évolutif au fil des âges et se précise dans le temps avec notamment une plus grande sélection des sources et des informations en vieillissant. Par ailleurs, on s'aperçoit que les sujets de recherche sont révélateurs des rapports de genre puisque les recherches des garçons se rapportent à la performance et à l'anatomie du sexe masculin quand celles des filles ont trait au déroulement de l'acte sexuel. Les femmes s'informent nettement plus que les garçons sur la contraception et la lutte contre les IST, intégrant très tôt que la gestion pratique de la sexualité leur incombe. Enfin, l'anonymat relatif de l'outil numérique est une condition

très importante favorisant leur usage. Il permet à la fois de se protéger de l'humiliation infligée par les pairs quant à un défaut de connaissance dans ce domaine et de s'autoriser des identités plurielles une fois libérés des assignations sociales de la vie réelle.

Au total, on pourrait s'interroger : en quoi le fait que l'éducation sexuelle ne soit pas assurée par l'école est un problème s'il existe un autre moyen de documentation offrant des conditions particulières (l'anonymat notamment) ?

Tout d'abord, faute d'un enseignement obligatoire adéquat effectif jusqu'aujourd'hui, il n'est pas possible de déterminer si l'intérêt des jeunes pour la documentation en ligne relève d'un défaut d'éducation sexuelle institutionnalisée ou d'une préférence véritable pour ce canal.

Par ailleurs, il apparait assez évident que lorsqu'un cours obligatoire s'impose à tous les étudiants, la documentation en ligne à l'inverse, relève de la curiosité autonome de chaque étudiant. Il incombe alors à chacun de faire la démarche de s'instruire, ce qui introduit forcément des différences et inégalités. L'enquête SEXI confirme que la recherche d'information sur la sexualité concerne particulièrement les jeunes les plus diplômés.

Ensuite, un des problèmes tient dans l'impossibilité totale de contrôle de l'information délivrée aux jeunes par le biais d'Internet, tant dans l'exactitude et la neutralité des propos que dans le caractère adapté au public, puisque tout est en accès libre. Rappelons que si les intervenants animant les pages à thèmes témoignent se documenter sérieusement et se former, ils le font en autodidacte et très peu d'entre eux sont issus du milieu médical ou paramédical. Parlons également de la consommation de pornographie en ligne. Le fait que certains jeunes assimilent la pornographie à un moyen d'éducation sexuelle alors même qu'une partie des contenus est profondément sexiste voir violent est problématique. Dans un dossier thématique, l'un des écoutant-rédacteur de « Fil Santé Jeunes », page dédiée à la prévention financée par Santé Publique France, confirme une tendance à considérer la pornographie « comme LA sexualité universelle » chez les jeunes, ce qui

signe leur difficulté à replacer les images dans leur contexte. Il observe également un culte de la performance partagé par les filles comme les garçons. Si les recherches scientifiques ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre la consommation de pornographie et des comportements sexuels problématiques et/ou violents, il n'en reste que cette activité doit être accompagnée en fournissant par exemple aux ados des outils pour émettre une pensée critique (4,77,102).

Enfin, on s'aperçoit que dans ses usages partagés, Internet a tendance à renforcer les normes sociales et contribue ainsi à une forme d'oppression à laquelle les adolescents sont déjà très fortement exposés (59,103).

Ainsi, Internet est un moyen d'information qui revêt des aspects multiples et antagonistes. S'il véhicule sexisme, homophobie, transphobie et incite à la violence, il permet également de trouver des clés pour construire son intimité, favorise la création d'espaces d'échanges et reste le lieu d'informations fiables sur la sexualité.

S'il ne doit pas être condamné, il reste qu'il ne saurait suffire, à lui seul, à garantir un enseignement global, complet et adapté sur la sexualité et la santé sexuelle. Dans ce sens, les réponses libres à la question interrogeant la forme idéale que devrait prendre selon eux l'éducation sexuelle étaient intéressantes. Globalement, les étudiants étaient en faveur de plusieurs supports/ canaux d'information. Ils critiquaient le fond de l'enseignement actuellement dispensé à l'école – centré sur le risque, sur la sexualité hétéro, n'évoquant pas le plaisir – et signalaient une gêne importante lors de ces cours auxquels ils n'étaient pas rompus. Cette question de la gêne liée à l'évocation d'un sujet tabou devrait effectivement être considérée dans le cadre du déploiement d'une éducation sexuelle adaptée. Cependant, il est probable que le fait même de dispenser un enseignement sur la sexualité et les problématiques de genre dès le plus jeune âge, de mettre en lumière le sujet, diminue à terme le tabou qui entoure la sexualité en France.

Toujours concernant les canaux d'information ayant joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle, la famille arrivait loin derrière, ce qui est remarquable lorsqu'on sait qu'historiquement l'éducation sexuelle était laissée aux familles. Pour preuve, en 2003, la circulaire d'application complétant la loi du 4 juillet 2001 venait affirmer, pour la première fois, la responsabilité de l'école en matière d'éducation à la sexualité, « en complément du rôle de premier plan joué par les familles » (38).

Quant à la place des médecins, elle était quasi anecdotique, représentant moins de 1% des réponses.

En effet, en France, alors que la majorité des sexologues sont des médecins, ces derniers ne prennent pas part à l'éducation sexuelle. De fait, ils n'y sont pas du tout formés. Le rapport du HCE intitulé « Prendre en compte le genre et le sexe pour mieux soigner » rappelle que la formation sur la santé sexuelle et les inégalités de genre dans la santé est institutionnalisée dans de nombreux pays depuis 1990 alors que cet enseignement reste rare ou uniquement dispensé au cours de formations facultatives en France (104). Pour autant, il apparait impensable que le médecin n'ait pas un rôle pédagogique à jouer, même épisodiquement, au cours des consultations avec des adolescents ou de jeunes adultes. Et au-delà, la formation au genre et aux problématiques de santé sexuelle apparait indispensable au seul exercice de la médecine, et de la médecine générale tout particulièrement. Au cours de sa vie professionnelle, le médecin va forcément être confronté à des questions spécifiques liées à la contraception, à la procréation, aux violences conjugales, aux violences sexuelles, aux discriminations sur l'orientation sexuelle, à la dysphorie de genre, etc…

Pour rappel, l'enquête étudiante de la LMDE rapportait que 20% des étudiantes n'étaient pas satisfaite de leur dernière consultation gynécologique et 61% de ces patientes l'expliquait par un manque d'échange avec leur médecin (100).

Enfin, il ne faut pas ignorer les quelques voix qui s'élèvent timidement, au travers de récents travaux de thèses, pour révéler le climat de harcèlement sexiste qui gangrène les études de médecine.

Tout ceci laisse penser qu'une formation sérieuse introduisant aux questions de genre et de sexualité pourrait être pertinente pour l'ensemble de la communauté médicale.

c. Violences

Les résultats obtenus dans la partie Violence étaient alarmants.

On objectivait un nombre de violences sexuelles très important (29,9%) qui concernait très majoritairement les femmes et les personnes se déclarant comme homo/bi ou asexuelles.

Est-ce parce que nous avons utilisé la formulation violences « à caractère sexuel » englobant un ensemble de situation plutôt que distinguer trois niveaux d'agression comme c'était le cas dans l'enquête Virages Université que nous obtenons un chiffre nettement plus élevé ? C'est une hypothèse. Cependant, il est probable que l'identification et la déclaration des faits de violence ai été nettement facilitée à la suite des récents mouvements encourageant la prise de parole (#Metoo, #balancetonporc, etc). Notons par ailleurs que 8,3% ont répondu qu'ils « ne savaient pas » s'ils avaient subi des violences à caractère sexuel ; s'interrogeant vraisemblablement sur la nature d'une ou plusieurs situations au sens juridique du terme. Le simple fait que se pose la question laisse supposer que le caractère satisfaisant de la situation ne s'imposait pas.

Dans ce sens, on découvrait qu'il n'était pas rare pour un grand nombre des étudiants de « céder une pratique » ou un rapport sexuel. Ils étaient plus de la moitié à être concerné et c'était arrivé plusieurs fois pour 30% d'entre eux. Cette tendance s'observait dès l'entrée dans la sexualité avec un premier rapport sexuel « cédé mais non souhaité » pour 9,9% des étudiants. A nouveau, les femmes étaient très nettement davantage concernées par ce phénomène que les hommes. A l'inverse, le fait d'échanger du sexe contre un bien matériel ou un service n'était pas fréquent.

Autant le fait d'avoir des rapports sexuels dans l'unique but d'obtenir un bien ou un service est clairement identifié comme étant problématique et se révèle peu fréquent, autant exprimer son non-

consentement dans le cadre de relations affectives ne semble pas évident pour les étudiants. Le fait d'espérer pouvoir consentir pleinement à chacune de ses relations sexuelles et à chaque pratique n'apparait visiblement pas légitime. C'est intégré au point que ce n'est pas critiqué, puisque, rappelons-le, les étudiants ont déclaré être globalement satisfait de leur sexualité, tout particulièrement les femmes de l'enquête.

Cette tendance s'inscrit dans la fameuse culture du viol. Comme évoqué dans l'introduction, la culture du viol est l'adhésion d'une société à certains mythes sur le viol, qui correspondent eux même à des croyances persistantes, généralement fausses, niant ou justifiant l'agression sexuelle masculine. Citons à nouveau l'enquête Ipsos sur les représentations des Français sur le viol ; en 2019, 17% des français.es pensent que lorsqu'une femme dit « non » à une proposition de relation sexuelle, elle pense « oui » et 78% des français.es estiment que de nombreux évènements sont ressentis comme violents par les femmes alors qu'ils ne le sont pas par les hommes (74). Rien d'étonnant alors à ce que l'ensemble des étudiants « normalise » le fait de ne pas consentir à chacun des rapports et n'exprime pas forcément son non-consentement. Quand on découvre qu'ils étaient 73% à être sûrs d'avoir toujours requis le consentement de leur partenaire, il semble exister une incohérence.

La problématique du consentement est directement reliée à celle des violences sexuelles et par son caractère très fortement genré, au sexisme d'une manière générale. Il apparait évident qu'un travail de sensibilisation et d'éducation doit être mené dans ce domaine auprès des jeunes. À nouveau, il n'est pas possible de combattre les violences sexuelles sans questionner leur origine et travailler sur le climat social qui favorise leur apparition.

Par la suite, on questionnait l'existence de violences sexistes. A posteriori, il est possible que la formulation de cette question n'ait pas été adéquate pour fournir un résultat interprétable et notamment l'utilisation du mot « violence ». Il est possible que les répondants n'aient pas déclaré

des comportements au sein desquels ils n'identifiaient pas le caractère brutal ou contraint, bien que le caractère sexiste soit effectif. A l'inverse, le fait que l'échantillon soit constitué par un plus grand nombre de femme que la population d'étude peut avoir influencé le chiffre à la hausse. Toute fréquence confondue, près de 60% de l'échantillon total a déclaré avoir déjà subi des violences sexistes ; pour mémoire, l'échantillon était constitué de 69% de femmes.

Enfin, l'enquête étudiait la proportion de violences en lien avec l'orientation sexuelle, donc plus vraisemblablement les comportements relevant de LGBTphobie. Et ce chiffre apparait plutôt bas, par rapport aux rares enquêtes fournissant des résultats comparatifs, d'autant que le fait d'être jeune a été identifié comme étant un facteur favorisant le risque d'agression homophobes dans des travaux antérieurs (84,93). Cependant, il est probable que le milieu universitaire soit globalement inclusif, plus tolérant face aux différences et qu'il « protège » mieux les jeunes LGBT des violences que d'autres environnements.

Pour autant, les étudiants restent concernés par les discriminations sur l'orientation sexuelle. L'enquête LMDE 2019 fait état de pensées suicidaires dans les 12 derniers mois chez 30% des répondants, dont 46% sont homosexuels/bisexuels donc nettement sur-représentés (100).

Par ailleurs, notre étude retrouvait un lien significatif entre la déclaration de violences sexuelles et le fait d'appartenir à la catégorie des minorités sexuelles (LGBT). C'était également le cas pour le fait de céder des rapports, et également lorsque le premier rapport n'était pas consenti. En détaillant la proportion de femmes de l'échantillon « minorité sexuelle » de notre enquête, on confirme qu'elles étaient discrètement majoritaires ce qui peut participer à obtenir cette donnée. Pour autant, il existe un lien réel déjà démontré ; les personnes LGBT sont plus à risque d'être victimes de violences verbales et/ou physiques mais également davantage exposées aux violences sexuelles que les personnes hétérosexuelles, notamment dans l'espace public (105,106).

Plusieurs études mettent en évidence le caractère pérenne des actes homophobes dans la société française. A nouveau, nous nous devons d'analyser les sources de ces violences et de renforcer les actions afin de protéger les personnes LGBT. A l'heure où les scandales de harcèlement scolaire se multiplient, l'éducation sexuelle complète prend également son sens dans un apprentissage social et civique de la vie. Il est capital d'introduire dès l'enfance les notions de tolérance, d'inclusivité, de condamner les propos discriminants de manière affirmée. L'école doit afficher un soutien pour toutes les personnes discriminées, ne serait-ce que pour minimiser les effets de ces violences sur leur vie.

CONCLUSION

La France accuse aujourd'hui un retard considérable en termes d'éducation sexuelle et les mesures proposées par les gouvernements successifs ne sont pas à la hauteur des enjeux. L'éducation sexuelle est un droit fondamental de l'enfant. Le fait de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible est également un droit du citoyen désormais promu par les institutions onusiennes. De vastes enquêtes ont démontré l'intérêt d'un enseignement précoce, complet, civique et scientifique afin d'améliorer les différents paramètres en santé sexuelle. Les jeunes sont en demande d'information sur la sexualité.

Le cadre légal existe pourtant depuis 2001 et alors même qu'il nécessiterait probablement d'être réactualisé, il n'est tout simplement pas respecté. Les rares enquêtes font état d'un déploiement inégal sur le territoire et d'un nombre de séance minimum non respecté. Lorsque les créneaux horaires sont effectivement programmés, le personnel éducatif fait état d'un défaut de formation majeur qui diminue leur implication.

Pourtant, notre pays a fort à faire en santé sexuelle et les enjeux sous-tendus par l'éducation sexuelle sont nombreux. Sur le plan médical, la recrudescence des IST ; la stabilité du nombre d'IVG et plus encore son recours très important par certaines populations précaires doivent questionner l'enseignement autour des différentes méthodes de maîtrise de la fertilité et de lutte contre les IST. Sur le plan social, les violences à l'encontre des femmes, point d'orgue du sexisme, gangrènent l'espace public et privé. L'éducation sexuelle doit lutter contre les stéréotypes sexistes qui s'inscrivent dès le plus jeune âge afin que chacun, filles et garçons, puisse se construire et s'épanouir individuellement dans sa vie personnelle, professionnelle et amoureuse. L'éducation sexuelle doit améliorer l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines y compris dans le champ

de la sexualité récréative. L'enseignement de la tolérance, de l'ouverture aux autres et de l'inclusivité à tous dès l'enfance doit également participer à faire régresser les actes LGBTphobes.

Dans un contexte socio-politique qui réclame du changement, la sexualité et le genre sont au cœur du débat. Moins tonitruante que dans les années 70, la révolution sexuelle devient numérique à l'image du mouvement #*metoo* ou #*balance ton porc*. La jeunesse témoigne d'un besoin de rupture pacifique au travers de ses comportements. Par l'usage de nouveaux mots, par l'utilisation de nouveaux moyens de communication, par l'opposition à des concepts très traditionnels, ils dessinent de nouveaux schémas amoureux et sexuels. Un fossé s'installe entre cette génération toujours connectée qui s'instruit en ligne, se rencontre en ligne, cherche à sortir du cadre de l'hétéronormativité et à bouleverser un ordre social patriarcal, et une génération qui ne comprend pas bien ces nouveaux codes et tend à les décrédibiliser.

L'absence de documentation de ces phénomènes accentue cette fracture. D'ailleurs, notre questionnaire, alors même qu'il a été longuement préparé, apparait sur certains aspects inadapté et déjà dépassé dans certaines propositions. Qu'en est-il des enseignants qui sont ou seront amenés à enseigner sur les problématiques de santé sexuelle ? Comment l'enseignement peut-il être efficient lorsque son contenu est tout à fait éloigné des réalités des jeunes ? Qu'en est-il des médecins qui ne s'intéressent pas particulièrement à ce sujet et qui sont pourtant amenés tôt ou tard à rencontrer des problématiques en lien avec la santé sexuelle et à s'adresser à des jeunes patients ?

Notre enquête remplit son objectif principal en documentant un grand nombre de ces comportements et en quantifiant certains phénomènes non explorés jusqu'ici.

Il en ressort plusieurs résultats particulièrement intéressants qui pourraient guider d'éventuelles actions spécifiques dans les domaines de l'éducation et de la santé.

On découvrait tout d'abord le poids du genre et de l'orientation sexuelle dans les différentes pratiques et comportements. S'il s'agit d'une information déjà démontrée, la tendance récente allait plutôt en faveur d'un lissage progressif des écarts notamment dans le cas du genre. Dans notre étude, qui concerne une population étudiante jeune, on retrouve un lien encore très fort entre le genre masculin et les pratiques de masturbation ou la consommation de pornographie. De même, le fait d'appartenir aux différentes catégories réunies sous le terme de « minorités sexuelles » était associé à plus de consommation de pornographie. On notait également des différences significatives basées sur la caractéristique du genre dans le domaine de la santé, avec la déclaration plus fréquente de rapport à risque chez les filles et au sein des minorités sexuelles. Cependant, ces deux catégories se dépistaient également nettement plus fréquemment que leur comparatif. On fait apparaître une possible prise de risque « consciente » de la part de ces étudiants, qui mériterait d'approfondir les raisons de ce comportement si l'on souhaite prendre des mesures adaptées.

Puis notre enquête s'intéressait aux différentes sources d'éducation sexuelle dont avaient bénéficié les étudiants. On objective le fait qu'un grand nombre d'étudiants a effectivement bénéficié d'au moins un cours d'éducation sexuelle dans sa vie. Cependant, ces interventions n'ont joué le plus grand rôle que pour très peu d'entre eux, ce qui laisse supposer que l'enseignement dans ses modalités actuelles n'est pas adapté. De surcroit, les étudiants pour lesquels les interventions scolaires avaient joué le plus grand rôle dans l'éducation sexuelle ont répondu de manière plus importante qu'ils manquaient d'information quelle que soit la modalité étudiée (générale, IST/contraception, plaisir/consentement). A l'inverse, l'enquête révèle que les étudiants – tout particulièrement les femmes et les minorités sexuelles – se documentent massivement en ligne. Lorsque ce moyen de renseignement avait joué le plus grand rôle dans leur éducation sexuelle, les étudiants manquaient globalement moins d'information, quelle que soit la modalité étudiée. Pourtant, la plupart des personnes qui animent ces comptes ne sont pas des intervenants spécialisés,

ils témoignent avoir débuté cette activité de manière informelle et avoir rapidement constaté un succès qu'ils n'attendaient pas. La recherche d'information sur le sujet apparait indéniable et les médias en ligne pallient actuellement l'insuffisance de l'Education Nationale dans cette fonction.

Si la documentation sur la sexualité en ligne revêt des aspects positifs et suscite un intérêt bien compréhensible pour les jeunes, il n'en reste qu'il persiste plusieurs problèmes. Alors qu'un enseignement scolaire est dispensé à tous sans distinction, l'utilisation des médias en ligne relève d'une dynamique personnelle et nécessite un intérêt spontané des personnes, ce qui introduit des inégalités entre les individus. Or, la santé sexuelle est déjà très marquée par les inégalités socio-économiques. Par ailleurs, il existe une problématique liée à l'absence de contrôle des données et des informations qui peuvent être erronées, ou inadaptées sans outils pour les critiquer. Enfin, l'utilisation d'Internet a tendance à renforcer les normes sociales qui sont déjà très envahissantes à l'entrée dans la vie amoureuse. En ce sens, l'utilisation des médias en ligne comme solution unique d'éducation sexuelle n'apparaît pas comme une solution satisfaisante à l'absence d'enseignement institutionnalisé.

Enfin, notre travail mettait en évidence un nombre de violences sexuelles très important (quasi 30%). De plus, on s'apercevait que le fait d'avoir déjà cédé une pratique ou un rapport sexuel concernait plus de la moitié des étudiants, et que c'était arrivé plusieurs fois pour 30% d'entre eux. Le premier rapport sexuel n'échappait pas à cette dynamique. Il est probable que la déclaration de faits de violence non équivoque ait été facilité par les récents mouvements de libération de la parole des victimes. Pour autant, la question du consentement reste délicate pour les étudiants, en témoigne l'incohérence entre les chiffres de rapports sexuels cédés et ceux témoignant d'une recherche de consentement quasi systématique. Il apparait impératif de sensibiliser les jeunes à ces pratiques et à leur droit à bénéficier d'une sexualité sûre et pleinement consentie. Les analyses

confirment par ailleurs un lien très fort entre les antécédents de violences sexuelles et le genre féminin ainsi que le fait d'appartenir à une minorité sexuelle.

Au total, il apparait important de réaliser un travail d'investigation sérieux, de documenter les différents phénomènes qui concernent la jeunesse aujourd'hui et demain afin de dessiner des mesures adaptées pour chaque problématique et de mieux comprendre les enjeux de cette génération. Et puisque l'éducation sexuelle complète dépasse de loin la seule approche du risque et de la santé, il s'agit d'enquêter de manière élargie sur les comportements sociaux qui régissent les interactions entre les jeunes, d'étudier les critères d'exclusion et de discriminations afin de les endiguer.

Notre travail est une amorce sérieuse qui pourra être approfondie. L'idée de réaliser une étude qualitative en amont d'une vaste enquête quantitative pourrait être pertinente.

Et si l'étude des phénomènes sociaux apparait comme un prérequis à l'élaboration de méthodes de lutte efficace, la formation des différents professionnels est également indispensable. Le personnel éducatif ou associatif amené à intervenir auprès des jeunes doit être concerné mais également le personnel médical. A l'heure actuelle, la formation en santé sexuelle des médecins est quasi inexistante, à l'inverse de certains de nos voisins européens. Il se développe une offre de formation complémentaire facultative, insuffisante. A l'heure où grandit une méfiance de la population envers la médecine occidentale traditionnelle à la suite de multiples scandales sur les violences obstétricales et gynécologiques, il n'est plus possible de ne pas réagir. Tous les médecins vont être confrontés tôt ou tard à des réalités pour lesquels ils ne sont pas toujours formés, ne serait-ce que via les nouvelles modalités d'accès à la PMA ou à travers la prise en charge de victimes de violences sexuelles dont les témoignages se multiplient. La formation adaptée en santé sexuelle des médecins mais également du personnel paramédical est une urgence et peut-être que le travail

de recherche réalisé à l'occasion de cette thèse pourra constituer une introduction dans ce sens pour un petit nombre d'entre eux.

Il reste que l'implication forte des pouvoirs publics et un investissement financier conséquent est nécessaire à l'application de ces mesures. L'espoir tient dans le fait qu'une prise de conscience générale est en cours. En juin 2020, le parlementaire Bastien Lachaud confrontait le ministère de l'Education, de la jeunesse et des sports au défaut d'éducation sexuelle en France, à la suite d'un article de France Inter (107). Ce dernier se défendait en rappelant les moyens existants, essentiellement des moyens en libre accès (fiche conseil et plateforme On sexprime) dont l'utilisation et l'effet n'ont jamais été étudiés ; mais il dévoilait également qu'une évaluation de la politique d'éducation sexuelle devait prochainement être menée. En attendant, la rentrée littéraire a été marquée par la multiplication de manuels d'éducation sexuelle modernes à l'usage des parents. La famille reprend son rôle dans l'éducation sexuelle au risque de creuser encore les inégalités entre les individus dans le champ de la santé sexuelle.

VU,
Le président du jury de thèse
Professeur Philippe DERUELLE

le 15/12/2021

VU et approuvé
Strasbourg, le 15 DEC. 2021

Le Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA

ANNEXE A :

Courriel de diffusion du lien vers le questionnaire, adressé aux étudiants en décembre 2020 :

« Chers étudiantes, chères étudiants,

voici une enquête actuellement diffusée au sein de l'Université de Strasbourg, à laquelle nous vous invitons à prendre part si vous le souhaitez. Cette enquête a été validée par le comité d'éthique de l'Université de Strasbourg.

--

"Cher·e·s Étudiant·e·s,

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes qui réalisons notre thèse sur la sexualité, l'éducation sexuelle et les violences au sein des relations intimes des étudiants.

Nous avons rédigé pour cela un questionnaire en ligne qui nécessite en moyenne une dizaine de minutes et qui est tout à fait anonyme.

On a besoin de vous ! Vos réponses sont très importantes afin d'évaluer au plus près la situation et pour vous accompagner au mieux à l'avenir.

Le questionnaire est ici : lien hypertexte

Merci d'avance pour vos réponses,

Jérômine Meyer et Roxane Delhumeau"

--

Eve BALLORAIN
Chargée de projets - Mission Egalité-Parité
Université de Strasbourg
43 rue Goethe
03.68.85.04.22

Cellule d'écoute et d'accompagnement des victimes de violences sexistes, sexuelles et homophobes :
violences-sexistes@unistra.fr »

Courriel de relance adressé aux étudiants en mars 2021 :

« Chères étudiantes, chers étudiants,

une enquête est diffusée au sein de l'Université de Strasbourg depuis le mois de décembre. Nous vous invitons une dernière fois à y prendre part si vous le souhaitez. Cette enquête a été validée par le comité d'éthique de l'Université de Strasbourg.

--

"Cher·e·s Étudiant·e·s,

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes qui réalisons notre thèse sur la sexualité, l'éducation sexuelle et les violences au sein des relations intimes des étudiant·es. Nous avons rédigé pour cela un questionnaire en ligne qui nécessite en moyenne une dizaine de minutes et qui est tout à fait anonyme.

On a besoin de vous! Vos réponses sont très importantes afin d'évaluer au plus près la situation et pour vous accompagner au mieux à l'avenir.

Le questionnaire est ici : https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/486793?lang=fr.

Nous le clôturerons le 19 mars.

Bien entendu il ne concerne que les étudiant·es n'y ayant pas encore participé, un grand merci à toutes les personnes y ayant déjà répondu.

Merci d'avance pour vos réponses,

Jérômine Meyer et Roxane Delhumeau"

--

Eve BALLORAIN
Chargée de projets - Mission Egalité-Parité
Université de Strasbourg
43 rue Goethe
03.68.85.04.22

Cellule d'écoute et d'accompagnement des victimes de violences sexistes, sexuelles et homophobes :
violences-sexistes@unistra.fr »

ANNEXE B : Questionnaire

Enquête sur la sexualité, l'éducation sexuelle et les violences

dans les relations intimes chez les étudiant·e·s de l'Université de Strasbourg

Bonjour,

Nous sommes deux jeunes médecins généralistes qui réalisons actuellement notre thèse d'exercice sous la direction du Docteur Yannick Schmitt.

La vie affective et sexuelle peut être source d'épanouissement mais il arrive aussi qu'elle soit émaillée de difficultés. Elle est fortement influencée par des codes sociaux qui changent au cours du temps et sont remis en question au gré des évolutions de pensées. Pourtant, les données sur la vie affective des étudiants sont peu nombreuses.

A cet effet, nous avons rédigé un questionnaire intitulé **« Enquête sur la sexualité, l'éducation sexuelle et les violences dans les relations intimes chez les étudiant·e·s de l'Université de Strasbourg »** qui vous interroge, vous étudiants, sur votre sexualité, l'éducation sexuelle dont vous avez bénéficié, mais également sur certains comportements violents qui peuvent survenir au sein d'un couple et sur l'interprétation que vous en faites.

Le temps de réponse a été évalué à 10 minutes en moyenne. Ce questionnaire est tout à fait **anonyme**, vos informations d'identification ne nous sont pas accessibles. Ceci implique que le test n'est pas rectifiable après son envoi et ne doit être réalisé qu'une seule fois par personne.

Certaines questions peuvent vous mettre mal à l'aise, faire appel à des souvenirs d'évènements passés ou vous interroger. Pour chaque question, vous êtes libre de ne pas répondre. Vous trouverez différentes ressources en fin de test que nous vous invitons à consulter en cas de difficultés.

Les données qui ressortiront de ce questionnaire sont importantes pour nous. Alors d'avance, nous vous remercions chaleureusement du temps que vous y consacrerez.

Roxane et Jérômine.

***

Si vous avez des questions et si vous souhaitez avoir accès aux résultats, n'hésitez pas à nous contacter aux adresses suivantes : Jérômine : jeromine.meyer@etu.unistra.fr , Roxane : roxane.delhumeau@etu.unistra.fr

Partie A : Informations générales

Je confirme que j'accepte de répondre au questionnaire et que je suis bien étudiant·e à l'Université de Strasbourg. (Réponse unique)

- Oui
- Non

En cas de réponse « Non » : arrêt du questionnaire

Quel âge avez-vous ? Saisie libre

Quel est votre genre ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Femme
- Homme
- Non binaire

Partie B : Etude des comportements amoureux et sexuels

Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? (Réponse unique)

- Oui
- Non
- Sans réponse

Actuellement, quelle est votre situation amoureuse ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Célibataire
- En couple
- Partenaire(s) sexuel(s) régulier(s)
- Partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s)
- Refus de répondre
- Autre

Définiriez-vous votre sexualité comme : Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Hétérosexuelle
- Homosexuelle

- Bisexuelle
- Asexuelle
- Je ne sais pas
- Refus de répondre
- Autre

A quel âge avez-vous eu votre 1er rapport sexuel ? Ne répondez rien si vous ne souhaitez pas répondre. (Saisie libre)

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

Diriez-vous de ce rapport qu'il était : Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- Consenti
- Cédé mais non souhaité
- Non consenti
- Refus de répondre

A quelle fréquence utilisez-vous les applications de rencontre ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Régulière
- Intermittente
- Rare
- Je n'ai jamais utilisé les applications de rencontre
- Refus de répondre

Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous des pratiques oro-génitales (cunnilingus ou fellation ou anulingus) ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

L'objectif de ces questions est d'étudier la fréquence de chaque pratique, puisqu'elles sont respectivement corrélées à des risques d'infections sexuellement transmissibles différents et des moyens de protection différents.

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- A chaque rapport
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais
- Refus de répondre

Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence pratiquez-vous la pénétration vaginale ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- A chaque rapport
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais
- Non concerné
- Refus de répondre

Concernant les rapports sexuels, à quelle fréquence pratiquez-vous la pénétration anale ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- A chaque rapport
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais
- Non concerné
- Refus de répondre

A quelle fréquence consommez-vous de la pornographie, en moyenne ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Une ou plusieurs fois par jour
- Une ou plusieurs fois par semaine
- Une ou plusieurs fois par mois
- Jamais
- Refus de répondre

Est-il déjà arrivé que le visionnage de pornographie devienne un besoin plutôt qu'une simple envie ? Réponse unique

Condition : avoir répondu « une ou plusieurs fois par jour » ou « une ou plusieurs fois par semaine » à la question précédente « A quelle fréquence consommez-vous de la pornographie, en moyenne ? »

- Oui
- Non
- Sans réponse

A quelle fréquence pratiquez-vous la masturbation ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Plusieurs fois par jour
- Une fois par jour
- Une ou plusieurs fois par semaine
- Une ou plusieurs fois par mois
- Occasionnellement
- Jamais
- Refus de répondre

Est-il déjà arrivé que la masturbation devienne un besoin plutôt qu'une simple envie ? Réponse unique

Condition : avoir répondu « une ou plusieurs fois par jour » ou « une ou plusieurs fois par semaine » à la question précédente « A quelle fréquence pratiquez-vous la masturbation? »

- Oui
- Non
- Sans réponse

Partie C : Etude de la santé sexuelle

Dans votre vie, vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels sans protection, alors que vous ne connaissiez pas le statut infectieux de votre partenaire ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Toutes les modalités de pratiques potentiellement contaminantes sont concernées (sexe oro-génital, anal, vaginal). On entend par protection un préservatif masculin ou féminin.

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- Oui
- Non
- Refus de répondre

Si oui, comment avez-vous réagi à la suite de cet évènement ? Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Dans votre vie, vous est-il arrivé d'avoir des rapports sexuels sans protection, alors que vous ne connaissiez pas le statut infectieux de votre partenaire ? »

- Dépistage dans un centre de dépistage anonyme et gratuit

- Consultation au centre de planning familial
- Consultation au service de Médecine Préventive de la faculté
- Consultation médicale (Médecin généraliste ou gynécologue)
- Je n'ai rien fait
- Refus de répondre
- Autre

A quelle fréquence réalisez-vous un bilan de dépistage des infections sexuellement transmissibles ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels »

- Jamais
- Uniquement après une exposition, un rapport sexuel non protégé
- A chaque fois que je change de partenaire
- Régulièrement, même lorsque je ne change pas de partenaire
- Refus de répondre

Pour les personnes en capacité d'être enceinte, utilisez-vous un moyen de contraception ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : Avoir répondu « femme » ou « non binaire » à la question « Quel est votre genre ? »

- Oui
- Non
- Je ne suis pas en capacité d'être enceinte
- Refus de répondre

Si oui, lequel ? Champ libre

Condition : Avoir répondu « oui » à la question précédente « utilisez-vous un moyen de contraception ? »

Pour les personnes en capacité d'être enceinte, comment considérez-vous le contrôle de la fécondité dans son ensemble (prise quotidienne d'une pilule, pilule du lendemain, effets secondaires de la contraception, consultations médicales liées, IVG) ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : Avoir répondu « femme » ou « non binaire » à la question « Quel est votre genre ? »

- Ce n'est pas un sujet d'inquiétude
- C'est une charge (mentale, financière, physique) légère
- C'est une charge (mentale, financière, physique) modérée

- C’est une charge (mentale, financière, physique) importante
- Non concernée
- Refus de répondre

Avez-vous le sentiment de partager cette charge avec votre/vos partenaires ? Selon un niveau de 1 à 5, 1 symbolisant qu’il n’y a aucune répartition de la charge et 5 un partage important. Réponse unique, question non obligatoire.

Condition : avoir répondu « c’est une charge mentale légère » ou « c’est une charge modérée » ou « c’est une charge importante » à la question précédente « Comment considérez-vous le contrôle de la fécondité dans son ensemble (prise quotidienne d’une pilule, pilule du lendemain, effets secondaires de la contraception, consultations médicales liées, IVG) ? »

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Pour les hommes ayant des rapports hétérosexuels, vous sentez-vous une responsabilité dans le contrôle de la fécondité liée à vos rapports sexuels ? Réponse unique

Condition : avoir répondu genre « homme » à la question « Quel est votre genre » et « hétérosexuelle » à la question « Définiriez-vous votre sexualité comme : »

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non plutôt pas
- Non pas du tout
- Refus de répondre

Avez-vous à l’heure actuelle le sentiment de partager la charge mentale de la contraception avec vos partenaires ? Réponse unique

Condition : avoir répondu genre « homme » à la question « Quel est votre genre » et « hétérosexuelle » à la question « Définiriez-vous votre sexualité comme : »

- Oui, tout à fait
- Oui mais pas assez
- Non pas du tout
- Refus de répondre

Avez-vous déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : Avoir répondu « femme » ou « non binaire » à la question « Quel est votre genre ? »

- Jamais
- Une fois
- Plusieurs fois
- Non concernée
- Refus de répondre

Diriez-vous que vous êtes épanoui(e) dans votre vie sexuelle actuelle ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non plutôt pas
- Non pas du tout
- Refus de répondre

Si « non plutôt pas » ou « non pas du tout », qu'est-ce qui, selon vous, porte atteinte à votre vie sexuelle ? Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « Non plutôt pas » ou « Non pas du tout » à la question précédente « Diriez-vous que vous êtes épanoui(e) dans votre vie sexuelle actuelle ? »

- Le stress et les problèmes quotidiens
- Un manque ou des difficultés de communication avec votre ou vos partenaire(s)
- Un manque d'éducation sexuelle/d'informations sur la sexualité pour vous ou votre, vos partenaire(s)
- La difficulté à trouver des partenaires
- Le souvenir de mauvaises expériences/ des expériences passées traumatisantes
- Refus de répondre
- Autre

Vous sentez-vous à l'aise pour échanger à propos de sexualité et de votre plaisir avec votre/vos partenaires ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non plutôt pas
- Non pas du tout
- Refus de répondre

Vous êtes-vous déjà interrogé sur la normalité de vos organes génitaux (taille, forme, pilosité, aspect extérieur, fonctionnement interne) ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui souvent
- Oui c'est arrivé quelques fois
- Non jamais
- Refus de répondre

Partie D : Information/ Education sexuelle

Diriez-vous que vous manquez d'informations concernant la sexualité d'une manière générale ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, plutôt d'accord
- Non, plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Refus de répondre

Diriez-vous que vous manquez d'information concernant la contraception, les IST et les moyens de lutte contre les IST ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

IST = Infections sexuellement transmissibles, anciennement appelées maladies sexuellement transmissibles.

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, plutôt d'accord
- Non, plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Refus de répondre

Diriez-vous que vous manquez d'information concernant les mécanismes du plaisir, le consentement, le désir en général ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, plutôt d'accord
- Non, plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord
- Refus de répondre

Avez-vous bénéficié d'intervention ou de cours d'éducation à la sexualité au cours de votre scolarité ? Choix unique

- Oui
- Non
- Sans réponse

Qu'est-ce qui a joué le plus grand rôle dans votre éducation à la sexualité ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Discussion avec votre famille
- Discussion avec des amis
- Discussion avec les partenaires
- Cours d'éducation sexuelle à l'école
- Discussion avec un médecin (généraliste, gynécologue)
- Médias en ligne/ Internet (sites officiels, forums, page à thème sur les réseaux sociaux, podcast)
- Littérature (livres, magazines, dépliants et livrets médicaux)
- Je n'ai pas bénéficié d'éducation sexuelle
- Autre

Consultez-vous des médias audiovisuels sur le sujet de la sexualité (Youtube, Instagram, podcasts, Sites officiels) et si oui, à quelle fréquence ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Non je n'en consulte pas
- J'en consulte à raison d'une fois par mois
- J'en consulte à raison d'une fois par semaine
- J'en consulte à raison d'une fois par jour
- Refus de répondre

Selon vous, quel support vous parait le plus adapté à l'éducation à la sexualité de nos jours ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Interventionnel : un cours ou des consultations dédiées
- Support papier, livrets et fascicules distribués dans les écoles
- Internet : site en ligne, plateforme spécialisée, forums
- Vidéos : documentaires, spot de sensibilisation
- Ne sait pas
- Autre

Partie E : Consentement et Violences

Avez-vous déjà cédé une pratique ou une relation sexuelle sans la souhaiter ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

- Jamais
- Une fois
- Quelques fois
- Souvent
- Refus de répondre

Au cours de votre vie, vous est-il déjà arrivé d'avoir un rapport sexuel pour obtenir un bien matériel, une reconnaissance, un service ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

- Jamais
- Une fois
- Quelques fois
- Souvent
- Refus de répondre

Avez-vous déjà questionné certaines situations où vous n'êtes pas sûr(e) d'avoir requis le consentement de votre partenaire, pour un rapport/ une pratique sexuelle ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Pour rappel, le questionnaire est anonyme. L'idée n'est pas de vous culpabiliser mais de documenter certains questionnements et comportements. Pour autant, vous êtes toujours libre de ne pas répondre.

Condition : avoir répondu « Oui » ou « Refus de répondre » à « Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? »

- Je n'y ai jamais réfléchi
- J'y ai réfléchi et je suis sûr(e) d'avoir toujours requis le consentement de mes partenaires
- J'y ai réfléchi et je ne suis pas sûr(e) d'avoir toujours requis le consentement de mes partenaires
- J'y ai réfléchi et j'ai identifié des situations problématiques
- Refus de répondre

Avez-vous déjà subi des violences à caractère sexuel dans votre vie en général ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Notamment : contact physique non désiré, agression sexuelle, harcèlement sexuel, viol.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Refus de répondre

Ces faits ont-ils eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? Réponse unique

A nouveau, nous vous rappelons que le questionnaire est anonyme. L'objectif de cette question est d'évaluer la nécessité de mesures de prévention spécifiques en matière de violences sexuelles.

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Avez-vous déjà subi des violences à caractère sexuel dans votre vie en générale ? »

- Oui
- Non
- Sans réponse

Avez-vous déjà subi des violences sexistes, et si oui, à quelle fréquence ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Notamment : discrimination de genre, remarques sexistes

- Non, jamais
- Oui une fois
- Oui quelques fois
- Oui souvent
- Refus de répondre

Ces faits ont-ils déjà eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? Réponse unique

A nouveau, nous vous rappelons que le questionnaire est anonyme. L'objectif de cette question est d'évaluer la nécessité de mesures de prévention spécifiques en matière de violences.

Condition : avoir répondu « oui une fois » ou « oui quelques fois » ou « oui souvent » à la question précédente « Avez-vous déjà subi des violences sexistes, et si oui, à quelle fréquence ? »

- Oui
- Non
- Sans réponse

Avez-vous déjà subi des violences relatives à votre orientation sexuelle ? Réponse unique

- Oui
- Non
- Sans réponse

Ces faits ont-ils déjà eu lieu au sein de l'université ou en lien avec une personne de l'Université ? Réponse unique

A nouveau, nous vous rappelons que le questionnaire est anonyme. L'objectif de cette question est d'évaluer la nécessité de mesures de prévention spécifiques en matière de violences.

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Avez-vous déjà subi des violences relatives à votre orientation sexuelle ?»

- Oui

- Non
- Sans réponse

Partie F : Violence au sein des relations intimes

A partir de maintenant, nous allons parler de faits qui se sont déroulés dans le cadre de **relations intimes** uniquement. On entend par partenaire intime une personne avec laquelle vous définissez avoir eu une relation intime/amoureuse soit dans le cadre d'une relation de couple soit lors de relations occasionnelles.

Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Oui
- Non
- Je n'ai jamais eu de partenaire intime
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

S'agissait-il ou s'agit-il de violence de nature : Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Physique
- Psychologique
- Sexuelle
- Économique ou administrative
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Avez-vous subi des violences au cours des 12 derniers mois par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

On entend par partenaire une personne avec laquelle vous définissez avoir eu une relation intime/amoureuse soit dans le cadre d'une relation de couple soit de relations occasionnelles.

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Oui
- Non
- Je n'ai pas eu de partenaire intime durant cette période
- Je ne sais pas

- Je ne souhaite pas répondre

S'agissait-il ou s'agit-il de violence de nature : Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Avez-vous subi des violences au cours des 12 derniers mois par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Physique
- Psychologique
- Sexuelle
- Économique ou administrative
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre
- Autre

Dans vos relations intimes au cours de votre vie, vous est-il arrivé qu'un·e partenaire … ? Choix unique

Si vous avez vécu des violences et qu'il est difficile pour vous d'y répondre, vous pouvez laisser les cases "sans réponse" cochées et passer aux questions suivantes.

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Sans réponse
Rabaisse vos opinions et vos projets	○	○	○	●
Vous pousse, vous tire, vous gifle, vous secoue, vous frappe	○	○	○	●
Se moque de vous en public	○	○	○	●
Vous touche les parties intimes sans votre consentement	○	○	○	●
Menace de diffuser des photos intimes de vous	○	○	○	●
Vous fait du chantage si vous refusez de faire quelque chose	○	○	○	●
Est excessivement jaloux/jalouse	○	○	○	●
Vous manipule	○	○	○	●
Vous oblige à avoir des relations sexuelles	○	○	○	●
Contrôle vos sorties, habits, maquillage	○	○	○	●
Vous ignore des jours quand il/elle est en colère	○	○	○	●
Fouille vos textos, mails, applis	○	○	○	●
« Pète les plombs » lorsque quelque chose lui déplaît	○	○	○	●
Insiste pour que vous envoyez des photos intimes	○	○	○	●
Vous isole de votre famille et de vos ami·e·s	○	○	○	●
Vous oblige à regarder des films porno	○	○	○	●
Vous traite de fou/folle quand vous lui faites des reproches	○	○	○	●
Menace de se suicider à cause de vous	○	○	○	●

Concernant la période des 12 derniers mois, répondriez-vous de la même manière aux items de la question précédente ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

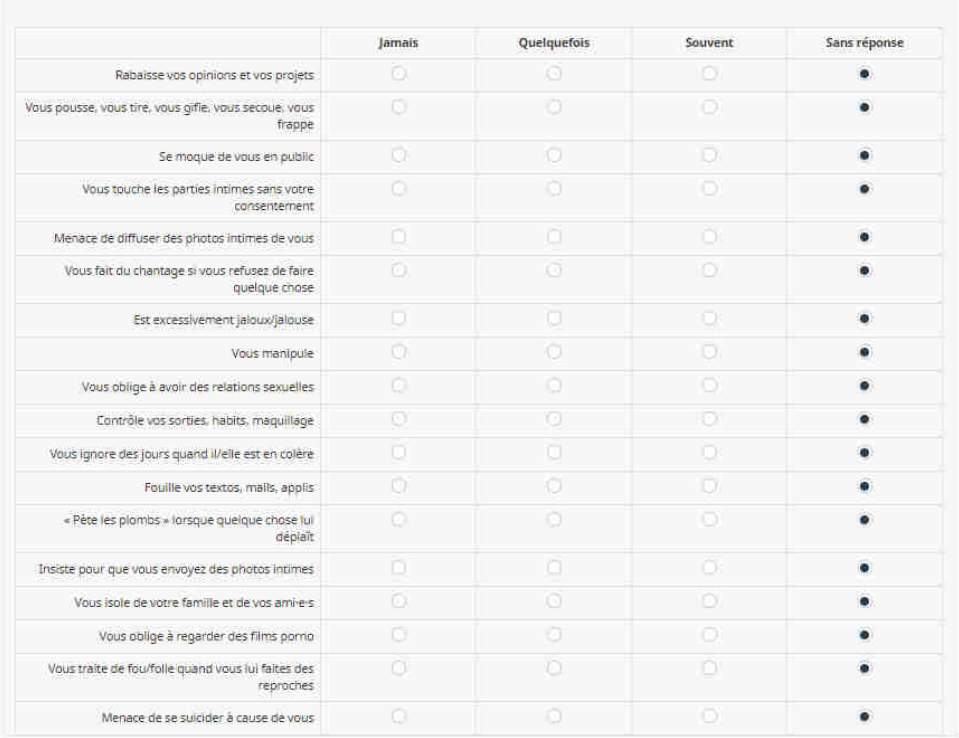
Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Oui, mes réponses aux items restent inchangées
- Non, mes réponses seront différentes sur cette période de temps

Dans vos relations intimes au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé qu'un·e partenaire … ? Choix unique pour chaque ligne

Si vous avez vécu des violences et qu'il est difficile pour vous d'y répondre, vous pouvez laisser les cases "sans réponse" cochées et passer aux questions suivantes

Condition : avoir répondu « Non, mes réponses seront différentes sur cette période de temps » à la question précédente « Concernant la période des 12 derniers mois, répondriez-vous de la même manière aux items de la question précédente ? »



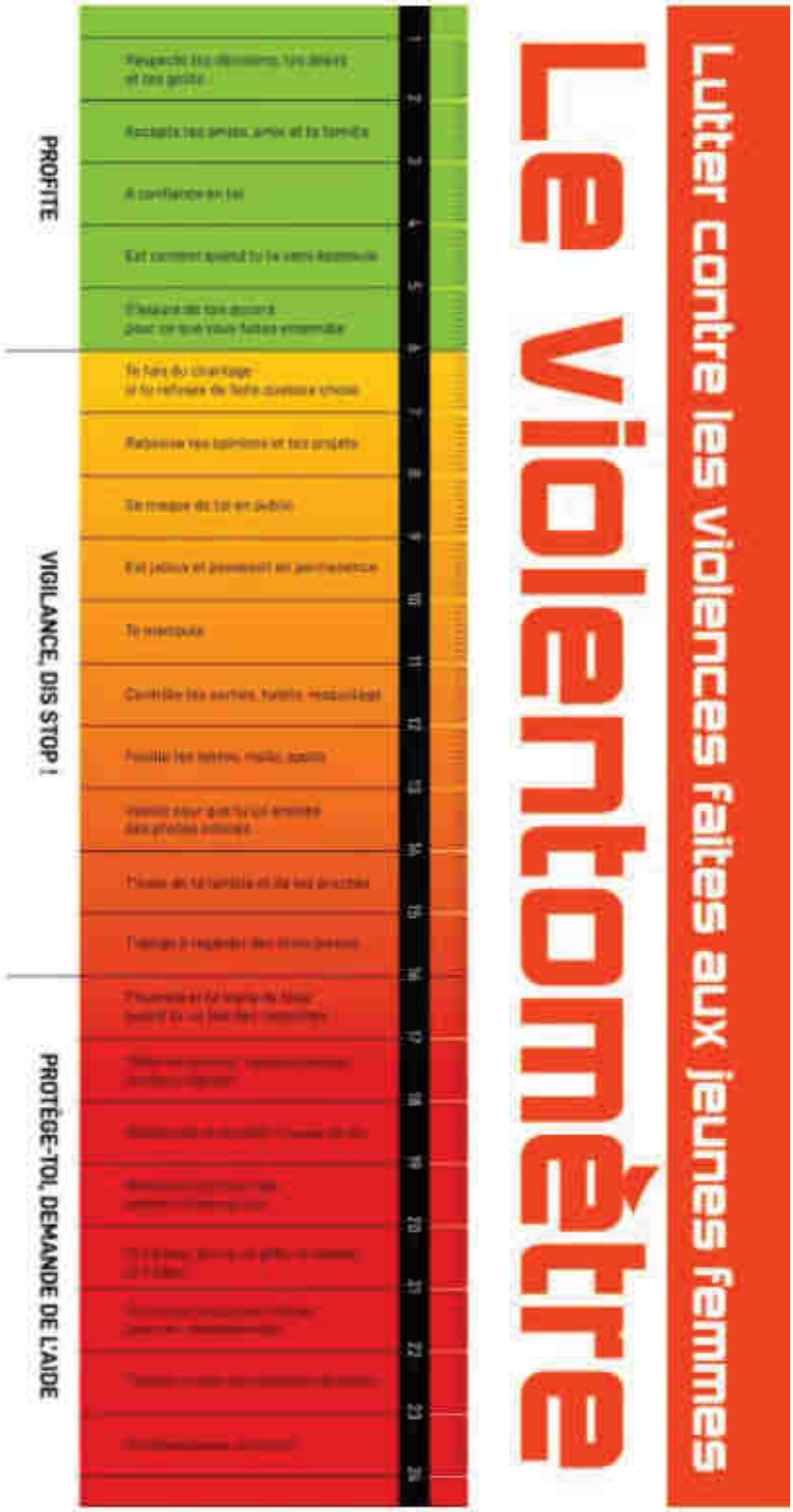
	Jamais	Quelquefois	Souvent	Sans réponse
Rabaisse vos opinions et vos projets	○	○	○	●
Vous pousse, vous tire, vous gifle, vous secoue, vous frappe	○	○	○	●
Se moque de vous en public	○	○	○	●
Vous touche les parties intimes sans votre consentement	○	○	○	●
Menace de diffuser des photos intimes de vous	○	○	○	●
Vous fait du chantage si vous refusez de faire quelque chose	○	○	○	●
Est excessivement jaloux/jalouse	○	○	○	●
Vous manipule	○	○	○	●
Vous oblige à avoir des relations sexuelles	○	○	○	●
Contrôle vos sorties, habits, maquillage	○	○	○	●
Vous ignore des jours quand il/elle est en colère	○	○	○	●
Fouille vos textos, mails, applis	○	○	○	●
« Pète les plombs » lorsque quelque chose lui déplaît	○	○	○	●
Insiste pour que vous envoyez des photos intimes	○	○	○	●
Vous isole de votre famille et de vos ami·e·s	○	○	○	●
Vous oblige à regarder des films porno	○	○	○	●
Vous traite de fou/folle quand vous lui faites des reproches	○	○	○	●
Menace de se suicider à cause de vous	○	○	○	●

A l'inverse, dans vos relations intimes de manière générale avec un·e partenaire, vous est-il arrivé de… ? : Choix unique pour chaque ligne

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime? »

	Jamais	Quelquefois	Souvent	Sans réponse
Rabaisser ses opinions et ses projets	○	○	○	●
Le/la pousser, tirer, gifler, secouer, frapper	○	○	○	●
Se moquer de lui/d'elle en public	○	○	○	●
Lui toucher les parties intimes sans son consentement	○	○	○	●
Menacer de diffuser des photos intimes de lui/d'elle	○	○	○	●
Faire du chantage si il/elle refuse de faire quelque chose	○	○	○	●
Être excessivement jaloux/jalouse	○	○	○	●
Le/la manipuler	○	○	○	●
L'obliger à avoir des relations sexuelles	○	○	○	●
Contrôler ses sorties, habits, maquillage	○	○	○	●
L'ignorer des jours quand vous êtes en colère	○	○	○	●
Fouiller ses textos, mails, applis	○	○	○	●
« Péter les plombs » lorsque quelque chose vous déplaît	○	○	○	●
Insister pour qu'il/elle envoie des photos intimes	○	○	○	●
L'isoler de sa famille et de ses ami·e·s	○	○	○	●
L'obliger à regarder des films porno	○	○	○	●
Le/la traiter de fou/folle quand il/elle vous fait des reproches	○	○	○	●
Le/la menacer de se suicider à cause de lui/d'elle	○	○	○	●

Partie G: Le violentomètre



Les questions précédentes sont tirées du Violentomètre présenté ci-dessous : C'est un outil de prévention pour sensibiliser les jeunes aux violences conjugales créé à l'initiative de la Ville de Paris, du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis et de l'association En avant toute(s). Il a pour but d'aider les jeunes à analyser si leur relation intime est basée sur le **consentement** et ne comporte pas de **violences** grâce à cette échelle graduée en trois niveaux. La partie verte liste des comportements bienveillants, la partie orange présente des exemples de comportements violents devant appeler à la vigilance et enfin la partie rouge énumère des comportements dangereux au sein du couple.

L'échelle du Violentomètre vous a-t-elle permis d'identifier des comportements violents que vous avez subis au cours de votre vie, que vous n'aviez pas identifié auparavant ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Quel(s) type(s) de violences vous a-t-elle permis d'identifier ? Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « L'échelle du Violentomètre vous a-t-elle permis d'identifier des comportements violents que vous avez subis au cours de votre vie, que vous n'aviez pas identifié auparavant ? »

- Des violences psychologiques
- Des violences physiques
- Des violences sexuelles
- Autre

A l'inverse, l'enquête vous a-t-elle permis d'identifier que vous avez vous-même pu avoir des comportements violents au sein d'une relation intime ? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Oui Je le suspectais et cela a renforcé mon sentiment
- Non, je l'avais déjà identifié comme tel
- Non, je n'identifie pas avoir eu de comportement violent
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

Concernant le Violentomètre, diriez-vous qu'il : Réponse unique

- Est utile : Pas du tout d'accord / Pas d'accord / Sans opinion / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord
- Est simple d'utilisation : Pas du tout d'accord / Pas d'accord / Sans opinion / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord
- M'a mis mal à l'aise : Pas du tout d'accord / Pas d'accord / Sans opinion / Plutôt d'accord / Tout à fait d'accord

Concernant la diffusion du violentomètre : Cochez la ou les réponses

- Je souhaiterais le montrer à mon entourage (amical et/ou familial)
- Je souhaiterais qu'il soit diffusé au sein de l'université
- J'aurais souhaité l'avoir vu dès la période du collège, lycée par exemple lors de cours d'éducation sexuelle
- Aucune de ces réponses
- Autre

Si vous avez vécu des violences ou si vous vous êtes interrogé sur la présence de violence au sein d'une relation intime, vers qui vous êtes-vous tourné ? Cochez la ou les réponses

Condition : ne pas avoir répondu « je n'ai jamais eu de partenaire intime » à la question « Avez-vous subi des violences au cours de votre vie par un·e partenaire dans le cadre d'une relation intime ? »

- Non concerné
- Je n'en ai parlé à personne
- Ami·e·s
- Famille
- Médecin ou autre professionnel de santé
- Association spécialisée (planning familial, structures jeunes ...)
- Infrastructure scolaire ou universitaire (médecin ou infirmièr·e de l'établissement, professeur·e, asso étudiante)
- Recours judiciaire
- Réseaux sociaux, sites internet, forum, livres, magazines
- Autre

Avez-vous déjà été sensibilisé aux violences dans les relations intimes ? Choix unique

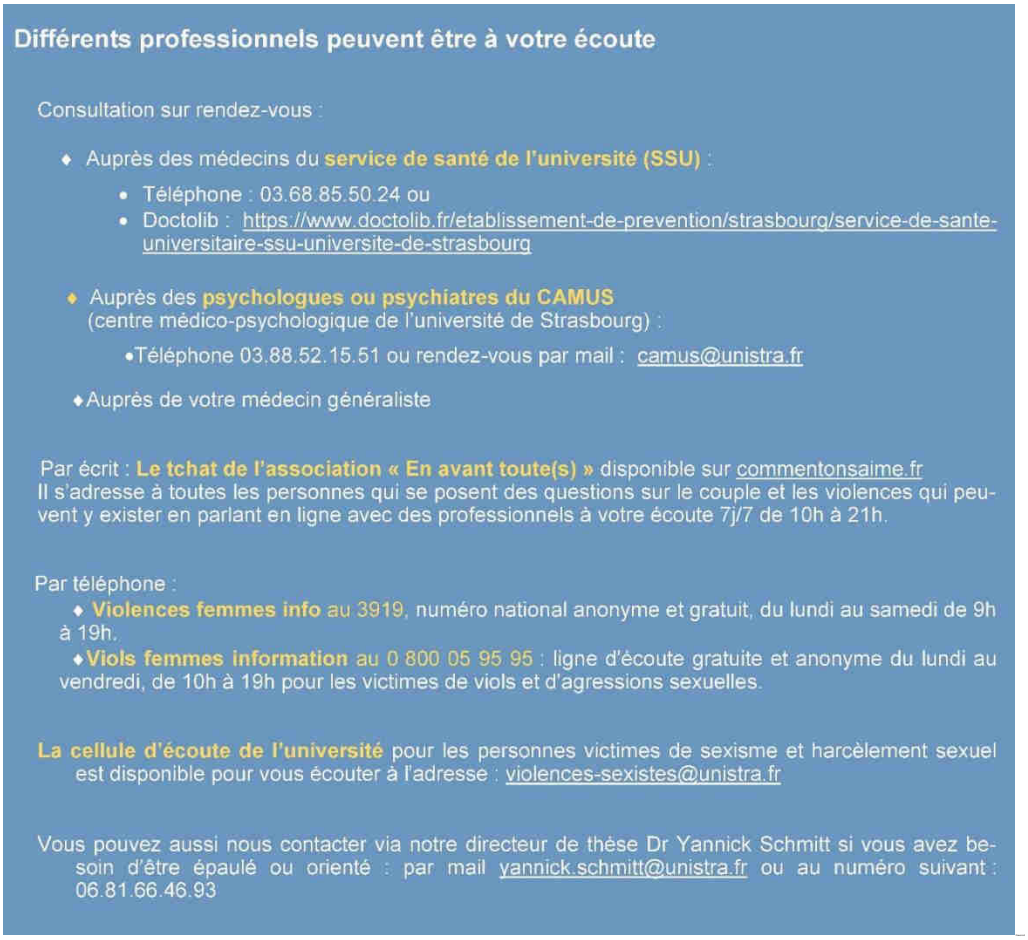
- Oui
- Non
- Sans réponse

Par qui avez-vous été sensibilisé ? Cochez la ou les réponses

Condition : avoir répondu « oui » à la question précédente « Avez-vous déjà été sensibilisé aux violences dans les relations intimes ?

- Entourage (famille, ami·e·s)
- Médecin ou autre professionnel de santé
- Associations spécialisées (planning familial, structures jeunes ...)
- Au sein de votre collège/lycée ou à l'université
- Réseaux sociaux, sites internet, forum, livres, magazines ...
- Campagne de prévention
- Autre

Le test est terminé. Merci beaucoup à vous qui avez pris de votre temps pour nous aider. Nous sommes conscientes qu'il a pu être difficile pour vous d'y répondre. Si vous sentez la nécessité de parler à un professionnel, n'hésitez pas. Vous trouverez ci-après différents intervenants et ressources. Les questions qui vous ont été posées sont inspirées d'une réflexion de notre part et de la synthèse de différents questionnaires et bibliographie sur le sujet. Elles n'ont pas de caractère obligatoire ou injonctif. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de "normalité" en matière de relation amoureuse et de sexualité, que vous êtes libre d'avoir ou de ne pas avoir de sexualité et de désir sans que cela ne soit nullement un problème.



ANNEXE C : Avis du comité de bioéthique

Université de Strasbourg

Mme MEYER Jérômine
Médecin généraliste remplaçante
1, rue de Vendenheim
67000 Strasbourg

Céline CLEMENT
Présidente du comité d'éthique pour la recherche

Strasbourg, le 14 décembre 2020
Objet : Décision du comité d'éthique pour la recherche (CER)
Référence dossier : 202020

Madame MEYER, Chère Collègue,

Affaire suivie par :
Florian FRITSCH
Responsable du département Administration de la recherche
Direction de la recherche et de la valorisation
florian.fritsch@unistra.fr
+33 (0)3 68 85 15 19

Vous avez déposé le projet intitulé « *Enquête sur la sexualité, l'éducation sexuelle et les violences dans les relations intimes chez les étudiants de l'Université de Strasbourg* » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

Unistra/CER/2020-27

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie dudit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

La présidente du comité d'éthique pour la recherche,

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Céline CLEMENT

Université de Strasbourg
4 rue Blaise Pascal
CS 90032
F-67081 STRASBOURG cedex
Tél. : +33 (0)3 68 85 00 00
www.unistra.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Simard D. La santé sexuelle, genèse et usages d'un concept. Étude d'épistémologie historique, XIXe – XXIe siècles. :609.

2. World Health Organization, Genève) R sur l'enseignement de la sexologie et le traitement des difficultés sexuelles (1974 : Formation des professionnels de la santé aux actions d' éducation et de traitement en sexualité humaine : rapport d' une réunion de l' OMS [tenue à Genève du 6 au 12 février 1974] [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1975 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/handle/10665/38316

3. Giami A. Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels. Sexologies. juill 2015;24(3):105-13.

4. Santé sexuelle et de la reproduction. (96). Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=153#:~:text=La%20sexualit%C3%A9%20et%20ses%20enjeux,notion%20de%20parcours%20de%20sant%C3%A9.

5. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. Le Journal des psychologues. 2007;250(7):56-60.

6. Giami A. Sexualité et santé publique : le concept de santé sexuelle. Sexologies. 1 janv 2004;13:1-13.

7. Définition Santé Sexuelle OMS EUROPE [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition

8. Santé sexuelle Santé publique France [Internet]. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: /determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs

9. OMS | Politiques et programmes [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/policy/fr/

10. WHO | About HRP [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 16 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/hrp/en/

11. OMS | Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 22 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/fr/

12. OMS | Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/

13. OMS | Introduire des lignes directrices et outils OMS de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_07_09/fr/

14. Lancement d'une stratégie d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/argumentaire/lancement-d-une-strategie-d-amelioration-et-de-promotion-de-la-sante-sexuelle

15. Le rapport Simon ou la sexualité des Français en débat [Internet]. France Culture. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.franceculture.fr/emissions/la-fabrique-de-lhistoire/le-rapport-simon-ou-la-sexualite-des-francais-en-debat

16. Loi Neuwirth. In: Wikipédia [Internet]. 2020 [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Loi_Neuwirth&oldid=176436817

17. La première enquête scientifique sur le comportement sexuel des Français [Internet]. L'Obs. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.nouvelobs.com/opinions/00031799.EDI0001/la-premiere-enquete-scientifique-sur-le-comportement-sexuel-des-francais.html

18. Education à la sexualité - Approche d'un mouvement émancipateur [Internet]. [cité 23 mars 2021]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2019-01/2018-09-referentiel-educ-sex-planning_0.pdf

19. Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France: une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). Sexologies. juill 2007;16(3):219-29.

20. Troussier T. Politique de «Santé Sexuelle» en France [Internet]. Société Française de Sexologie Clinique. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://www.sfsc.fr/publi/puz3503.htm

21. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=551

22. Manifeste des 343, Archives [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: http://expositions.bnf.fr/presse/grand/pre_190.htm

23. Corbellini J-P. PATRIMOINE - La Loi Veil a 40 ans [Internet]. PATRIMOINE. Jean-Philippe Corbellini; [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: https://patrimoine.univ-tours.fr/version-francaise/collections-sonores/40-ans-de-la-loi-veil

24. Furcy B. Les 40 ans de la loi sur l'IVG. 17 mars 2015 [cité 21 juin 2021]; Disponible sur: https://balises.bpi.fr/les-40-ans-de-la-loi-sur-livg-1/

25. Bioéthique : l'ouverture de la PMA à toutes les femmes en débat [Internet]. Vie publique.fr. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/eclairage/19432-bioethique-louverture-de-la-pma-toutes-les-femmes-en-debat

26. Don et utilisation des éléments et produits du corps humain (Articles L1211-1 à L1274-3) - Légifrance [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006140604/

27. Rapport relatif à l'éducation à la sexualite 2016, HCE [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15_vf.pdf

28. Plan Santé des Jeunes 16-25 ans - PDF [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/plan_sante_jeunes.pdf

29. Présentation et missions - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/a-propos-du-hce/presentation-et-missions/

30. 2006-2016 : un combat inachevé contre les violences conjugales [Internet]. [cité 25 mars 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r15-425/r15-4251.html

31. 5ème plan de mobilisation et de lutte contre toutes les violences faites aux femmes (2017-2019) [Internet]. Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/5eme-plan-de-mobilisation-et-de-lutte-contre-toutes-les-violences-faites-aux-femmes-2017-2019/

32. Torres L, Frapard C, Daumas A, Guibert N, Lagouanelle-Simeoni M-C, Rakoto J-C, et al. Controverse des estroprogestatifs de 3 e et 4 e génération : quelle influence sur le comportement des femmes ? em-premium [Internet]. 24 mars 2016 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/1041778/resultatrecherche/5

33. Vigoureux S, Guen ML. Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF. //www.em-premium.com/data/revues/24687189/v46i12/S2468718918302605/ [Internet]. 17 déc 2018 [cité 14 avr 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/1263527/resultatrecherche/7

34. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Fécond L. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population Societes. 2014;N° 511(5):1-4.

35. SPF. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. [cité 29 mars 2021]. Disponible sur: /determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception

36. Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) | Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg [Internet]. [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: http://www.chru-strasbourg.fr/CeGIDD

37. Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, et al. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France. Médecine et Maladies Infectieuses. 1 mai 2005;35(5):281-9.

38. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 22 juin 2021]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm

39. Brenot P. La sexualité. Que sais-je? 2007;(3079):77-124.

40. Duru-Bellat M. La tyrannie du genre. Maison d'Edition Sciences Po; (SciencesPo Les presses).

41. Ministère de l'Education: Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 - enseignement élémentaire et secondaire [Internet]. [cité 10 juill 2021]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm

42. L'Education sexuelle complète: une étude mondiale, 2015 - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235707_fre

43. Kirby D. The Impact of Schools and School Programs Upon Adolescent Sexual Behavior. Journal of Sex Research. févr 2002;39(1):27-33.

44. Song EY, Pruitt BE, McNamara J, Colwell B. A Meta-Analysis Examining Effects of School Sexuality Education Programs on Adolescents' Sexual Knowledge, 1960–1997. Journal of School Health. 2000;70(10):413-6.

45. Kirby D, Kirby D, National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy (U.S.). Emerging answers, 2007: research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2007.

46. Silva M. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinent behavior: a meta-analysis. Health Education Research. 1 août 2002;17(4):471-81.

47. Advocates for Youth (U.S.), éditeur. Science and success: sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV & sexually transmitted infections. Washington, DC: Advocates for Youth; 2003. 48 p.

48. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review, 2015 - UNESCO Bibliothèque Numérique [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243106

49. L'éducation sexuelle à l'école : l'UNESCO publie de nouvelles données sur le coût et l'efficience des programmes d'éducation sexuelle | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: http://www.unesco.org/new/fr/media-services/single-view/news/leducation_sexuelle_a_lecole_lunesco_publie_de/

50. Standards-OMS Education Sexuelle 2010.pdf [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Standards-OMS_fr.pdf

51. The Global Gender Gap Report 2015 [Internet]. Global Gender Gap Report 2015. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: http://wef.ch/1S5Sdu0

52. Rapport N° 2726 de Mme Martine Lignières-Cassou sur le projet de loi , après déclaration d'urgence, (2605) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Internet]. [cité 12 juill 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r2726.asp

53. Laot J. Plaidoyer pour une éducation à la sexualité en Europe – FPS- 2012. 2012;9.

54. Rapport d'activité Inspection Générale Affaires Sociales 2009 [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_IGAS_2009-2-3.pdf

55. Arrêté du 1er juillet 2013 relatif au référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation.

56. Arrêté du 27 août 2013 fixant le cadre national des formations dispensées au sein des masters « métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation ».

57. Sprimont D. ENQUÊTE - Que sont devenus les cours d'éducation sexuelle obligatoires inscrits dans la loi en 2001 ? [Internet]. 2019 [cité 16 août 2021]. Disponible sur: https://www.franceinter.fr/societe/que-sont-devenus-les-cours-d-education-sexuelle-obligatoires-inscrits-dans-la-loi-en-2001

58. Droits de l'enfant en 2017 : Des efforts restent à réaliser au regard des recommandations faites à la France par le Comité des droits de l'enfant de l'ONU [Internet]. Défenseur des Droits. 2017 [cité 9 août 2021]. Disponible sur: https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/communique-de-presse/2017/11/droits-de-lenfant-en-2017-des-efforts-restent-a-realiser-au-regard-des

59. L'intimité et la sexualité en ligne à l'adolescence - INJEP - Yaëlle Amsellem-Mainguy, chargée d'études et de recherche, INJEP Arthur Vuattoux, ingénieur de recherche à l'École des hautes études en santé publique, chercheur associé à l'INJEP [Internet]. INJEP. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: https://injep.fr/publication/lintimite-et-la-sexualite-en-ligne-a-ladolescence-2/

60. SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: /import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite

61. Santé sexuelle : Mesurer l'évolution des comportements sexuels et contraceptifs [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs

62. « La contraception masculine et ses enjeux » | Centre Hubertine Auclert [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: https://www.centre-hubertine-auclert.fr/article/retour-sur-la-causerie-la-contraception-masculine-et-ses-enjeux

63. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

64. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 [Internet]. [cité 24 août 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf

65. La santé sexuelle des jeunes. Dossier documentaire CRIPS Sud [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://sud.lecrips.net/wp-content/uploads/2019/11/Dossier-sant%C3%A9-sexuelle-des-jeunes.pdf

66. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 26 novembre 2019, n°31-32 Situation épidémiologique et dépistage du VIH et des autres IST [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-26-novembre-2019-n-31-32-situation-epidemiologique-et-depistage-du-vih-et-des-autres-ist

67. Vacher A. La Lettre de l'observatoire national des violences faites aux femmes n°16. :34.

68. Rapport IGSI Publication 17 novembre 2019.pdf [Internet]. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/publication/Rapport%20HC%20Publication%2017%20novembre%202019.pdf

69. Enquête « Prends ma plainte » Nous Toutes [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://www.noustoutes.org/ressources/resultats_enquete_prendsmaplainte.pdf

70. Paroles étudiantes sur les violences sexuelles et sexistes - Rapport résumé [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://observatoire-vss.com/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-resume-de-lObservatoire.pdf

71. Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M, et al. Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population & Sociétés. 2016;N° 538(10):1.

72. Un collégien sur cinq concerné par la cyberviolence [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/un-collegien-sur-cinq-concerne-par-la-cyberviolence-3815

73. La lutte contre les violences faites aux femmes : état des lieux | Vie publique.fr [Internet]. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/eclairage/19593-la-lutte-contre-les-violences-faites-aux-femmes-etat-des-lieux

74. 2019 - Enquête IPSOS - représentations des Français sur le viol 2 [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2019-enquete-ipsos.html

75. 30 nouvelles mesures contre les violences faites aux femmes [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/30-nouvelles-mesures-contre-les-violences-faites-aux-femmes

76. Clair I. Jeunes des cités au féminin : réputation, rapports amoureux et sexualité. :6.

77. Fiche thématique Pornographie et Adolescents - Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports [Internet]. [cité 17 août 2021]. Disponible sur: https://eduscol.education.fr/document/9620/download

78. 2016 - Enquête IPSOS - représentations des Français sur le viol [Internet]. [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: https://www.memoiretraumatique.org/campagnes-et-colloques/2016-enquete-ipsos.html

79. Hamel C. Maïa Mazaurette et Damien Mascret : La revanche du clitoris. Nouvelles Questions Feministes. 2010;Vol. 29(3):102-5.

80. Avec le clitoris, les médecins ont un problème de taille [Internet]. Rue89 Strasbourg. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://www.rue89strasbourg.com/clitoris-medecins-connaissance-these-217985

81. « #tasjoui? » : Enquête sur le « Gap orgasm » entre hommes et femmes [Internet]. IFOP. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/publication/tasjoui-enquete-sur-le-gap-orgasm-entre-hommes-et-femmes/

82. Teychenné R de M. DISCRIMINATIONS LGBT - PHOBES À L'ÉCOLE ÉTAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS. :82.

83. Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé (Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie, 17 mai) / Stigma of

sexual minorities: A key determinant of their health status (International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia, 17 May). :35.

84. SPF. Violences homophobes subies par les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en 2019. Enquête Rapport au sexe [Internet]. [cité 7 sept 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/violences-homophobes-subies-par-les-hommes-ayant-des-relations-sexuelles-avec-des-hommes-en-2019.-enquete-rapport-au-sexe

85. Chiffres clés Jeunesse 2019 INSEE.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/03/Chiffres-cles-Jeunesse-2019.pdf

86. Hegazy A. Enquête santé EMEVIA. :3.

87. Enquête Santé SMEREP 2015.pdf [Internet]. [cité 4 août 2020]. Disponible sur: http://web-engage.augure.com/pub/attachment/414763/041326293519404014350485322 82-we-agency.fr/DP%20Enqu%C3%AAte%20Sant%C3%A9%20SMEREP%202015%20compressed.pdf?id=1522886

88. Enquête LMDE Comment Ca va 2019 [Internet]. [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: https://www.lmde.fr/documents/20184/0/ense5-comment-ca-va.pdf/8c8424a4-2409-424e-8709-97f6bbf5c92a

89. OVE 2018 [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2018/11/Reperes_sante_etudiants_2018.pdf

90. Enquete santé 2015 EMEVIA [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: http://www.emevia.com/sites/default/files/files/DP%20Enquete%20sant%C3%A9%202015_sexualit%C3%A9_contraception.pdf

91. Maillochon F, Ehlinger V, Godeau E. L'âge « normal » au premier rapport sexuel. Agora debats/jeunesses. 6 déc 2016;N° Hors série(4):37-56.

92. En 2018, 266 000 personnes vivent en couple avec un conjoint de même sexe - Insee Première - 1774 [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4215399

93. OBSERVATOIRE DES LGBTPHOBIES Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/06/116079_Ifop_FJR_2019.06.24.pdf

94. Queer, allosexuel.le ou altersexuel.le | Définition [Internet]. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: https://interligne.co/questions_frequentes/queer-definition/

95. Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze M. Santé LGBT : Introduction. In: Alessandrin A, Dagorn J, Meidani A, Richard G, Toulze (dir.) M, éditeurs. Santé LGBT : les minorités de genre et de sexualité face aux soins [Internet]. Éditions Le bord de l'eau; 2020 [cité 27 oct 2021]. (Documents). Disponible sur: https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02511007

96. Bozon M. Pratiques et rencontres sexuelles : un répertoire qui s'élargit [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293-page-273.htm

97. Kraus F, Weill C. Les Françaises et la masturbation dans le couple : la fin d'un tabou ? :20.

98. Sébastien C, Arnaud L, Michael P. LES GAYS, LES CAM ET LE PORN : ENTRE SURCONSOMMATION ET ADDICTION…. :9.

99. Kraus F, Lacse C, Paolacci M. Enquête sur des pratiques et usages des Français sur les sites et les applications de rencontre. :26.

100. LA SANTÉ DES ÉTUDIANT·E·S EN FRANCE - 5ème enquête nationale 2019-2020 LMDE [Internet]. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: https://www.lmde.fr/documents/20184/0/ense5-comment-ca-va.pdf/8c8424a4-2409-424e-8709-97f6bbf5c92a

101. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes Entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin. Societes contemporaines. 2016;104(4):67-94.

102. Bulot C, Leurent B, Collier F. Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque en milieu universitaire. Sexologies. 1 oct 2015;24(4):187-93.

103. Amsellem-Mainguy Y, Vuattoux A. Construire, explorer et partager sa sexualité en ligne. :126.

104. France, éditeur. Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique. Paris: la Documentation française; 2016.

105. Violences et rapports de genre - Enquête sur les violences de genre en France - Enquête Virage [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/30810/dossier_presse_virage_final.fr.pdf

106. OBSERVATOIRE DES LGBTPHOBIES - État des lieux 2019 - [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/05/116079_Ifop_FJR_Observatoire_2019.05.16.pdf

107. Question n°30575 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-30575QE.htm

Université de Strasbourg

Faculté de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MEYER **Prénom :** Jérômine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur
Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

A Strasbourg, ***le*** 24.11.2021

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ :

La sexualité est omniprésente dans nos vies. Si elle a longtemps été tabou, condamnée par la morale religieuse, force est de constater que la société n'a jamais été aussi sexualisée qu'aujourd'hui. Alors qu'elle inonde l'art et les nouveaux médias, alors qu'elle se vend à travers divers objets sexuels et supports pornographiques, elle fait également l'objet de scandales brûlants de harcèlement et de violences. Dans le champ de la santé sexuelle, la situation est marquée par une progression des IST et d'importantes inégalités d'accès à la contraception. Les associations militent pour mobiliser les pouvoirs publics afin d'investir dans des moyens de lutte efficaces, au cœur desquels l'application d'une éducation sexuelle performante, complète, dès le plus jeune âge. Alors que cet enseignement est obligatoire en France depuis 2001, les rares enquêtes disponibles font état d'une application très inégale sur le territoire et d'un contenu inadapté aux réalités des jeunes. L'étude des comportements est un prérequis à toute éducation sexuelle et le Haut Conseil de l'Egalité Femmes-Hommes recommandait la réalisation d'une vaste enquête à cet effet en 2016. A ce jour, ce travail n'a pas été réalisé.

Nous avons mené une enquête par auto-questionnaire auprès des étudiants de l'université de Strasbourg, entre décembre 2020 et mars 2021. L'objectif principal était de réaliser une évaluation descriptive de la vie sexuelle des étudiants, d'étudier les pratiques, les moyens d'information et d'éducation sexuelle et les antécédents de violences.

À partir des 7431 réponses, nous avons pu dresser un état des lieux relativement complet de la sexualité en 2021. Il a été mis en évidence le poids du genre et de l'orientation sexuelle toujours important dans les comportements sexuels et amoureux, mais également dans la prise en charge de la santé sexuelle. A ce propos, on note toujours une forte proportion d'étudiants ayant des comportements à risque et un faible sentiment de partage de la charge de la contraception pour les femmes. On constate qu'une large part des étudiants a bénéficié d'au moins une séance d'éducation sexuelle dans sa scolarité mais que celle-ci n'était pas efficace et que le recours aux médias en ligne est important. Il existait des liens significatifs entre le fait de se sentir bien informé et la consommation de médias d'éducation sexuelle en ligne. Enfin, on constatait d'inquiétants chiffres de violences sexuelles et la réalité de rapports sexuels pas systématiquement pleinement consentis, fréquemment cédés.

Au total, notre travail constitue une mise à jour et un complément sérieux des données existantes sur la vie sexuelle des étudiants, qu'il conviendrait d'approfondir et de compléter dans l'objectif d'éclairer la prise de décision des différentes institutions et l'élaboration de stratégies à venir dans le domaine de la santé sexuelle.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots-clés : santé sexuelle, sexualité, éducation sexuelle, sexisme, violences, étudiants.

Président : Mr le Professeur Philippe DERUELLE
Assesseurs :
- Mme la Professeur Maria GONZALEZ
- Mr le Professeur Gilles BERTSCHY
- Mr le Docteur Yannick SCHMITT

Adresse de l'auteur : 67 rue de Zurich, 67000 STRASBOURG