Comment mieux accueillir une parole dans le domaine de l'éducation à la sexualité ?

Exemple d'une formation délivrée aux sages-femmes bénévoles « Pipelettes »

Louise LEFRANC(1), Frédérique XAVIER(2), Anne DEMEESTER(3)

(1) Sage-femme DE – Master 2 Pédagogie des sciences de la santé, Faculté de médecine de Strasbourg, France., (2) Infirmière MS - Doctorante en sciences de l'éducation, Aix Marseille Univ, ADEF, Marseille, France, (3) Sage-femme PhD - MCF en Sciences de l'éducation. Aix Marseille Univ, ADEF, Marseille, France

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.9808

Résumé : Dans le but de favoriser le dialogue et de créer un espace d'échange bienveillant dans le domaine de la santé sexuelle, cette recherche action présente la conception et l'évaluation d'un programme de formation. En combinant recherche scientifique et mise en pratique, cette formation vise à développer les compétences psychosociales des sages-femmes « Pipelettes » afin d'adopter une approche socio-constructiviste dans leurs interactions avec les jeunes sur leur plateforme de tchat en ligne. Les recommandations mettent en avant la nécessité d'intégrer précocement le développement des compétences psychosociales dans la formation initiale des sages-femmes et la mise de place de sessions de formation lors de leur engagement en tant que « Pipelettes ». Ce programme de formation contribue à une approche plus inclusive et efficace de l'éducation à la sexualité en renforçant les échanges et en valorisant le rôle des sages-femmes dans ce domaine.

Mots-clés : compétences psychosociales – éducation à la sexualité – santé sexuelle – maïeutique – développement professionnel continu

Abstract: Initiated with the aim of fostering dialogue and promoting a welcoming space in the field of sex education, this study presents an innovative training program designed for volunteer midwives known as "Pipelettes." Recognizing the need to address the lack of sexual health knowledge among young individuals, this research-action approach combines scientific research with practical implementation to enhance the practice of volunteer midwives. The training program focuses on developing psychosocial competencies for "Pipelettes" midwives to adopt a socio-constructivist approach in addressing questions on the online chat platform. Results from the focus group demonstrate that the training program effectively raises midwives' awareness of implicit psychosocial skills and highlights their significance in creating a supportive and empowering environment. Recommendations include integrating psychosocial skills training earlier in midwives' education and implementing recurring training sessions during their engagement as "Pipelettes." By enhancing dialogue and empowering volunteer midwives, this training program contributes to a more inclusive and effective approach to sex education. It underscores the crucial role of midwives in promoting sexual health knowledge and emphasizes the importance of continuous education and development in the field.

Keywords: psychosocial competencies – sex education – sexual health - midwives - continuing education

1 Introduction

Bien que l'éducation à la sexualité figure dans le code de l'éducation [1]et plusieurs circulaires et que les personnels éducatifs aient à leur disposition de nombreuses ressources (Guide d'accompagnement, site Éduscol…), peu d'interventions sont effectivement mises en place dans les établissements scolaires. Un rapport de l'Inspection générale en 2021 rappelait que moins de 15% des élèves bénéficient des trois séances annuelles pourtant obligatoires, avec de fortes disparités entre académies et une situation encore plus marquée dans les Outre-Mer (Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2021). Ne recevant pas les informations ou n'osant pas les demander, les jeunes se retrouvent sur les réseaux sociaux et ne savent pas toujours comment trouver une information fiable. Une enquête nationale (Baromètre de Santé publique France, 2021)montre que près de 60 % des 15-24 ans déclarent utiliser Internet comme première source d'information en santé sexuelle, souvent sans distinguer la fiabilité des contenus. Cette exposition accrue à la pornographie ou aux forums non modérés peut renforcer les stéréotypes de genre, banaliser des pratiques à risque et accentuer le sentiment d'isolement. Cette difficulté d'éducation associée à « cette nouvelle exposition à la sexualité » revient à interroger l'éducation à la sexualité : quelle est la place de l'éducateur dans ce contexte récent ? Les compétences médicales, préventives et relationnelles de la sage-femme lui permettent de jouer un rôle clé en prévention et en éducation à la sexualité. L'étude présentée ici propose d'augmenter la portée de ses actions éducatives par le développement des compétences psycho-sociales.

1.1 Référentiel métier et compétences des sages-femmes

La sage-femme exerce une profession médicale autonome « à compétences définies et réglementées »[2]. Elle accompagne les femmes tout au long de leur vie en assurant le suivi gynécologique de prévention et la prescription de contraception ainsi que le suivi de la grossesse. Ses compétences figurent dans le nouveau référentiel publié par le conseil national professionnel (CNP) (CNP Maïeutique, 2023). La sage-femme est actrice de prévention en gynécologie, obstétrique et pédiatrie avec la vaccination de la femme enceinte, du nouveau-né et de son entourage. Ses compétences n'ont cessé de croître depuis les années 2000, notamment dans le domaine de la gynécologie par son implication en assistance médicale à la procréation (AMP), dans des conditions fixées par décret[3] et l'interruption volontaire de grossesse (IVG). En effet, la pratique de l'IVG médicamenteuse est possible pour la sage-femme depuis 2016[4], et une expérimentation encadrée de trois ans pour la pratique de l'IVG chirurgicale par les sages-femmes a débuté en 2021[5]. En lien avec ses compétences en gynécologie grandissantes, la sage-femme est également actrice de prévention dans le domaine de la

[1] art. L.312-16

[2] Arrêté du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique

[3] Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation

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

[5] Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes

santé sexuelle, ce qui justifie de s'interroger sur la formation initiale et continue pour répondre aux enjeux actuels, notamment dans les espaces numériques.

1.2 Canaux d'information

La sage-femme peut assurer une prévention en santé sexuelle par plusieurs canaux : en contexte scolaire, en contexte sanitaire ou en milieu associatif. À l'école, comme intervenante ou par le biais du service sanitaire des étudiants en santé, elle contribue à l'éducation à la sexualité en réalisant des interventions de prévention primaire en santé sexuelle dans les établissements scolaires du premier et du deuxième degrés (écoles, collèges et lycées).

Le service sanitaire mis en place en 2017 a pour but de regrouper des étudiants en santé de plusieurs filières afin de réaliser des actions de prévention[6]. La « formation par les pairs » est mise en avant dans ce processus qui permet aux élèves d'avoir un échange facilité avec les étudiants en santé de quelques années leurs aînés. Les professionnels de santé peuvent accompagner le groupe d'étudiants en santé sur le thème de la santé sexuelle. En plus du contexte scolaire, la prévention primaire en santé sexuelle des sages-femmes étend son champ d'action à la maternité ou en cabinet libéral, lors des consultations de suivi gynécologique, du post-partum immédiat, de la rééducation du périnée ou encore par le biais d'engagements associatifs.

1.3 Tchat en ligne « Les Pipelettes »

Prévention sage-femme est une fédération regroupant des associations de sages-femmes ayant comme but commun de placer la prévention au cœur de l'organisation des soins et des politiques de santé. Elle est composée des principales organisations de la profession de sage-femme : L'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF) ; L'Association nationale des sages-femmes coordinatrices (ANSFC) ; Le Collège national des sages-femmes de France (CNSFF) ; L'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF). Ces associations ont comme objectif de développer des dispositifs de prévention auprès des instances pour la population générale. « Elles participent au développement d'outils de communication visant à faire connaître la profession de sage-femme comme actrice de soins primaires » (Prévention Sage-femme.). C'est dans cette optique que le tchat sécurisé « Les Pipelettes » a vu le jour en 2021. La plateforme est animée par des sages-femmes diplômées, bénévoles et volontaires. Le recrutement est permanent : 250 sages-femmes sont inscrites sur la liste des bénévoles, dont 100 actives régulièrement sur le tchat. Celles-ci utilisent une application dédiée comportant deux fonctionnalités principales : un onglet permettant de prendre en charge une conversation (avec un maximum de deux conversations simultanées par sage-femme) et un onglet « calendrier » sur lequel elles s'inscrivent sur des plages horaires de deux heures. Cette organisation, combinée à la participation de sages-femmes exerçant dans les départements et régions d'outre-mer, permet d'assurer une continuité de service 24 heures sur 24. Par ailleurs, plusieurs sages-femmes peuvent être présentes sur un même créneau afin de répondre à un volume plus important de demandes. La plateforme est hébergée de manière sécurisée pour la protection des données de santé. Entre mars 2021 et septembre 2024, plus de 31 400 conversations

[6]Décret n° 2018-472 et Arrêté du 12 juin 2018, relatifs au service sanitaire des étudiants en santé

ont été prises en charge. C'est un lieu de parole et d'échange anonyme permettant aux jeunes de poser leurs questions sans gêne et de sécuriser les réponses. Prévention sage-femme a choisi comme outil technologique le tchat afin d'être efficace en matière de prévention et de pouvoir être toujours disponible, dans toute situation et à tout endroit. Le but est d'apporter aux jeunes une réponse concrète, rapide et valide.

1.4 Enjeux

L'existence de ce dispositif soulève une interrogation centrale : la formation initiale des sage-femmes est-elle suffisante pour permettre aux intervenants d'apporter une réponse concrète, rapide et valide sur le site « Les Pipelettes » ? La lecture du référentiel métier et compétences des sages-femmes montre que l'on n'interroge pas les connaissances des sages-femmes mais la manière de les délivrer et de faire face aux réactions des jeunes. Afin de proposer une formation adaptée aux sages-femmes bénévoles, nous avons réalisé une enquête de besoins visant à identifier leurs attentes et à analyser si la formation initiale leur semble suffisante pour assurer ce rôle. Il s'agissait aussi de préciser comment une formation complémentaire pourrait les aider à être plus à l'aise et mieux outillées pour délivrer une information certifiée dans ce cadre. La question de recherche peut être formulée ainsi : En quoi le développement des compétences psycho-sociales (Organisation mondiale de la santé (OMS), 1994) articulé au modèle 3D développé par Xavier *et al.* (2021) constitue-t-il un levier pour améliorer la posture éducative des sages-femmes bénévoles et la qualité des réponses apportées aux jeunes dans le cadre du tchat « Les Pipelettes » ?

2 Cadre conceptuel

L'étude convoque le concept des compétences psychosociales et le cadre 3D proposé par Frédérique Xavier (Xavier *et al.*, 2021).

2.1 Les compétences psycho-sociales : un levier pour la santé sexuelle

En 1986, la Charte d'Ottawa décrit la promotion de la santé comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé, d'améliorer leur santé et d'atteindre un état de complet bien-être physique, psychique et social ». Il existe 3 axes de la promotion de la santé (MENJS, 2020) : Éducation ; Prévention ; Protection. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence ». Le développement des compétences psychosociales sont décrites comme un levier pour la promotion de la santé, et donc de la santé sexuelle. Les compétences psychosociales (CPS) ou Lifeskills ont initialement été définies par l'OMS en 1993 comme « la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif lui permettant de répondre de façon positive et efficace aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » et étaient initialement réparties en 10 compétences couplées, comme suit : Savoir prendre des décisions / Savoir résoudre des problèmes ; Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique ; Savoir communiquer efficacement /

Être habile dans les relations interpersonnelles ; Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres ; Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions. Les compétences psychosociales sont utilisées en éducation afin de former les jeunes à la relation aux autres et à la connaissance de soi : mieux se connaitre pour se mettre en relation avec le monde qui nous entoure et se développer en harmonie. S'appuyer sur ces compétences en mobilisant ses savoirs, savoir-faire et savoir-être permet de pouvoir agir sur la santé globale. Ces CPS sont nécessaires pour parvenir à faire évoluer le collectif entier, la société et s'inscrivent dans le concept de « One health » (Lerner & Berg, 2015). Chacune peut être mobilisée en fonction de la situation et toutes sont impliquées dans tous les moments de la vie (Santé publique France, 2021). En 2001, l'OMS affine le périmètre et la définition des compétences psycho-sociales en 3 grandes catégories [Fig1] et distingue compétences sociales, compétences cognitives et compétences émotionnelles.

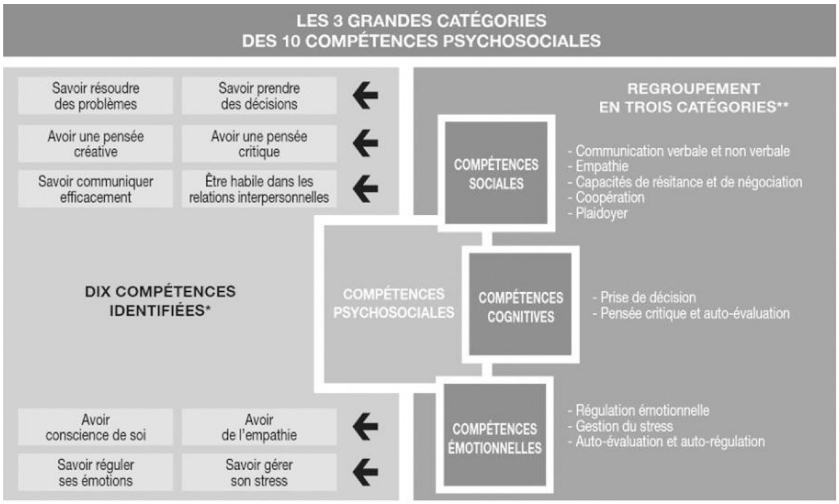


Fig. 1 : Compétences psycho-sociales, Source : PromoSanté, 2018 – OMS, UNESCO, 1993 (Mangrulkar *et al.*, 2001)

Ce schéma rappelle que les compétences psychosociales ne fonctionnent pas isolément mais de manière intégrée, ce qui est essentiel en éducation à la sexualité où les jeunes sont confrontés à des situations complexes mêlant savoirs, émotions et relations. Les compétences psycho-sociales interviennent de façon transversale dans les démarches de prévention en santé sexuelle. Leur développement lors des interventions de promotion de la santé est identifié par l'OMS (OMS, 2006) comme un facteur favorisant le bien-être et la santé globale des jeunes en contribuant notamment au développement de leur empowerment. Intégrer ces compétences dans la formation initiale des sages-femmes bénévoles vise à leur permettre de s'inscrire dans une démarche de réflexivité afin d'accompagner les jeunes avec bienveillance et subjectivité, leur évitant ainsi d'adopter une posture de « sachant » transmettant son savoir.

2.2 Le modèle 3D : analyser la posture éducative en éducation à la sexualité

Xavier *et al.* (2021) proposent un « modèle théorique pour l'analyse des pratiques en éducation à la sexualité en contexte scolaire, afin de permettre aux intervenants d'exercer un regard critique sur leurs propres représentations tant du point de vue de la conception de la sexualité et de l'éducation que de l'objectif poursuivi ». Ce modèle est construit sur 3 axes : la définition du terme sexualité avec ses représentations sous-jacentes, la posture éducative de l'intervenant ainsi que les enjeux épistémologiques. Ce modèle est ici mobilisé afin d'interroger la manière dont les sages-femmes Pipelettes se situent lorsqu'elles répondent aux jeunes *via* le tchat.

2.2.1 Entre biomédicale et socio-écologique : quelles représentations de la sexualité ?

La sexualité peut être définie par une approche biomédicale, comme « un ensemble de catégories normatives centrées sur la procréation et l'hétéronormativité » (Xavier *et al.*, 2021). Cette vision fait écho au « bon coït » (Corbin, 2007), point de vue selon lequel la sexualité se limite à la pénétration du pénis dans le vagin. Dans cette approche, la sexualité est en lien direct avec la reproduction (Michel Foucault, 1976) et en se focalisant sur la mécanique et sur les aspects biologiques et médicaux des maladies, les autres dimensions de la sexualité sont mises de côté : émotions, sentiments, contexte social (Bengtsson & Bolander, 2020). Cependant, il existe un décalage entre les programmes se centrant sur l'information biomédicale lors des séances de prévention et les représentations de la sexualité qu'ont les élèves. Leurs représentations correspondent plutôt à une approche socio-écologique (Hrairi, 2017). De plus, les interventions en éducation à la sexualité s'inscrivent dans la promotion de la santé et le développement de l'humain en mobilisant les CPS. Dans l'approche socio-écologique, la sexualité se construit selon un modèle holistique. Selon l'UNESCO, la sexualité est une dimension essentielle de l'être humain évoluant au long de sa vie (UNESCO, 2018). Les stéréotypes sont posés et interrogés, et la diversité des sexualités (pratiques, orientations, identité de genre) est reconnue et explorée (Naezer *et al.*, 2017). Cette approche « privilégie l'empowerment de toute personne en tant qu'agent actif de sa santé individuelle et collective » (Clément & Carvalho, 2017). En éducation à la sexualité, le formateur se place sur un continuum entre le modèle socio-écologique, qui prend en compte les déterminants multiples de la santé (individuels, relationnels, culturels, sociétaux) et le modèle bio-médical, centré sur les risques, la prévention des maladies et la transmission des savoirs médicaux. La posture éducative dépend souvent de la manière dont le professionnel articule ces deux approches, allant d'une logique descendante d'expertise à une démarche participative tenant compte de l'environnement social des jeunes. Ainsi, en reconnaissant la diversité des sexualités lors de l'animation d'une séance sur le thème de la lutte contre l'homophobie, l'intervenant se place dans le modèle socio-écologique. Mais se basant exclusivement sur des exemples hétérosexuels lors des autres séances, il navigue vers le modèle biomédical (Xavier *et al.*, 2021). La posture éducative de l'intervenant peut s'inscrire dans deux modèles en éducation sexuelle : le modèle béhavioriste et le modèle constructiviste.

2.2.2 D'un modèle d'éducation béhavioriste à un modèle constructiviste

Le modèle béhavioriste prône le lien de causalité entre la délivrance d'informations et le changement d'attitude. Il suffirait que des connaissances soient apportées aux élèves par les intervenants pour qu'ils s'épanouissent dans une sexualité saine. Ce modèle invite à une éducation à la sexualité selon une approche prescriptive ou restrictive (McKay, 1997). L'éducateur y tient une place d'expert possédant les connaissances nécessaires au développement de comportements sains chez les élèves qui, eux, sont placés dans une posture d'écoutants ou de novices (Naezer *et al.*, 2017). Le décalage entre le contenu des séances d'éducation à la sexualité et ce que les élèves vivent dans leur quotidien peut générer honte et stigmatisation chez les apprenants (Hirst *et al.*, 2017). Le modèle constructiviste prône le lien de causalité entre l'engagement des jeunes dans l'éducation à la sexualité et le changement de pratiques et de conduites. Il invite à une éducation à la sexualité selon une approche appropriative ou permissive. L'éducateur y tient une place d'accompagnateur reconnaissant les expériences des élèves comme des savoirs expérientiels et légitimes en tant que sujets sexuels actifs (Naezer *et al.*, 2017). Cette démarche leur permet de mobiliser et développer les compétences psychosociales et participe ainsi à mieux se connaître soi pour se mettre en relation avec le monde qui nous entoure et se développer en harmonie. Cela va permettre aux élèves de prendre conscience de la diversité des valeurs, représentations, ressources et contraintes et d'acquérir du pouvoir sur leurs choix et ce qui va renforcer leur sentiment de confiance (Billon-Descarpentries, 2000). En ajoutant l'axe de la posture éducative qui oscille entre un modèle behavioriste et un modèle constructiviste, un repère orthogonal se dessine (Xavier *et al.*, 2021).

2.2.3 Épistémologie de l'éducation à la sexualité : entre neutralité et démocratie

Ce troisième axe analyse le choix des outils utilisés dans les actions éducatives selon deux enjeux : un enjeu de neutralité en opposition à un enjeu démocratique. Afin de ne pas influencer l'avis des élèves, ce modèle utilise des outils avec lesquels les informations seront délivrées de manière impartiale (Corngold, 2013). Le respect des différences est privilégié en adoptant une posture neutre et bienveillante. L'encouragement de la prise de parole en public par les élèves est recherché dans le choix des outils d'éducation : débats à partir de films ou corpus de texte. Ce type d'outil permet aux élèves d'exprimer leurs points de vue tout en respectant, lors de leurs échanges, les connaissances scientifiques et les lois en vigueur. Cependant, les nombreux point de vue pouvant émaner de ces débats pointe « l'impossible neutralité » vis-à-vis de l'éducation à la sexualité, la sexualité étant une activité remplie de valeurs (Bengtsson & Bolander, 2020). Présenter tous les points de vue afin de rester neutre concourt à « entraver le développement des capacités de raisonnement moral, à favoriser le relativisme moral vide intellectuellement ou la soumission à une autorité extérieure » (Corngold, 2013).

2.2.4 Utilisation des outils dans l'approche démocratique

L'approche démocratique s'appuie sur l'utilisation d'outils permettant de répondre à un triple objectif d'inclusion, d'empowerment et de construction d'un monde commun (McKay, 1997 ; Bengtsson & Bolander, 2020). Un premier objectif d'utilisation d'ou-

tils met en avant la diversité ainsi que la complexité des composantes de la sexualité tout en évitant « l'impasse sur des sujets controversés ou sur des représentations sous-jacentes en interrogeant les éléments biomédicaux, psycho-affectifs, socio-juridiques, en attirant l'attention sur les sous-entendus et en exerçant une attitude critique à leur rencontre » (Xavier *et al.*, 2021). Un deuxième objectif d'utilisation d'outils permettant le développement des CPS et ainsi, de l'empowerment[7]. Le troisième et dernier objectif d'utilisation d'outils participant à la construction d'un monde commun « en faisant émerger l'unanimité des valeurs quels que soient les points de vue défendus et d'ancrer la cohésion sociale » (Xavier *et al.*, 2021). Le choix des outils permettant de répondre aux objectifs de l'éducation à la sexualité correspond au troisième axe du repère orthogonal que F. Xavier nous propose sous forme d'un modèle en 3D en analysant l'éducation à la sexualité selon un continuum entre enjeu de neutralité et un enjeu démocratique [Fig2] (Xavier *et al.*, 2021). Ces outils permettent d'une part de faire émerger la diversité des points de vue, d'exercer les CPS telles que la pensée critique, la gestion des émotions, l'empathie envers les autres ou encore la communication efficace afin de trouver des valeurs communes et un consensus pour construire un monde commun.

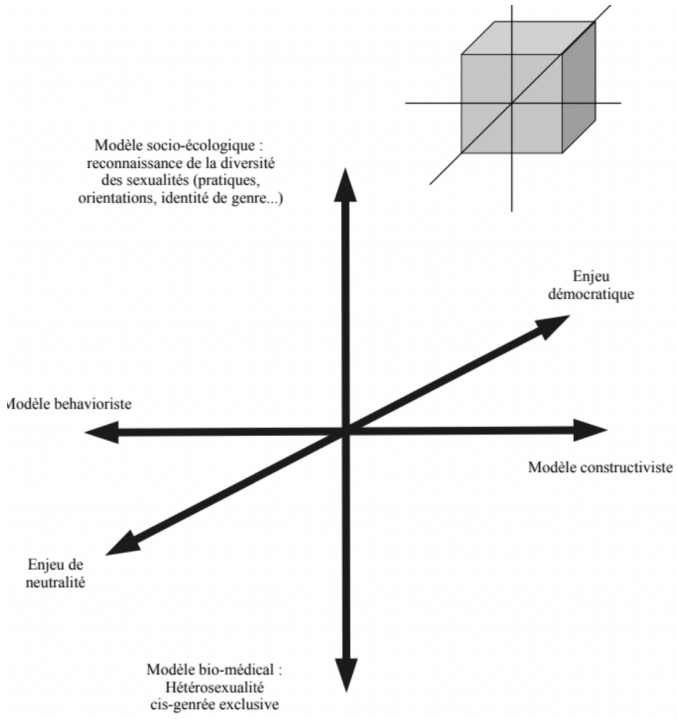


Fig. 2 : Figure 2 - Modèle en 3D – Concept de la sexualité, posture éducative et approche épistémologique, Source : Educ Santé Sociétés, 2021 – L'éducation à la sexualité en contexte scolaire : le modèle explicatif en 3D. (Xavier *et al.*)

[7]Empouvoirement ou pouvoir d'agir

Lors d'une action éducative, l'intervenant oscille, selon son parcours personnel et selon les sujets présentés lors des séances d'éducation à la sexualité, sur ces trois axes. « Interroger ces dimensions lui permet d'envisager la complexité de l'éducation à la sexualité et déterminer l'approche qui lui parait la plus pertinente » (Xavier *et al.*, 2021). Afin de répondre au mieux aux recommandations de l'Unesco et de l'OMS promouvant le développement des CPS dans l'éducation à la vie sexuelle et affective, le modèle le plus adapté semble être celui qui combine une approche socio-écologique comme représentation de la sexualité, une posture éducative s'inscrivant dans l'approche constructiviste ainsi que l'utilisation d'outils répondant à un enjeu démocratique.

3 Méthodologie

La méthode de recherche retenue pour cette étude est la recherche-action, choisie car elle permet d'allier la production de connaissances pratiques et l'induction de changements positifs basés sur les preuves apportées par la science (Eymard & Moncet, 2003 ; Corbière & Larivière, 2020). Dans ce contexte, il ne s'agissait pas seulement de décrire les besoins des sages-femmes Pipelettes mais de concevoir et tester une formation susceptible d'améliorer concrètement leurs interventions sur le tchat. Ce choix méthodologique a impliqué des précautions particulières : en tant que sage-femme, « Pipelette » bénévole et formatrice, une distanciation a dû être prise pour la chercheuse principale. Cette triple casquette a pu renforcer le lien entre recherche et action. La recherche-action s'est déroulée entre octobre 2022 avec la diffusion du questionnaire d'analyse de besoin et janvier 2023 avec la tenue du focus group, en quatre phases distinctes [Fig3].

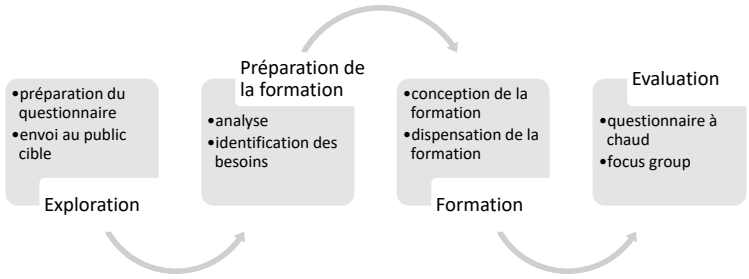


Fig. 3 : les étapes de la recherche-action

3.1 Phase 1 : élaboration et diffusion du questionnaire

Un questionnaire anonyme a été conçu spécifiquement pour cette recherche, dans le but d'identifier les besoins de formation des sages-femmes « pipelettes ». Sa construction s'est appuyée sur l'expérience de la chercheuse principale en tant que sage-femme et formatrice, ainsi que sur les échanges réguliers avec les bénévoles impliquées dans le tchat. Le contenu du questionnaire reprenait les grandes dimensions identifiées comme essentielles dans la littérature sur les CPS et la promotion de la santé sexuelle (OMS, 2006) (SPF) (UNESCO, 2018) (Santé publique France, 2021). Afin de garantir sa clarté et sa faisabilité, le questionnaire a été pré-testé auprès de deux sages-femmes

bénévoles, ce qui a permis d'ajuster le vocabulaire employé et de vérifier la durée de passation (environ dix minutes). Le questionnaire comportait 28 questions. Une première partie portait sur les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants (âge, sexe, type et durée d'exercice, fréquence d'activité sur le tchat). Une deuxième partie explorait les représentations et connaissances des participantes concernant les CPS. Trois dimensions étaient sondées : leur capactité à en citer spontanément, l'usage déclaré de ces compétences dans les interactions avec les jeunes sur le tchat et l'importance qu'elles leur accordaient dans ce contexte. Une troisième partie interrogeait les difficultés rencontrées dans la pratique du tchat (maitrise de l'outil, manque de formation sur certains sujets récurrents, besoin d'échanges entre pairs) et les attentes en matière de formation complémentaire.

3.2 Phase 2 : élaboration et mise en œuvre de la formation

Les réponses ont été analysées afin d'identifier 11 thèmes sur lesquels les sages-femmes « Pipelettes » souhaitaient être formées. Lors de leur inscription pour la formation, elles ont dû choisir 4 thèmes prioritaires parmi les 11 retenus pour illustrer des questions « types » que les jeunes pourraient poser sur le tchat. Ces thèmes étaient : Aspect sociologique des comportements ; Transidentité et sexualité ; Violences sexuelles ; Sexualité masculine. La formation s'est réalisée à distance, par zoom, un soir sur deux heures. Chaque thème a été associé à une situation authentique construite à partir des questions des tchats. Frédérique Xavier, experte en santé sexuelle, était présente afin d'apporter le contenu scientifique. Le jour de la formation, chaque participant s'est présenté rapidement (technique de « la machine à café ») et un bref exposé introductif a été fait (Diaporama de la formation, *cf.* Annexe 3). La consigne donnée était d'échanger sur chaque situation de manière séquentielle pendant 10 minutes, en petits groupes, pour donner des réponses potentielles aux jeunes et indiquer quelles CPS les sages-femmes mobilisaient personnellement. Entre chaque situation traitée, les sous-groupes étaient rappelés dans la grande salle et invités à restituer leurs propositions et réagir sur les autres. Puis, l'experte en santé sexuelle faisait un bref point théorique permettant de renforcer la pertinence des propositions au regard de la recherche en éducation à la sexualité. Le processus a été répété à l'identique pour les quatre situations.

3.3 Phase 3 : l'évaluation de la formation

La formation a été évaluée à deux niveaux. D'abord par un questionnaire de satisfaction envoyé immédiatement après la session (évaluation à chaud). Ensuite, afin d'atteindre le niveau 2 du modèle de Kirkpatrick, un focus group a été organisé trois mois plus tard, réunissant trois participantes. Cette approche qualitative permet de comprendre les attitudes et opinions des participants de manière approfondie (Dawson *et al.*, 1995). Ces questions ont été progressivement posées au groupe afin de favoriser les échanges en les invitant à partager leurs expériences depuis la formation et à discuter : Qu'est-ce que vous avez appris ? ; Dans quelle posture vous placez-vous vis-à-vis de la personne qui vous parle ? ; Pensez-vous aux CPS avant de débuter une conversation ? ; Comment tentez-vous d'explorer les connaissances antérieures de la personne se présentant sur le tchat ?

4 Résultats

Sur les 250 sages-femmes bénévoles, seules 63 réponses ont répondu au questionnaire d'analyse de besoins, soit 25 % de l'ensemble. Rapporté aux 89 sages-femmes actives en 2022, cela représente un taux de réponse de 71 %. Parmi ces réponses, 43 questionnaires étaient totalement exploitables et 20 partiellement exploitables. Les résultats indiquent une majorité de femmes dans l'échantillon (n = 52), avec une moyenne d'âge de 35 ans. Les participants ont en moyenne 13 ans d'expérience avec minimum 1 an et maximum 56 ans d'ancienneté. Les répondants exercent actuellement majoritairement en secteur hospitalier, suivi du secteur libéral. La fréquence de réponse sur le tchat varie, avec une majorité de participants répondant aux jeunes entre une fois par semaine et une fois par mois.

Tab. 1 : Profil sociodémographique et professionnel des répondants

Caractéristiques	Données
Sexe	Majorité de femmes (n=52à
Âge moyen	35 ans
Ancienneté moyenne	13 ans (1-56)
Exercice principal	Secteur hospitalier
Exercice secondaire	Secteur libéral
Fréquence de réponse au tchat	1 fois/ semaine à 1fois/mois

La majorité des participants avaient déjà entendu parler des CPS mais sans pouvoir ne les définir précisément ni citer. Seules quelques répondantes ont déclaré être capables de citer plus de cinq, tandis que les autres n'en avait jamais entendu parler. Ces résultats suggèrent que la formation initiale n'est pas suffisante sur ce point.

Les sages-femmes « Pipelettes » ayant participé à la formation ont ensuite rempli un questionnaire d'évaluation immédiate. 7 participantes sur 17 ont répondu, soit 41,1%. Elles avaient le choix entre 4 réponses sur une échelle de Likert : D'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas d'accord. 7 personnes ont répondu au questionnaire sur dix-sept participant, soit 41,1 %. Les résultats sont présentés dans les tableaux 2 à 4. Globalement l'organisation matérielle et la durée ont été jugées adaptées, le contenu scientifique pertinent et les activités pédagogiques stimulantes.

Tab. 2 : Organisation

Organisation	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
L'organisation matérielle est correcte	4	3	-	-
La gestion du temps est satisfaisante	3	1	3	-
La durée est adaptée	4	3	-	-

Tab. 3 : Pertinence scientifique

Pertinence scientifique	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
J'ai acquis de nouvelles données pour répondre au tchat	5	2	-	-
Le contenu est pertinent par rapport à mes attentes	4	3	-	-

Tab. 4 : Intérêt pédagogique

Intérêt pédagogique	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Les objectifs étaient clairs	4	1	2	-
Les objectifs abordés sont en accord avec les objectifs annoncés	5	1	1	-
Les activités sur les CPS sont organisées et coordonnées	6	1	-	-
J'ai participé activement lors de la formation (activités en groupe)	7	-	-	-
Le propos des intervenants est clair	7	-	-	-
La posture pédagogique des formateurs est correcte	7	-	-	-
Les sources bibliographiques scientifiques sont fournies	7	-	-	-

Tab. 5 : Appréciation générale de la formation

Appréciation générale de la formation	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas d'accord
Cette formation a été bénéfique	5	2	-	-
Cette formation va entraîner un changement dans ma pratique	4	3	-	-
Je recommande cette formation	5	2	-	-

Commentaires libres : « J'y ai pris grand plaisir. » ; « Je ne pense pas avoir eu la réponse à'comment développer ses CPS' mise à part se renseigner soi-même avec les références de Frédérique Xavier. » ; « J'ai apprécié apprendre ce qu'étaient les CPS et avoir quelques apports théoriques sur les thématiques abordées. J'aurais aimé que la mise en situation soit plus concrète, et au-delà de seulement se questionner sur le type de compétence mise en œuvre dans chaque thématique, j'aurais apprécié, par exemple, chercher ensemble des'phrases réponses' possibles, ou des manières d'ouvrir et d'orienter la conversation sur les thématiques étudiées. Nous l'avons fait de façon informelle en petit groupe, mais le retour ou l'échange avec des personnes expérimentées aurait été utile à mon sens. »

Les commentaires recueillis dans l'évaluation de la formation indiquent une satisfaction générale parmi les participants, mais ils mettent également en lumière un besoin potentiel de formation supplémentaire. Un participant exprime le regret que la formation n'ait pas fourni de modèles de réponses. Il est important de noter que cette remarque ne remet pas en question la compréhension de l'objectif de la formation (étant de montrer l'intérêt de développer les CPS chez les sages-femmes « Pipelettes ») mais traduit un besoin supplémentaire : disposer d'outils concrets pour renforcer l'aisance et la confiance dans les échanges.

Tab. 6 : Analyse du focus group

Code	Verbatim (numéro ligne et texte)
Omniprésence Inconscience (OI)	l.264-66 : je les mets en pratique, finalement, ces compétences que j'avais pas forcément étiquetées, que j'ai pas complètement perçu en formation initiale, en tout cas, pas étiquetée non plus.
	l.301-302 : c'est une pensée qui est furtive au moment où ça se passe, mais elle est là. Je sais pas si c'est très clair.
Prise de conscience	l.18-19 : même si c'est inconscient chez moi, changé quand même peut-être un peu ma manière d'aborder les choses
	l.20 : Même si c'est inconscient chez moi, peut-être que quand même ça m'a fait évoluer, voilà.
	l.308-309 : Mais de le mettre, de de mettre des mots, de mettre des un peu des des, des panneaux en disant
CPS_exp	p.275-277 : on l'a affiné petit à petit, ou finalement, c'est les expériences autour qui ont fait que on… on… je sais pas comment le dire, c'est c'est,
	l.372-373 : quand tu parlais des compétences psycho-sociales, moi ma pratique de sage-femme m'a aussi beaucoup aidé.
	l.379-380 : j'avais peut-être pas autant besoin de d'en apprendre parce qu'en fait moi même, je me l'étais, je dirais appris
Utilisation_CPS (UT)	l. 33-34 : dans ma manière de répondre, c'est sans doute ça qui a beaucoup changé, j'ai une autre écoute et sans, sans, euh sans jugement
	l.41 : oui, je trouve que je prends un peu plus de recul
	l.148-152 : y a des périodes où t'es plus accessible, où t'as plus t'as t'as le temps de répondre, et cetera et t'as des périodes où franchement, t'as l'impression de répéter 3 fois la même chose et que ça veut pas quoi tu vois ? Et y a un petit côté genre là tu te dis là, les compétences psychosociales, elles sont poussées à leur, à leur extrême
	l.155-156 : ça montre aussi qu'il faut être disponible émotionnellement à accueillir la parole
	l.243-248 : si on maîtrise le contenu, on pourra, faire attention et utiliser pour moi les compétences psychosociales pour amener les choses. Mais si moi j'ai pas les connaissances sur les troubles, sur la sexualité, et cetera, je peux poser ou les mauvaises questions même si je les pose bien, même si c'est, comment dire, bienveillant et cetera, je, je peux passer à côté et la nana peut penser en face en disant mais c'est une
	l.257-259 : qu'on peut toujours avoir les compétences et être malveillant, ça, on le sait tous malheureusement, et que c'est au
	l.270-271 : on ne l'apprend pas, on le, on le met en application sur le terrain, on a des bases, mais après, on ne s'en sert pas toutes. (les CPS)
	l. 282-283 : Je pense à certaines compétences, c'est à dire : de faire attention.
	l.361-363 : plus on a de compétences psychosociales sur ces questions-là, plus on aura tendance aussi à à les aborder et à et à être suffisamment sereins pour pouvoir discuter avec les jeunes sur le tchat
	l.370 : je ne pouvais pas être dans le rôle de la sachante tout simplement parce que je découvrais moi aussi
	l.515-517 : les compétences psychosociales sont à mon avis, les compétences qui seront les plus développées au sein du tchat, bien plus qu'en consultation basique.

L'analyse du focus group (n=3) a mis en évidence que les participants avaient déjà mobilisé les CPS sans les étiqueter comme telles, ces derniers étant omniprésentes mais implicites dans leur approche. Cette observation suggère que les CPS se développent avec l'expérience, mais leur importance n'était pas pleinement perçue avant la formation. Une fois les CPS conscientisées à la suite de la formation, les participants ont pu les mobiliser plus facilement. Ils ont également exprimé leur intérêt pour explorer et s'appuyer davantage sur ces compétences. Les verbatims relevés lors du focus group ont mis en évidence cette dimension consciente/inconsciente des CPS. Par exemple, l'une des participantes a déclaré : « C'est une pensée qui est furtive au moment où ça se passe ». Les autres participants ont également mentionné que les CPS, bien que présentes de manière inconsciente, ont fait évoluer leur approche et leur pratique. Les participants ont également souligné l'utilité des CPS et leur impact sur l'écoute active, l'absence de jugement et sur la disponibilité émotionnelle, tant dans leur pratique sur le tchat que dans leur pratique quotidienne.

En résumé, les résultats montrent que la formation a permis aux sages-femmes de reconnaître l'importance des CPS dans leur pratique sur le tchat et de les intégrer de manière plus réflexive. Toutefois, l'analyse des questionnaires et du focus group souligne également la nécessité d'un renforcement par des dispositifs pédagogiques plus concrets, notamment des mises en situation et l'échange d'expériences entre pairs.

5 Discussion

Les résultats de cette recherche-action montrent que la formation proposée a permis une meilleure conscientisation et mobilisation des CPS par les sages-femmes « Pipelettes ». La formation a permis aux participants d'améliorer leur pratique et de s'appuyer davantage sur ces compétences. De plus, l'intérêt suscité par les CPS ouvre des perspectives pour leur utilisation.

Les participants pensent que les CPS devraient être intégrées dès le plus jeune âge, au même titre que les formations sur la santé sexuelle, en crèche et à l'école. Nous avons vu que les CPS se développent avec l'expérience, mais leur introduction en amont pourrait permettre d'accélérer ce processus. L'analyse des résultats du focus group a mis en évidence l'importance des CPS dans la pratique des professionnels de santé, en particulier des sages-femmes. Ces compétences sont essentielles pour améliorer la santé sexuelle des jeunes. En examinant le référentiel des CPS pour un déploiement auprès des jeunes (Santé publique France, 2021), il est clair que les programmes de développement des CPS dans un but préventif ont des effets positifs en contribuant à améliorer la santé sexuelle, en réduisant la prise de risque sexuel, en retardant l'initiation sexuelle, en réduisant le nombre de rapports sexuels et de partenaires, en favorisant l'utilisation du préservatif et de la contraception et en prévenant les grossesses non choisies et les maladies sexuellement transmissibles (Kirby *et al.*, 1994). Ces résultats sont confirmés par des travaux plus récents, notamment la méta-analyse de Denford *et al.* (Denford *et al.*, 2017) qui montre que les interventions axées sur les CPS améliorent les compétences relationnelles et la communication autour de la sexualité. Les programmes de CPS en milieu scolaire ont également démontré leur efficacité en développant des CPS telles que : L'identification des émotions ; L'autorégulation ; La

résolution de problèmes ; La résolution de conflits ; La capacité à prendre des décisions responsables. Ces compétences contribuent à améliorer les attitudes des jeunes et à renforcer leur bien-être psychosocial (Santé publique France, 2021). L'efficacité des interventions sur les CPS repose sur plusieurs critères clés, tels que le développement des CPS cognitives, émotionnelles et sociales, l'utilisation de méthodes pédagogiques interactives et expérientielles, ainsi que l'intégration de connaissances fondées sur des données probantes (Santé publique France, 2021). Dans notre formation, nous avons respecté ces trois éléments clés, ce qui renforce la pertinence et l'efficacité de notre intervention sur les CPS. Tout d'abord, en ce qui concerne le développement des CPS, notre formation s'est appuyée sur la définition initiale de l'OMS en 1993, regroupant les CPS en 10 compétences couplées pour en faciliter la compréhension et l'appropriation par les participants. Bien que nous ayons présenté les CPS de cette manière, il est important de noter que les trois catégories (cognitives, sociales et émotionnelles) ont été mobilisées dans les mises en situation en groupe proposées. Ainsi, nous avons respecté le premier critère clé pour une intervention efficace sur les CPS. Deuxièmement, notre formation a utilisé des méthodes pédagogiques interactives et expérientielles, ce qui favorise l'apprentissage des CPS. Les participants ont été impliqués activement dans les différentes mises en situation. Cette approche pédagogique interactive a été mise en œuvre afin de maximiser l'engagement des participants et d'encourager leur mobilisation des CPS. Cela rejoint les constats de Jourdan *et al.* (Jourdan *et al.*, 2008), ils montrent que les pédagogies actives centrées sur l'expérience des apprenants favorisent l'appropriation durable des CPS. Enfin, notre intervention a intégré des connaissances fondées sur des données probantes tout au long de la formation. Nous avons commencé par une partie théorique basée sur des données probantes afin de définir les CPS et de fournir un cadre conceptuel solide. De plus, nous avons clôturé les quatre mises en situation avec l'intervention d'une experte en éducation à la sexualité, qui a partagé son expertise basée sur des données probantes. Cette approche garantit que notre formation repose sur les connaissances scientifiques les plus pertinentes et contribue à l'efficacité de notre intervention sur les CPS. De plus, notre intervention sur les CPS a été évaluée à chaud puis à trois mois de la formation. Dans le cadre des sages-femmes bénévoles « Pipelettes », le développement de leurs propres CPS peut indirectement favoriser le développement des CPS chez les jeunes avec lesquels elles interviennent. En renforçant leurs propres compétences, les sages-femmes seront mieux préparées à accompagner les jeunes de manière bienveillante, réflexive et centrée sur l'empowerment. Cela permettra de dépasser la posture traditionnelle de « sachant » transmettant simplement des connaissances, et de créer un environnement propice à l'échange, à la recherche des connaissances antérieures et à l'adoption d'une posture constructiviste. Au sein des « Pipelettes », les participants proposent : La création de fiches thématiques pour harmoniser les réponses sur le tchat ; Une formation sur les CPS renforcée ; L'adaptation aux nouvelles tendances en tant qu'opportunité de formation, l'intervention dans les collèges et lycées pour rester informé des préoccupations des jeunes ; La notion de semer une graine qui germera plus tard pour renforcer l'intérêt des CPS. Ces propositions témoignent de la volonté d'évoluer et de tirer parti des CPS pour répondre aux besoins des individus de manière plus globale et adaptée. Elles soulignent également la nécessité de sensibiliser et

de former davantage les professionnels, tout en encourageant une approche préventive en intégrant les CPS le plus tôt possible.

Cette étude présente certaines limites : le contexte spécifique des sages-femmes bénévoles « Pipelettes » réduit la généralisation des résultats, et le taux de réponse de 25% soulève la question de la représentativité. De plus, la participation restreinte au focus group n'a pas permis d'intégrer une diversité d'expériences professionnelles suffisante. Ces biais doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

6 Conclusion

Cette étude a permis d'analyser et d'interpréter les données auprès des participants et a mis en évidence le rôle clé des CPS comme levier pour accompagner la parole en éducation à la sexualité dans une posture bienveillante et non prescriptive. Elle a montré que la formation contribue à renforcer la conscience des CPS chez les sages-femmes bénévoles et à ouvrir des pistes pour les intégrer dans leur pratique. Cette recherche-action menée dans le cadre d'une formation universitaire a également contribué à approfondir les connaissances de l'auteure principale sur le développement et la mobilisation des CPS.

À la suite de cette étude, nos propositions d'amélioration sont de mettre en place des initiatives renforçant les CPS des sages-femmes « Pipelettes ». Il serait intéressant de poursuivre les recherches sur l'implémentation de programme de développement des CPS dans les écoles de sages-femmes, afin de mieux intégrer ces compétences dans la formation initiale. Plus largement, cette contribution s'inscrit dans les débats contemporains en sciences humaines et sociales autour des modèles éducatifs (béhavioriste vs constructiviste), de l'empowerment comme finalité de l'éducation à la sexualité et de la reconnaissance des savoirs expérientiels comme ressource légitime dans les pratiques professionnelles.

Références

Baromètre de Santé publique Franc. (2021). *Baromètre Santé Jeunes*. https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-de-sante-publique-france-2021.-methode

Bengtsson, J., & Bolander, E. (2020). Strategies for inclusion and equality – 'norm-critical' sex education in Sweden. *Sex Education*, *20*(2), 154-169. https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1634042

Billon-Descarpentries, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Spirale - Revue de recherches en éducation*, *25*(1), 17-30. https://doi.org/10.3406/spira.2000.1507

Clément, P., & Carvalho, G. S. (2017). Les conceptions d'enseignants de 31 pays sur la santé, entre approches biomédicale et socio-écologique. *RDST*, *16*, 33-56. https://doi.org/10.4000/rdst.1545

Corbière, M., & Larivière, N. (Éds.). (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

Corbin, A. (2007). *L'harmonie des plaisirs : Les manières de jouir du siècle des Lumières à l'avènement de la sexologie* / (BU Vauban - Accès libre VIRTUAITEM). Perrin.

Corngold, J. (2013). Moral Pluralism and Sex Education : Moral Pluralism and Sex Education. *Educational Theory*, *63*(5), 461-482. https://doi.org/10.1111/edth.12035

Dawson, S., Manderson, L., & Tallo, V. L. (1995). *Le manuel des groupes focaux*. International Nutrition Foundation for Developing Countries.

Denford, S., Abraham, C., Campbell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review*, *11*(1), 33-52. https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1240625

Eymard, C., & Moncet, M.-C. (2003). *Initiation à la recherche en soins et santé*. Lamarre.

Hirst, J., Wood, R., & Burns-O'Connell, G. (2017, septembre). *Initiatives to support the inclusion of pleasure in sexual health and sex education work with young people An impact evaluation* [Monograph]. Sheffield Hallam University. https://doi.org/10.7190/shu-reports-170001

Hrairi, S. (2017). Éducation à la sexualité en Tunisie, attentes des élèves et conceptions des enseignants. *Santé Publique*, *29*(3), 405-414. https://doi.org/10.3917/spub.173.0405

Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & Education*, *15*(3), 36-38. https://doi.org/10.1177/1025382308095657

Kirby, D., Short, L., Collins, J., Rugg, D., Kolbe, L., Howard, M., Miller, B., Sonenstein, F., & Zabin, L. S. (1994). School-based programs to reduce sexual risk behaviors : A review of effectiveness. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, *109*(3), 339-360.

Le référentiel professionnel, situations cliniques et compétences des sages-femmes – Conseil National Professionnel de maïeutique (sages-femmes). (2023, mai 2). http://cnp-sf.fr/?p=965

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), 2016-41 (2016).

McKay, A. (1997). Accommodating ideological pluralism in sexuality education. *Journal of Moral Education*, *26*(3), 285. https://doi.org/10.1080/0305724970260304

MENJS. (2020, février 13). *L'Ecole promotrice de santé. Vademecum*. https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/lecole-promotrice-de-sante-vademecum-2020

Michel Foucault. (1976). *Histoire de la Sexualité : La Volonté de Savoir* (Gallimard, Vol. 1). Persée - Portail des revues scientifiques en SHS. https://www.persee.fr/doc/rhpr_0035-2403_1978_num_58_4_4460_t1_0472_0000_2

Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, (IGÉSR). (2021). *Éducation à la sexualité en milieu scolaire*. https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-en-milieu-scolaire-341103?utm

Naezer, M., Rommes, E., & Jansen, W. (2017). Empowerment through sex education ? Rethinking paradoxical policies. *Sex Education*, *17*(6), 712-728. https://doi.org/10.1080/14681811.2017.1362633

OMS. (2006). *Santé sexuelle*. https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health

Prévention Sage-femme. (s. d.). Consulté 7 juillet 2022, à l'adresse https://prevention-sagefemme.org/

Santé publique France. (2021). *Les compétences psychosociales : Un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021*. https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-competences-psychosociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif

SPF. (s. d.). *La Santé en action, mars 2015, n°431Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*. Consulté 6 juillet 2022, à l'adresse https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-en-action-mars-2015-n-431developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes

UNESCO. (2018). *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité : Une approche factuelle* (Deuxième édition révisée). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214

World Health Organization. Division of Mental Health. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools* (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2). World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552

Xavier, F., Demeester, A., & Chatoney, M. (2021). L'éducation à la sexualité en contexte scolaire : Le modèle explicatif en 3D. *Revue Education, Santé, Sociétés*, *Volume 8, Numéro 1*, 161-178. https://doi.org/10.17184/eac.5354