

UNIVERSITE TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

2017 TOU3 1029

2017 TOU3 1030

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse présentée et soutenue publiquement par

Lucie FORTOUL et Julie ESCANDE

Le 20 avril 2017

COMMENT AMÉLIORER L'ABORD DE LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE: Point de vue des adolescents

Directrice de thèse : Dr Leïla LATROUS

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Monsieur le Docteur André CORMAN	Assesseur
Madame le Docteur Leïla LATROUS	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

NOS REMERCIEMENTS

À notre Président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre Mesthé

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse. Merci pour l'intérêt que vous portez à notre travail. Nous avons pu apprécier, durant nos études, la qualité de votre enseignement. Veuillez trouver ici, cher professeur l'expression, de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Leïla Latrous

Merci pour votre soutien et votre investissement dans l'élaboration de notre thèse. Vous avez su nous rassurer dans les moments difficiles. Votre enthousiasme et votre confiance dans notre travail ont été un moteur qui nous a accompagné pendant notre recherche.

À Monsieur le Docteur Thierry Brillac,

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Que ce soit pour nous l'occasion de vous témoigner notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Merci d'avoir accepté sans réserve de rejoindre ce jury. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

A Monsieur le Docteur Corman

Nous sommes honorées de votre présence dans ce jury. Votre regard croisé sur la sexologie et les adolescents est pour nous d'une grande importance pour l'évaluation de notre travail. Soyez assuré de notre profond respect.

A tous les adolescents qui ont participé à cette thèse,

Vous êtes venus spontanément ou un peu encouragés pour nous apporter votre aide et sans cela notre travail n'aurait pas été possible. Alors merci d'avoir accepté de répondre à nos questions sur un sujet aussi personnel. Nous vous souhaitons beaucoup de belles choses pour la suite.

A tous les infirmières et infirmiers scolaires,

Merci d'avoir encouragé et soutenu notre travail, d'avoir réussi à motiver et à mettre en confiance les adolescents. Et pour les discussions très intéressantes qui ont accompagné ces entretiens.

A Claire,

Pour ta lecture et relecture de notre travail un peu en dernière minute. Pour ta capacité à nous remettre dans le droit chemin du quali sans cesser de nous encourager.

A Charlotte,

Pour avoir tenté d'apporter un peu de rigueur scientifique à notre style légèrement lyrique.

A nos correcteurs d'orthographe,

A batbat et au bolbu qui nous ont nourries pendant ces deux années ... et c'est pas rien.

REMERCIEMENTS DE LUCIE

À ma famille,

À mes parents, merci pour votre confiance et votre patience depuis le début de ces études, ça a été long, ça y est « je passe ma thèse » (et pas mon bac hein !).

Merci pour vos innombrables relectures assidues aux différentes étapes de ce manuscrit, et merci pour le temps passé à corriger patiemment au téléphone !

À mémé aimée, pour toute la confiance et la force que tu m'as toujours donnée, j'aurais été très fière que tu sois là aujourd'hui. *À Pépé Joseph* pour la force et la fierté que tu nous as transmis, pour ton jardin adoré, ta pétanque et la coinche (même si tu triches). *À pépé Abel et mémé Josette*.

À mes oncles et tantes, Tatie Pascale et tonton Hubert pour tous les moments passés à Tourves à boire du thé, faire une balade, ou manger un bon repas ; à Alain et Annie pour les barbecues à Avignon, le ski, et la vraie recette de la fondue !

À tatie Coco, j'aurais aimé que tu sois là aujourd'hui, j'espère au moins que là où tu es tu peux regarder !

À mes cousin(e)s, Guillaume et Damien pour la complicité qu'on garde même en se voyant si peu c'est à chaque fois un bon moment de rigolade, à Léa et Marie les jumelles Marseillaises, merci d'avoir relevé le quota de filles de cette famille ! à Arnaud, Guillaume et Clément pour tous les tours du Château de Tourves qui nous ont permis de nous connaître et de rester proche malgré l'éloignement; à vos familles qui s'agrandissent à Nouria et Zoé, à Lucie et Aimée, à Jennifer et au bébé à venir .

Aux drômois et à la Drôme,

Parce que si vous n'existiez pas, on arriverait même pas à vous inventer... parce qu'à chaque fois que je rentre il y a une/des nouvelles histoires improbables à raconter... un jour, on en écrira un bouquin c'est sûr...

À Caslu parce que peut être que si tu peux y voir. ..

À Lison, pour les montagnes qu'on a traversé ensemble et notre passion commune pour la papote et la bonne bouffe, et à Gaz pour ses capacités à toujours être plus zen. À Billy Marga et Marcella pour la jolie famille que vous faites, à Frouman the King pour toutes tes idées toujours plus formidables et improbables (qui te dépassent parfois sisi...), à Clément parce que tu as été présent pendant longtemps et qu'on a grandi ensemble je te souhaite bonne route maintenant, à Ylan pour ta capacité à faire croire aux gens que t'es un méchant

alors que c'est complètement faux , à Arthur pour notre amour commun pour Toulouse
merci de m'avoir appris à aimer cet endroit, dommage juste que tu en sois parti !

Aux lyonnais,

À Mathilde, pour ton écoute, ta capacité à me faire mourir de rire, tes réflexions de vie, nos débats préférés, et pour nos voyages aussi !!! Merci d'à chaque fois rendre notre amitié plus forte même si la géographie tente désespérément de nous séparer... À Romain avec qui tu fais un couple formidable et à Paulette qui rigole déjà à tes blagues !! Vous m'avez faite marraine, vous êtes foutus vous m'avez dans les pattes pour au moins vingt ans maintenant!

À Adrien, de notre première garde à N (turlututu c'est le matin) à nos weekend Parisiens nos heures à jouer à la coinche en mangeant des pizzas et ce foutu concours qu'on a passé ensemble, merci d'être là à chaque pas, et de le rester.

À Maud et Nanou que je n'aurais jamais rencontré sans toi ☐

À Myriam, ma première copine Lyonnaise, j'ai pris le texte, tu as pris les schémas...et maintenant avec toi c'est presque la famille ! Fasse que la distance ne nous éloigne pas trop !

À toute cette petite bande de gens avec qui j'ai pu faire du ski, détester ça mais revenir quand même, et partager toutes ces années d'externat (Romain, Pep', Bruno, Anais,). Quel plaisir de vous recroiser à chaque fois !

Aux fillasses de Lyon (Julie, Claire, Marjo, Claudio, Camille, et eeevvveuh) pour nos heures de pauses au Cha , nos tentative de faire aimer la randonnée à Eve, nos heures de discussion /prise de décision et pour tous ces weekend et vacances qui nous rapprochent à chaque fois un peu plus. À Clarinette, merci de m'avoir fait découvrir Millau et ses habitants (même Zit !) et de m'accueillir à chaque fois si gentiment sur ton canapé !!

Aux Toulousains,

À la Pam's family, pour ce beau début d'internat, à Chloé pour nos premiers pas en tant que médecin ensemble, au triangle des Bermudes : à Max pour m'avoir appris que le basket c'est cool, pour nos soirées interminables et le seigneur des anneaux que tu n'as toujours pas compris et à John pour m'avoir rempli ma chambre de papiers et m'avoir appris l'escalade aussi... ; à Marie Piff et Quentin pour m'avoir toujours ouvert votre porte, c'est précieux, à Elise pour nos heures de danses à l'Njoy et à Benjamin, à Marie Piel pour notre passion commune pour la montagne et la bobo attitude, à Florent et sa

guitare qui n'a toujours pas trouvé la définition du bobo, à Benjamin Mougin et Fifnou (écrivons ça comme ça) et à Marceau et Clémence en même temps. Mais aussi à Mélo, à Florence et Laurent, à Benjamin et Pierre. À l'Njoy pour avoir occupé nos jeudis soirs (pas toujours bien), et à la Wii...

À Mathilde pour ton intarissable flot d'idées pour changer le monde et changer nos vies, pour ta curiosité sans limite, pour Vic et la salsa !

À Léa, pour tes innombrables projets : ton vélo, ton canal, La Ragondine ; mais aussi pour ta capacité (phénoménale) à chiller, pour nos discussions, notre voyage et le chorizo... Et à Nabil, pour le trio infernal qu'on a formé pendant ce voyage et le Tango qu'on a (essayé) d'apprendre, pour ton enthousiasme, ton engagement et tes valeurs,

À toutes les belles rencontres que vous m'avez permis de faire sur Toulouse, (Guillaume, Alice et Paulo, Annabelle et Alex, Copos, Bianca, Valéria, Guillaume et Omayya,...). Merci de fédérer si bien les gens !!

À Hélo, pour le jeûne qu'on a partagé, pour nos heures à danser et pour le café Marseillais !

À Marion, ma copine de cordée et de montagne... et bien plus, parce que toutes les deux ont réussi à montrer que même les saucisses ça fait de l'escalade !

Aux copains du POSU sans qui ces 6 mois auraient été franchement insupportables (Guillaume, Alex, et Anne, Clément et Amandine, Lucas et Léa, Emma et son mari Guillaume et leurs deux petites jumelles).

A mes coloc ' (et anciens), par ordre

À Charlotte, pour ta capacité à prendre soin des gens, pour le dancefloor qu'on a carrément bousillé, pour les PZK qui n'en peuvent plus de nous entendre hurler leurs chansons. Bref pour tout ce qu'on a créé qui n'est pas prêt de s'arrêter.

À Landry, pour ta capacité à papoter jusqu'ici inégalée !

À Elliott, la force tranquille... Pour toi, je n'ai pas fait ma thèse un mardi soir (je suis sympa quand même reconnais !)

À Elodie pour ta vision du monde que j'adore, pour nos débrief vie/musique/voyage autour d'une chicha,

À Thomas, si tu lis ce remerciement Thomas, c'est que ça y est on se comprend! Ce n'est pas vrai, tu es vraiment là ? Incroyable...

À Léa, quel bonheur de t'avoir parmi nous depuis 6 mois, merci pour toutes les heures passées à m'écouter parler de cette thèse, incroyable que tu n'ais pas craqué... pour la vision toute particulière que tu poses sur le monde et qui nous a aidé à faire évoluer nos idées...

À la jolie petite coloc qu'on a réussi à former... Parce qu'on est bien là ensemble et c'est pas faute de se le répéter. Parce qu'on a pas de mental et que c'est pour ça qu'on est si bien ensemble.

À ma co-thésarde,

À Julie, pour avoir foncé dans cette aventure avec moi il y a deux ans et nous avoir fait confiance, pour tout ce qu'on a créé depuis, pour les litres et les litres de thés qu'on a bu, pour les heures de papotages (parce qu'on a toujours pas trouvé le moment où on a plus rien à se dire), pour la crêpe du bol bu du moment de désespoir (toujours la même...).

Merci pour tous ces débats qui nous ont animées, le féminisme, les hommes, les femmes, la philosophie, ... Pour ne pas avoir tenu rigueur à mon absence totale d'esprit critique ! Et maintenant place à de nouveau horizon, j'ai hâte de te voir t'occuper d'un Lama !

Aux médecins et équipes soignantes qui m'ont donné l'envie de continuer :

À Pierre Berthomes, Marion Mongiatti , et Jérôme Heysch De la Borde et à toute l'équipe d'addictologie et du CDAG/PASS de Montauban

À l'équipe soignante de médecine 1 au CHIVA, avec Chloé, qu'est ce qu'on aurait fait sans vous ? À toute l'équipe des urgences de Tarbes, et celles des urgences pédiatriques à Toulouse.

À la Case de santé, au Gipsi, pour votre engagement ! Votre vision de la médecine est un bonheur quand on doute !

Aux médecins que j'ai croisé depuis l'internat et qui m'ont transmis un bout de leur savoir : Dr Gounot à Mirepoix, Dr Marco et Dr Destrem au capitole, Dr Marques à Ax les thermes.

REMERCIEMENTS JULIE

A mes Parents, merci de m'avoir encouragée, soutenue et d'avoir supporté mes doutes et mes changements d'humeur toutes ces années.

A Tominou, utopiste jusqu'au bout, grâce à toi je découvre le monde en tentant de suivre tes déplacements.

A ma petite naine, qui devient une grande formidable, pour tous ces moments de complicité.

A Grand Mam', pour tout ce que tu m'as appris de l'anglais aux droits de l'homme en passant par le cueillage de limaces, merci d'avoir toujours été là pour moi. Et à GrandPap j'aurais aimé que tu sois là pour partager ces moments mais je ne doute pas que tu me veilles tendrement.

A Mamie, pour m'avoir appris à apprécier le vin alors que l'eau c'est tellement fade ...

Aux cousins Gruns, les garçons Robin, Ferdi et Alban à nos vacances au ski, à nos séances de coiffures et de massages. A Morganette pour ton apprentissage des profonds méandres de la psycho. Et la petite dernière Maud pour m'aider à rester djeune dans mon vocabulaire.

A Anne et Hervé, pour votre regard bienveillant tout au long de ces années.

A mon parrain Marc, pour ta présence depuis ma petite enfance.

A Flo et Quentin, pour toutes ces superbes vacances passées ensemble et nos innombrables fous rires.

Et à tout le reste de cette immense famille Escande.

A Alex, la chercheuse de cadeaux, et Elise, la diseuse de vérité, pour tous ces moments passés ensemble à se marrer, pour nos soirées de folies entre le juste prix, les karaokés et les séances de corrida ...et pour tout ce qui nous reste à venir. Merci d'être toujours là à mes côtés.

A Benoit pour ton avis sur mes goûts vestimentaires et Hugo qui ne laisse jamais à nos bières le temps de refroidir.

A la tite Lulu, pour nos séances de yoga, nos sessions de bricolage et nos discussions sur la course à pied... et à Patoche évidemment.

A Julie, pour m'avoir déplié ton canapé tant de fois pour partager un bon plat de pâtes au cheddar et de réflexions sur la vie.

A Vinou, pour tes bons conseils allant des légumes jusqu'à l'iléite.

A Julia, pour l'apprentissage du " do it yourself", plein de projets à venir (le foie gras ...)

Aux fillasses : ma Mac Guig pour nos nombreux voyages, nos échecs fréquents mais rigolos et pour ta "douceur "... dans la vie de tous les jours, Eveeeuuh pour tous ces moments partagés depuis la P1 de rires et d'interrogations. Et aussi à Clairette, Clodo, Marjo et Lulu pour les fous rires, les pauses clopes/ goûters au Cha, nos piqueniques sur les quais et nos séances de thalasso.

Aux lyonnaises, Marie maintenant nantaise, à quand notre retour en terres espagnoles ? Corinne à cette amitié née sur les brancards de N et qui persiste depuis, Laure et Alizée à la revoyure prochainement j'espère...

Aux millavois : Mamie malgré ton arthrose tu as toujours le direct rapide, Vladou mon grand frère blabla, gros et m.... mignon évidemment, à l'inferral doublon des urgences : La pleine et Clairette et à tous les autres Antho, Kéké, Béné... qui ont animés nos soirées millavoises.

A la bande de Rose Bubulle : Kim, Laura mauricette, Blanche neige, Anne, Marie, Yohan pour tous ces bons moments ordasiens et ailleurs...

A Alice et Christine, à nos rencontres invraisemblables, nos weekends à St Just, Dijon, Lyon, Toulouse et nos randonnées de compet'. A Vincente et Manu pour leur présence à vos côtés.

Aux anciennes : Ma fafa depuis cette brève rencontre en CM2, tous ces mots échangés au collège et ces heures au téléphone on continue à se raconter nos vies, Héléna à nos "merveilleuses" années lycées ... et surtout à notre redécouverte récente et à la suite.

A tous les co internes toulousains : A Camille, Stéphanie, Pauline, Jules, Mathilde... et à ceux qui m'ont aidée à supporter le CHU : Marie, Marianne, Julie G, Stéphanie et Numa qui a choisi de me subir 6 mois supplémentaires ...

A Panpi pour m'avoir appris à dessiner des croix basques ... et c'est pas si facile que ça.

Aux médecins qui m'ont formé et donné le goût de la médecine : Lidia et Michel, Marie Ange et toute l'équipe paramédicale millavoise, l'équipe des urgences de Rodez, Les Marseillans, l'équipe des pyrénées : Dr Marques, Garcia et Dupui, à Coco pour les conseils gynéco et Philou pour le matos datant des années 90 et les débats antibios.
A Elise, Xavier et Marc pour m'avoir accueillie avec tant de gentillesse.

A Lulu, merci d'avoir partagé ma vie de façon si rapprochée ces deux dernières années. De t'être adaptée à mes phases de flemmes monstrueuses et celles de perfectionnismes intenses. Pour tous ces moments passés ensemble à boire du thé (beaucoup !!!) et à philosopher sur la vie, le féminisme et tous ces sujets qui nous tiennent à cœur. Et vivement que notre quotidien ne soit plus peuplé d'ado et de bibliographie mais de lamas, de poneys et de carottes.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
I - INTRODUCTION	7
II - MATÉRIEL ET MÉTHODE	9
<u>1-CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE ET TYPE D'ENTRETIEN</u>	9
<u>2-ÉCHANTILLONNAGE DE LA POPULATION</u>	9
2-1 Définition de la population.....	9
2-2 Recrutement de la population.....	10
<u>3- RÉALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN</u>	11
3-1 Élaboration du guide d'entretien.....	11
3-2 Test du guide d'entretien.....	11
3-3 Modifications ultérieures.....	11
<u>4-LES CHERCHEUSES</u>	12
4-1 Rôle des chercheuses.....	12
4-2 Formation des chercheuses.....	12
4-3 Réflexivité	12
<u>5- RECUEIL DES DONNÉES</u>	12
5-1 Conditions de recueil.....	12
5-2 Les techniques d'entretien.....	13
5-3 Retranscription des données.....	13
<u>6- ANALYSE DES DONNÉES</u>	14
6-1 Analyse longitudinale.....	14
6-2 Analyse transversale et triangulation.....	14
6-3 Saturation des données.....	14
<u>7- ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITÉ</u>	15
<u>8- BIBLIOGRAPHIE</u>	15
8-1 Bibliographie sur le thème.....	15
8-2 Bibliographie sur la méthode qualitative.....	16
III - RÉSULTATS	16
<u>1-LES PENSÉES DES ADOLESCENTS</u>	16
1-1 Leur vision de la sexualité.....	16

1-1-1 D'abord une étape lointaine	16
1-1-2 Puis un plaisir partagé	16
1-1-3 Des questionnements.....	17
1-1-4 Sexualité entre tabou et normalité.....	17
1-2 Un vécu différent selon les sexes.....	19
1-2-1 Pour les filles	19
1-2-2 Pour les garçons	19
1- 3 Les préjugés	20
1-3-1 Les filles	20
1-3-2 Les garçons.....	20
1-3-3 L'origine de ces préjugés	21
1-4 Les informations sur la sexualité.....	21
1-4-1 La quantité.....	21
1-4-2 La qualité.....	22
<u>2-LES INTERLOCUTEURS ET LES SOURCES D'INFORMATIONS.....</u>	<u>22</u>
2-1 Leurs référents.....	22
2-1-1 Même âge, même vécu.....	22
2-1-2 Les adultes	23
2-1-3- Relation avec les personnes référentes.....	24
2-2 Internet	24
2-2-1 La source information du 21 ^o siècle	24
2-2-2 Internet = dépersonnalisation.....	25
2-2-3 Facilité d'utilisation	25
2-2-4 Utilité.....	25
2-2-5 La fiabilité d'internet.....	26
2-3 Les cours d'éducation sexuelle.....	27
2-3-1 Une ouverture à la sexualité pour tous.....	27
2-3-2 Des aspects à modifier.....	27
2-3-3 Leur perception.....	28
2-4 La place du médecin généraliste dans l'information à la sexualité.....	29
2-4-1 Pas référent car rôle dans la sexualité inconnu.....	29
2-4-2 Une approche compliquée.....	29
2-4-3 Le médecin généraliste est une personne fiable.....	30
2-4-4 Les partenaires du médecin généraliste.....	30
<u>3-VERS UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE RÉFÉRENT DANS LA SEXUALITÉ</u>	<u>31</u>
3-1 Un campagne d'information.....	31

3-2	Le professionnalisme : base de l'échange avec le médecin généraliste.	32
3-3	Le personnage de médecin généraliste.....	32
3-3-1	Le sexe.....	32
3-3-2	L'âge	33
3-3-3	Le comportement du médecin généraliste.....	33
3-3-4	Une relation quasiment amicale avec le médecin généraliste.	33
3-4	Organisation d'une consultation sur la sexualité.....	34
3-4-1	L'âge idéal	34
3-4-2	Une relation exclusive.....	34
3-4-3	Des consultations plus fréquentes.....	35
3-4-4	Une consultation dédiée	35
<u>4-UNE APPROCHE IDÉALE : LE COCOONING.</u>		<u>36</u>
4-1	Une bonne relation avec le médecin généraliste.....	36
4-1-1	Bien connaître son médecin généraliste.....	36
4-1-2	Une relation de confiance.....	36
4-1-3	L'importance du secret médical.....	37
4-2	Attitude du médecin généraliste.....	37
4-2-1	Bienveillance	37
4-2-2	Disponibilité	37
4-2-3	Empathie	38
4-2-4	Pas de curiosité	38
4-2-5	Impartialité.....	38
4-3	Approche de la sexualité	39
4-3-1	Débuter la discussion.....	39
4-3-2	Dans le respect de la volonté de l'adolescent	39
4-3-3	Une discussion à l'initiative du médecin généraliste.....	40
4-3-4	Dédramatiser la discussion.....	40
4-3-5	Une discussion neutre et naturelle.....	40
4-4	La discussion en elle même.....	41
4-4-1	Respect de intimité.....	41
4-4-2	Engager le dialogue.....	41
4-4-3	Importance de la forme	41
4-4-4	Discours adapté	42
4-4-5	Une meilleur prise en charge.....	42

IV - DISCUSSION	43
<u>1- LES BIAIS ET LES FORCES DE L'ETUDE</u>	43
1-1 Les forces.....	43
1-1-1 Intérêt de l'étude.....	43
1-1-2 Validité interne.....	43
1-1-3 Validité externe.....	44
1-2 Les limites.....	44
1-2-1 Limites liées au sujet de recherche.....	44
1-2-2 Limites liées aux chercheuses.....	44
1-2-3 Limites liées au recrutement.....	45
1-2-4 Limites liées aux conditions d'entretien.....	45
1-2-5 Limites liées aux participants.....	45
<u>2- DISCUSSION DES RÉSULTATS</u>	45
2-1 Discussion de la représentation de la sexualité des adolescents.....	45
2-1-1 La différence garçon/fille.....	46
2-1-2 Des représentations qui angoissent.....	47
2-1-3 L'homosexualité.....	48
2-2 Un nouvel abord de la sexualité.....	49
2-2-1 Les personnes référentes : les parents.....	49
2-2-2 Un outil incontournable : internet.....	50
2-2-3 Le médecin généraliste.....	51
2-3 Le médecin généraliste, l'adolescent et la sexualité.....	52
2-3-1 Le médecin généraliste doit devenir lui même le référent.....	52
2-3-2 Vers une consultation systématique	54
IV- CONCLUSION	55
V – RÉFÉRENCES	56

VI-ANNEXES	59
Annexe n°1 : Lettre d'information.....	59
Annexe n°2 : Formulaire de consentement.....	60
Annexe n°3 : Talon sociologique.....	61
Annexe n°4 : Premier guide d'entretien.....	62
Annexe n° 5 : Guide d'entretien final.....	64
Annexe n° 6 : Accord de la commission d'éthique.....	66
Annexe n° 7 : Exemple de contexte d'énonciation.....	67
Annexe n°8 : Exemple d'entretien.....	69
Annexe n°9 : Extrait de la grille d'analyse thématique.....	71
Annexe n°10 : Résumé des caractéristiques des participants.....	72
Annexe n°11: TSTS et CAFARD.....	73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADOC : ADOlescents et Conduites à risque

DES : Diplôme d' Étude Spécialisé

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ES : Éducation Sexuelle

EMC : Encyclopédie Médico Chirurgicale

CISMéF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSBC : Health Behaviour in School-aged Children

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

INED : Institut Nationale d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

I-INTRODUCTION

La santé sexuelle a été définie par l’OMS en 1974 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 la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité, sans contrainte, discrimination ou violence »* (1).

La sexualité est reconnue comme une part intégrante de la santé. Elle se développe et s’enrichit tout au long de la vie d’un individu. L’adolescence est un moment charnière où sont vécues les premières expériences sexuelles et où la sexualité adulte prend ses fondements.

C’est une période d’évolution que l’OMS décrit ainsi : *« période de croissance et de développement humain qui se situe entre l’enfance et l’âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements »* (2).

Ces changements se manifestent par une série de modifications physiques avec la puberté mais aussi psychiques avec des modifications des interactions relationnelles : différenciation vis à vis des parents et rapprochement de ses pairs (3,4). L’adolescence est à la fois une période de rupture et de transition, aboutissement du processus de maturation d’un enfant (4). Ainsi, acquérir une sexualité épanouie nécessite un apprentissage tout au long de la vie, et plus particulièrement pendant cette période de l’adolescence.

Ces 50 dernières années ont été marquées par une évolution très importante de la façon de vivre et de découvrir la sexualité avec l’accès à la contraception, l’IVG, l’éducation sexuelle à l’école.

D’un point de vue historique, la pilule est autorisée depuis 1967 par la loi Neuwirth et devient gratuite et anonyme pour les mineurs en 1974 (5). La loi Veil de 1975 autorise l’IVG. Depuis 2001 les mineurs y ont accès sans autorisation parentale mais en présence d’un accompagnant majeur.

De plus l’éducation sexuelle est devenue obligatoire depuis la circulaire Fontanet en 1974, révisée en 2001 *« dans les écoles, collèges et lycée à raison d’au moins trois séances annuelles et par groupe d’âge homogène »* (6). Elle est une démarche éducative qui concerne à la fois des questions de santé publique (grossesse précoce non désirée, IST), la construction des relations filles garçons et la promotion d’une culture de l’égalité.

Malgré toutes ces avancées, le nombre d'IVG en France reste stable, entre 200 000 et 215 000 par an depuis 2010, dont 5 à 6% de mineures selon les années (chiffre de l'INED): c'est le paradoxe Français (7).

Nous constatons aussi que les forums comme le « Fil santé jeune », ainsi que leur ligne téléphonique d'écoute et d'information débordent de questions concernant la sexualité (8). En 2009 ils enregistrent 1400 appels par jour et 50% de ces appels concernent la contraception ou la sexualité.

De plus des thèses récentes ont montré qu'il existait réellement un manque de connaissances pratiques et théoriques des adolescents (9–11). Et que le MG n'est pas l'interlocuteur privilégié des adolescents en ce qui concerne la sexualité alors qu'un besoin existe dans ce domaine (12).

L'entretien avec un adolescent est une consultation difficile en médecine générale, avec une demande souvent imprécise voire ambivalente (13). L'abord de la sexualité, point central des questionnements des adolescents ne semble pas être une évidence (11). L'HAS préconise de dépister les problèmes en lien avec la sexualité à chaque consultation avec un enfant de 7 à 17 ans (14). En pratique, la discussion est en fait rarement engagée (15). Les freins sont à la fois du côté des médecins et du côté des adolescents (10,15). Pourtant le manque de connaissances est une constatation et la nécessité d'une éducation sexuelle plus adaptée semble une évidence (11,16).

Nous avons alors réfléchi à la place du médecin généraliste dans l'éducation sexuelle ainsi qu'à comment améliorer l'information qui est délivrée aux adolescents.

L'objectif principal de cette thèse est : comment aborder la sexualité avec les adolescents en médecine générale ?

Les objectifs secondaires sont : Quelle est la vision de la sexualité par les adolescents de nos jours ? Si le médecin généraliste n'est pas une référence pour aborder la sexualité, qui l'est ?

II-MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 – CHOIX DE LA MÉTHODE QUALITATIVE ET DU TYPE D'ENTRETIEN

La méthode qualitative consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative, elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer (17). La méthode qualitative est la plus adaptée pour répondre à la question de recherche, elle permet de recueillir les opinions et le vécu des différentes personnes interrogées et d'analyser leurs comportements et leurs émotions(17).

Parmi les différentes techniques de recueil des données, celle des entretiens individuels est la plus propice au développement d'une relation de confiance entre l'investigatrice et la personne interrogée. D'autant plus nécessaire que le sujet abordé, celui de la sexualité, est un sujet intime et délicat chez des adolescents en pleine maturation physique et psychique.

2 – ECHANTILLONNAGE DE LA POPULATION

2-1 Définition de la population

Les critères d'inclusion sont : être âgés de 13 à 17 ans, avoir un suivi par un médecin généraliste qui n'est pas un membre de la famille et se présenter avec le consentement écrit parental.

Pour réaliser ce recrutement, l'Education Nationale a été sollicitée ce qui a permis d'avoir la population la plus diversifiée.

Une méthode raisonnée en recherche de variation maximale a été choisie. La variation a été recherchée pour :

- le sexe,
- l'âge,
- le niveau scolaire,
- la famille : la profession des parents, leur statut personnel, le pays d'origine de la famille, la fratrie, le lieu de vie actuelle,
- les antécédents médicaux,
- les informations concernant le médecin traitant : l'âge approximatif, le sexe, la localisation du cabinet, l'ancienneté du suivi, la consultation seul ou accompagné,

- les cours d'ES : nombres, classe.

Ces informations ont permis de remplir le talon sociologique (*Annexe 3*).

2-2 Recrutement de la population

Après avoir eu l'accord de Monsieur l'Inspecteur d'Académie ainsi que du Dr CONSONNI, Médecin Conseiller Technique Responsable Départemental de l'Académie de Toulouse, les médecins scolaires ont été contactés: le Dr COAT, le Dr CAPELLE et le Dr GERMIER.

Par leur intermédiaire, les chefs d'établissements sélectionnés pour des critères de mixité géographique, sociale et scolaire ont été contactés : Lycée Rive Gauche et Lycée du Mirail, Lycée et Collège Fermat, Collège Louis Nicolas Vauquelin, Collège Stella Brandy à Montesquieu Volvestre.

La proviseur du collège de Montesquieu Volvestre s'est opposée à la mise en place de notre étude dans son établissement. Le collège de Villeneuve-Tolosane qui est également situé en zone semi rurale a été choisi.

Dans un second temps, les infirmiers scolaires ont été contactés. Ils nous ont permis de mettre en place notre projet de façon concrète. Dans tous les établissements, les infirmiers ont informé les adolescents de l'existence de notre étude. Ils ont distribué les consentements parentaux aux élèves intéressés. Ces derniers ont pris rendez vous avec nous, toujours par le biais de l'infirmier. Au lycée du Mirail l'infirmière nous a demandé de présenter notre travail aux adolescents.

Au bout d'une période de 6 mois, le recrutement avait été possible dans uniquement deux collèges : le collège de Fermat et de Villeneuve-Tolosane.

Il a été élargi grâce à Mr Georges CASTERAN, Infirmier Conseiller Technique du Recteur qui nous a mises en contact avec d'autres établissements : Collège Paul Eluard à Tarbes, Lycée Général Ozenne à Toulouse, Lycée technologique Castella à Pamiers. Et nous avons fait intervenir notre directrice de thèse pour le lycée Pierre d'Aragon, à Muret.

Au final, les établissements dans lesquels les entretiens ont pu être réalisés sont:

- Collège Jacqueline Auriol de VILLENEUVE TOLOSANE
- Collège Pierre de Fermat de TOULOUSE
- Collège Paul Eluard de TARBES

- Lycée Général et Technologique Ozenne de TOULOUSE
- Lycée Général et Technologique Pierre d' Aragon de MURET
- Lycée Général et Technologique Le Castella de PAMIERS

3 – RÉALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

3-1 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé au préalable afin d'explorer plusieurs grands thèmes (18) :

- a. La relation avec le médecin généraliste,
- b. La représentation de la sexualité,
- c. Les freins à l'abord de la sexualité en médecine générale.

Chaque grand thème est ensuite subdivisé en 3 ou 4 sous questions (*Annexe 4*). Il est préparé à l'avance et comporte des questions ouvertes.

Le guide d'entretien a été soumis à la validation de notre directrice de thèse, le Dr Leila LATROUS, médecin généraliste.

3-2 Test du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé au cours de 2 entretiens qui ont permis de reformuler les questions, de préparer des questions de relances, ouvertes, de laisser plus de temps au participant pour s'exprimer en respectant les silences.

3-3 Modifications ultérieures

La question sur le déroulement de la consultation avec le médecin généraliste n'apportait pas d'idées intéressantes, elle a donc été supprimée et remplacée par une question sur la vision de la santé. Même si cette question n'est pas en lien direct avec notre sujet, elle permet d'établir le contact avec l'adolescent et d'avoir son point de vue sur ce qu'est « la bonne santé » (*Annexe 5*).

4- LES CHERCHEUSES

4-1 Rôle des chercheuses

Les entretiens et les analyses ont été réalisés par deux chercheuses : Lucie Fortoul et Julie Escande, médecins généralistes remplaçantes en libéral. La chercheuse qui recrutait le sujet réalisait l'entretien et le retranscrivait. L'analyse était faite par les deux chercheuses.

Nous nous sommes adressées aux participants en tant que chercheuses et non médecins généralistes afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

4-2 Formation des chercheuses

Nous nous sommes formées aux spécificités de la méthode qualitative au cours des formations organisées par le Département Universitaire de médecine générale de Toulouse (DUMG).

4-3 Réflexivité

Nous avons réalisé un travail de réflexivité tout au long de l'étude, nous permettant d'évaluer quelles représentations personnelles étaient capables de modifier notre posture de chercheuse.

5- RECUEIL DES DONNÉES

5-1 Conditions de recueil

Les entretiens ont tous été réalisés dans l'enceinte de l'établissement, dans le bureau de l'infirmier, celui du médecin scolaire ou dans un bureau de la vie scolaire. Ils ont eu lieu sur les heures d'études, lors de la pause déjeuner, ou en fin de journée.

Les entretiens ont été réalisés sur un mode semi directif. Ils ont eu lieu en tête à tête entre le participant et une des chercheuses. Les deux protagonistes sont assis d'un même côté du bureau et se font face. Un dictaphone est posé entre le participant et la chercheuse, il est déclenché après l'accord oral du participant et n'est plus touché ni regardé par la chercheuse jusqu'à la fin de l'entretien ce qui permet au participant d'oublier sa présence.

L'entretien en lui même débute par un rappel sur le but de notre travail, les modalités de l'entretien et la notion d'anonymat. Il semble important également d'insister sur le fait que le participant est libre d'arrêter l'entretien quand il le souhaite et de ne pas répondre à une question s'il ne le souhaite pas. Le déroulement de l'entretien est libre c'est à dire qu'il n'y a pas d'ordre imposé de présentation des questions, le but étant de favoriser la parole spontanée de la personne interrogée.

Au total, 19 entretiens ont été réalisés. Ils ont duré environ entre 15 et 33 minutes.

5-2 Les techniques d'entretien

Pendant l'entretien, différents moyens de communication inhérents à la méthode qualitative ont été utilisés :

- Des questions ouvertes permettant au participant d'exprimer librement son point de vue.

- Des acquiescements verbaux « d'accord », « hum hum » et non verbaux, « sourires », « hochements de tête » exprimant ainsi notre intérêt pour la parole du participant.

- Le respect des temps de silence pour laisser au participant le temps de rassembler ses pensées mais jamais de façon trop prolongée pour éviter de mettre mal à l'aise les adolescents.

- Les relances sur certaines phrases ou mots que nous avons souhaité voir développer par le participant.

- Les reformulations, résumant l'idée principale évoquée par l'adolescent, faites pour s'assurer de notre bonne compréhension.

5-3 Retranscription des données

Chaque enregistrement a été entièrement et littéralement retranscrit en respectant les silences, les onomatopées et la gestuelle du participant (mis entre parenthèse). Cette retranscription est nommée verbatim(19).

Chaque entretien a été retranscrit par la chercheuse qui a réalisé l'entretien, le plus rapidement après la réalisation.

6- ANALYSE DES DONNÉES

6-1 Analyse longitudinale

Immédiatement après chaque entretien, la même chercheuse réalise l'analyse longitudinale.

Cette analyse a pour but de noter les grandes idées du participant et les impressions de la chercheuse, encore dans l'ambiance de l'entretien. Elle est réalisée selon le plan suivant : le contexte de l'entretien, le résumé, les idées principales, les idées nouvelles ou inattendues et les propositions de pistes de réflexions pour la suite du travail (*Annexe 7*).

6-2 Analyse transversale et triangulation

Dans un second temps, le codage de l'entretien a été réalisé. Il consiste à découper le texte en idées, issues du *verbatim*. A chaque idée, correspond un code, ce qui permet de transformer les données brutes du verbatim en unité de sens. Ces codes ont été classés en catégories puis en sous thèmes et en thèmes et rangés dans un tableau (*Annexe 9*).

Cette analyse est dite *transversale* car elle se fait en comparaison continue avec les données des entretiens préalablement analysés.

Elle est réalisée séparément par chacune des chercheuses puis une triangulation a lieu pour rechercher les points de désaccord concernant l'interprétation des données. Chaque point de désaccord est discuté entre les deux chercheuses. Si cette discussion n'aboutit pas à un accord, la chercheuse qui a réalisé l'entretien prend la décision finale. Cette analyse permet d'évaluer la validité interne des données, à savoir leur capacité à décrire correctement le phénomène étudié (19).

6-3 Saturation des données

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à arriver à *saturation des données* c'est à dire qu'aucune idée nouvelle n'émerge lors de la réalisation des entretiens. Cette saturation s'est d'abord produite avec les collégiens puis les lycéens. Un entretien final a alors été réalisé dans chaque catégorie pour confirmer la saturation.

7- ÉTHIQUE ET CONFIDENTIALITE

La Commission d'éthique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées a émis un avis favorable à la réalisation de notre protocole de recherche (*annexe 6*).

Le formulaire d'information et de consentement parental (*annexe 1 et 2*) doit être signé par les parents et les adolescents. Ce formulaire garantit l'anonymat des données, la confidentialité et le droit de retrait sans préjudice.

L'anonymisation des données a été réalisée en utilisant la première lettre des prénoms des deux chercheuses, suivi du numéro d'entretien. Ensuite ont été ajoutés le sexe (M pour masculin et F pour féminin), ainsi que l'âge du participant. Par exemple, J7M15 pour septième entretien de Julie, Garçon de 15 ans.

8- BIBLIOGRAPHIE

8-1 Bibliographie sur le thème

Une liste de mots clés relatifs au sujet de la thèse a été établie. Elle a ensuite été traduite en langage médical par l'intermédiaire du langage MeSH bilingue français-anglais. Les mots qui en sont ressortis sont les suivants : adolescents, sexualité, médecin généraliste, relation adolescent médecin, santé de l'adolescent, risques, consultation de l'adolescent.

En Anglais : teenagers, adolescents, sexuality, general practitioner, risk, patient relationship, health, medical consultation.

Ils ont ensuite été utilisés seuls ou en association dans différents moteurs de recherche :

- Pubmed
- Doc CISMéF
- Google et Google scholar
- La revue Exercer
- Le catalogue « Archipel » des bibliothèques universitaires toulousaines
- EMC

Les références bibliographiques sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte et référencées dans la partie « Références » selon la norme Vancouver.

8-2 Bibliographie sur la méthode qualitative

La même méthode de recherche bibliographique a été réalisée concernant la méthodologie de la thèse. Les mots clés utilisés étaient : méthode qualitative, recueil de données, entretien individuel, semi dirigé, analyse qualitative.

III-RÉSULTATS

1- LES PENSÉES DES ADOLESCENTS

1-1 Leur vision de la sexualité

1-1-1 D'abord une étape lointaine

La majorité des adolescents interrogés perçoivent la sexualité d'abord comme une **étape lointaine**, proche d'un **rite initiatique** qui permettrait d'acquérir une certaine **maturité**.

« *La sexualité c'est une étape (...) vraiment beaucoup plus tard enfin vraiment à la fin de l'adolescence.* » (J1F13-L121)

« *Si un jour j'ai envie d'avoir un rapport, de me lancer, je sais pas comment dire, à l'aventure.* » (J1F13- L216)

« *C'est pour passer à une étape de maturité plus élevée parce qu'il faut être conscient de ce qu'on fait d'accord et prêt avant de faire ce genre de choses.* » (J1F13-L122)

Elle a été décrite comme un **passage commun** dont on ne se préoccupe qu'à un **moment précis**.

« *Au final on l'a tous vécu ce passage, je dirais de l'âge où on le fait pas à l'âge où on le fait.* » (J6M17-L303)

1-1-2 Puis un plaisir partagé

Les adolescents nous ont aussi évoqué la sexualité comme un plaisir partagé. Ils l'associaient **aux rapports sexuels**, à un moment de **plaisir**, d'**intimité** avec son/sa partenaire.

« *(La sexualité) c'est faire l'amour.* » (L10M17-L108)

« Ouf...Euh ben... moi j'aime bien ! » (L7M16-L126)

« (Il faut) se sentir prêt à se dévoiler face à quelqu'un, (...) à se laisser à quelqu'un (...) enfin on laisse quelqu'un te toucher. » (J1F13-L140)

Pour certains la sexualité, c'est la **base du couple**, baromètre de l'équilibre actuel de la relation.

« Et comme vous l'avez dit la santé (c'est la base de) notre vie de tous les jours bah dans la vie du couple y a la sexualité. » (L6M17-L150)

« Enfin pour moi ça montre un peu comment va notre couple en ce moment, l'alchimie. » (J6M17-L137)

1-1-3 Des questionnements

Mais l'évocation de la sexualité est majoritairement empreinte de **peur**, voire de **culpabilité**.

« (Peur) que ça se passe mal, (...) peur de ne pas vouloir le faire (...), peur qu'on me trahisse. » (J3F14-L188)

« Bah si par exemple ce qu'on fait, c'est mal, ben je... je ressentirais une culpabilité... ouais... » (L1F15-L211)

Elle est décrite comme **dangereuse**, à **risques de répercussions**, comme les **maladies**, par exemple les IST, ou les **grossesses**.

« C'est dangereux si on se protège pas. » (L9F17-L121)

«Ca peut avoir beaucoup d'impact sur l'avenir d'une personne. » (L2F15-L221)

« Les maladies et toutes les maladies sexuellement transmissibles c'est grave pour moi, comme le SIDA... » (L10M17-L106)

« Mince... pardon... quand tu tombes enceintes...les bébés tout ça. » (L9F17-L129)

1-1-4 Sexualité entre tabou et normalité

Pour la plupart des adolescents de l'étude, la sexualité reste associée à un sujet **tabou**. Cependant ce caractère tabou est variable selon les personnes **avec qui on en parle**, selon **comment on en parle** et surtout selon son **entourage personnel**. Par exemple, discuter de sexualité n'est pas un tabou avec ses **amis**.

« Bah ça dépend avec qui on en parle et comment on en parle (...) par exemple, j'en parlerais pas avec mes parents. » (L2F15-L124)

« Ben ça dépend, avec mes potes c'est pas du tout tabou, par exemple. » (L7M16-L140)

Il existe une différence entre le **collège** et le **lycée**. Discuter de sexualité est naturel au lycée, bien moins au collège.

« *(Même si) personne n'ose vraiment parler, on le fait quand même (au collège) (...) (au lycée) on s'en fiche, on a dix sept ans c'est normal qu'on se pose des questions.* » (L9F17-L233)

Être capable d'aborder la sexualité vient aussi de **l'éducation**. Ce n'est pas un tabou quand les parents sont ouverts, alors que pour certains la gêne vient au contraire de la **famille**. L'absence de discussion sur la sexualité avec les parents peut créer un **blocage**, à même d'être levé par le **dialogue**. Cela permet d'éviter aux adolescents de se **sentir coupables** quand ils ont des rapports sexuels.

« *(Mes parents sont) vachement ouverts là dessus.* » (L9F17-L133)

« *Quand on en parle pas en famille après y a un blocage.* » (J8F14-L158)

« *On aurait pas l'impression de faire une bêtise en quelque sorte en le faisant (...) en ayant des rapports on aurait pas l'impression la première fois de faire un truc mal, alors qu'au final, c'est pas si mal.* » (J8F14-L346)

Pour d'autres, l'origine du tabou vient de la **culture**.

« *Même si dans des religions qui l'interdisent, de ceci cela avant le mariage, bon maintenant en France, maintenant qu'on est là, c'est presque culturel.* » (L6M17-L147)

D'un autre côté, la sexualité est décrite comme **commune** à tout le monde, **normale, banale**. Quasiment tous les adolescents l'affichent comme **naturelle**.

« *On y est tous passé et on y passera tous.* » (J6M17-L301)

« *Euh ... je sais pas c'est une partie de la vie comme une autre, (...), c'est quelque chose qui est normal.* » (L5F13-L132)

« *Ouais c'est naturel c'est pas ... un crime donc ...* » (J9F16-L166)

Certains expliquent la difficulté d'avoir une **sexualité différente**, dans une société qui malgré les évolutions reste **hétéro normée**. L'homosexualité est alors comparée au droit de vote des femmes qui devrait être une évidence pour tout le monde.

« *Se sentir différent c'est compliqué* » (L5F13-L198)

« *De toutes façons parce que comment dire parce que la société elle évolue mais comment dire elle reste hétéro normée...* » (L11F16-L303)

« *Exactement comme le droit de vote des femmes (...), maintenant c'est une évidence alors j'espère que ça va devenir comme ça « l'homosexualité » pour les gens qui choisissent ça.* » (L5F13-L193)

1-2 Un vécu différent selon les sexes

1-2-1 Pour les filles

Pour les filles, le rapport sexuel est un **moment précieux**. La valeur du **don du corps** est alors mise en avant ainsi que l'importance de rester discrète concernant ce sujet.

« *Voilà pour certaines filles c'est beaucoup de donner leur corps même si c'est leur copain donner leur corps à leur propre copain, pour certaines filles c'est énorme.* » (J9F16-L155)

« *Dans mon groupe de copines (...) je veux dire on va pas s'étaler non plus.* » (J9F16-L337)

Concernant les appréhensions qui entourent les rapports sexuels, nous retrouvons principalement : la peur **d'être forcée**, de ne pas être prête, **l'inquiétude de la sincérité du garçon** et la **peur des moqueries**.

« *(J'aurais) peur de ne pas vouloir le faire.* » (J3F14-L257)

« *Ben j'espère juste qu'elle se fait pas prendre pour une débile.* » (J2F15-L159)

« *Par exemple une fille elle a fait des choses avec un garçon, ya des gens ils vont la... ils vont se moquer d'elle.* » (J9F16-L119)

1-2-2 Pour les garçons

Les adolescents disent qu'avoir des rapports sexuels pour les garçons est source de vantardise. En effet, ils ont le désir d'être à la hauteur. La sexualité est décrite comme une activité, un **passé temps** voire un **but, un objectif**.

« *Je sais pas comment expliquer il va plus se vanter.* » (J9F16-L327)

« *C'est un peu on a tous envie d'être là et de dire : je fais ça !* » (L7M16-L293)

« *C'est... ben ...c'est... On ne va pas dire une activité, mais c'est... (...) C'est pas comme un passé temps (...) ça donne envie et des fois ça peut même être un but.* » (L7M16-L129/132)

Ce désir d'être à la hauteur peut aussi être une source de stress pour les garçons, qui si il n'est pas maîtrisé peut rendre moins performant.

« *Et du coup plus on a peur de pas assurer, moins on assure...* » (L6M17- L273).

Les filles rapportent que les garçons ont moins de difficultés à parler de leur sexualité.

« *Tandis qu'un garçon lui n'a pas de gêne à le dire à tout le monde quoi !* » (J9F16-L333)

1-3 Les préjugés

1-3-1 Les filles

D'un côté, il faut absolument avoir des rapports sexuels.

« J'ai quinze ans faut y aller direct (...) et c'est super gênant parce que, à des moments, tu te dis que t'es forcée quoi ! » (J8F14-L218/230)

D'un autre côté, avoir des rapports sexuels entraîne pour certaines **systématiquement des jugements.**

« Parce que y a forcément des jugements, enfin de passer pour quelqu'un de facile. » (J8F14-L354).

Les conséquences sont du **harcèlement**, des **moqueries**, des **insultes**, un **jugement** et enfin un **isolement.**

« Je sais que c'est fréquent le harcèlement au lycée. » (J9F16-L118)

« Ils vont se moquer d'elle (...) tout le monde rigolait d'elle, l'insultait, (...) elle s'est retrouvée toute seule. » (J9F16-L119/129),

« J'avais eu une relation avec un garçon et ce garçon bien sûr l'a dit à tout le monde et du coup y a tout le monde qui me regardait mal » (J9F16-L134),

1-3-2 : Les garçons

Ils décrivent un **stress de performance** qu'ils disent **collectif** dont les origines sont : **la vantardise**, **la fierté** personnelle et **l'envie de faire plaisir aux filles.**

« Ouais on a tous la même peur. » (L6M17-L293).

« Euh...pfff, moi je me rappelle que cette peur je l'ai eue au début parce que il y avait des gens qui, beaucoup de gens qui se vantaient d'être géniaux. » (L7M16-L282)

« Ben c'est par rapport à la fierté. » (L7M16- L293)

« On veut tous faire plaisir aux filles tout ça. » (L7M16-L301)

Ce stress peut être délétère et empêcher certains garçons d'avoir des rapports sexuels

« (Je connais des garçons) qui n'ont pas encore fait l'amour, qui sont stressés par rapport à ça, parce qu'ils ont peur de pas assurer, tout ça. » (L7M16-L271)

1-3-3 L'origine de ces préjugés

Deux types de pensées ont été décrites : **une pensée instinctive, insidieuse, due à la société**. Cette pensée est alors responsable de nos **préjugés**.

« On sait pas forcément d'où ça vient, c'est euh... Quelque chose qui se glisse dans des petites phrases, qu'on ne voit pas forcément mais que notre cerveau enregistre quand même ...dans des blagues auxquelles on fait un parallèle. » (L5F13-L248)

« Mais que ça me viendrait instinctivement du fait que la société est comme ça (...) Parce qu'on a nous même nos préjugés contre lesquels c'est difficile de lutter. » (L5F13-L231)

Et une **pensée construite**, l'esprit critique, qui s'oppose à la pensée instinctive. Elle définit le libre arbitre, c'est à dire la capacité à agir et penser de façon libre.

« Que mon esprit critique me dirait mais t'es débile de penser ça (...) et après je me recevrais une gifle mentale qui fait « arrête », ça suffit (mime la gifle). » (L5F13-L231)

Ces préjugés lui semblent trop ancrés par rapport **au libre arbitre** et en discuter à l'adolescence est trop tard car la pensée est déjà bien installée. La possibilité d'en parler plus tôt a été évoquée, mais sans trouver de réponse à la question oui mais par qui ?

« Et en même temps une fois qu'on arrive à un âge où on en parle, on s'est déjà bien, enfin (mouvement de bras et de mains vers le bas,), la pensée est déjà là, sans qu'on s'en soit rendu compte, sans que ça nous ait choqué. » (L5F13-L280)

« Et on va pas non plus demander euh...aux professeurs de primaire de parler d'ES aux élèves, enfin... » (L5F13-L285)

1-4 Les informations sur la sexualité

1-4-1 La quantité

Certains adolescents décrivent la sensation d'être saturés d'informations concernant la sexualité, par les **cours d'ES**, les médias et **internet** ainsi que les **adultes** qui font des réflexions.

« Ils nous ont tellement baratiné avec ça (en ES). » (J5F14-L295)

« A force on accumule des informations qu'on met bout à bout sans faire exprès et...on finit par faire une petite réserve d'informations qu'on découvre et un jour on fait « hmmm » je savais ! » (L5F13-L316)

Ces informations sont accumulées sans en avoir conscience, ainsi les adolescents ont beaucoup de connaissances **sans avoir à faire de recherche**. Ainsi continuer à leur

proposer autant d'informations leur paraît inutile car ils ont l'impression de connaître plein de choses.

« Ben justement, je sais plus quand je me posais la question, je me disais ben...on a jamais été rechercher, on a jamais...alors comment ça se fait qu'on sache tout ça...parce qu'entre euh...on en sait peut être pas beaucoup. » (L5F13-L300)

« Parce que après au final je sais les choses, intérieurement je les sais. » (J8F14-L120)

« Tout ce qu'elle a dit je le connaissais donc bon ... » (L2F15-L121)

1-4-2 La qualité

Un **manque de connaissances pratiques** a été décrit. Les adolescents rapportent que si les connaissances sont insuffisantes, **les risques** sont plus importants.

« Même moi qui ait des rapports sexuels régulièrement, je sais pas tout et je ne saurais jamais tout. » (J6M17-L339)

« Ben moins, enfin (...) J'en avais pas autant conscience que ça (c'est bien de) faire plusieurs heures avec les jeunes pour leur expliquer comment «éviter de faire des bêtises. » (L7M16-L256)

Certains jeunes **manquent de connaissances fiables** et il est nécessaire de **reprendre toutes les bases**.

« On est vraiment à la ramasse. » (J6M17-L350)

« Ne pas faire comme si nous on savait, comme si c'était naturel. » (J6M17-L352)

2-LES INTERLOCUTEURS ET LES SOURCES D'INFORMATIONS

2-1 Leurs référents

2-1-1 Même âge, même vécu

Les adolescents nous disent parler de sexualité majoritairement avec des personnes qui ont le **même âge** qu'eux, avec l'idée que si ils ont le même âge, ils ont forcément le **même vécu**. Pour une grande partie des adolescents interrogés, les premiers référents vont être les **amis**. Ils feront alors confiance à ceux qui ont de **l'expérience** ou qui sont plus **âgés**

« C'est le principal truc du coup je me dis, ils vivent forcément les choses à peu près au même moment, parce qu'ils ont le même âge que moi. » (L10M17-L139)

« Ou alors des potes, plus âgés que moi. » (L7M16-L184)

Au sein de la famille, certaines personnes partagent un vécu commun. Sont cités, la tante, la cousine, en précisant que la relation est amicale. Certains parlent de leur sœur et un de ses grands-parents tout en précisant qu'ils sont comme des amis.

« *C'est comme des amis, enfin je me sens plus à l'aise d'en parler avec mes amis ou ma sœur, mes grands parents plutôt qu'avec mes parents ou le médecin.* » (J3F14-L217)

Avec ces référents, la **discussion est libre, sans gêne ni jugement**. L'abord de la **vie privée** est alors possible.

« *Je sais que je peux leur parler de tout.* » (L6M17-L232)

« *Ils jugeront pas.* » (L9F17-L181)

« *Je sais que j'aurais pas de gêne à parler de ça avec les amis.* » (L4M14-L238)

« *Mais je sais pas tout ce qui est privé tout ça, plus à mes amis.* » (L4M14-L138)

2-1-2 Les adultes

Concernant les adultes, la **mère** est très souvent une personne référente, que ce soit pour les garçons ou pour les filles. Certains garçons nous disent qu'il est plus simple de parler de sexualité avec leur **père**. Pour certaines filles, parler à leur père est inconcevable.

« *J'en parle avec... ma maman.* » (J6M17-L169)

« *Enfin pas cash, mais c'est plus simple, enfin c'est un homme.* » (L7M16-L152)

« *Non, parce que mon père il est, euh.. .En fait il a que des filles pratiquement alors il est un peu, c'est mes princesses, pour moi elles n'auront jamais de vie sexuelle... (Rires).* » (L9F17-L140)

Avec ces référents la discussion est **moins naturelle**. Elle est empreinte de **gêne** souvent. Ce sentiment est majoré car il renvoie à **l'intimité des parents**.

« *Mais heu je sais pas c'est une discussion un peu pas bizarre mais autre un peu ... pas une discussion habituelle.* » (J4M14-L89)

« *Je sais pas je me sens gêné, j'aime pas en parler avec mes parents ou avec heu quelqu'un enfin d'autre heu des adultes.* » (J3F14-L141)

« *En même temps c'est notre mère on a pas envie de savoir ce qu'elle fait... où elle a gravité ... (rires).* » (L5F13-L323)

La majorité des adolescents disent que si ils discutaient de sexualité avec ces référents, ils n'aborderaient **pas la sexualité personnelle** mais qu'ils resteraient plutôt dans **le global**. D'autres rapportent qu'ils peuvent parler de tout avec leurs parents.

« *Je vais pas rentrer dans les détails avec ma mère quoi* » (L7M16-L142).

« *Avec mes parents ? Oui de tout !* » (L8M17-L125)

En revanche, parler de sexualité aux parents est possible quand elle est **problématique** si ce qui arrive semble **grave**. A ce moment là, si les parents n'avaient pas de réponse, ils iraient voir un médecin.

« *Du coup si j'ai un problème, ça je lui en parlerais.* » (L7M16-L179)

« *Après si c'est vraiment grave, je serais allé voir mes parents.* » (L4M14-L137)

« *Ou si j'ai des questions auxquelles ma mère ne peut pas répondre, je demande soit à mon médecin généraliste soit à mon gynécologue.* » (L11F16-L176)

2-1-3 Relation avec les personnes référentes

Pour la majorité des adolescents interrogés, discuter de sexualité avec leurs référents nécessite une **relation de proximité**. Il est nécessaire **de connaître les gens**, d'avoir une **relation amicale** avec eux ou au minimum une **complicité**.

« *Parce que c'est la personne avec laquelle je suis la plus proche.* » (L10M17- L295)

« *(On est un peu) complice par certains moments, certains sujets, oui on arrive à avoir une belle complicité pour parler, pour plein de choses.* » (J1F13-L161)

La discussion s'enclenche avec des personnes de **confiance** permettant ainsi une certaine **réciprocité** dans la discussion.

« *Si c'est des amis à moi, c'est que j'ai vraiment confiance en eux.* » (L9F17-L181)

« *Et ils le font aussi, alors ça met tout de suite dans une ambiance plus à l'aise.* » (L6M17-L185)

2-2 Internet

2-2-1 La source d'information du 21ème siècle

Internet est décrit comme **LA source d'information du 21° siècle**. Internet permet d'avoir accès à l'information de manière **illimitée, immédiate**. Il est même comparé à **un dictionnaire**.

« *Ben euh... aujourd'hui je pars du principe qu'on est au 21° siècle, qu'on est beaucoup sur les ordinateurs.* » (L9F17-L186)

« *Tu tapes une question sur Google et tu trouves direct la réponse.* » (L9F17-L187)

« *Ben c'est comme chercher dans un dictionnaire un peu.* » (J5F14-L187)

2-2-2 Internet = dépersonnalisation

L'avantage premier exposé par les adolescents, est qu'internet est une **machine** : pas besoin de parler, ni de s'adresser à une personne.

« Ils vont aller sur internet, ils vont taper ce qu'ils veulent savoir, ils vont lire et puis c'est tout. » (L8M17-L278)

« On a pas besoin de demander à un adulte ou une autre personne la question ... » (J8F14-L143)

Cela permet de **diminuer la gêne**, d'avoir moins peur d'être **jugés** et de ne pas être **timides**.

« Je pense ouais... ils doivent être timides ou gênés, je sais pas... » (L4M14-L248)

« On sait qu'ils pourront pas dire ceci cela sur vous. » (L6M17-L300)

2-2-3 Facilité d'utilisation

Internet offre aux adolescents une **certaine liberté d'expression**. Premièrement, grâce à **l'anonymat** qu'il autorise et qui est essentiel pour la grande majorité des jeunes interrogés. Mais aussi à la possibilité d'avoir des **discussions éphémères**.

« T'es derrière ton écran quoi ! » (L7M16-L345)

« Ils ont la réponse à leurs questions. Ils savent que la personne elle va passer à autre chose la seconde d'après avec une autre question, c'est bon c'est passé. » (L6M17-L321)

2-2-4 Utilité

Les adolescents nous disent utiliser internet parce qu'ils ont **besoin de connaissances** ou parce que la sexualité est un **tabou** pour la personne ou si la situation semble **grave ou stressante**.

« Ben euh déjà on a envie de tout savoir. » (L4M14-L167)

« Il y a plus de personnes à ce sujet là qui pensent même que c'est un tabou (...) et ils n'arrivent pas à en parler. » (L6M17-L285)

« Bah moi ça m'a beaucoup beaucoup stressé. J'osais en parler à personne. Et du coup je suis allé voir sur internet. » (L7M16-L195)

Il peut aussi être utilisé selon la **personnalité** de l'adolescent si celui ci est **solitaire, mal dans sa peau** ou tout simplement **moins ouvert**.

« C'est bien que ça existe parce que tout le monde a le droit à ces réponses, donc si une personne a du mal à s'ouvrir ou est beaucoup plus timide même avec ses amis ou quoi ou si il a moins d'amis avec qui parler ben c'est bien qui ait ces forums. » (L6M17-L285)

Il est aussi utilisé quand l'**avis de ses amis ne semble pas fiable**.

« Euh...parce que quand le problème il vient de toi et que tu demandes de l'aide à ton pote, ton pote il s'en fout un peu et il va te dire ce qu'il pense sur le moment et c'est pas une information... » (L7M16-L330)

2-2-5 La fiabilité d'internet

Malgré tout, la **confiance** en internet reste très variable. Certains font confiance à des sites **pseudo médicaux** comme Doctissimo ou à un **forum si il est tenu par un médecin** car les réponses vont être vraies.

« Si ça se trouve c'est faux, c'est vrai, on sait pas. » (J5F14-L191)

« Bon après je vais pas sur des trucs pourris, mais quand je vais voir sur des trucs comme Doctissimo, tout ça, (...) je me dis que c'est peut être pas trop de la merde quand même qui est racontée. » (L7M16-L347)

« En plus, par un professionnel, donc euh... On peut lui faire confiance. » (L6M17-L296)

D'autres adolescents vont faire confiance à la **personne qui répond** aux forums, parce que ces personnes veulent aider, ont **envie de parler de sexualité** et ont des **connaissances**.

« (Ce sont) des gens qui veulent t'aider. » (L5F13-L371)

« Ceux qui ont la capacité de répondre peuvent le faire. » (L9F17-L198)

La majorité des adolescents se dit avertie de la fiabilité aléatoire d'internet. Pour certains, la nécessité de croiser les informations est une évidence et leur avis personnel se fait en fonction des différentes réponses.

« On peut avoir une réponse de quelqu'un qui peut être bien informé comme pas du tout, donc c'est un peu aussi un inconvénient. »(L1F15-L258)

« (Il faut) voir plusieurs avis de tout le monde, du forum, de mes amis et tout le tralala (...) Et après je me base sur mon ... sur ma propre idée. » (L9F17-L210)

Pour d'autres, la discussion avec une personne en chair et en os est à privilégier par rapport à internet.

« Après c'est mieux d'en parler avec des personnes (que d'aller sur internet). » (J7M15-L263)

2-3 Les cours d'éducation sexuelle

2-3-1 Une ouverture à la sexualité pour tous

Les cours d'ES sont décrits comme une **ouverture aux questionnements** sur la sexualité. Certains rapportent que les informations qu'on a transmises en ES ont été utiles lors de ses rapports sexuels.

« C'est bien enfin... pour tout le monde, pour qu'ils sachent. » (L6M17-L190)

« C'est pour ça que moi tout de suite j'ai tilté, ça m'a servi. » (L8M17-L241).

D'autres trouvent qu'ils sont intéressants dans le sens où ils apprennent une **conduite à tenir en cas de problèmes**

« On sait ce qu'on doit prendre en cas de problèmes. » (J5F14-L298).

2-3-2 Des aspects à modifier

La **présence du professeur** en cours d'ES freine la discussion. Certains adolescents seraient plus à l'aise avec un **intervenant plus jeune**. D'autres, ne se **souviennent pas** de ces cours, parfois simplement parce qu'ils sont trop **lointains**.

« Mais il y avait la prof dans la salle, je pense que ça bloque pas mal, je pense que ça peut avoir des blocages sur certaines questions. » (J6M17-L256)

« Ben au final on se sent pas très proche avec l'intervenante, ben moi c'était une personne plutôt âgée enfin âgée je suis pas cool mais plutôt dans la soixantaine. » (J6M17-L238)

« Je m'en rappelais pas ! » (L7M16-L409)

Pour améliorer ces cours, les adolescents proposent de **demander aux jeunes** leurs attentes, d'avoir des cours plus **neutres**, non hétéro-normés pour que tous puissent s'exprimer.

« Hmm... Je dirais prendre plusieurs personnes et leur demander ce qu'ils veulent vraiment savoir. » (L8M17-L298)

« Ben déjà comme je vous l'ai dit tout à l'heure rester neutres dans les questions. » (L11F16- L436)

Le contenu est aussi à améliorer, les adolescents le décrivant comme **ennuyeux, incomplet, incompréhensible, et pas forcément passionnant**.

« J'ai l'impression que ça laisse un peu de suspense quand on parle en cours (...) Il faudrait qu'on précise un peu quoi parce que après si on comprend que la moitié ça sert un peu à rien quoi. » (L4M14-L174/183)

« Ouais voilà quoi, parler de ça c'est pas comme si vous alliez me parler d'un voyage, d'un truc comme ça c'est pas pareil quoi. » (J5F14- L306)

Assister à ces cours est générateur de **gène** car la discussion est **inhabituelle** puis parce que l'intervenant est un **inconnu**.

« C'est bizarre rien que de parler de ça en cours (rires) c'est pas pareil que les maths ou le français. » (J5F14-L182)

« Ben déjà en parler avec des gens qu'on connaît pas très bien (c'est gênant). » (L4M14-L199)

La sensation de ne pas être toujours à sa place a été décrite. Mais cette gêne est **surmontable** car la sexualité est décrite comme **naturelle** et la **gène commune**.

« Je me suis demandée ce que je faisais là à des moments (...) J'étais pas forcément la seule gênée, parce que y en avait d'autres, ça me mettait un peu en confiance donc voilà... » (J8F14-L184/196)

2-3-3 Leur perception

Ces cours sont décrits comme **bien organisés**, avec l'utilisation de **support visuel** et la possibilité de poser des **questions anonymes**.

« Après tout était bien fait, tout était bien prévu. » (J6M17-L244)

« Avec une dame aussi, elle nous montrait des images à quoi ça nous faisait penser aussi, on avait fait la totale (rires) ! » (J5F14-L325)

« Si on avait des questions plus discrètes on pouvait aller le voir à la fin du cours. » (J8F14-L262),

Ces cours étaient utiles pour **dédramatiser** par le rire.

« Il y en avait (...) qui rigolait donc du coup on savait que c'était eux donc on rigolait mais c'était moins gênant du coup. » (J8F14-L326)

Ils sont décrits comme **bien**, permettant **d'acquérir les bases** et d'avoir une réflexion utile pour **l'amélioration des connaissances**.

« Parce que après ils ont dit le principal... » (L8M17-L249)

« Après ça apprend des choses... c'est constructif quoi. » (J9F16-L190)

Pour conclure, l'ES « c'est comme la prévention routière, on peut pas rendre ça plus intéressant (...) (mais) ça nous apprend qu'est ce qu'on fait en cas de problèmes. » (J5F14- L310)

2-4 La place du médecin généraliste dans l'information à la sexualité

2-4-1 Pas référent car rôle dans la sexualité inconnu

Pour la majorité des adolescents de notre étude, le rôle du médecin est **strictement médical**. Il est impliqué dans une **relation de soin**, organise les **soins primaires** et traite les **maladies en cours**.

« Ben c'est ... Euh... c'est un médecin... Enfin, je lui dis mes problèmes et il me soigne. » (L1F15-L82)

« Je pense dans la santé, c'est lui qui a la relation la plus importante avec son patient parce que c'est le premier à consulter. » (J7M15-L259)

Mais les adolescents abordent quand même leur **vie personnelle** en consultation, la vie au **lycée**, la **famille** et un peu tout voire même les **problèmes relationnels**.

« J'ai une bonne relation, je sais pas comment dire... On ne va pas parler rien que ce que j'ai, on va parler de ma vie à côté. » (J9F16-L70)

« L8M17 : après c'est des petits soucis avec les gens... L : Les gens ? L8M17 : les personnes... qui m'embêtent. » (L8M17-L68)

En revanche, en ce qui concerne la sexualité, la discussion est peu abordée. Certains disent que les médecins **n'ont pas d'intérêt** pour la sexualité de leurs patients

« Je pense que (...) tous les médecins ne s'intéressent pas à la sexualité de leurs patients, des jeunes adolescents on va dire. » (L11F16-L300)

D'autres vont dire qu'aller chez le médecin n'est **pas instinctif** en cas de problème ou même qu'ils n'ont jamais entendu aucun adolescent dire qu'il soit allé chez son médecin pour ça.

« J'ai jamais pensé à y aller. » (J2F15-L201)

« C'est vrai que le médecin j'ai jamais entendu qui a parlé de ça avec son médecin. » (L10M17-L336)

2-4-2 Une approche compliquée

D'abord d'un point de vue **organisationnel**, certains nous expliquent la complexité de la situation : il faut passer par les **parents**, prendre **rendez vous et attendre**.

« Mais le problème du médecin c'est qu'il faut prendre rendez vous, et que ça passe par les parents. » (L7M16- L216)

« Etant donné qu'on attend au moins deux heures. » (J6M17-L276)

De plus, cette discussion occasionne chez la majorité des adolescents de l'étude des sentiments négatifs : **la gêne, la honte ou la culpabilité**. Certains ont peur que cela modifie **la vision** que porte le médecin sur eux.

« Si jamais on a fait des choses dont on ait honte (...) Je ressentirais une culpabilité (...) Ben je serais un peu gênée, normal je pense » (L1F15-L200/205/268)

« (J'aurais) l'impression que la personne elle ne va plus me regarder de la même manière... parce que du coup la personne elle va savoir des choses sur... moi... » (J8F14-L310)

Pour d'autres, le MG n'a pas **une formation** suffisante pour aborder le sujet :

« Après si le médecin il peut en parler, pas de soucis, mais il faut quelqu'un qui s'y connaisse vraiment. » (L7M16-L476)

2-4-3 Le médecin généraliste est une personne fiable

Parler de sexualité avec le MG est plus **difficile mais plus fiable** aussi. Certains adolescents affirment que la discussion avec le médecin permet **une prise de décision** et que son avis est sûr.

« Je pense que c'est toujours mieux de se renseigner auprès du médecin, mais c'est toujours plus difficile. » (L10M17-L259)

« Je sais que son avis je le prendrais vraiment en compte, si je venais à parler avec lui. » (L6M17-L227)

L'intérêt porté par le médecin à la sexualité d'un patient est un point très positif qui permettrait une meilleure **prise en charge**.

« Ouais je trouverais ça bien parce qu'il s'intéresserait à nous. » (L10M17-L185)

2-4-4 Les partenaires du médecin généraliste

L'infirmière scolaire est citée pour ses connaissances professionnelles et parce qu'elle aborde la sexualité à l'école.

« Je lui ai fait : c'est bon c'est son métier. » (J6M17-L202)

Le/La gynécologue est mentionné(e) dans plusieurs entretiens. Certains disent que les filles sont plus à l'aise avec un gynécologue. D'autres évoquent l'idée d'un rendez vous systématique chez ce dernier. Enfin, pour certains, la spécialisation du médecin semble capitale.

« Peut être que les filles sont plus à l'aise avec un gynécologue. » (L7M16-L493)

« C'est pas spécialisé dans ça, le gynécologue c'est son métier. » (J5F14-L378)

Et enfin le **planning familial** est décrit comme une référence. En effet il est facile d'accès : proche du lycée, on y va à pied, et on peut y aller seul.

« J'ai pensé à y aller parce qu'on en avait parlé en classe. » (L7M16-L201)

« Alors que le planning on peut y aller tout seul (...) on peut même le dire à l'infirmière et on est pas noté absent (...) on y va comme si de rien n'était. » (L7M16- L220)

3- VERS UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE RÉFÉRENT DANS LA SEXUALITÉ

3-1 Une campagne d'information

Pour que le MG devienne une référence les adolescents suggèrent qu'ils soient informés de la possibilité de discuter de sexualité avec le lui.

« Mais j'ai jamais pensé à y aller (...) d'habitude mon médecin est là pour mes blessures donc j'y ai pas trop pensé. » (L7M16-201/210)

Sans aller jusqu'à parler de publicité des campagnes d'informations peuvent être faites, utilisant **des affiches** ou même **des slogans**.

« Bah par exemple il pourrait y avoir des affiches chez le médecin, (...) mais y il y a des affiches, même à l'infirmierie y peut y avoir des affiches, dans le collège, dans la rue y peut y en avoir. » (L1F15- L331)

« Bah ça j'en ai aucune idée, bah euh...faudrait écrire un slogan mais ça serait vraiment bizarre... » (L9F17- L318)

Il est aussi possible de transmettre des messages par le biais de **l'infirmière scolaire**, qui voit régulièrement les adolescents ou lors des **cours d'ES**. A ce moment là le MG peut être présenté comme un autre référent fiable et informé pour les jeunes.

« Alors peut être qu'en faisant des interventions ? » (L7M16-L215)

« Sinon plus en parler avec les jeunes à l'infirmierie. » (L9F17-L318)

Le but est que le MG soit quelqu'un à qui l'adolescent pense spontanément si jamais il a une question ou un problème en lien avec la sexualité.

« Du coup je pense que ça viendrait **une personne qu'on se représente**. » (L10M17-L304)

3-2 Le professionnalisme : base de l'échange avec le médecin généraliste

La notion de **professionnel** concernant le MG est revenue fréquemment : il s'agit donc d'une personne ayant suivi un enseignement qui lui apporte des **compétences**.
« *Quelqu'un qui a fait des études sur le corps.* » (J1F13-L181)

Cette notion de professionnalisme va légitimer pour les adolescents l'abord d'une discussion qui devrait appartenir au domaine du **privé**. Il ne s'adresse plus à une personne mais au détenteur d'**un champ de connaissances**.

« *C'est privé je pense, ça regarde pas tout le monde.* » (J2F15-L324)

« *Faudrait lui expliquer qu'on est son médecin qu'on est pas là en tant que personne ...* » (L5F13-L392)

Ce côté professionnel libère la parole, permet l'abord de détails et diminue le sentiment de mal être.

« *Si moi je vais avoir des questions je pense que je vais pas être gênée d'aller lui en parler ... parce que c'est une personne professionnelle.* » (J1F13-L115)

« *Je sais que c'est le médecin et que c'est son travail donc après je parlerais quoi.* » (J2F15-L269)

Finalement le fait d'avoir des connaissances et des compétences fait du MG une **personne fiable**.

« *Le médecin il va donner une information à laquelle moi (appuyé) je vais me fier ... et je sais que lui il va me répondre juste. Ce n'est pas comme mes potes de la cantine (Rires).* » (L7M16-L380)

Le MG est donc un interlocuteur fiable capable d'informer et d'orienter les adolescents.

« *Si j'ai des questions ça me permet de prendre des décisions.* » (L6M17-L227)

3-3 Le personnage du médecin généraliste

3-3-1 Le sexe

Le **professionnalisme** est **plus important que le sexe** du médecin pour certains adolescents.

« *Après c'est un médecin de toutes façons donc ... donc je pense que ça changerait pas grand chose non plus (le sexe du médecin).* » (J2F15-L293)

Pour les garçons, le sexe du MG est indifférent.

« *Après les garçons peut être qu'ils s'en foutaient un peu.* » (J5F14-L358)

Les filles sont plus à l'aise avec un MG du même sexe. La relation avec un interlocuteur féminin est **plus aisée, naturelle** et la consultation en est moins embarrassante.

« Je préférerais plutôt parler avec une femme parce que un homme ... bon non c'est vrai que une femme ça serait mieux ... un homme c'est pas pareil. » (J5F14-L217)

« Parce que c'est un homme déjà ça me gêne de me déshabiller devant lui. » (J9F16-L214)

Par ailleurs quand on évoque le MG l'image projetée est celle d'une personne de **sexe masculin**. Et cette figure renvoie à la **représentation du père**.

« Puis un MG ouais ... en fait je pensais à un homme MG. » (J5F14-L275)

« Ça pourrait être mon père (...) c'est parce que c'est un homme et son âge, il a le même âge que mon père donc ça me gêne quoi... » (J9F16-L219/L224)

3-3-2 l'âge

Concernant le MG il s'agit d'une **personne adulte** ce qui peut représenter une barrière à la discussion d'un sujet intime.

« Et avec le médecin ... moins, enfin je me sens plus gênée plutôt (parce) que c'est une grande personne. » (J3F14- L156)

Cependant l'âge du MG en lui même ne semble **pas être une limite** à la discussion, il n'a en tout cas jamais été mentionné comme un facteur restrictif.

« Âge non parce que ma pédiatre était assez âgée. » (J7M15-L219)

3-3-3 Le comportement du médecin généraliste

Un autre facteur influant est la façon dont se comporte le MG, son **attitude** vis à vis du patient. L'attitude du médecin froid et distant est un obstacle à aborder un sujet personnel.

« Après peut être le MG je sais pas son attitude... ça pourrait jouer aussi en fonction du médecin. (...) Un médecin austère, très austère, type un peu vieille France ouais ça me freinerait je trouve un peu, je pense. » (J7M15-L213/216)

3-3-4 Une relation quasiment amicale avec le médecin généraliste

Les adolescents valorisent une **relation de proximité** avec le MG.

« Faudrait le voir plus souvent pour qu'on soit plus proche de lui. » (L10M17-L308)

Cette proximité entraîne une relation plus détendue entre le MG et l'adolescent, **une relation quasiment amicale**, qui permet d'avoir des discussions plus ouvertes et plus confidentielles.

« *Je sais pas rigoler un peu avec son patient tout ça, ça peut toujours aider à améliorer...* » (J7M15-L221)

« *Pour qu'on soit plus proche du médecin, que ce soit comme notre ami en fait avec qui on discute librement.* » (L10M17-L303)

3-4 Organisation d'une consultation sur la sexualité

3-4-1 L'âge idéal

La discussion sur la sexualité devrait être proposée vers **le début du collège** que ce soit en cours d'ES ou avec le MG.

« *Je sais pas, à l'entrée au collège je pense 12 – 13 ans.* » (L10M17-L176)

Cette période nous a en effet été rapportée par beaucoup d'adolescents comme le moment adéquat pour commencer à discuter et à répondre à leurs interrogations.

« *Moi à cet âge là, je me posais déjà beaucoup de questions.* » (L11F16-L417)

L'entrée au lycée est considérée comme trop tardive pour débiter l'abord de la sexualité.

« *Enfin la sexologue elle est venue parler que en début seconde donc je trouve ça tard, quand même parce que pour certains leur sexualité a déjà commencé.* » (J9F16-L292)

Définir l'âge idéal pour aborder la sexualité est très difficile car tout le monde n'évolue pas à la même vitesse.

« *Ça dépend vraiment des personnes en fait...ça peut très bien commencer à douze ans, que ça peut très bien commencer à 18 ans quoi ...* » (L11F16-L420)

« *La maturité ne fait pas l'âge...* » (L11F16-L414)

3-4-2 Une relation exclusive

Pour les adolescents, il est dans la majorité des cas nécessaire que la discussion sur la sexualité ait lieu en **tête à tête avec le MG**.

« *Euh je pense que j'attendrais que l'adolescent / adolescente soit juste en face de moi rien que tous les deux c'est une discussion à avoir en face à face, en intimité on va dire.* » (J1F13-L227)

Pour certains **la présence des parents est un obstacle rédhibitoire** à une discussion intime qui conduirait à éluder cette conversation. D'autres proposent de laisser le choix à l'adolescent.

« Et demander ça sans les parents, parce que je sais que pour moi les parents c'est un gros gros gros blocage. » (L7M16-L451)

Finalement la discussion de sexualité entre le MG, l'adolescent et les parents peut aussi être un moyen **d'engager la conversation à la maison**. Néanmoins leur présence reste un facteur d'angoisse important.

« Ça pourrait ouvrir une discussion à la maison mais d'un côté je sais pas ça me gênerait quand même. » (J8F14-L205)

3-4-3 Des consultations plus fréquentes

Le fait de voir le médecin plus fréquemment est un atout pour avoir une discussion plus intime.

« Et sinon pas spécialement avec mon docteur... Déjà je le vois pas tous les jours... » (L9F17-L194)

Ils proposent d'organiser des rendez vous plus fréquents avec le MG pour discuter de sujets divers et plus particulièrement de sexualité. Certains nous parlent même d'organiser des **consultations hebdomadaires**.

« Ben je...je pense pas que ce soit possible mais lui donner des rendez vous pour en parler. » (L8M17-L356)

« Je sais que ça serait compliqué à mettre en place mais le voir toutes les semaines, un petit rendez-vous de 5, 10, 15 minutes. » (L10M17-L300)

3-4-4 Une consultation dédiée

Certains adolescents proposent de parler de sexualité lors d'**une consultation courante** (radiographie, certificat de sport ...), à la fin de la consultation, mais pas pour une pathologie aigue où il n'est pas au mieux de sa forme.

« Je pense que j'en parlerais pas un jour où il est malade mais une fois où il vient me présenter une radio, ou quelque chose comme ça, une consultation anodine quoi. » (L10M17-L283)

D'autres conseillent de programmer **une consultation dédiée** à cette discussion, que l'adolescent soit prévenu et puisse s'y préparer.

« (Blanc) peut être que de base j'y aille pour ça. » (L2F15-L172)

4 – UNE APPROCHE IDÉALE: LE COCOONING

4-1 Une bonne relation avec le médecin généraliste

4-1-1 Bien connaître son médecin généraliste

L'ancienneté de la relation avec le MG est valorisée par la plupart des adolescents.
« *Ben c'est une personne enfin moi j'avais l'habitude que la personne me suive depuis que je suis petit donc elle nous connaît bien.* » (J6M17-L61)

Le fait d'avoir une **bonne connaissance du MG** permet de diminuer le sentiment de malaise lié à la discussion.

« *Mais bon vu que je la connaissais assez bien ou quoi ça ma pas vraiment gêné.* » (J7M15-L196)

Inversement, les adolescents proposent que le MG aborde différemment le sujet selon que le jeune en face de lui est connu ou non.
« *Ça dépend de depuis combien de temps je la connais.* » (L8M17- L308)

La relation qui existe avec le MG est considérée comme plutôt **positive, sympathique, amicale ou même familière.**

« *On rigole bien on papote (...) une relation plutôt mignonne, gentille.* » (L9F17-L61/L95)

4-1-2 Une relation de confiance

La **relation de confiance** va se construire progressivement au fur et à mesure des consultations.

« *C'est comme un psychologue au début on va pas se confier (...) et après ça se fait comme ça on y arrive mieux.* » (J5F14-L245)

De la qualité de cette relation de confiance va dépendre la **qualité de la discussion** entre le MG et l'adolescent. En effet si cette relation est solidement établie la discussion va en être grandement facilitée et d'autant plus enrichissante pour l'adolescent et le MG. L'établissement d'une **bonne relation** entre le MG et l'adolescent permet d'aborder tous les sujets sans qu'il n'y ait **aucun obstacle.**

« *Je pense si on a confiance en la personne ça peut aller tout seul.* » (J8F14-L285)

« *À partir du moment où il n'y a pas de barrières on peut avoir toutes sortes de discussions avec son médecin* » (L6M17-L341)

Par contre en l'absence de ce lien la discussion peut ne pas être désirée du tout.

« *Et je dirais rien.* » (L4M14-L296)

4-1-3 L'importance du secret médical

Le MG représente une personne à qui l'on peut se confier sans crainte de divulgation de ses confidences.

« *Lui parler de tout et qui dit rien parce que il est tenu au secret médical...* » (J9F16-L91)

Cependant chez les adolescents **la peur de rupture du secret médical** est omniprésente. Les facteurs qui jouent sont le fait de vivre dans une petite communauté, que le MG connaisse bien les parents et surtout le fait **d'être mineur**.

« *Et dire non je veux pas qu'il en parle, donc je veux pas lui en parler.* » (L6M17-L 358)

« *Vu que c'est le médecin du village tout se sait vite.* » (L6M17-L350)

« *Mais comme c'est mes parents ya pas de secret médical en plus on est mineur.* » (J6M17-L290)

Pour certains adolescents le secret médical est une **notion un peu floue**.

« *On a pas forcément cette notion de secret médical qui est vraiment importante pour les médecins.* » (J6M17-L285)

4-2 Attitude du médecin

4-2-1 Bienveillance

Les adolescents nous exposent que le MG doit avoir une **écoute attentive** et une capacité à interagir. Il serait également de son **rôle d'aider** et de **sécuriser** les patients.

« *De pouvoir m'écouter si j'ai des questions.* » (J1F13-L81)

« *Ben commencer à poser des questions sur la vie de la personne (...).* » (J8F14-L276)

« *C'est un peu une personne oui qui a ce rôle de pouvoir aider les gens.* » (J1F13-L184)

« *Il va essayer de nous rassurer.* » (J9F16-L92)

Il serait donc important que le MG crée **cette atmosphère bienveillante** autour de l'adolescent.

« *Il faut le mettre en confiance.* » (J6M17-L316)

4-2-2 Disponibilité

Le MG doit également **être disponible** pour aborder la sexualité quand l'adolescent se sent prêt.

« Si l'adolescent a envie de m'en parler (de sexualité) eh ben je suis là. » (J1F13-L294)

Et il s'agit d'une discussion qui peut être longue, il faut que le MG soit disposé à **prendre son temps**.

« Elle prend le temps de bien répondre à mes questions, de bien m'expliquer... Enfin elle prend vraiment son temps avec moi et c'est ça qui me plaît. » (J9F16-L249)

4-2-3 Empathie

Le MG doit aussi faire preuve de compréhension. Il doit avoir la capacité **d'être empathique** pour mieux comprendre ce que vit l'adolescent et ce qu'il ressent.

« (C'est quelqu'un) qui comprend ce que vous lui dites. » (L6M17-L339)

« L'intervenant ou le médecin il doit plus se mettre à la place de l'adolescent, plutôt que de voir ça de haut avec du recul. » (J6M17-L335)

4-2-4 Pas de curiosité

Une autre inquiétude pour les adolescents se retrouve dans la part **d'indiscrétion** que peut revêtir une discussion sur leur propre sexualité. Il faut que le but du MG ne soit pas de satisfaire sa **curiosité personnelle**.

« C'est pas pour fouiller leur vie privée. » (L5F13-L398)

« Que ce soit pas juste de la curiosité. » (J6M17-L309)

La conversation sur la sexualité doit être amenée comme un sujet permettant **d'aider** l'adolescent, de vérifier qu'il va bien et ne se met pas en danger.

« Montrer (à l'adolescent) que si on lui pose ces questions c'est pour sa santé, pour savoir si il va bien. » (J6M17-L317)

4-2-5 Impartialité

Les adolescents ont peur que le MG émette un jugement s'ils viennent à discuter de sexualité avec lui. Ce **jugement peut être sur l'âge ou sur les actes**.

« La peur d'être jugé (...) vu qu'on est encore heu plutôt jeunes, ouais on est petit. » (J2F15-L278)

« Je sais pas qu'on pose une question que le médecin généraliste réponde mais qu'il se dise : oula ! Il a fait quelque chose de bizarre lui. » (L10M17-L251)

Il faut donc que le MG ne se pose **pas en juge** mais au contraire qu'il rassure sur le fait que c'est un **sujet commun** pour tous.

« On est pas là pour juger, qu'on s'en fiche de... on est pas là pour dire ce qui est bien ou mal. » (L5F13-L394)

« Après je sais qu'elle va pas me juger la personne, de toute façon on est tous pareils. » (J5F14-L241)

4-3 Approche de la sexualité

4-3-1 Débuter la discussion

L'abord de la discussion sur la sexualité doit être réalisé de **façon progressive**. Pour les adolescents un abord trop brutal pourrait mener à une rupture du lien avec le MG.

« Je pense...faudrait y aller en douceur. » (L8M17-L357)

« Petit à petit parce que d'un coup ça braque et ça casse tout. » (J8F14-L279)

Pour certains adolescents le sujet doit être abordé de façon **plutôt franche** pour éviter d'augmenter la gêne de l'adolescent.

« L: Plutôt direct...A: je pense ça serait mieux, parce que ça sert à rien de passer par quatre chemins pour en revenir à la même chose... » (L8M17-L212)

4-3-2 Dans le respect de la volonté de l'adolescent

Les adolescents interrogés ont insisté sur l'importance de **respecter leur désir** de discuter de sexualité.

« Si il (l'adolescent) veut en parler surtout. » (L10M17-L276)

Il faut les prévenir de leur liberté de ne pas poursuivre la conversation si elle ne leur convient pas et s'adapter à l'adolescent en face.

« Comme vous avez fait au début c'était bien « si vous voulez arrêtez quand vous voulez vous me dites. » (J7M15-L251)

« Ben ça dépendra en fait de sa réaction. » (J7M15-L225)

Et surtout ne **pas forcer un adolescent** à répondre. Cette attitude permet d'éviter les blocages.

« Si il veut pas me répondre je ne le forcerais pas. » (L9F17-L302)

« Et qu'il ne veut pas en parler, je lui en parlerais pas parce que ça va le bloquer finalement. » (L10M17-L278)

4-3-3 Une discussion à l'initiative du médecin généraliste

Pour certains la discussion à l'initiative du MG n'est pas souhaitée car elle augmente la gêne. Pour d'autres le fait que le MG aborde le sujet de façon spontanée a plus d'impact sur eux.

« Et peut être que j'attendrais que (l'adolescent) commence à en parler. » (L9F17-L299)

« Que ce soit le médecin qui demande (...) c'est le médecin qui nous en parle naturellement c'est pour vraiment nous prévenir de ce qui peut être dangereux ou pas. » (L10M17-L168/L189)

4-3-4 Dédramatiser la discussion

Pour certains adolescents il est nécessaire de **dédramatiser la discussion** sur la sexualité en expliquant que c'est un sujet dont il est habituel de discuter.

« D'expliquer qu'on peut en parler ...même si c'est gênant, que ya pas de soucis pour en parler,... que c'est pas si tabou que ça quoi. » (J8F14-L319)

Employer un **ton humoristique** pour l'aborder est un des autres moyens proposés.

« En faisant des petites blagues, de l'humour. » (L9F17-L302)

4-3-5 Une discussion neutre et naturelle

La discussion sur la sexualité doit être idéalement abordée de **façon naturelle**.

« Je sais pas, il faudrait que ça soit naturel... En fait, il faudrait que le médecin en parle naturellement. » (L10M17-L168)

Un autre point développé est le fait que la sexualité soit traitée avec **neutralité** c'est à dire pas de manière hétéro-normée. Chacun doit pouvoir se reconnaître dans l'abord de la sexualité sans se sentir stigmatisé dans le choix de sa propre sexualité.

« Pour moi c'est la neutralité qui faut...Après ça mettrait plus tous les gens à l'aise. » (L11F16-L454)

4-4 La discussion en elle même

4-4-1 Respect de l'intimité

Parler de sexualité doit pour certains rester **limité aux sujets qui influencent la santé**. Il faudrait plutôt aborder **la sexualité en général** sans s'intéresser à la vie privée, à l'intimité de l'adolescent.

« De ce qui a un impact sur la santé », « ben heu dans le cadre des missions du médecin quoi. » (J7M15-L77/L238)

« Je sais pas si... Quand y a des questions générales encore ça peut aller (...) mais si des questions personnelles, genre sur moi non j'aimerais pas. » (L2F15-L164)

En tout cas la discussion sera limitée dans le temps.

« Je reste très brève sur le sujet enfin je vais pas m'étaler. » (J9F16-L220)

4-4-2 Engager le dialogue

Pourtant dans certains cas il est nécessaire **d'insister un peu**. En effet, l'adolescent peut avoir un problème, ne pas savoir comment réagir mais en même temps se sentir coupable et ne pas oser en parler.

« Peut être pas qui nous force mais qui insiste un peu. » (L7M16-L477)

« Parce que si y a une fille qui a eu un rapport sans se protéger qui a peut être deux mois qui ose en parler à personne qui a super peur, elle sait pas quoi faire. » (L7M16-L483)

Dans ces cas là c'est au MG, toujours de façon progressive, d'essayer de dénouer la situation d'autant plus si le problème est d'ordre médical.

« Après si c'est par rapport à la santé et que ça doit aller sur un point précis faut en parler donc même si ya des réticences du côté de l'adolescent faut y aller. » (J6M17-L314)

4-4-3 Importance de la forme

Les adolescents semblent aussi accorder de l'importance à la façon de s'exprimer.

« Toujours faire gaffe à la **formulation** de la question je pense. » (J7M15-L250)

4-4-4 Discours adapté

Les adolescents suggèrent d'entamer la discussion sur la sexualité en posant quelques questions d'introduction. Ces questions permettraient de savoir comment l'adolescent se situe par rapport à cette discussion pour décider comment continuer.

« Je commencerais par poser des questions, pour mettre les bases et pour orienter vers quoi la personne peut elle poser des questions, pour amener la discussion...Enfin, sur ça... » (L5F13-L404)

« Et à partir de là, si lui je vois qu'il est ouvert... » (L9F17-L364)

Il est important que le MG laisse parler l'adolescent, qu'il **s'adapte à lui** et pose des questions en lien avec ses réponses.

« Attendre un peu le temps que la personne se décide à répondre. » (L5F13-L401)

Ils disent qu'il est essentiel que le MG tente de rendre cette discussion la plus **adaptée aux envies et besoins de l'adolescent** qu'il a en face de lui.

« Enfin il faut vraiment être sur sa piste à lui. » (L11F16-L410)

4-4-5 Une meilleure prise en charge

Au final en discutant de sexualité avec le MG, l'adolescent a l'impression que l'on s'intéresse à lui dans **sa globalité** au delà de l'aspect de santé.

« Au lieu de s'occuper que de nos maladies il s'intéresserait à nous en dehors ...En dehors de nos maladies. » (L10M17-L196)

Cette discussion améliore donc **le ressenti de la relation** entre l'adolescent et son MG.

« ça nous donnerait l'impression qu'il s'occupe plus de nous. » (L10M17-L200)

IV-DISCUSSION

1- LES BIAIS ET LES FORCES DE L'ÉTUDE

1-1 Les forces

1-1-1 Intérêt de l'étude

La recherche bibliographique montre peu d'études interrogeant les adolescents sur l'abord de la sexualité avec le MG notamment en recherche qualitative. Cette méthode est intéressante pour chercher à ouvrir de nouvelles pistes afin d'améliorer le lien entre l'adolescent et le MG. Chaque étape de cette méthode a été respectée méthodiquement.

Le choix des entretiens semi dirigés individuels nous a permis d'aborder un sujet intime comme la sexualité. Il nous a aidées à mettre en place une relation de confiance avec l'adolescent qui a facilité la discussion. Les focus group nous ont paru moins adaptés. Certains adolescents auraient pu voir leur comportement modifié par le fait d'être en groupe. Ces situations auraient pu mener à augmenter les biais de déclarations avec soit une inhibition soit un gonflement des performances (20).

1-1-2 Validité interne

La validité interne consiste à vérifier si les résultats sont effectivement fidèles à la réalité. Elle est assurée par la triangulation. Elle consiste à réaliser une double lecture des entretiens avec un deuxième codage. Dans notre thèse cette triangulation était réalisée par les deux chercheuses. Cette technique permettait d'éviter l'écueil de la subjectivité de l'interprétation. Enfin nous avons conservé l'ensemble des modifications réalisées en cours d'analyse.

L'autre technique pour assurer la validité se base sur la saturation des données. Cette saturation consiste à réaliser des entretiens jusqu'à ce que plus aucune nouvelle donnée pertinente n'apparaisse.

1-1-3 Validité externe

La validité externe consiste à pouvoir généraliser les résultats trouvés à d'autres domaines ou objets. Pour cela nous avons réalisé un échantillonnage en variation maximale afin d'explorer la plus grande variabilité des ressentis des adolescents.

Cette validité est également garantie par l'adéquation des résultats aux données de la littérature.

1-2 Les Limites

1-2-1 Limites liées au sujet de recherche

La sexualité étant un sujet sensible, toute étude concernant ce sujet est à risque de biais. Les rares études longitudinales, faites sur l'abord de la sexualité des adolescents, relèvent des données incohérentes liées à l'occurrence et à l'âge de la première relation sexuelle (20).

1-2-2 Limites liées aux chercheuses

Il existait un biais lié à l'appropriation de la méthode des deux chercheuses car il s'agit de notre premier travail qualitatif. Nous avons limité ce biais en suivant une formation spécifique et en réalisant deux pré entretiens.

Nous nous sommes à chaque fois présentées comme des chercheuses lors des entretiens. Cependant certains adolescents ont pu comprendre que nous étions des MG ce qui a pu orienter leurs réponses et créer un biais d'interaction.

Ce biais d'interaction a pu être aggravé par le fait que nous sommes deux femmes jeunes.

Ensuite, un biais d'intervention a pu survenir lors des entretiens. Nous avons tenté d'être le plus neutre possible, mais certaines reformulations pouvaient parfois orienter les réponses. L'écoute des entretiens nous a permis de nous rendre compte que certaines idées auraient mérité un approfondissement et de nous améliorer pour les entretiens suivants. Les entretiens ont aussi pu être menés différemment selon les deux chercheuses.

Enfin, le biais d'interprétation est lié au fait d'avoir pu être influencées par notre vécu, notre histoire, nos représentations. Il est limité par l'analyse indépendante de chaque entretien et par leur confrontation.

1-2-3 Limites liées au recrutement

Il existait un biais de sélection majeur. Le recrutement étant basé sur le volontariat, les adolescents étaient motivés et leurs parents consentants. Ils étaient également au courant du sujet de l'entretien. Et certains adolescents avaient pu en discuter entre eux.

Le recrutement était aussi très dépendant de la motivation des infirmières, des médecins scolaires et proviseurs. Finalement il existait un biais lié à la présence d'un intermédiaire car nous n'étions pas maître du discours de l'infirmière.

Enfin concernant le recrutement nous avons observé une saturation des données d'abord avec les collégiens puis les lycéens.

1-2-4 Limites liées aux conditions d'entretien

Le dialogue a été parasité lors de certains entretiens par le passage de l'infirmière scolaire, un adolescent a répondu à un appel et un autre à un message. Enfin l'inquiétude liée à la fermeture du portail a précipité la fin d'un entretien.

1-2-5 Limites liées aux participants

Il peut exister une différence entre la parole rapportée des adolescents et la réalité. Cette variation peut être expliquée par le souci de se conformer aux stéréotypes sociaux, d'apparaître comme normal, voire de se valoriser en donnant d'eux même une image flatteuse. Il s'agit d'un biais de désirabilité social.

2- DISCUSSION DES RÉSULTATS

2-1 Discussion des représentations de la sexualité des adolescents

Il nous a paru essentiel pour aborder la sexualité chez l'adolescent de comprendre ce que cela représente pour eux. C'est en ayant connaissance de leur vision que nous pourrions discuter des sujets qui les concernent et arriver à les intéresser.

2-1-1 La différence garçon / fille

Dans notre étude, il existait une différence marquée dans la vision de la sexualité chez les deux sexes. La sexualité était vécue par les garçons comme une fierté mais également une occupation voire un besoin. Alors que chez les filles il s'agissait d'un « moment précieux » où la jeune femme fait « don » de son corps à son compagnon.

Il existe presque toujours un malentendu entre la fille et le garçon lors des premières rencontres (21).

Le sentiment d'être convoitées comme des objets à des fins purement sexuelles, alors que leur demande est essentiellement de nature affective, est le différend majeur qui oppose les filles aux garçons à l'adolescence rappelle le Dr Nicole ATHEA (22).

Cette idée est reconnue à l'adolescence mais pas seulement comme l'explique l'enquête sur la sexualité de Bajos et Bozon de 2008. Une double asymétrie persiste dans la manière de percevoir la vie sexuelle et affective, où semblent toujours s'opposer un désir et des besoins « quasi physiologiques » masculins et des aspirations affectives et une disponibilité féminines (23).

Un autre fait marquant qu'ils décrivent est que les filles sont aussi vectrices de cette idée d'inégalité, voire plus que les garçons (23). Ce que nous avons retrouvé dans plusieurs des entretiens de notre étude, où les filles abordaient les représentations qu'elles avaient de la vision masculine de la sexualité. Elles généralisaient un comportement stéréotypé, que nous retrouvions chez une minorité de garçons de l'étude.

Ce qui est paradoxal est que les pratiques sexuelles entre les deux sexes tendent à devenir similaires (23,24). Pour autant les représentations mentales c'est à dire le cadre dans lequel se vit cette sexualité n'évoluent pas (25). C'est une réalité chez les adultes, et nous avons observé dans notre étude, que c'est également ce qui était rapporté par cette génération d'adolescents.

Cette vision de la différence entre les sexes résulterait d'une absence de communication. Dans notre étude, certains adolescents évoquaient l'importance de la mixité pendant les cours d'ES ainsi que l'intérêt de débattre pour partager des idées. En effet, ces interactions entre les personnes sont à l'origine d'une rencontre qui permet de mesurer l'écart entre la représentation que l'on a de l'autre et la réalité et ainsi d'aboutir à une modification des représentations (26).

2-1-2 Des représentations qui angoissent

Une partie des angoisses concernant la sexualité serait nettement liée au genre. Certaines filles de notre étude avaient peur de ne pas être prêtes ou d'être forcées. L'enquête de Bajos et Bozon montre que les femmes sont effectivement quatre fois plus nombreuses que les hommes à confier accepter des rapports dont elles n'ont pas envie pour faire plaisir à leur partenaire(23).

Les adolescentes de l'étude rapportaient également une inquiétude liée à l'image véhiculée par une vie sexuelle non adaptée aux critères de la société : pas le bon âge, pas le bon nombre de partenaires. Ce qui pouvait être à l'origine d'un sentiment de honte et même de culpabilité.

Alors que dans bien des cas les premières relations sont voulues par les deux partenaires, on observe une tendance très générale des filles à se situer paradoxalement dans une position de victimes de la sexualité des garçons (22).

Chez les garçons l'anxiété serait plutôt liée à un problème de performance. Un garçon de notre étude nous parlait de « durée », « d'exploits », du fait de ne pas être un « éjaculateur précoce ». Une étude rapporte que les garçons sont plutôt satisfaits de leurs premières relations sexuelles, pour autant qu'ils aient pu « assurer » (22). Une autre étude évoque que l'estime de soi est liée à la représentation sociale d'un corps objet de performances et de compétences (3).

La sexualité serait vécue par les adolescents comme un risque c'est à dire une action qui pourrait apporter un avantage mais qui comporte l'éventualité d'un danger. Les risques rapportés de façon commune par les deux sexes dans notre étude concernaient les IST et la grossesse. En effet, si la contraception semblait moins intéresser les garçons, la survenue possible d'une grossesse les inquiétait beaucoup. Ils avaient conscience que ces conséquences pouvaient avoir beaucoup d'impact sur l'avenir d'une personne ayant eu un rapport.

En témoignent les taux d'utilisation des préservatifs lors du premier rapport qui ont connu une augmentation spectaculaire entre 1987 et 1995. Ces chiffres sont à peu près stables depuis le début des années 2000 : 87,6% des femmes et 84,2% des hommes ont utilisé le préservatif lors de leur 1er rapport sexuel en 2005 contre 12,1 % et 18,1% si il avait lieu avant 1988 selon le Baromètre santé 2005 (24–26).

Ces faits sont le résultat de différentes campagnes d'informations ainsi que d'une éducation à la sexualité axée sur la prévention suite à la découverte du SIDA dans les années 1980(27).

Pourtant il persiste des conduites à risques en matière de sexualité chez les adolescents. En effet selon les chiffres cités précédemment, environ 14% des adolescents n'utilisent aucune protection lors du premier rapport sexuel. L'étude de l' HBSC sur la santé des collégiens montre une diminution de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport entre 2010 (85%) et 2014 (76.6%) (27,28). On observe également de nombreux relâchements de l'attention préventive au cours d'une relation prolongée (27,29). De plus dans notre étude, on observait que certains adolescents ne savaient pas du tout réagir suite à une prise de risque.

Alors que les adolescents paraissent conscients des dangers, les conduites à risques et leurs conséquences (IST, Grossesses non désirées, IVG) ne semblent pas en cours de diminution(24,27–29).

2-1-3 L'homosexualité

Dans notre étude le thème de l'homosexualité était abordé spontanément par plusieurs adolescentes mais par aucun adolescent. Pour nous l'homosexualité ne concernerait pas plus le sexe féminin que masculin. Les études disent : 4 % dans chaque sexe chez les 18-69 ans(23). L'étude de Bajos et Bozon relate que la tolérance sociale à l'égard de l'homo ou de la bisexualité (...) reste, quel que soit l'âge, plus marquée chez les femmes que chez les hommes(23). Une autre étude récente confirme les difficultés pour les adolescents garçons d'être homosexuels (30).

Les filles semblaient donc plus à l'aise pour en parler mais elles rendaient compte d'une société encore très marquée par les préjugés. L'une des adolescentes comparait l'homosexualité à une bataille qu'il faut mener pour que cela devienne une évidence. Le rapport sur les discriminations LGTB - phobes soutient que l'homosexualité est encore considérée comme un tabou dans l'enceinte de l'école (31). Cette situation favorise des actes de discriminations homophobes qui conduisent chaque jour de jeunes garçons et de jeunes filles à des tentatives de suicide, ou au suicide (30–32). Cette situation peut encore être aggravée quand l'homosexualité est un tabou au sein de la cellule familiale (33).

En consultation, cette discussion est rarement abordée car le médecin n'y pense pas (34). En effet, les médecins restent marqués comme la société dans sa globalité par l'hétéro normalité. Une étude rapporte que, lors des consultations de gynécologie, de nombreuses femmes ont décrit à quel point elles s'étaient senties interdites de parole dès le début de la consultation, devant la conviction du médecin qu'elles étaient hétérosexuelles (34). Ce point était également souligné dans notre étude par une adolescente qui évoquait le « changement de visage » du médecin lors de l'évocation de sa sexualité. Néanmoins, les femmes homosexuelles sont 91% à estimer que la connaissance par leur médecin de leur sexualité est très importante (34).

La position privilégiée du MG en tant que professionnel assujéti au secret médical permettrait d'ouvrir une discussion avec un adolescent sur ses attirances et ses orientations sexuelles (30). Elle devrait également pouvoir évaluer le retentissement psychologique du à leur homosexualité (30). Le MG devrait encourager plus particulièrement les garçons chez qui la parole semble moins libre (9).

Pour conclure cette partie concernant les représentations de la sexualité revenons à la définition de la sexualité de l'OMS : *elle (la sexualité) requiert une approche positive et respectueuse et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité, sans contrainte, discrimination ou violence.* »(1,29). Nous avons observé dans notre étude que la sexualité pour certains adolescents rimait encore au contraire avec « insécurité, contrainte, discrimination et vécu négatif ». Pourtant nous ne pourrions lier cette vision négative à un défaut de connaissance. Mais il s'agirait peut être de proposer une information plus pertinente pour les adolescents (23).

2-2 Un nouvel abord de la sexualité

2-2-1 Les personnes référentes : les parents

Dans notre étude, comme dans la littérature, les parents sont considérés par les adolescents comme des personnes ressources en ce qui concerne leur sexualité (11). En 2005, selon le baromètre santé jeunes Pays-de-la-Loire, 73 % des jeunes de 12 à 19 ans déclarent qu'il est facile pour eux de parler avec leur mère de choses qui les préoccupent vraiment(35). Les mères sont donc en 2^{nde} position sur la liste des interlocuteurs privilégiés juste après les amis. Les jeunes considèrent les parents comme une source d'informations

fiables, au même titre que le MG, en particulier concernant la contraception ou l'IVG (11,33,36).

Nicole Athéa dans son livre « parler de sexualité aux adolescents » explique qu'il existe trois types de réactions parentales face à la sexualité des adolescents :(22)

- une réaction en lien avec une vision culturelle et religieuse qui valorise la sexualité uniquement dans le cadre du mariage.
- une autre serait de prôner la discussion voire de l'obliger.
- une dernière visible chez les parents incapables d'aborder le sujet mais conscients de son importance qui vont alors amener le jeune chez le MG ou le gynécologue.

Dans notre étude, nous avons retrouvé des adolescents illustrant la deuxième et troisième réaction. Aucun ne nous a parlé d'une famille qui bloquerait la discussion totalement.

Les parents sont aussi là pour permettre aux adolescents de ne pas se faire piéger par certains modèles médiatiques qui misent sur le sensationnalisme et l'artifice. Il faut leur offrir des moments pour réfléchir et discuter de relation à l'autre, de respect, d'amour, d'intimité affective et sexuelle, de dignité et de sexualité (37). Cette vision de l'abord du sujet par les parents n'est rapportée par aucun sujet de notre étude.

Des études se sont penchées sur la modification des comportements si la discussion a été engagée avec les parents ou non. Elles montrent qu'aborder le sujet retarde les premiers rapports sexuels, et augmente l'utilisation de préservatifs et de la contraception (38). De façon générale, discuter de sexualité avec l'adolescent diminue la possibilité qu'il ait une sexualité à risque.

2-2-2 Un outil incontournable : internet.

Internet apparaît aujourd'hui comme un nouvel outil incontournable, en particulier avec les adolescents. Il est présent dans la grande majorité des foyers et ce chiffre augmente chaque année. En 2004, aux Etats-Unis 75% des jeunes avaient un accès à internet de leur foyer(12).

Les adolescents de notre étude rapportaient que les raisons qui font d'internet un outil si convoité sont, avant tout, la confidentialité et l'accessibilité. Il leur permettait également d'obtenir des réponses instantanées aux questions qu'ils se posaient. Ces trois arguments sont aussi évoqués dans la littérature (12,39,40).

Les adolescents dans notre étude semblaient très au fait de la relative fiabilité à accorder aux informations du net. Comme dans la littérature, ils rapportaient l'abondance et les contradictions éventuelles des sources d'informations. À cela s'ajoutait la possible mauvaise interprétation des informations en l'absence de tiers fiable (41).

Certains proposaient de croiser les sources d'informations pour arriver à des connaissances plus sûres et cette idée est retrouvée dans la littérature (12). De plus, une étude de 2004 conclut que lorsqu'on interroge les jeunes de 15-24 ans sur les sources qu'ils jugent dignes de confiance, Internet arrive en dernier lieu (17 %) puis suivent les amis (18 %) tandis que leur médecin arrive loin en tête avec 85 % (12). D'autres études montrent que les jeunes considèrent le MG comme une source d'information fiable (9–11).

Pourtant les jeunes demandent peu d'informations au MG. Les adolescents de notre étude rapportaient qu'ils suivraient son avis si la conversation était engagée, ce qui en pratique arrivait rarement. On sait que seuls 14 % de ces jeunes vont voir un médecin pour avoir un avis sur les informations trouvées en matière de santé (41).

Internet reste un outil très performant dans la diffusion des informations, une source de savoirs et de rencontres tellement riche (41). Tellement, qu'il serait dommage d'en priver les adolescents.

Pour conclure, les jeunes, bien qu'ils utilisent fréquemment internet pour y rechercher des informations médicales n'en auraient qu'une confiance partielle et seraient capables de dire que le MG est une référence pour la fiabilité de l'information délivrée. Ainsi il apparaît possible d'éduquer les jeunes à cet outil et à la recherche d'information. Des moyens de prévention judicieux et fondés sur l'éducation et la communication avec le jeune doivent être développés (41). Il serait intéressant peut être de leur conseiller des sites internet par exemple le site « onsexprime » mis en place par INPES en 2015 dans le cadre d'une campagne de prévention sur les premières fois (42).

2-2-3 Le médecin généraliste

Dans notre étude comme dans la littérature, le médecin généraliste n'est pas décrit comme un interlocuteur privilégié pour discuter de sexualité(10). En effet, nos entretiens évoquaient la difficulté à aller lui parler, par peur, honte ou inquiétude concernant la rupture du secret médical. Ces causes sont retrouvées dans la littérature (9,12,39). Ils

rapportaient aussi la difficulté d'accès, parce que le médecin est proche des parents ou qu'il est nécessaire pour aller chez lui d'amener une carte vitale et de payer (10,11).

Il existerait une véritable barrière entre les sujets d'intérêt des adolescents et ce dont parle le MG. En effet, les sujets les plus recherchés sur internet par exemple sont : les IST, les régimes, le sport et les comportements sexuels (12,43). Paradoxalement, les sujets les plus abordés avec le MG sont la nutrition, le poids et le sport (12). Pour cela, certains adolescents de notre étude proposaient que le MG se mettent à leur place en se rappelant ce qui l'intéressait à cet âge.

En approfondissant la raison pour laquelle les jeunes ne s'adressent pas à leur MG à ce sujet, on se rend compte que les adolescents ont une vision floue du champ de compétences du MG (13). Dans notre étude, les adolescents rapportaient qu'ils n'auraient même pas pensé à consulter le MG en cas de problème en lien avec la sexualité. 18% des adolescents interrogés dans l'étude du Dr Potey ignorent que le MG pourrait parler de sexualité. Une étude concernant l'abord de l'adolescent en consultation de MG rapporte : 92% iraient chez leur MG pour des problèmes physiques, 55% pour des problèmes liés à la sexualité et 32% pour un syndrome dépressif (13). Enfin des adolescents de notre étude rapportaient qu'ils s'adresseraient plus volontiers à quelqu'un de plus spécialisé que le MG, ce qui est retrouvé dans certaines études (9).

Finalement, le MG étant déjà considéré comme une personne fiable, ne resterait qu'à trouver une façon de faire comprendre aux adolescents qu'il peut parler avec eux de sexualité.

2-3 Le médecin généraliste, l'adolescent et la sexualité.

2-3-1 Le médecin généraliste doit devenir lui même le référent

Tout d'abord, le MG devrait pouvoir aborder la sexualité de l'adolescent comme une discussion habituelle. Pour cela, il semble important qu'il soit à l'aise avec ses propres représentations et capable de les mettre à distance : il doit être conscient de son schéma de pensée, de ses préjugés, de son ignorance (29,33). Certains adolescents de notre étude rappelaient à quel point il est important que son attitude soit sans jugement et qu'il se souvienne qu'il a déjà été à la place de l'adolescent.

L'idéal serait de pouvoir avoir un discours neutre , c'est à dire d'arriver à sortir de l'optique hétérocentrique ou hétéro centrée, le but étant d'établir un climat de confiance et

d'écoute à l'aide de formules neutres dénuées de préjugés moraux pour que le dialogue puisse s'établir (34).

Ensuite il apparaîtrait essentiel de commencer la consultation en rappelant la notion de secret médical. Il serait important de l'informer que rien de ce qui est dit en consultation n'en sort, même si le MG connaît les parents (11). Et surtout insister sur le fait qu'être mineur ne change rien à cette règle inflexible.

De plus les adolescents décrivaient l'importance d'avoir un lien fort avec le MG. La discussion ne pouvait pas avoir lieu avec un inconnu. Elle nécessitait une relation de confiance, que le MG soit bienveillant dans sa manière d'aborder le jeune, et que son attitude soit aimable. Le jeune perçoit très rapidement chez le médecin traitant : son malaise, l'intérêt qu'il lui porte, et son attitude face à la famille. Cela lui permet de le classer immédiatement, soit dans la catégorie des « vieux crabes », se rangeant le plus souvent aux idées familiales, soit dans la catégorie des alliés, considérés alors comme adultes référents. ((44) citée par le groupe ADOC 17).

L'image que se font les jeunes du MG semblerait être un frein à la projection de l'abord de la sexualité avec lui. En effet, pour les garçons comme pour les filles, la vision du MG est souvent celle d'un homme (44). Cette idée était retrouvée chez les jeunes filles de notre étude.

Concernant l'âge du MG, il ne semblait pas avoir d'importance pour les adolescents de notre étude, contrairement à la littérature où l'âge semble être un facteur important (15).

Concernant le sexe, dans notre étude, comme dans la littérature, il n'a pas d'importance pour les garçons mais semble en avoir pour les filles (9,15).

Pour conclure, Le MG devrait devenir lui même le référent. Il devrait dire aux adolescents qu'il est compétent pour parler de sexualité. C'est un sujet qui l'intéresserait non par curiosité mais pour mieux pouvoir le prendre en charge. Il devrait être capable de montrer qu'il est disponible pour lui. En effet, la consultation avec un adolescent est toujours une consultation compliquée et longue. Une étude rapporte que 30% des adolescents interviewés ont le sentiment de ne pas tout dire en consultation et se sentent ainsi frustrés (44). Nous avons alors envisagé une proposition de solution, l'idée d'une consultation systématique obligatoire (45).

2-3-2 Vers une consultation systématique

Le but de cette consultation serait d'ouvrir la discussion à la sexualité avec l'adolescent mais sans le brusquer. La discussion n'aurait pas forcément lieu au moment de la première approche mais pourrait se faire quand celui-ci serait prêt.

Nous avons alors réfléchi à ce à quoi pourrait ressembler cette consultation systématique de l'adolescent, dans l'idéal.

Elle pourrait se baser sur le schéma des consultations obligatoires de l'enfance, avec rédaction d'un certificat de santé dans le carnet. L'âge idéal rapporté par la majorité des jeunes de l'étude serait 13 ans. Il semblerait intéressant que les jeunes et les parents soient prévenus de l'existence de cette consultation. Pour aider le MG, il pourrait y avoir des affiches dans la salle d'attente qui ouvrent l'idée que, en effet, le MG parle de sexualité.

Concernant les modalités : il faudrait pouvoir prévoir une consultation longue, avec un médecin connu. Débuter la consultation avec l'adolescent seul. Puis poursuivre avec les parents, en ayant pris le temps de se mettre d'accord avec l'adolescent sur les sujets à aborder avec eux. Cette triangulation pourrait permettre d'ouvrir la discussion à la maison.

Peut-être qu'il serait utile de poser à nouveau les bases d'une consultation médicale à ce moment-là, en particulier concernant le secret médical et l'intérêt purement professionnel des questions du MG.

La discussion en elle-même pourrait aborder la sexualité mais aussi d'autres thèmes plus généraux.

Concernant la partie sexualité, nous suggérons que le MG se laisse guider par l'adolescent en oubliant les thèmes classiques utilisés pour aborder ce sujet en consultation (comme HPV ou la contraception). Le questionnaire HEADSS propose d'aborder le thème après des sujets généraux (45). Le MG pourrait débiter par des questions concernant les relations amoureuses de l'adolescent puis lui demander si il a déjà eu des relations sexuelles.

Enfin au vu des résultats de notre étude concernant les représentations des adolescents et les résultats de l'enquête sur la sexualité de Bajos et Bozon, il faudrait peut-être réfléchir à une manière de reposer les bases de l'égalité homme femme (23) ?

Concernant l'abord de thèmes plus généraux, des tests rapides de dépistage du mal-être sont déjà décrits dans la littérature et utilisés comme le **TSTS** ainsi que le **CAFARD** (*Annexe 11*) (13).

V. CONCLUSION

Malgré l'évolution de ces dernières années concernant l'ES chez les adolescents, il persiste des conduites à risques. Le MG étant un des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, il peut avoir une place dans l'abord de la sexualité, ce qui pour l'instant est rarement le cas.

Ainsi, nous avons cherché comment améliorer l'abord de la sexualité par le MG en consultation. Nous avons aussi exploré les représentations des adolescents concernant la sexualité ainsi que leur personnes référentes pour aborder ce sujet. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi dirigés, avec 19 adolescents âgés de 13 à 17 ans, en Midi-Pyrénées.

Dans notre étude, les adolescents ne considèrent pas le MG comme un interlocuteur pourtant il représente pour eux une source d'information fiable.

D'autre part, les représentations que se font les adolescents de la sexualité semblent véhiculer des préjugés. Ils concernent notamment les rôles respectifs des hommes et des femmes. Ces préjugés sont à l'origine de discriminations, retrouvées majoritairement chez les collégiens. Il ressort aussi que quelque soit l'âge une autre forme d'exclusion est liée au choix d'une sexualité différente telle que l'homosexualité.

Finalement il nous apparaît que c'est au MG de prendre les devants et d'instaurer une consultation dans un climat de confiance, neutre, dans le respect du secret médical et de l'adolescent. Celle ci pourrait permettre également d'ouvrir la discussion avec les parents.

Ainsi, nous proposons l'idée d'une consultation systématique, basée sur le schéma des consultations de l'enfance. Il serait intéressant de réaliser une étude prospective, pour évaluer et valider cette consultation.

Toulouse le 21/3/2017

Vu


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 22/03/2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



REFERENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet]. [consulté le 8 févr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. OMS | Développement des adolescents [Internet]. [consulté le 9 févr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
3. Potard C, Courtois R, Clarisse R, Floc'h NL, Thomine M, Réveillère C. Influence de la maturation pubertaire et de l'estime de soi corporelle sur la sexualité à l'adolescence. *L'encéphale*. 2015. N°12. p1-6
4. Jeammet P. Dynamique de l'adolescence. EMC - Pédopsychiatrie. 1994. 1-0
5. Lansac J. Une histoire de la contraception. 31ème Journées Nationales. CNGOF. Paris-la Défense. 2007.
6. République Française. LOI no 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
7. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2016. Vol .9 - N° 24. p1-15.
8. D'Arbaud BC. Sexualité de l'adolescent : l'écoute, l'information au téléphone et sur Internet. *Archives de pédiatrie*. juin 2010. Vol. 17 - N° 6. p928-929.
9. Pichon J. Faut-il aborder la sexualité avec les garçons de 15 à 18 ans en consultation de médecine générale? Le point de vue des jeunes [Med]. Nantes; 2016.
10. Jourdain B. Evaluation du niveau de connaissance de la physiologie de la reproduction chez les 14-20 ans: une étude observationnelle à Villefranche de Rouerge [Med]. Toulouse; 2013.
11. Novès V. Sexualité et contraception point de vue des adolescents. Etude qualitative auprès des collégiens et lycéens de la région Toulousaine [Med]. Toulouse; 2012.
12. Kanuga M, Rosenfeld WD. Adolescent sexuality and the internet: the good, the bad, and the URL. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. avr 2004. Vol 17 - N°2. p117-124.
13. Binder philipe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du Praticien. 2005. N°55. p1073-1077.
14. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistages individuels chez l'enfant de 7-18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. [Internet]. [Consulté le] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf. 2005.

15. Briant laure. Les médecins discutent ils de sexualité avec les adolescents ? [Med]. Toulouse; 2012.
16. Behaghel A. Sexualité et risques d infections sexuellement transmissibles : Le point de vue des Adolescents. Enquête auprès des adolescents de Seine Saint Denis et Paris. [Med]. Université Paris Descartes (PARIS 5); 2011.
17. Aubin et al. Introduction à la méthode qualitative. exercer 2008. 2008. N° 84.
18. Letrillart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « Acteur » à « Interdépendance ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009. Vol 20 - N°87. p74-79.
19. Letrillart L., Bourgeois I., Vega A., Cittée J., Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009. Vol 20 - N°88. p106-112.
20. Boislard M-AP., Poulin F. Limites des données autorapportées sur les comportements sexuels des adolescents. Sexologies. janv2015. Vol. 24 - N° 1. p25-28
21. Winaver D. Sexe et sentiments. Gynécologie Obstétrique Amp Fertil. avr 2002. Vol. 30 - N°4. p303-307.
22. Athéa N. La maturité sexuelle chez les adolescents. In: Parler de sexualité aux adolescents- Une éducation à la vie affective et sexuelle. Groupe Eyrolles. Ile-de-France. 2006. p27-41.
23. Bajos N., Bozon M. (dir.). Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La découverte. Paris. 2008.
24. Beck F., Guilbert P., Gautier A. Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé -. Seine Saint Denis. (INPES). nov2007.
25. Bajos N., Bozon M., Beltzer N. Sexualité, prévention et rapports sociaux de sexe au fil de la vie. Médecine Sci Hors Sér. mars 2008. Vol. 24 - N°2. p24-32.
26. Bécar F. Les représentations de l'autre sexe à l'adolescence. Dialogue. 26 août 2011. N°193. p75-87.
27. Lagrange H., Lhomond B. L'entrée dans la sexualité: le comportement des jeunes dans le contexte du SIDA. Paris: La Découverte. (Collection Recherches). 1997.
28. Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. La santé des collégiens en France 2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. Saint Maurice. Santé Publique France. 2016. p1-5.
29. Beltzer N. Les connaissances, attitudes, croyances et comportement face au sida, en île de France. Evolutions 1992-1994-1998-2001-2004. Ile-de-France: Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. nov 2005.
30. Narring F. Accueillir et prendre soins de l'adolescent homosexuel: des outils pour le praticien. Archives de pédiatrie. juin 2015 - Vol. 22 - N° 5S1. p126-127.

31. Teychenné M. Discrimination LGBT-phobes à l'école- état des lieux et recommandations. 2013 juin p1-82.
32. Maillochon F. Premières relations sexuelles et prises de risque. Agora Débats jeunesse. 16 févr 2012. N°60. p59-66.
33. Beck F., Firdion J-M., Legleye S., Schiltz M-A. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis des sciences sociales et Perspectives*. (Dossier Santé en Action). Nouvelle édition 2014 -. Saint Denis. Inpes. avr 2014. p1-140.
34. Fohet C., Borten-Krivine I. Les patientes homosexuelles en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2004. N° 32. p228-232.
35. Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire, Inpes. baromètre santé jeune-Pays de Loire 2005- Qualité de vie, santé mentale, violences et accidents chez les jeunes de 12-25 ans. Pays de la Loire. nov 2006. p1-24.
36. Tellier P-P. Conseiller l'adolescent homosexuel qui se présente au cabinet. *Médecin Québec*. avr 2007. Vol. 42 - N°4. p81-85.
37. Duquet F. Hypersexualisation sociale et les jeunes. *L'adolescence - Cerveau et Psycho*. oct 2013. N°15. p38-45.
38. Akers AY., Holland CL., Bost J. Interventions to Improve Parental Communication About Sex: A Systematic Review. *Pediatrics*. mars 2011. Vol. 127 - N°3. p494-510.
39. Goarzin M. Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirées : Enquête sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin généraliste [Med]. Université Paris 7 - Denis Diderot; 2008.
40. Bennia-Bourai S., Asselin I., Vallée M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). *Médecine*. 1 févr 2006. Vol. 2 - N°2. p84-89.
41. Salmon Y., Zdanowicz N. Net, sex and rock'n'roll! Les potentialités d'un outil comme Internet et son influence sur la sexualité des adolescents. *Sexologies*. mai 2007. Vol. 16 - N° 1. p43-52.
42. Santé Publique France. onsexprime [Internet]. [consulté le 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.onsexprime.fr/>
43. Hansen DL., Derry HA., Resnick PJ., Richardson CR. Adolescents Searching for Health Information on the Internet: An Observational Study. *J Med Internet Res*. 17 oct 2003. Vol. 5 - N°4.
44. Marly Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant. Pour une meilleure prise en charge des conduites à risques. [Med]. Université Paris 5 - René Descartes; 2004.
45. Inpes. Entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé - Entre-Nous-Brochure. Saint Denis. août 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : La lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

FORMULAIRE D'INFORMATION

A délivrer aux participants

L'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents.

Nous sommes deux chercheuses en sciences qui faisons une thèse concernant la relation entre le médecin généraliste et les adolescents, tout particulièrement sur le thème de la sexualité. L'important pour nous est d'avoir ton avis personnel sur la question.

La méthode que l'on utilise s'appelle méthode qualitative. Elle consiste à réaliser des entretiens anonymes d'environ 20 minutes où un enquêteur pose des questions ouvertes dans le but d'obtenir le ressenti individuel des personnes interviewées. Cette méthode nécessite de réaliser généralement entre 15 et 20 entretiens individuels.

Pour limiter les erreurs liées au recrutement nous avons choisi de demander aux élèves volontaires, âgés de 13 à 18 ans, vus par l'infirmière scolaire, de nous ramener l'accord écrit des parents pour que puisse se faire l'entretien dans un second temps.

L'entretien se déroule à l'infirmierie entre midi et deux. Tout ce qui est dit est anonyme. Tu es enregistré mais simplement pour les besoins de l'analyse, l'enregistrement est ensuite effacé. Tu peux nous demander d'interrompre l'enregistrement à n'importe quel moment.

Si tu es d'accord, peux tu ramener à l'infirmière scolaire :

- le consentement de tes parents signés
- cette feuille avec ta signature en bas

Annexe 2 : Consentement éclairé

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour,

"La santé est un état de complet bien être physique, mental et social, il ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Le maintien de la santé passe tout particulièrement par la prévention puisqu'elle consiste en l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies et d'accidents.

Dans notre pays la prévention est l'affaire du médecin généraliste grâce aux relations privilégiées qu'il entretient avec le patient, elle concerne tous les domaines de la santé notamment celui de la santé sexuelle.

Le but de cette recherche est de discuter avec les adolescents de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin généraliste et notamment de l'abord de la sexualité avec pour objectif l'amélioration de la pratique quotidienne en médecine générale.

Méthodologie : Etude qualitative, il s'agit de réaliser des entretiens entre un adolescent et une des deux chercheuses d'une durée d'environ 30 minutes. Nous enregistrons les entretiens pour ensuite les retranscrire et en sortir des informations pertinentes. Ces entretiens seront anonymes. Toutes ces données seront codées et traitées dans le plus strict respect du secret médical.

Il n'y a aucun risque de divulgation des informations que nous récupérerons lors des entretiens. Tous les résultats obtenus dans cette recherche resteront confidentiels en accord avec la loi du 1er juillet 1994 relative au traitement automatisé des données de santé.

L'accord parental est obligatoire car nous nous adressons exclusivement à des mineurs. Si vous le souhaitez nous pourrions vous exposer plus en détail la méthode et l'objectif de cette étude. En revanche au vu du secret médical le contenu de l'entretien ne pourra pas être divulgué aux parents.

Nous sommes à votre disposition pour vous apporter toute information complémentaire :

- Lucie FORTOUL et Julie ESCANDE : these2017@gmail.com

Je soussigné Mme/Mr accepte que mon fils/ma fille participe à cette étude.

Je soussigné Mme/Mr accepte de participer à cette étude.

Date

Fait à

Signature

TALON SOCIOLOGIQUE

Prénom :

Sexe :

Age :

Classe :

Profession du père :

Profession de la mère :

Pays d'origine de ta famille :

Frère et sœurs et âge :

Où vis tu :

Maladie particulière, souci de santé :

As tu déjà eu des cours sur la sexualité, si oui combien :

Médecin de famille :

- Homme ou femme ?
- Âge ?
- Est il loin de chez toi ?
- Comment y vas tu ? Y vas tu souvent ?
- Es tu à l'aise avec lui ?
- Te suit-il depuis que tu es enfant ?

GUIDE D'ENTRETIEN PREMIER

1. Le médecin généraliste

- a. Quelles relations entretiens tu avec lui ? (*Quel est le rôle du MG pour toi ? Que représente-t-il ?*)
- b. Peux tu me décrire comment se passe la consultation avec ton médecin généraliste à partir du moment où tu rentres dans le bureau ? (*seul ? avec les parents ? examen clinique ?*)

Es ce que ton MG t'a déjà parlé de sexualité ?

2. La sexualité

- a. Qu'est ce que ça représente pour toi la sexualité (*Quels sont les mots qui te viennent à l'esprit quand on dit sexualité ? On dit souvent que c'est un tabou, qu'en penses-tu ?*)
- b. Quand tu as des questions comment vas tu trouver des informations ? Où vas tu chercher ces informations?

Tout à l'heure je t'ai demandé si tu avais déjà discuté de sexualité avec ton MG et tu m'avais répondu :

- a. Si oui, comment t'en a t il parlé ? Au cours d'une consultation pour quel motif ? De quoi as-tu parlé ? Comment as tu vécu cette discussion ?
- b. Si non,
 - i. Comment voudrais tu qu'il en parle ?
 - ii. Comment vivrais-tu ce genre de discussion ?
 - iii. Quels sont les thèmes que tu voudrais qui soient abordés ?
 1. Pour nous : IST, VIH, contraception, homosexualité, pratiques sexuelles, normalité, contraintes, caresses, désir, tendresse, plaisir, anatomie, pornographie, internet et médias.
 2. Si l'adolescent ne parle que d'IST, VIH, contraception, IVG amener la conversation vers le reste : On a réfléchi à d'autres thèmes qui pourraient être abordés par le médecin

comme les pratiques sexuelles, l'identité sexuelle, les notions de plaisir, de désir et de consentement, comment penses-tu que le médecin pourrait te parler de ça en consultation ?

3. Amélioration des pratiques

- a. Si toi tu devais aborder la sexualité avec un « adolescent » comment tu t'y prendrais ?
- b. A ton avis, qu'est-ce qui empêche les discussions de sexualité avec le MG

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

1. Le médecin généraliste

- a. Quelles relations entretiens tu avec lui ? (*Quel est le rôle du MG pour toi ? Que représente-t-il ?*)
- b. Ça représente quoi pour toi la santé ?
- c. Qu'est ce que c'est pour toi être en bonne santé ?
- d. De quoi discutes tu avec ton médecin généraliste ? (*Quels sont les sujets que vous abordez ?*)
- e. As tu déjà discuté de sexualité avec lui ?

2. La sexualité

- a. Qu'est ce que ça représente pour toi la sexualité (*Quels sont les mots qui te viennent à l'esprit quand on dit sexualité ? On dit souvent que c'est un tabou, qu'en penses-tu ?*)
- b. Quand tu as des questions comment vas tu trouver des informations ?
Où vas tu chercher ces informations ?
- c. Est ce que tu ressens le besoin d'en parler ?
- d. J'ai lu sur internet que les ado parlent peu de sexualité avec leur médecin généraliste, qu'en penses tu ?

3. Amélioration des pratiques

Tout à l'heure je t'ai demandé si tu avais déjà discuté de sexualité avec ton MG et tu m'avais répondu :

- a. Si oui, comment t'en a t il parlé ? Comment as tu vécu cette discussion ?
- b. Si non,
 - i. Qu'est ce que tu penses de cette discussion ? (*Quels sont les*

thèmes que tu voudrais qui soient abordés ?)

- ii.** Vous (les adolescents) êtes très informés concernant la sexualité avec les cours au collège et au lycée, pourtant on trouve plein de questions sur les forums des sites dont on a parlé auparavant, pourquoi d'après toi ? *(Qu'est ce qui fait d'après toi que c'est plus facile d'en parler sur ces sites qu'à un MG ?)*
- c.** Si toi tu étais médecin et que tu devais aborder la sexualité avec un « adolescent » comment tu t'y prendrais ?
- d.** Et en général, comment penses-tu qu'on puisse faire une ES plus adaptée à vos attentes ?

Annexe 6 : Accord de la commission d'éthique

ACCORD DE LA COMMISSION D'ÉTHIQUE

 <p>Département Universitaire Médecine Généraliste</p> <p>Faculté de Médecine de Toulouse 115 av. de Neauphane 31062 Toulouse Cedex Université Paul Sabatier Toulouse III</p>	<p>Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées</p> <p>Secrétariat : <i>Dr Motoko DELAHAYE</i> 30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr</p>
--	--

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

**AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE
GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES**

<p><u>Renseignements concernant les demandeurs :</u></p> <p>Nom Escande julie Qualité, médecin généraliste Adresse : 16 Impasse du Beaujolais, 31300 Toulouse Courriel : julie.escande10@gmail.Com Numéro de téléphone : 06.33.20.90.78</p> <p>Et</p> <p>Nom : Fortoul Lucie Qualité, médecin généraliste Adresse, 2 quai Lucien Lombard, 31000 Toulouse Courriel : lucie.fortoul@gmail.com Numéro de téléphone : 06.83.12.97.34</p> <p><u>Renseignements concernant le promoteur :</u></p> <p>Directrice de thèse : Dr Leila LATROUS</p>

<p><u>Titre complet de la recherche :</u> L'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine général point de vue des adolescents., thèse qualitative "</p>
--

AVIS FAVORABLE LE 26 OCTOBRE 2016



Dr Motoko Delahaye

EXEMPLE DU CONTEXTE D'ÉNONCIATION

ENTRETIEN L2F15

Participant

M...15 ans, en troisième au collège de Villeneuve Tolosane,

Ses parents ne travaillent pas

Le papa est algérien et la maman française, ils vivent ensemble.

Elle a 3 frères, 2 jumeaux qui ont 8 ans et un petit qui a 2 ans, elle vit à Cugnaux.

Elle a un MG qui la suit depuis petite, MG masculin, et y va seule parfois, c'est juste à côté de chez elle, elle peut y aller à pied. Elle n'a pas d'antécédent. Elle a eu un cours d'ES en troisième.

Contexte

L'entretien se passe dans la salle du foyer du collège de Villeneuve Tolosane. M... n'a pas l'air gênée ni stressée. Elle se tient très droite la première partie de l'entretien puis se relâche au fur et à mesure de la discussion. Elle semble de plus en plus à l'aise. L'entretien se passe entre midi et deux, il est 13h, les autres sont en récréation, je les vois de mon côté elle est face au mur, et les entend seulement.

Points clés

Idées déjà évoquées :

- Si la discussion avec le MG concernant la sexualité s'engageait, elle pourrait répondre aux questions, même si cette discussion est synonyme de gêne.
- La sexualité est taboue selon la personne avec qui on en parle.
- Les parents ne sont pas référents dans cette discussion.
- La relation avec son MG est bonne car ancienne et car le MG est apprécié en temps que personne.

Nouvelles idées:

- La relation avec le MG est bonne car ils discutent avec l'abord de thèmes non médicaux comme la famille et les cours, car il est le médecin de famille.
- Si elle discutait de sexualité avec le MG, elle n'aborderait pas spontanément le sujet, le thème à aborder serait la vision globale de la sexualité, sans questions personnelles.
- La consultation pourrait être systématique vers 13 ans.

- La sexualité n'est pas un sujet tabou selon comment on en parle.
- Elle pourrait parler de sexualité avec un gynécologue.
- La discussion sur la sexualité a eu lieu en cours de SVT, mais plutôt pour rigoler. sans vraies questions. Ces cours semblaient inutiles car sans nouvelles informations.

Pour la suite

- Il faudrait interroger des garçons
- Il faudrait interroger des plus âgés
- Il faudrait interroger des lycéens

EXEMPLE D'ENTRETIEN

J : Oui pour toi c'est vraiment un passage ?

E : Oui

J : C'est ça ?

E : Oui

J : D'accord. Et quand je te dis sexualité est ce que y a des mots, des choses comme ça qui te viennent à la tête ?

E : Je ne sais pas la confiance, la confiance envers l'autre et voilà (rires). Voilà...

J : C'est surtout la confiance

E : Mouais...

J : D'accord. Tout à l'heure tu me disais euh qu'il fallait être prêt. Qu'est ce que ça veut dire pour toi être prêt ?

E : Se sentir prêt à se dévoiler face à quelqu'un hum peut être... si peut être un peu avoir peur mais oui à être prêt à se dévoiler auprès de quelqu'un, à se laisser à quelqu'un pour euh ... je sais pas ça va être bizarre mais pour se partager entre guillemets. (blanc) Hum je pense que c'est important...

J : Mouais. Tu peux me l'expliquer un peu cette notion de partager ? Ce que t'entends par la ?

E : Je sais pas la sexualité, on partage nos corps un peu enfin on laisse quelqu'un te toucher, te faire des choses, (voix qui monte), ouais c'est ça, c'est c'est important.

J : D'accord. Et on dit souvent que c'est tabou la sexualité, qu'est ce que t'en penses toi de ça ?

E : Hum honnêtement je sais pas (rires) c'est pas une chose sur laquelle je discute vraiment donc je me suis jamais vraiment posé la question en fait mais pour moi c'est naturel quelqu'un qui a envie d'avoir un rapport sexuel il peut si l'autre est d'accord, c'est naturel pour moi.

J : D'accord. Ok et quand est ce que t'as des questions par exemple, si jamais un jour t'en auras où est ce que tu penses que tu vas aller trouver les informations par rapport à ça ?

E : Je pense auprès de ma sœur ... celle de 19 ans ... c'est une personne avec qui je parle beaucoup, on se voit beaucoup moins parce que depuis que j'ai déménagé elle est restée dans l'ancienne région donc on se voit moins et ça nous a un peu rapprochées il y a toujours un moment on est toutes les deux, on va parler, discuter de ce que je fais, de ce que j'ai envie en ce moment, elle comment ça se passe etc...

donc je pense que ça serait plutôt vers ma sœur.

J : D'accord. Et c'est déjà arrivé ...ou...

E : Euh ça nous est arrivé de parler un peu ouais, elle m'a parlé un peu de son expérience, elle m'a demandé moi si c'est quelque chose qui m'attirait ou quoi, je lui ai répondu, on a parlé 5/ 10 minutes de ça a peu près ... c'est tout.

J : D'accord, donc avec ta sœur ...Euh parce que c'est quelqu'un avec qui tu te sens en confiance ?

E : Oui on a toujours été proches, un peu euh liées oui obligées, mais un peu comment dire ... complices par certains moments, certains sujets, oui on arrive à avoir une belle complicité pour parler, pour plein de choses.

THEMES	SOUS THEMES	L	J	CATEGORIES	CODES	VERBATIMS
Discussion sexualité ^[L] avec le MG	Thèmes déjà abordés			Puberté	Cycle Menstruel	elle m'avait parlé un petit peu des cycles menstruels évidemment quand je lui avais dit ^[SEP] que c'était arrivé mais sinon rien d'autre. L101
				Prévention	Contraception	Si peut être la contraception, ça c'est une chose pour le coup c'est vraiment quelqu'un de bien placé je pense pour conseiller même si enfin je connais un petit peu, mais euh je pense la contraception oui la c'est quelque chose à laquelle je pourrais parler à mon médecin .L 203-206
					Vaccin HPV	"Euuuh dees maladies, mais on a déjà parlé des ... des ...vaccins euh pour les cancers et. Enfin, pour les euh, les euh le cancer duuuu, du...truc là qui.. qui euh touche ^[L] les jeunes enfants à 14 ans un truc comme ca." L 103
					Question MG : type de préservatif	

Annexe 10 : Résumé des caractéristiques des participants

	<u>Age</u>	<u>Sexe</u>	<u>Classe</u>	<u>Couple parental</u>	<u>Ordre fratrie</u>	<u>Métier</u>	<u>Nationalité</u>	<u>Lieu</u>	<u>Médecin Traitant : sexe, âge, ancienneté suivi/ ancien MG</u>	<u>Cs seul</u>	<u>Cours ES</u>	<u>ATCD</u>
J1	F	13	4ème	oui	Dernière	Buralistes	Français	SR	F, 35 ans, 1 an/F depuis age 2 ans	non	4ème	Retard croissance
L1	F	15	3ème	oui	Dernière	Ingénieur/ Chef projet	Brésilienne (mère)	SR	F, 35 ans, > 10 ans	non	non
J2	F	15	3ème	non	Aînée	Famille d'accueil	Français	SR	H, 35 ans, 4 ans	non	4ème	Non
L2	F	15	3ème	oui	Aînée	Chômage	Algérien (père)	SR	H, 60 ans, >10 ans	oui	3ème	Non
J3	F	14	4ème	oui	Dernière	Chef projet/ Commercial	Français	SR	H, 30 ans, 4 ans	non	3/4ème	Diabète
L4	M	14	4ème	Oui	Aîné	Ecrivain/ Commerçante	Français	U	F, 50 ans, un an et demi	non	4ème	Non
J4	M	14	3ème	oui	Aîné	Ingénieur/ Professeur	Français	R	H, 50 ans, >10 ans	oui	4ème	Asthme
L5	F	13	5ème	non	Milieu	Fonction Publique	Hollandais (père)	U	H, 50ans, 5 ans	oui	non	Asthme
J5	F	14	3ème	oui	Dernière	Fonction Publique/ Nail artiste	Français	R	F, variable, 1 an/H, 40-50 ans,5 ans	non	4ème	non
L6	M	17	1ère STMG	oui	Dernier	Commerçant/ Aide soignante	Marocain (père)	SR	H, 55 ans, > 10 ans	oui	3ème	non
J6	M	17	Tle ES	non	Jumelle	Professeur/ Gérant Société	Français	U	F, 65 ans, 2 ans F, 50 ans, >10 ans	oui	4/3/2nd 1ère	Asthme Tachycardie
L7	M	16	1ES	non	Unique	Ingénieur/ Gestionnaire	Français	U	H, 50 ans, > 10 ans	oui	4/3ème	non
J7	M	15	2nd	non	Aîné	Infirmiers	Français	U	F, 1an, 40/F, pédiatre, 60 ans, >10ans	oui	3ème	non
L8	M	17	2nd	oui	Aîné	Forains	Français	R	F, 50 ans, >10 ans	non	non	non
J8	F	14	2nd	oui	Aînée	Pharmacienne/ Responsable d'agence	Français	SR	F, 40 ans, 5 ans	non	3ème	Asthme
L9	F	17	Tle	oui	Milieu	Infirmière/Gendarme	Tunisien/Allemand	R	H, 40-50ans, 5 ans	oui	4 ^{ème} et 1 ^o	Puberté Précoce
J9	F	16	1èreST MG	Non	Milieu	Ambulancier/ Chef chantier	Français	U	H, 40ans,3ans /H,40, >10/+ gynéco, 3 ans	oui	4ème	Asthme
L10	M	17	Tle	Oui	Dernier	Commerçant/ Fonctionnaire	Français	U	H, 40 ans, >10 ans	oui	5è:1/an	non
L11	F	16	1ère SESS	Non	Milieu	Chauffeur routier/ Femme au foyer	Français	R	F, 40 ans, 7ans	non	2 nd , 3 ^o , 4 ^o	Asthme

Légendes : ATCD = Antécédents; Cs = Consultation; F = Féminin; M = Masculin; R = Rural; SR = Semi Rural, U = Urbain; 1ère STMG = Sciences et Technologie du Management et de la Gestion , 1ère SESS = Science de l' Education et Sciences Sociales , 1ère ES = Economique et Social

LE TSTS ET LE CAFARD

1. TSTS

- **T**raumatologie (as-tu déjà eu des blessures mêmes bénignes ?),
- **S**ommeil (as-tu des difficultés à dormir le soir ?),
- **T**abac (as-tu déjà fumé ?),
- **S**tress n'(es-tu stressé pas ta vie scolaire ou familiale?) Une réponse positive à ce test doit alors entraîner un autre test de dépistage nommé le **CAFARD**

2. CAFARD

- sommeil : fais tu des **CA**uchemars ?
- traumatologie : as-tu été victime d'une **a**gression ?
- tabac : es-tu un **F**umeur quotidien ?
- stress scolaire : es-tu souvent **A**bsent
- ou familial : **R**essenti **D**ésagréable familial ? (dirais –tu que ta vie de famille est désagréable ?)

Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents.

Introduction : Malgré l'évolution de ces dernières années concernant l'approche de l'ES chez les adolescents, il persiste des conduites à risques. Le MG étant un des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, nous pensons qu'il peut avoir une place dans l'abord de la sexualité, ce qui pour l'instant est rarement le cas.

Objectifs : identifier les améliorations possibles de la consultation de sexualité entre le MG et l'adolescent. Explorer les représentations de la sexualité des adolescents et les personnes référentes pour les aborder.

Méthode : Etude qualitative réalisée par 19 entretiens semi dirigés auprès d'adolescents âgés de 13 à 17 ans en Midi-Pyrénées.

Résultats : Le médecin généraliste est une personne fiable auquel les adolescents ne pensent pas pour aborder la sexualité. Les adolescents proposent que le médecin généraliste prenne les devants et instaure une consultation dans un climat de confiance, neutre, dans le respect du secret médical et de l'adolescent. Celle ci pourrait permettre également d'ouvrir la discussion avec les parents. Concernant leurs représentations de la sexualité, les adolescents sont marqués par des préjugés tenaces sur le rôle de chaque sexe.

Conclusion : Une consultation systématique abordant notamment la sexualité pourrait être proposée au cours de l'adolescence.

Mots-clés : adolescents-médecin généraliste- sexualité-étude qualitative

How to improve the sexual awareness of adolescents by way of the general practitioner : the adolescent point of view.

Introduction: Despite progress in recent years with regards to sexual health education for adolescents, tendency towards at-risk behaviors remain persistent among youth. Being one of the primary actors in health education and prevention, the General Practitioner should have in our view a central role in fomenting discussion around sexuality. Currently this is rarely the case.

Objectives: Identify possible improvements in sexual health consultations between GPs and adolescents. Explore and delineate adolescent understanding of sexual health and the people in positions of authority with whom they can communicate.

Methodology: A qualitative study consisting of 19 semi-directive interviews with adolescent participants from 13 to 18 years old in the Midi-Pyrenees region of France.

Results : While the general practitioner is a reliable source of sexual health information, adolescents remain unaware of this potential resource available to them. Adolescents think that general practitioners should take the first step in addressing the subject within a climate of confidence and neutrality, respecting in turn medical neutrality and adolescents themselves. Such an approach could eventually lead to contact and open discussion with parents. With regards to adolescent conceptions of sexuality, adolescents continue to hold strong prejudices around gender roles.

Conclusion: A dedicated consultation with adolescents speaking about sexuality could be a great interest .

Keywords : adolescents-general practitioner-sexuality qualitative research

Discipline administrative : médecine générale

Université Toulouse III-Faculté de médecine de Rangueil, 13 Route de Narbonne- 31062
Toulouse Cedex 04- France

Directrice de thèse : Dr Leïla LATROUS