

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE SANTÉ

Année 2023

2023 TOU3 1072

2023 TOU3 1073

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Alexandre BASTIANELLI et Jean PRIN-GUÉNON

Le 19 juin 2023

« Explorer et comprendre les modalités d'apprentissage de l'adolescent en santé sexuelle. »

Une étude qualitative dans l'ancienne région Midi-Pyrénées

Directrice de thèse : Dr Sandra COSTE

Jury :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Présidente

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseure

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

Madame le Docteur Sandra COSTE

Assesseure



FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LAUREN Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARRUTZ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARBACH Laurence
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHORE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOWICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
 Professeur BOUTAULT Franck
 Professeur CARON Philippe
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur GRAND Alain
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MARCHOU Bruno
 Professeur PERRET Bertrand
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur RIVIERE Daniel
 Professeur ROUGE Daniel

Département Médecine Maternelle et Néonatale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	M. MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHALFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHALFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie

Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves M. BOYER Pierre M. CHICOLAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jili	Hématologie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUAUD Sandra
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme COMBET Anne	Cancérologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maleutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annalise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etenne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSINO Sophie	Biologie Cellulaire	Mme MASSIE Catherine	Bactériologie-virologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSANG Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTT Pierre	Biologie Cellulaire	M. VERGNEZ Emmanuelle	Médecine interne
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Lella
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS :

A notre directrice de thèse, le Docteur Sandra COSTE

Merci pour ta guidance et ta bienveillance tout au long de notre travail. Cela a été long et semé d'embûches mais nous y sommes arrivés, et c'est aussi grâce à toi.

Au Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury et d'avoir été un professeur passionnant lors de notre cursus.

Au Docteur Bruno CHICOULAA

Merci d'avoir accepté de juger notre travail de thèse et de participer à ce jury. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Au Docteur Odile BOURGEOIS

Merci d'avoir accepté de juger notre travail de thèse et de participer à ce jury. Nous vous en sommes très reconnaissants.

A tous nos maîtres de stages, qui nous ont accompagnés au cours de nos différents semestres.

Aux établissements, qui nous ont ouvert leurs portes.

Aux infirmières scolaires, car sans vous nous n'aurions pas pu réaliser notre travail.

A tous les adolescents, qui ont accepté de répondre à nos questions, sur un sujet aussi sensible et tabou que la sexualité. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Remerciements de Jean :

A ma mère : difficile de trouver les mots pour te remercier maman tant tu as fait de choses pour moi, donc merci pour tout et essaye de penser à toi.

A mon père : de la même façon merci beaucoup papa, tu m'as aussi beaucoup apporté, essaye de plus profiter de la vie.

A mon frère, et à ma sœur : je suis devenu ce que je suis en partie grâce à vous, je suis content d'avoir grandi à vos côtés et vous souhaite que du bonheur.

A mes grands-parents : Merci de m'avoir accompagné et guidé avec patience et bienveillance tout au long de ma jeunesse.

A mon compère de thèse : on a débuté ce cursus ensemble et on le finira ensemble, ne change rien, surtout pas ton style émo.

A mes amis d'externat : À Léo et Momo, deux grands amis, l'un inventeur du gel fixation extrême naturel et l'autre en communion avec la nature et la musique. A Théo et Thibaut qui veulent me tuer en rando, l'un étant un personnage grossier et l'autre ayant un penchant masochiste. Je pourrais continuer ainsi pour tous les autres (Fabi, Jo, Célia, Popo, Aka, Sylvie, Louis, Mathilde, Paul, Laure, Léa, Lucille, Mehdi, Guigui, Mac) mais ça ferait plus de pages que la thèse en soi et ce n'est pas le but même si ça serait marrant. Bref merci à tous.

A mes amis tarbais : Manon et Nadia, ayant un penchant particulier pour les péchés dont la paresse, je compte sur vous pour continuer à me traîner partout ! Elise je veux te voir tituber ce soir, Lulu je te charge de t'occuper d'Elise, Daph sur le dancefloor avec Sean, Auréliane tu ne toucheras pas la musique.

A mes amis albigeois : Cerise et Céline, quel grand plaisir de vous compter parmi mes amis, la première étant ici le second personnage grossier présenté dans les remerciements, la deuxième contrôlant le démon de la première avec empathie et courage. Clément, idem, notre tandem a mis le feu à l'internat qui se souviendra de nous.

A François mon co interne et joueur de babyfoot, Etienne qui supporte Celia cité plus haut. Et tous les autres qui ont rendu ce semestre palpitant.

A Yann : Ami de longue date qui mène avec moi une lutte acharnée pour savoir qui sortira du célibat en premier, à voir qui gagnera ! A Guigui et Marianne que j'espère revoir rapidement.

Remerciements d'Alexandre

Merci à mes parents, pour tout, tout simplement. Je suis comme je suis en partie grâce à vous et je fais ce métier que j'aime grâce à vous. Je suis reconnaissant et je suis heureux de vous avoir à mes côtés. Je vous aime.

Merci à mes frères et sœurs, Jeanne, Émilie, Rémi, Guillaume, je vous aime.

Et merci au reste de ma famille.

Merci Aline, de m'avoir soutenu et de me supporter. Je ne sais pas comment je ferai sans toi. Tu es une personne merveilleuse et j'espère de tout cœur que notre vie ensemble ne fait que commencer. Je t'aime.

Merci à ma belle-famille pour votre accueil, votre générosité et votre gentillesse.

Alexis bb, merci, toutes ces après-midis et soirées à tes côtés sont un vrai bonheur. La vie est longue, toi et moi c'est pas fini.

Mathieu, merci, et même si on se voit moins, ta place est dans mon cœur. Toi et moi non plus, c'est pas fini.

Jo', merci pour ces années de coloc, c'était parmi mes meilleurs moments de vie, de rire avec toi. Remember Marty et son stabilo, que de rigolades au lycée et après. T'es pas venu à jeun j'espère.

Merci à mes copains du lycée, Antoine, Alexandre, Axel, Benoit, Vincent et Jeff (même si on se voit plus), Arno (même si on s'est connus après). Mes bros depuis toujours j'ai l'impression et pour toujours, je l'espère.

Pizz, Maë et Marine, j'vous aime fort. Pénélope, au plaisir de faire plus ample connaissance avec toi.

Nelson et Andy, je ne vous oublie pas.

Merci à mes copains de la fac, tant de moments incroyables avec vous. Titi grand fada (manade et saut en parachute à 1m du sol), Loulou mon coloc, Léo ma croix, Théo, Alex, Mehdi. Ces années à vos côtés ont été tellement fun. Les post-partiels, les chèvres, les fous rires. Je veux m'en souvenir le plus longtemps possible.

Merci Étienne et Aymeric, vous êtes supers, ne changez rien. Longue vie au Feodum.

Merci Fabio et Léo, content de vous connaître mes nonnes. On s'est bien marrés.

Merci les copines de la fac, Mathilde, Laure, Célia, MAC, Lulu, vous êtes de bonnes personnes et je suis content d'avoir partagé tous ces moments avec vous.

Zoé, je te souhaite tout le bonheur du monde.

Merci à la team Castres (2.0) pour ce semestre et surtout merci Estelle, la best co-interne. On s'est bien trouvés tous les deux.

Merci aux copains de la fal' et du crit, de la promo, à Rouz pour ces after-work, à toi Kévin pour nos aventures de fous, PG j'ai un immense respect pour toi, Gab, Marjo, Éd, George, Leonard et les autres que j'oublie.

Enfin, merci à la team PACES, Debby, JPG et Paul, on s'est régalez.

Et surtout merci à toi Jean, le meilleur pour la fin comme on dit. On a commencé ensemble et on finit ensemble. De la P1 à aujourd'hui, que de folies. J'espère qu'on en vivra d'autres. Ne change rien (surtout pas tes blagues).

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CEESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté

CIM : Classification internationale des maladies

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPEF: Centre de planification et d'éducation familiale

EAS : Éducation à la sexualité

HCE : Haut Conseil à l'Égalité

HPV : Papillomavirus humain

IFOP : Institut français d'opinion publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PreP : Prophylaxie pré-exposition

RIPH : Recherche impliquant la recherche humaine

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

TPE : Traitement post-exposition

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	4
II. MATERIELS ET METHODE	6
2.1 Phase exploratoire, recherche bibliographique	6
2.2 Choix de la méthode	6
2.3 Population étudiée	7
2.3.1 Population cible	7
2.3.2 Recrutement	7
2.4 Rôle des chercheurs	7
2.5 Guide d'entretien	8
2.6 Recueil des données	8
2.6.1 Conditions de recueil	8
2.6.2 Informations données aux participants	8
2.6.3 Enregistrement et retranscription	8
2.6.4 Anonymisation	8
2.7 Analyse des données	9
2.7.1 Analyse thématique	9
2.7.2 Triangulation des chercheurs et des données	9
2.8 Éthique	9
2.8.1 Consentement	9
2.8.2 Comité d'éthique	9
2.9 Rédaction	10
III. RÉSULTATS	11
3.1 Entretiens	11
3.2 Population de l'étude	11
3.3 Le VIH, la partie visible de la santé sexuelle	11
3.3.1 Représentations de la santé sexuelle	11
3.3.2 Ressenti du niveau de connaissance	12
	12

3.3.3 VIH omniprésent	13
3.4 Le tabou, un frein remédiable à l'apprentissage des connaissances en santé sexuelle	13
3.4.1 Le ou les tabou(s)	13
3.4.2 Les causes du tabou	14
3.4.3 Les conséquences du tabou	15
3.4.4 Les solutions	15
3.5 L'information : une multitude de sources avec un fragile équilibre entre validité et immédiateté	16
3.5.1 La communication dans l'intimité	16
3.5.2 La transmission intergénérationnelle	17
3.5.3 De la pratique à la recherche théorique	18
3.5.4 Des connaissances façonnées par l'actualité	18
3.5.5 Ressenti de la validité de l'information	19
3.6 L'accompagnement parental, un parcours semé d'embuche vers l'autonomie	20
3.6.1 L'éducation parentale une base fondamentale de connaissance	20
3.6.2 Une asymétrie dans l'éducation parentale	20
3.6.3 Les difficultés de l'éducation parentale	21
3.7 Le rôle du médecin généraliste : une place à prendre	21
3.7.1 Des avis variés concernant une consultation dédiée	21
3.7.2 Les caractéristiques de la consultation souhaitée	22
3.7.3 La relation de confiance avec le médecin traitant	22
3.8 L'évolution plébiscitée des modalités de transmission des connaissances en santé sexuelle	23
3.8.1 Désir de changement	23
3.8.2 L'apprentissage doit être progressif : adapté en fonction de l'âge et du thème abordé	24
IV. DISCUSSION	26
4.1 Résultats principaux	26
4.2 Forces et limites de l'étude	27
4.3 Confrontation des résultats aux données de la littérature :	28
	13

4.3.1 L'influence des normes dans la représentation de la santé sexuelle	28
4.3.2 Une éducation centrée sur les risques avec le VIH comme point phare.	28
4.3.3 Un ressenti paradoxal	28
4.3.4 L'éducation parentale	29
4.3.5 Transmission de l'information façonnée par l'avancé technologique	31
4.3.6 Les pairs, une ressource qui traverse le temps	31
4.3.7 La société actuelle et son évolution du point de vue des orientations	32
4.3.8 Place du médecin généraliste	32
4.3.9 Améliorations	47
V. CONCLUSION	37
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	43
ANNEXE 1 : Guide d'entretien initial	43
ANNEXE 2 : Guide d'entretien final	45
ANNEXE 3 : Extrait d'un entretien intégral	47
ANNEXE 4 : Formulaire d'information et de consentement	48
ANNEXE 5 : Grille COREQ	50
ANNEXE 6 : Tableau démographique de l'échantillon	68

I.INTRODUCTION

L'éducation sexuelle est un outil qui permet l'amélioration de la santé sexuelle. Une revue de 83 études qui mesurent l'impact de l'éducation sexuelle et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) pour les jeunes personnes dans le monde a révélé que les programmes sont efficaces en ce qui concerne la réduction des comportements sexuels à risque et dans l'augmentation de l'emploi des préservatifs pendant les rapports sexuels (1).

En 2006, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité, ce n'est pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits Humains et droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés ».

Pour être en bonne santé sexuelle, l'OMS met en avant un environnement qui affirme et promeut la santé sexuelle ainsi qu'un accès à des informations complètes et de qualité sur la sexualité (2).

L'adolescence, qui marque la transition entre l'enfance et l'âge adulte, est une période charnière dans l'apprentissage de la santé sexuelle. Elle se situe entre 10 et 19 ans selon l'OMS (3). L'âge médian du premier rapport sexuel en France en 2016 reste stable à 17.0 ans pour les garçons et 17.6 ans chez les filles (4).

En France, l'éducation à la sexualité (EAS) est une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui est fondée sur l'égalité des sexes et des sexualités, adaptée à l'âge, basée sur des informations scientifiques, sans jugement de valeur. L'EAS vise à doter les jeunes des connaissances, compétences et savoirs-être dont ils ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie (5).

Sur le plan national, l'EAS commence à la fin des années soixante, principalement axée sur les infections sexuellement transmissibles (IST). Elle se diversifie à partir des années 2000 avec la protection de l'enfance, l'égalité des sexes, le consentement et les violences. En 2001, trois séances annuelles sur l'EAS sont obligatoires à partir du collège (5). De nos jours, le gouvernement veut investir le champ de la santé sexuelle et reproductive sous un angle global et positif (6).

En pratique, l'EAS dans le milieu scolaire est complexe. Les axes des cours sont décidés par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), présidé par le chef d'établissement qui peut donc décider des cours ou interventions externes (7). Elle est souvent non réalisée et, si réalisée, elle est principalement orientée sur la biologie, la reproduction, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la contraception et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (8).

Cependant l'EAS n'est pas uniquement scolaire mais multiple. Nous retrouvons une étude quantitative de 2009 rapportant qu'aux États-Unis les sources principales des connaissances en santé sexuelle de 459 jeunes participants sont : les amis, les professeurs, les mères et les médias (9). Une autre étude quantitative de 1998 montre qu'au Danemark 44 % des 168 adolescents interrogés considéraient leur médecin généraliste comme interlocuteur privilégié (10).

Les sources d'informations et les modalités d'apprentissages en santé sexuelle chez l'adolescent en France sont peu étudiées.

L'objectif principal de ce travail était d'explorer et comprendre les modalités avec lesquelles l'adolescent en terminale de l'ancienne région Midi-Pyrénées acquiert ses connaissances en santé sexuelle.

II. MATERIELS ET METHODE

2.1 Phase exploratoire, recherche bibliographique

Un travail bibliographique préalable avait permis l'élaboration de notre travail de recherche et sa justification.

Les mots-clés « adolescents » et « sexualité » ont été associés aux termes « prévention », « informations », « connaissances », « éducation sexuelle », « IST », « IVG » pour la recherche documentaire.

Les bases de données suivantes ont été exploitées : le Système Universitaire de Documentation, Elsevier Masson Consulte, Cochrane Library, PubMed, Google Scholar, la Banque de Données en Santé Publique, la Haute Autorité de Santé, l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé (INPES), Santé Publique France et l'OMS. Google a été le moteur de recherche utilisé. Les articles ont été sélectionnés selon leur pertinence, leur niveau de preuve et leur date de parution.

Suite à cette recherche, la question concernant l'exploration et la compréhension des modalités d'apprentissage des connaissances en santé sexuelle de l'adolescent en terminale nous paraissait pertinente.

2.2 Choix de la méthode

Nous avons décidé de choisir la méthode qualitative car cela nous a semblé être la meilleure approche pour répondre à la question de recherche qui était exploratoire.

Le caractère qualitatif de la thèse nous a permis d'explorer le phénomène d'apprentissage du sujet choisi en faisant du sens. Les méthodes qualitatives ne cherchent pas à mesurer ou à quantifier mais à observer et décrire. Elles créent des données qui ne sont pas des données chiffrées mais des données complexes, multiples et descriptives (11).

Au vu de la thématique de la sexualité, les entretiens individuels semi-dirigés nous paraissaient pertinents pour étudier et comprendre les différentes modalités d'apprentissage en respectant l'intimité du participant (12).

2.3 Population étudiée

2.3.1 Population cible

La population cible était les lycéens en terminale dans l'ancienne région Midi-Pyrénées.

2.3.2 Recrutement

L'annuaire de l'éducation nationale a permis d'identifier les coordonnées des secrétariats et des proviseurs des lycées cibles (13). Les lycées ont été sollicités par courriel à deux reprises avec relance téléphonique.

Après accord du proviseur, en coordination avec l'infirmière scolaire, nous avons recruté les étudiants intéressés, établi les modalités de transmission des documents d'information et de consentement et organisé les rendez-vous avec les élèves pour réaliser les entretiens individuels.

L'échantillon a pu être varié sur le lycée d'origine. Il n'y a pas eu de recrutement raisonné sur d'autres critères du fait de la centralisation par l'infirmière. L'ensemble des volontaires ont été interrogés.

2.4 Rôle des chercheurs

Le travail de recherche a été mené par deux internes de médecine générale : Alexandre Bastianelli et Jean Prin-Guénou. Il s'agissait de la réalisation de notre première thèse qualitative en tant que chercheurs.

Tout au long de l'étude, nous nous sommes efforcés, avec l'aide de notre directrice de thèse, de prendre en compte, avant et pendant le recueil de données, le biais de confirmation (14). Nos préjugés ont été à la fois moteur et frein pour l'élaboration de nos hypothèses de recherche, du guide d'entretien et pour notre analyse.

2.5 Guide d'entretien

Le guide d'entretien semi-directif a été élaboré *De Novo* en prenant en compte nos hypothèses de recherche et la bibliographie préalable.

Il a été testé au préalable auprès de trois adolescents faisant partie de notre entourage afin de valider la compréhension des questions.

Le guide a ensuite été affiné et modifié plusieurs fois selon le déroulé des entretiens et l'apparition de nouvelles hypothèses de recherche. La première version ainsi que la dernière version sont disponibles en annexes 1 et 2.

2.6 Recueil des données

2.6.1 Conditions de recueil

Chaque entretien consistait en la rencontre d'un adolescent avec l'un des deux chercheurs. Le lieu était dans une salle adjacente à l'infirmerie, dans le lycée du participant. Le moment et la durée étaient laissés au choix du participant.

2.6.2 Informations données aux participants

Les participants connaissaient notre statut d'interne en médecine générale.

L'objet du travail « explorer et comprendre les modalités d'apprentissage en santé sexuelle » était précisé en amont de l'entretien afin de faciliter l'adhérence et le consentement des élèves intéressés par cette problématique.

2.6.3 Enregistrement et retranscription

Chaque entretien était enregistré à l'aide du dictaphone du téléphone portable puis retranscrit le plus rapidement possible par écrit sur le logiciel de traitement de texte (Word®) par le chercheur ayant réalisé l'entretien. Des notes concernant le contexte d'énonciation (intonation de la voix, soupirs, silences, communication non verbale) venaient compléter la retranscription de l'entretien (Annexe 3). Les communications non verbales et les contextes d'énonciation étaient écrites entre parenthèses et/ou en italique dans le verbatim.

2.6.4 Anonymisation

Les entretiens étaient anonymisés et les abréviations suivantes ont été utilisées : E1 pour le premier entretien, E2 pour le deuxième entretien, et ainsi de suite dans l'ordre chronologique des dates d'entretien.

2.7 Analyse des données

2.7.1 Analyse thématique

Nos retranscriptions d'entretiens sur Word[®], avec le contexte d'énonciation et la communication non verbale, constituaient les verbatims. Nous les avons découpés en unité de sens auxquelles nous avons attribué une étiquette (ou code) de manière inductive. Les étiquettes ont ensuite été regroupées par catégories puis par thèmes selon les principes de l'analyse thématique.

Un tableau Excel[®] nous a servi de support pour le classement. Il était en perpétuelle évolution jusqu'à l'analyse des derniers entretiens. Dès lors que les entretiens ne permettaient plus l'émergence de nouvelles catégories, nous avons considéré avoir atteint la saturation des données.

2.7.2 Triangulation des chercheurs et des données

Le chercheur réalisant l'entretien le retranscrivait puis chaque chercheur codait indépendamment les entretiens. Nous mettions ensuite nos analyses en commun, ce qui générait des discussions autour du découpage du verbatim ou du libellé de l'étiquette. En cas de désaccord persistant, nous discutons avec notre directrice de thèse pour nous accorder sur les différends. Des allers-retours entre le verbatim, le tableau d'analyse et les hypothèses de recherche ont été effectués.

2.8 Éthique

2.8.1 Consentement

Une lettre d'information et un formulaire de consentement (Annexe 4) ont été remis en amont aux participants. Les mineurs devaient avoir l'accord parental. Les participants ont librement consenti à participer à cette étude. Nous leur avons garanti l'anonymat et la confidentialité dans l'utilisation des enregistrements et de leurs transcrits. Chaque participant a été informé de la possibilité de retrait de l'étude à tout moment sans justification.

2.8.2 Comité d'éthique

Notre schéma d'étude n'a pas été soumis à un comité d'éthique car notre étude qualitative ne rentre pas dans une recherche impliquant la recherche humaine (RIPH) selon la loi Jardé. Nous nous sommes donc conformés à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) (MR004).

2.9 Rédaction

Nous avons rédigé notre travail en essayant de respecter les exigences de la grille *consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ), disponible en annexe 5 (15).

III. RÉSULTATS

3.1 Entretiens

Treize entretiens ont été réalisés entre le 30 mai 2022 et le 18 novembre 2022. Ils se sont déroulés au lycée polyvalent Olympe de Gouges, à Montech (82), et au lycée polyvalent Jean-Pierre Vernant, à Pins-Justaret (31). Les durées étaient variables entre 13 et 29 minutes avec une moyenne de 21 minutes. La saturation des données apparaissait après onze entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer la saturation.

3.2 Population de l'étude

Les participants étaient âgés de 17 à 19 ans au moment des entretiens. Il y avait huit femmes et cinq hommes. Les participants étaient des élèves de terminale en lycée général ou professionnel. Les caractéristiques démographiques des participants sont décrites en annexe 6.

3.3 Le VIH, la partie visible de la santé sexuelle

3.3.1 Représentations de la santé sexuelle

De prime abord, la santé sexuelle était une notion floue, vaste et complexe. Il était difficile de détailler ce sujet.

E3 : "Santé euh, ouais non je sais même pas trop comment le définir. "

La santé sexuelle était perçue comme liée principalement à un sentiment de bien-être.

E6 : "(Réfléchi) Mmh, pas vraiment, c'est qu'on se sente bien... (silence)"

Par la suite, la définition de la santé sexuelle a permis par une expression et une réflexion sur le sujet.

Certains participants avaient une vision dichotomique, avec un aspect positif associé notamment au plaisir et un aspect négatif lié à la maladie.

E3 : “Beh je mettrai d’un côté les côtés néfastes, ce que vous avez dit tout à l’heure, ‘fin les choses sur lesquelles on devrait justement apprendre mais pour éviter certains dangers. Et puis le plaisir et tout ça ensemble. Séparés en deux grandes parties. ”

Des participants ont abordé de multiples facettes de la santé sexuelle : le consentement, l’hygiène sexuelle, le rapport sexuel ou encore la vie amoureuse.

E1 : “Bah, une bonne connaissance, une euh... (pause, soupir) une bonne hygiène de vie, euh, du côté sexuel du coup et puis, voilà.”

La santé sexuelle était un thème prépondérant qui amène l’adolescent à un questionnement multiple et qui semblait peu abordé au cours de l’adolescence.

E8 : “On ne donne pas assez d’importance à ça [la santé sexuelle]”

L’adolescence était décrite comme un passage vers l’âge adulte, une période où la santé sexuelle s’apprenait. Cet apprentissage faisait partie intégrante de la transition.

E4 : “Pourtant on est des adolescents et ça [la santé sexuelle] fait partie de notre vie.”

Les connaissances en santé sexuelle participaient à l’état de bien-être personnel notamment sur le plan corporel. Elles impactaient aussi les relations intimes en termes de sexualité et de relation amoureuse.

E8 : “Je sais que ce que je sais aujourd’hui m’aide dans ma relation avec mon copain et avec moi-même, mon corps, ma sexualité.”

3.3.2 Ressenti du niveau de connaissance

Le ressenti du niveau de connaissance en santé sexuelle chez les adolescents était hétérogène. Certains participants avaient l’impression d’avoir un bon niveau de connaissance. Cela pouvait être relativisé avec une conscience de ses propres limites.

E3 : “Mes connaissances en santé sexuelle [...] maintenant dans la globalité je pense que ça va.”

E1 : “Je pense que j’ai quand même de bonnes connaissances mais sûrement pas complète.”

Un participant justifiait sa prise de position grâce à ses recherches personnelles.

E6 : “Je pense que je suis globalement assez bien informé, parce que j’ai voulu m’informer par moi-même.”

D'autres participants avaient un ressenti opposé, avec l'expression et la reconnaissance d'une carence dans leurs connaissances.

E8 : "Je pense que j'ignore encore beaucoup de choses"

Un participant a exprimé une ambivalence dans son discours quant à son sentiment de niveau de connaissance.

Chercheur : "Que pensez-vous de vos connaissances en matière de santé sexuelle ?"

E9 : "Elles sont plutôt stables et j'ai pas trop de manque mais j'en ai pas beaucoup non plus"

Tout cela semblait traduire une inégalité du niveau de connaissance, ou au moins du ressenti de ce niveau, entre les participants.

3.3.3 VIH omniprésent

Le VIH était cité en premier quand on parlait d'IST et était souvent la seule cité. Il était abordé de manière récurrente, que ce soit dans le milieu scolaire ou au sein de la famille, et exposait l'adolescent à une information permanente sur celui-ci.

E11 : "Y'a le VIH, après (silence) j crois que c'est le seul que je connais"

E2 : "On nous a beaucoup parlé du SIDA, comme quoi faut se protéger avec le préservatif"

La manière d'aborder ce sujet pouvait être multiple, permettant une bonne intégration de celui-ci, notamment concernant les moyens de protection.

E13 : "J'avais vu un film où le personnage il est atteint du SIDA"

E6 : "Au collège on a fait faire un truc hyper subtil (ton ironique) avec une banane tout ça"

L'apprentissage concernant le VIH était si prédominant qu'il en ressortait un approfondissement des connaissances et une acquisition plus spécialisée sur des sujets comme la prophylaxie préexposition (PreP) et le traitement post-exposition (TPE).

E9 : "Il y a aussi la PreP [...] pour se protéger des IST."

E6 : "Je crois que pour le SIDA il existe un médicament si on a des doutes, à prendre très rapidement"

La notion que cette maladie était encore incurable et pour laquelle un devoir d'information au partenaire quant à un possible risque de transmission du VIH était aussi mise en avant.

E13 : "[...] que c'était une maladie [le SIDA] pas encore guérissable. "

E2 : "Quand on a le SIDA, il faut le dire à son partenaire."

3.4 Le tabou, un frein remédiable à l'apprentissage des connaissances en santé sexuelle

3.4.1 Le ou les tabou(s)

Le tabou était multiple. Il pouvait se retrouver dans de nombreuses situations. Il était aussi évolutif et contextuel.

L'interlocuteur pouvait être un facteur limitant la parole.

Chercheur : "Donc principalement les tabous intrafamiliaux ?"

E3 : "Oui et à l'école aussi"

E11 : "Avec les amis on n'en parle pas, on traîne ensemble, on discute de tout et n'importe quoi. Mais pas trop de la sexualité en général."

Le tabou était aussi dépendant du sujet et du cadre dans lequel celui-ci était abordé.

E6 : "Violences je sais que ça touche toutes les classes sociales, c'est compliqué d'en parler"

On a pu notamment retrouver une certaine gêne à l'évocation de l'orientation sexuelle avec une expression non verbale : un rire gêné lors de l'évocation de son homosexualité.

3.4.2 Les causes du tabou

Le tabou sur la santé sexuelle pouvait ainsi avoir plusieurs causes, comme le sentiment d'être différent de ses pairs du fait de l'absence d'expérience sexuelle. Cela entraînait alors une honte et une peur d'aborder le sujet avec ses amis.

E7 : "Au début c'était la honte car j'étais la seule à pas savoir [avoir eu de rapport sexuel] donc j'avais honte de demander"

L'intrusion dans la sphère personnelle avec une rupture de l'intimité sur des questions comme le désir et le plaisir d'une personne pouvait entraîner une limitation de la discussion.

Chercheur : "Et à propos du côté mental, émotionnel, amour ?"

E7 : "Au début c'est un sujet dont je n'osais pas en parler à ma mère car c'était plus privé"

Exprimer son orientation dans certains milieux engendrait dans celui-ci une intolérance avec des jugements pouvant entraîner la peur d'aborder ce sujet.

E6 : "L'orientation [...] parfois le dire c'est peut-être encore mal vu dans certains milieux."

L'acceptation de la différence n'était pas encore universelle.

E8 : "Pour l'orientation sexuelle ce n'est pas toujours facile d'accepter que d'autres puissent être différent."

Les participants avaient aussi témoigné d'une difficulté à s'exprimer en cours devant des comportements juvéniles, induisant alors un tabou dans la classe.

E6 "Parce que s'il y en a un qui commence à rigoler ou se moquer un peu, tout de suite les gens vont se refermer."

3.4.3 Les conséquences du tabou

Les conséquences du tabou n'étaient pas anodines. Les participants nous révélaient ne pas oser ouvrir la discussion en santé sexuelle de par leur gêne à l'évoquer.

L'acquisition des connaissances en santé sexuelle était impactée par cette gêne et entraînait une limitation de la discussion à certains sujets plus facilement abordés dans la société comme la protection des IST.

Chercheur : "Et discutez-vous d'autres choses avec vos parents et vos amis ?"

E9 : "Non que moyens de protection."

Le tabou pouvait aussi entraîner un retard d'information. Un adolescent nous avait confié avoir appris tardivement l'existence de l'homosexualité.

E3 : "J'ai appris en 3^{ème} qu'il pouvait y avoir des filles qui sortaient ensemble, des trucs comme ça, voilà"

Certains participants faisaient référence à une peur de la perte de l'anonymat, ce qui limitait les recherches personnelles.

E7 : "Je n'osais pas me renseigner toute seule [...]. Je n'ai pas envie que les gens sachent que j'ai cherché ça, si ça fuit."

Parfois, il y avait des sentiments plus complexes, traduisant un frein interne qui limitait les recherches personnelles en induisant une honte de reconnaître ce que l'on recherche.

E5 : "Puis parfois une honte de ressentir quelque chose et donc de se dire que si je vais le chercher c'est que je l'admets."

La gêne d'aborder le sujet du risque de grossesse avec les parents aurait pu engendrer un retard de prise en charge de la part d'un participant.

E10 : "Ne sachant pas très bien quoi faire quand il y a eu un accident. J'ai pas osé demandé à mes parents"

À cause du tabou, les participants n'abordaient pas le sujet et limitaient leurs recherches. Cette entrave aux connaissances pouvait aboutir à des situations à risques.

3.4.4 Les solutions

Lors des entretiens, les participants nous avaient spontanément donné des solutions aux tabous autour de la santé sexuelle.

L'adolescent était dans l'expectative d'une prise d'initiative de la part de l'adulte pour aborder un sujet qu'il considère comme tabou, honteux, pour pouvoir lancer la discussion sur celui-ci.

E10 : "Sur ce sujet [relations sexuelles] je peux être un peu gêné, j'aurai jamais fait le pas si il [le père] ne l'avait pas fait donc je trouve ça très bien qu'il l'ait fait."

L'anonymat permettrait une levée du tabou et donc de faire des recherches personnelles sur internet. L'utilisation d'un écran comme interface pour lutter contre la honte d'aborder un sujet gênant nous a été rapporté.

E4 : "Je pense sur les réseaux. Je ne serai pas à l'aise au lycée d'en parler devant les autres, sur les réseaux je suis derrière l'écran donc je n'ai pas forcément honte. "

Des connaissances sur des structures dédiés pour l'avortement avaient été cités, où l'anonymat vis à vis de la famille pouvait être conservé.

E6 : "On nous parlait du planning familial pour avorter sans informer les parents"

Concernant l'intimité, les participants racontaient avoir plus de facilité à aborder certains sujets avec certaines personnes plutôt que d'autres.

E1 : "C'est pas en faisant des recherches mais avec des copines qui étaient déjà sorties avec des filles... Donc c'est avec elles que j'ai parlé. Et puis avec mes parents au début je n'osais pas trop."

L'initiative de l'adulte et l'adaptation de l'interlocuteur étaient des clés identifiées pour libérer la parole.

3.5 L'information : une multitude de sources avec un fragile équilibre entre validité et immédiateté

3.5.1 La communication dans l'intimité

Le partenaire était considéré comme une source d'information sur les versants intimes de la santé sexuelle. Une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles semblait permettre d'avoir des expériences sexuelles agréables.

Le bien-être était perçu comme un processus évolutif qui s'établissait par la libre communication avec le partenaire.

E1 : "Comment dire, je suis avec quelqu'un depuis plus de 2 ans et je sais que j'ai pas peur de parler de ça [sexualité], je me sens bien et libre. "

Le consentement découlait de la discussion avec le partenaire. Il s'acquerrait par l'écoute de l'autre et par la recherche d'un accord verbal, mais aussi physique.

E7 : " [Le consentement] C'est avoir l'accord de la personne par des mots mais aussi par des gestes. "

3.5.2 La transmission intergénérationnelle

L'ancrage culturel des connaissances sur les IST dans la société était perçu comme un facteur favorisant la transmission de l'information à travers les générations. Ce sujet était abordé à la fois par la famille et par l'Éducation nationale.

E4 : "C'est [IST et protection] souvent dans l'idéologie de la société, genre de la famille, c'est un truc on le sait quoi."

A contrario, d'autres aspects de la santé sexuelle ne semblaient pas ancrés dans la société et seraient peu évoqués avec la famille ou à l'école. Cela concernait les violences sexuelles, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Il y aurait un effet de chaîne générationnelle de non évocation de ces sujets.

E6 : "L'orientation et l'identité, les parents nous en parlent pas et au lycée pareil. On leur en a jamais parlé, donc c'est en cascade quoi"

De nouveaux moyens d'informations se développaient alors comme alternative avec les réseaux sociaux ou encore la discussion avec les pairs.

E12 : "L'orientation, l'identité [...] je comprends quelques termes uniquement grâce à Instagram"

E5 : “Des amis aussi qui ont pas forcément la même orientation que nous et on discute tout ça”

Les participants ressentait une plus grande ouverture d’esprit dans leur génération avec un respect de la différence et une acceptation des autres.

E8 : “Je trouve qu’on est dans une génération où c’est plus facile de s’exprimer sur comment l’on est, ce que l’on ressent, ce que l’on est même”

E10 : “J’ai absolument aucun problème avec ça, tout le monde est comme il est.”

Cependant, ils rapportaient également une persistance des discriminations qui traversaient les générations, sur les réseaux ou au lycée.

E2 : “Moi j’ai du mal avec les gens qui critiquent les homosexuels car quand je parle de mon parrain les gens se moquent de moi et ils disent « bah mais c’est un sale pédé ton parrain », des trucs comme ça, et moi je n’accepte pas car c’est son choix”.

Un participant nous a fait part de ces sentiments lors de sa première confrontation à l’homosexualité.

E13 : “Je me rappelle ça m’avait marqué parce que je trouvais ça vraiment bizarre que deux garçons s’embrassent”

Les transmissions intergénérationnelles augmentaient les connaissances concernant les sujets ancrés dans la société. Les autres thématiques requéraient une diversification des sources d’informations. L’ouverture d’esprit et l’acceptation des différences, bien qu’en théorie acquises, pouvaient parfois être difficilement acceptables dans la pratique.

3.5.3 De la pratique à la recherche théorique

L’adolescence est une période d’apprentissage par l’expérience. La pratique, par elle-même, était une source de connaissance en santé sexuelle.

E1 : “Vu qu’on est jeune, on découvre ensemble entre guillemets, donc on apprend ensemble”

L’expérimentation permettait d’explorer les moyens de protection et les notions de désir et de consentement.

D’autres participants nous rapportaient que l’expérience seule pouvait parfois être suffisante comme source d’information.

E6 : “Au lycée on n’est pas dupe, y’en a déjà qui l’ont fait (rire), et donc ils se retrouvent avec des cours en terminale et ça sert plus à grand-chose”

Pour certains, l'expérience, dont celle de la prise de risque, entraînerait l'envie de connaissance et donc une recherche théorique sur le sujet.

E10 : "Oui par exemple, ayant eu un rapport (baisse la voix) et ne sachant pas très bien quoi faire quand il y a eu un accident [...] je suis allée rechercher sur internet les réponses avec mon copain."

3.5.4 Des connaissances façonnées par l'actualité

L'actualité et son traitement par les médias, influent et diversifiaient les connaissances en santé sexuelle.

Les thématiques du consentement, des violences sexuelles, de l'orientation sexuelle et l'identité de genre semblaient prépondérantes sur les réseaux sociaux et les médias traditionnels.

E4 : "Je le vois [violences sexuelles et consentement] aussi sur les comptes Insta' que je suis, les comptes féministes ou des témoignages d'abonnés ou aussi sur YouTube"

Les actualités étrangères, comme la remise en cause du droit à l'IVG aux États-Unis, amenaient à une réflexion et à une prise de position sur le sujet.

E8 : "C'est important de laisser ce droit aux femmes car porter un enfant que l'on ne veut pas et l'obliger à le porter c'est horrible, c'est un supplice. Je sais qu'aux États-Unis il y a des états qui le refusent et ça fait polémique."

La pandémie du COVID-19 aurait entraîné une perte d'information en santé sexuelle, ressentie par les participants.

Chercheur : "Et tu as eu beaucoup de cours dessus [la santé sexuelle] ?"

E7 : "Euh non car moi j'ai été en 3^{ème} pendant la période du covid, du coup j'ai eu 2-3 cours dessus."

3.5.5 Ressenti de la validité de l'information

L'adulte, gardien du savoir, était perçu comme une source fiable d'information dont la validité n'était pas remise en question.

E8 : "Peu importe tant que c'est un adulte, l'information est importante"

Les parents ainsi qu'internet étaient des moyens de recours direct en cas de recherche d'information qui était souvent jugée comme suffisante par les participants.

E3 : "Sur internet [...] y'a des choses que je ne vis pas forcément mais que je ne remettrais pas en doute"

L'impression de vérité concernant une information pouvait être acquise par l'expérience personnelle.

Chercheur : "Et tu penses que c'est des informations vérifiées dont tu peux accorder ta confiance ?"

E3 : "Beh certaines oui parce que, en l'ayant vécu, je sais ce qui est vrai, enfin pour moi."

Cependant, quelques participants prenaient du recul concernant les informations acquises sur internet et préféraient les traiter avec prudence. Pour eux, internet n'était pas forcément la réalité et il pouvait y avoir de fausses informations.

E5 : "Il faut faire attention à ce qu'on trouve sur internet."

3.6 L'accompagnement parental, un parcours semé d'embuche vers l'autonomie

3.6.1 L'éducation parentale une base fondamentale de connaissance

L'autonomie de l'adolescent dans sa quête personnelle de connaissances en santé sexuelle semblait débiter par une base de réflexion apportée par les parents.

L'importance fondamentale de cette transmission était reconnue.

E6 : "Mes parents m'ont introduit la notion [les violences sexuelles et le consentement] puis j'ai fait mes recherches sur internet pour la définition, des recherches plus approfondies quoi"

E1 : "Je pense que ce sont les parents [...] car en vrai c'est avec eux qu'on apprend tout, au final."

L'éducation parentale était une source d'information pouvant aborder tous les thèmes de la santé sexuelle. Cependant, cela était perçu comme très variable d'une famille à l'autre. Les sujets les plus souvent abordés étaient ceux ancrés culturellement.

Chercheur : "Où est-ce que tu as appris ça [consentement] ?"

E1 : "C'est toujours la même chose, c'est toujours avec mes parents"

Une liberté de discussion intrafamiliale ainsi qu'une ouverture d'esprit étaient identifiées comme favorisant l'acquisition des connaissances en santé sexuelle.

E10 : "Et ensuite, il y a évidemment mes parents qui sont très ouverts donc quand il faut en parler [désir, amour, plaisir], on en parle"

E1 : "Si nos parents ne sont pas ouverts d'esprit on n'apprend pas grand-chose"

Certains événements de vie tels que la mise en couple ou l'existence d'une fratrie faciliteraient cette discussion.

E3 : "La parole qui s'ouvre peut-être un peu plus avec mes parents, parce que mon frère grandit aussi"

3.6.2 Une asymétrie dans l'éducation parentale

Au sein du binôme parental, il était retrouvé une asymétrie dans la transmission du savoir. Le plus souvent, la mère était la principale interlocutrice avec un père mis en retrait.

Chercheur : "Je remarque que tu me parles beaucoup de ta mère, est-ce elle qui t'a surtout fait ton éducation ?"

E7: "Oui."

Chercheur: "Et du côté de ton père ?"

E7: "Il ne m'en a jamais parlé."

Cependant l'asymétrie pouvait aussi être liée à des questions de temporalité et de prise d'initiative du parent.

Chercheur : "Et avec qui en parles-tu le plus [désir, plaisir, amour] ?"

E10 : "Avec mon père, c'est marrant mais plus avec mon père."

Chercheur : "Pourquoi trouves-tu cela marrant ?"

E10 : "Car je suis moins proche de ma mère sur ce sujet-là que certaines adolescentes de mon âge car femme/femme, car c'est lui qui a commencé à m'en parler en me disant « écoute si tu as des relations sexuelles c'est bien qu'on en parle »."

3.6.3 Les difficultés de l'éducation parentale

Les participants étaient conscients des difficultés dans l'éducation parentale en santé sexuelle. Ils prenaient du recul en admettant que leurs parents n'étaient pas omniscients et que certains sujets n'étaient pas abordés.

E1 : "Nos parents n'ont pas forcément fait des études dans un truc précis."

Il y persistait certains tabous, comme pour annoncer son homosexualité ou demander des informations lors d'un rapport à risque.

E1 : "Et puis avec mes parents, au début je n'osais pas trop [parler de son homosexualité]"

Le fait que le parent considère l'adolescent comme un enfant, et non pas comme un adulte en devenir, pourrait être une limite à la transmission des connaissances en santé sexuelle.

E8 : "Certains voient encore leur enfant comme des petits bébés qui ne veulent pas voir grandir, et du coup ça les laisse dans l'ignorance."

3.7 Le rôle du médecin généraliste : une place à prendre

3.7.1 Des avis variés concernant une consultation dédiée

Les participants étaient en majorité favorables à une consultation dédiée sur la santé sexuelle. L'intérêt ressenti était une augmentation des connaissances et une réassurance. A contrario, d'autres participants n'en voyaient que peu l'intérêt ou trouvaient cela trop intime.

Chercheur : "Que penserais-tu d'avoir une consultation dédiée avec ton médecin généraliste ?"

E2 : "Ça ne me dérangerait pas et je pense que ça m'informerait bien, et ça me rassurerait sur certaines choses."

E13 : "Euh... je sais pas du tout, je pense que ça me gênerait d'en parler"

Il semblerait que le médecin traitant ait sa place dans l'éducation à la santé sexuelle.

Il faudrait pour cela qu'il soit à l'initiative de cette consultation.

E5 : "Le médecin traitant [...] c'est une personne largement appropriée pour aborder ça."

3.7.2 Les caractéristiques de la consultation souhaitée

D'après les participants, le cadre d'une consultation dédiée pour la santé sexuelle semblait être en présentiel et sans les parents.

E5 : "J'trouve c'est toujours mieux en présentiel, le contact humain tout ça [...]. Je pense qu'à l'âge qu'on a c'est mieux sans les parents, les langues se délient, on a confiance en notre médecin"

Un participant regrettait que son médecin traitant n'ait pas abordé la santé sexuelle avec lui. Le choix du moment adapté pour réaliser cette consultation pouvait s'appuyer sur des étapes telles que la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV).

Chercheur : "Est-ce que tu aurais souhaité lui en parler ?"

E7 : "À une période oui. Maintenant je n'en sens moins le besoin. Surtout quand j'ai fait mon vaccin, j'aurai voulu plus d'information et ça aurait pu dévier sur le sujet"

3.7.3 La relation de confiance avec le médecin traitant

La relation de confiance était un facteur favorisant l'abord par le médecin et la réception par l'adolescent des sujets de santé sexuelle.

E7 : "Aussi, quand j'avais besoin d'en parler, je venais de changer de médecin généraliste et je me sentais pas assez en confiance avec elle donc j'aurai pas osé."

Des participants nous rapportaient que la fréquence des consultations avec leur médecin généraliste était peu élevée et ne favorisait pas la relation de confiance. Le secret médical était un des paramètres favorisant cette relation.

Chercheur : "Alors est-ce que vous le voyez souvent ?"

E9 : "Non, très rarement."

Chercheur : "Est-ce qu'il y a une relation de confiance installée entre vous deux ?"

E9 : "Je sais qu'il existe le secret médical."

3.8 L'évolution plébiscitée des modalités de transmission des connaissances en santé sexuelle

3.8.1 Désir de changement

Un désir d'apprentissage de la théorie avant la pratique était retrouvé afin d'éviter une prise de risque en se basant sur son expérience personnelle par manque de sources d'informations.

E3 : "On devrait justement apprendre, mais pour éviter certains dangers [...]. C'est en grandissant qu'on apprend par nous-même et je trouve ça un peu dommage quoi, enfin, faut apprendre plus tôt, correctement."

Les participants nous ont rapporté leur souhait d'avoir un apport de connaissances en santé sexuelle principalement par le biais de cours ou d'interventions externes scolaires.

Ils souhaitaient aussi que celui-ci survienne de manière plus précoce et cible davantage les sujets les moins abordés et dont ils sont confrontés au quotidien, comme le consentement, l'orientation sexuelle et l'identité de genre.

E3 : "Je pense qu'en 4^{ème} ou 3^{ème} c'est bien, mais peut-être plus tôt pour les notions de consentement, comme à l'école avec les bisous volés"

E6 : "Dans le passé j'aurais aimé avoir plus de cours dessus [la santé sexuelle]. Plus d'heures consacrées à ça. Il y en a plein qui découvrent au fur et à mesure quoi, moi heureusement mes parents sont assez ouverts."

Au-delà d'un apport supplémentaire de connaissances, les participants souhaitaient également des innovations dans l'approche de la santé sexuelle. Un participant proposait la création de groupes de paroles virtuels ou au lycée, ou encore durant la scolarité de mettre des livres sur la sexualité à disposition et adaptés à l'âge.

Chercheur : "Quand tu parles de créer des concepts, ce serait quoi ?"

E4 : "Euh, par exemple des comptes [sur les réseaux sociaux] avec des nouveaux thèmes, des nouvelles idées, des groupes de paroles au lycée."

Certains demandaient une source d'information fiable via des sites internet référents.

E5 : "Des sites agréés sur internet qui puissent être recommandés justement lors de ses interventions."

D'autres conseillaient de suivre des comptes sur les réseaux sociaux ou d'utiliser un système de question-réponse avec les réseaux sociaux.

L'implication du corps professoral en santé sexuelle permettrait d'augmenter leurs compétences sur ce sujet et par la suite rendre les élèves plus à l'aise en favorisant la discussion et en diminuant le tabou.

E6 : "Euh... certains profs ne seraient pas trop à l'aise [...]. Je sais que pour certains profs c'est moins important [parler de sexualité] donc ils vont vite ou quoi."

L'intervention idéale passerait par un cadre propice et officiel à l'apprentissage tel que l'enseignement scolaire. Le caractère obligatoire était partagé entre les participants.

E6 : "Mais ce qui change c'est qu'il faut être dans un groupe où tout le monde est à l'aise avec le sujet pour en parler. Parce que s'il y en a un qui commence à rigoler ou se moquer un peu, tout de suite les gens vont se refermer. C'est pour ça que le cadre du cours c'est bien parce que c'est un peu officiel"

La compétence de l'intervenant était mise en avant avec le souhait qu'il soit un professionnel extérieur habitué à interagir avec des adolescents, non moralisateur et que l'intervention ait une durée suffisante.

Chercheur : "Quand tu m'as parlé d'intervenants au lycée, tu m'as parlé d'adultes ?"

E4 : "Oui, par exemple une infirmière ou peut être des éducateurs, des gens qui ont l'habitude de parler avec des adolescents, des docteurs, des gens spécialisés."

3.8.2 L'apprentissage doit être progressif : adapté en fonction de l'âge et du thème abordé

L'apprentissage en santé sexuelle doit être progressif en fonction du thème abordé et adapté à la maturité.

E5 : "J'sais pas mais quelque chose qui insiste plus sur certains points au fur et à mesure qu'on mûrit et qu'on se rapproche vraiment de ça quoi..."

Le primaire semblait idéal pour introduire les notions de consentements et d'orientation sexuelle.

E3 : "Et aussi les orientations sexuelles, en parler, pour pas que des enfants soient perdus."

Entre 13 et 15 ans, la découverte du corps et du plaisir charnel serait le moment pour parler des IST, de la protection, de la grossesse et des violences sexuelles.

E11 : "Parce que... de plus en plus de jeunes découvrent leur corps etc et font des choses qui à leur âge de jeune... (silence)"

Enfin, le lycée serait le bon moment pour aborder des thèmes plus complexes, concernant les sentiments, comme le désir et le plaisir.

IV. DISCUSSION

4.1 Résultats principaux

La sexualité de l'adolescent évoluerait avec les changements sociétaux et les avancées technologiques à l'origine de nouveaux moyens d'information. Il conviendrait d'accompagner l'adolescent dans sa quête d'apprentissage en santé sexuelle pour lui permettre de s'y épanouir.

Ce travail mettait en évidence le souhait des adolescents de développer leurs connaissances en santé sexuelle que ce soit par des nouveaux moyens d'information ou par l'amélioration des moyens existants. Il mettait en avant l'importance de l'éducation parentale et scolaire ainsi que la multiplicité des sources d'informations à disposition. L'information semblait à portée de tous et accessible immédiatement.

L'évolution sociétale et l'actualité médiatique faisaient de la santé sexuelle une notion complexe influencée par des normes en changement perpétuel, et parfois difficile à comprendre comme l'identité de genre ou l'orientation sexuelle.

La prise d'initiative pour ouvrir la discussion et la manière de communiquer semblaient capitales pour diminuer les tabous et améliorer l'apprentissage. Elles devaient être à la base de l'éducation sexuelle.

À cela s'ajoutait l'importance portée à la confidentialité malgré la nécessité de communiquer et de partager. Il était important de respecter l'intimité et cela passait par une relation de confiance. Un des outils en consultation était le secret médical.

Cette étude montrait que le choix d'un bon interlocuteur était essentiel pour une communication efficiente. Les parents étaient à la base de l'éducation et étaient des ressources reconnues indéniables en matière d'éducation sexuelle, mais leurs aptitudes à cet enseignement n'étaient pas innées et restaient inégales. Une inégalité qui existait par ailleurs au sein même du couple parental.

L'éducation scolaire en santé sexuelle était elle aussi un des piliers. Cependant, elle restait très disparate et peu représentée dans le cursus.

Le médecin généraliste pouvait être considéré comme un recours pour l'adolescent, s'il faisait preuve de bienveillance, d'écoute, de discrétion et de compétence. Pour cela, la consultation seul et en présentiel avec l'adolescent semblait être à favoriser.

Les pairs, quant à eux, restaient les confidents privilégiés pour le partage d'expérience et les discussions autour des sujets plus intimes ou d'actualités.

4.2 Forces et limites de l'étude

- Choix de la méthode qualitative :

Le choix de la méthode qualitative a permis aux adolescents de s'exprimer librement par des questions ouvertes. Cela nous a permis d'explorer et comprendre les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuelle. Les entretiens individuels avec un seul chercheur permettaient une liberté de parole avec une diminution de la crainte du jugement d'autrui.

- Recrutement :

Les chercheurs ont obtenu un échantillon d'adolescents varié sur le sexe et sur la filière (générale ou professionnelle). Le recrutement a été fondé sur la base du volontariat induisant un biais de recrutement en sélectionnant les adolescents les plus intéressés par le sujet. Les chercheurs ont été limités par le refus de nombreux lycées. L'échantillonnage n'a pas pu être raisonné sur d'autres critères. La disponibilité des étudiants pour réaliser les entretiens étaient concentrée sur de courtes périodes. Cette contrainte a conduit les chercheurs à faire évoluer leur guide d'entretien en générant des hypothèses de manière accélérée.

- Les chercheurs :

Aucun des deux chercheurs n'avait réalisé d'expérience dans la recherche qualitative avant ce premier travail. La qualité des premiers entretiens avec une tendance à réaliser des questions fermées ou à extrapoler plutôt qu'à reformuler a pu limiter la pertinence du verbatim. Ceci a été pris en compte lors de l'analyse.

Le sexe masculin des chercheurs a pu influencer certaines réponses par gêne d'aborder le sujet. L'âge relativement jeune des chercheurs a pu avoir une influence positive avec possiblement une plus grande facilité pour les participants d'aborder le sujet. Certains adolescents se livraient sans tabou sur des sujets intimes. La différence de génération n'était pas ressentie lors des entretiens.

- Représentations personnelles

Les chercheurs s'attendaient à avoir des apports de connaissances par les sites internet, les réseaux sociaux, l'enseignement scolaire, la famille, les amis, les médecins, les infirmiers et les médias. Nous avions un fort à priori sur le manque d'enseignement à l'école et sur un tabou au niveau familial. Enfin, l'évocation de la pornographie était attendue. Les chercheurs ont noté en amont et au cours de l'étude dans un cahier de bord ces ressentis. Ils ont essayé de comprendre l'origine de ces préjugés afin de limiter les interférences dans l'orientation des questions lors des entretiens ainsi que lors de l'analyse des résultats.

Ce travail de réflexivité sur la posture de chercheur a été accompagné par la directrice de thèse.

4.3 Confrontation des résultats aux données de la littérature :

4.3.1 L'influence des normes dans la représentation de la santé sexuelle

Le concept de santé sexuelle était flou et parfois dichotomique dans notre étude. La littérature retrouve que la représentation de la santé sexuelle de l'adolescent en France est fonction des normes de la société. Elles sont diverses comme par exemple : le couple officialise les relations intimes, le consentement est jugé important, le viol est condamné, la respectabilité sociale des hommes et des femmes est différenciée selon le nombre de partenaires (16).

Un des buts de l'éducation sexuelle est de connaître et de comprendre ces normes pour que leurs influences n'entraient pas la liberté de choix de l'adolescent en santé sexuelle (16). Il est intéressant de noter que dans notre étude le concept de santé sexuelle était flou, donc on peut se questionner sur l'importance de clarifier la santé sexuelle avant d'aborder les influences sur celle-ci.

4.3.2 Une éducation centrée sur les risques avec le VIH comme point phare.

Comme dans notre étude, des lycéens interrogés en 2021 à Nîmes décrivent des thématiques de santé sexuelle privilégiées avec notamment une vision centrée sur les risques et avec comme point culminant le VIH. Les thématiques les moins abordées sont aussi les notions de plaisir, de consentement et les violences sexuelles (17).

On retrouve également la prédominance de l'information sur les risques par rapport aux notions de bien-être sur les nouveaux outils d'apprentissage utilisant les réseaux sociaux (18).

4.3.3 Un ressenti paradoxal

Notre étude montrait un paradoxe entre un ressenti des adolescents d'avoir des connaissances importantes et des réponses erronées ou incomplètes à certaines questions. Cette dissociation entre ce que l'adolescent pense avoir compris et ses connaissances ainsi que le gap entre l'information fournie à l'adolescent et son assimilation est aussi retrouvé dans une étude quantitative prospective à Tours en 2013 sur le sujet des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et sur la contraception (19).

Plus récemment, des sondages de l'Institut français d'opinion publique (IFOP) montrent une limitation des connaissances dans le domaine de la santé sexuelle chez les plus jeunes en France, notamment sur le SIDA en 2020 : 25 % des 15-24 ans pensent que le VIH peut être transmis lors d'un rapport protégé avec une personne séropositive (20).

Ou encore sur l'IVG retrouvant en 2015 : 44 % des français pensent qu'on ne peut avorter qu'à l'hôpital et 33 % des français pensent qu'une mineure doit demander l'autorisation à ses parents pour pratiquer une IVG (21).

4.3.4 L'éducation parentale

- Le tabou familial

Les adolescents interrogés se disaient privilégiés quand ils étaient libres de parler de santé sexuelle dans leurs familles. L'initiation de la discussion provenait des parents. Les parents ont un rôle majeur à jouer dans le développement de leur enfant et dans l'acquisition de son autonomie.

L'absence de communication intrafamiliale au sujet de la sexualité et la nécessité de dissimuler sa vie sexuelle à ses parents ne favorisent pas les comportements de prévention (22).

L'éducation sexuelle parentale comme toute éducation passe par la discussion. Parler de sexualité avec ses parents peut s'avérer gênant, tant pour l'adolescent que pour les parents, qui craignent de manquer d'habileté pour aborder le sujet et redoutent de ne pas avoir assez de connaissances ou même de transmettre des informations erronées (23).

- L'impact néfaste des fausses croyances

Paradoxalement à ce que pourraient penser les parents, qui craignent que parler de sexualité reviendrait à donner leur permission pour l'explorer, discuter de sexualité avec son enfant n'induit ni précocité sexuelle, ni augmentation de la fréquence des relations sexuelles (24).

Cette communication est associée à une activité sexuelle plus tardive, une réduction des comportements à risque, une utilisation accrue des contraceptifs et une amélioration des attitudes liées à la santé sexuelle (22).

Il faut donc lutter contre ces fausses croyances pour libérer la parole intrafamiliale et ainsi développer l'éducation sexuelle. Cela aura aussi comme impact une diminution de l'opposition sociétale basée sur ces fausses idées (17).

- Solutions

Une formation parentale à l'éducation sexuelle semble pertinente avec au préalable des études sur leurs besoins et leurs attentes. Une transmission par les parents des valeurs et des messages éducatifs, en abordant les aspects positifs de la sexualité tels que le respect, la découverte de son partenaire, l'intimité, le plaisir et la tendresse permettrait aux adolescents de se préparer à leurs premières expériences amoureuses en les aidant à reconnaître ce qui ne serait pas acceptable dans une relation (25). Pour initier le dialogue, différents moyens peuvent être utilisés comme acheter des préservatifs et les laisser à disposition de l'adolescent (25).

Les sujets abordés dans les médias ou dans le cadre scolaire sont autant d'opportunités à saisir pour évoquer avec son fils ou sa fille les différences de chaque individu (25).

Un discours clair et explicite dès le plus jeune âge, notamment en utilisant des termes anatomiques et non des euphémismes, aide les enfants à se sentir en confiance pour aborder le sujet (25). Il est nécessaire d'aborder les modifications corporelles, hormonales et émotionnelles auxquelles ils vont être confrontés à l'adolescence (25).

- L'asymétrie existe aussi au sein du couple parental

Lors de notre étude nous avons relevé une forte asymétrie dans l'éducation parentale entre le rôle de la mère qui semble majeur et celui du père plus effacé. Cette différence est aussi perçue dans d'autres études sur des adolescents qui retrouvent la mère comme interlocutrice privilégiée sur les thématiques de santé (26).

Ce contraste semble expliqué pour l'adolescente fille en partie par l'image de la mère visualisée comme une personne référente et comme une pair lui conférant une accessibilité plus simple sur des sujets intimes avec une fiabilité des conseils apportés (24). Nous ne retrouvons pas de données concernant l'adolescent garçon.

Il faut par exemple prendre en compte l'importance de la mère lors d'une consultation sur la contraception. C'est souvent à l'initiative de la mère que la consultation a lieu et l'adolescente attend une validation de son attitude contraceptive par sa mère (28).

4.3.5 Transmission de l'information façonnée par l'avancé technologique

- Internet, un outil omniprésent

L'avancée de la société, notamment technologique, apporte de nouveaux moyens de communication dont internet qui est aujourd'hui une référence pour les adolescents (29). Comme dans notre étude, son accessibilité, sa rapidité d'utilisation et la quantité d'informations disponible en font un atout majeur (29).

L'adolescent peut s'informer en toute discrétion sur des questions précises, sans crainte d'être jugé. (29) Cette discrétion revenait dans notre étude par l'importance de l'anonymat lors de recherches sur des sujets intimes.

Les réseaux sociaux ont une influence de plus en plus importante dans l'apprentissage de la sexualité de par son utilisation plus grande par les adolescents. La diversité des supports d'apprentissages permet à chaque adolescent de trouver celui adapté à son profil. Des informations vérifiées et bien délivrées vont modifier les comportements (30).

- L'envers du décor

Si ces atouts sont indéniables, internet n'est pas sans risque et nécessite un accompagnement lors de son apprentissage et de son utilisation avec le développement d'une approche critique. L'absence de preuve de la véracité de l'information, la solitude des jeunes face aux informations diffusées et la culture pornographique, sont autant d'obstacles pouvant perturber l'image réelle de la sexualité (18).

Ces risques sont possiblement favorisés par l'absence de dialogue autour de la sexualité.

4.3.6 Les pairs, une ressource qui traverse le temps

Les pairs sont une ressource qui permet une diffusion de l'information, une accessibilité à des sujets plus intimes et d'actualités. « *Chaque adolescent bien informé peut être une ressource pour ses pairs* » (25). On peut supposer que ce phénomène limite les disparités de connaissance notamment celles dues à l'éducation parentale.

4.3.7 La société actuelle et son évolution du point de vue des orientations

L'évolution culturelle de la société est permanente et fluctuante. Ainsi, les représentations en santé sexuelle ne sont pas figées et nécessitent une adaptation et une compréhension de celles-ci par celui qui souhaite transmettre ce savoir. Cela rend cette transmission complexe. On peut observer cela à travers le thème de l'orientation sexuelle, notamment par l'homosexualité, qui a longtemps été considérée comme une maladie mentale dans la société. C'est seulement en 1992 que l'OMS supprime de diagnostic d'homosexualité dans la dixième version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (31).

L'homophobie est progressivement devenue une préoccupation de l'institution. Depuis 2001, le Ministère de l'Éducation nationale prône la lutte contre les discriminations et l'homophobie dans le programme scolaire de l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Cette prise de conscience semble en partie due à la mise en évidence du lien entre le suicide des jeunes et les difficultés d'acceptation de l'homosexualité dans la société (31-32).

Il est retrouvé chez les adolescents homosexuels une plus faible estime d'eux, une difficulté de socialisation, une démotivation à l'école, une augmentation du risque d'addiction (alcool, autres drogues) ainsi qu'une augmentation des comportements suicidaires (28-30).

En milieu scolaire, l'orientation est peu abordée, il est nécessaire d'aborder les diverses orientations sexuelles sous un angle positif, en les intégrant dans la société (31). Les participants de l'étude, ressentaient ce manque d'information sur les thématiques de l'identité de genre et de l'orientation sexuelle et compensaient en partie cette carence par des discussions avec les pairs.

4.3.8 Place du médecin généraliste

- La confidentialité médicale, base de la relation de confiance

Il a été retrouvé dans notre étude l'importance du secret médical qui était souvent mentionné lors de la relation de confiance avec le médecin généraliste. A l'inverse, en 2009, une étude quantitative retrouvait comme un des principaux freins à l'abord de sujets intimes en consultation, la peur que ses confidences soient répétées à ses parents pour 13.3 % des adolescents interrogés (34). Depuis les lois de juillet 2001 et mars 2002, le secret médical existe pour tout mineur qui souhaite garder son état de santé confidentiel (35). Il semble pertinent de continuer d'informer les patients sur leur droit au secret médical.

- Une consultation à trois

Les adolescents dans notre étude souhaitaient en majorité une consultation seul avec le médecin généraliste. L'ambivalence de l'adolescent est caractérisée en consultation par l'aspect sécuritaire qu'apporte la présence parentale, et la liberté d'expression lors d'une consultation seul où le tabou lié à la présence parentale n'est plus.

Cela reflète d'ailleurs parfaitement l'adolescence où le jeune en transition est tiraillé entre l'envie de rester un enfant et donc sous protection parentale et celui de devenir adulte avec l'appréhension que cela suscite (32-33-34).

Les parents sont souvent à l'origine de la consultation, et peuvent être une aide à la compréhension de son motif ainsi que de l'environnement familial de l'adolescent (34-38). Le médecin généraliste doit instaurer le déroulement de la consultation en deux temps. L'adolescent serait reçu seul dans un premier temps, puis avec ses parents (37). Il faut expliquer à ces derniers l'importance de l'entretien en tête à tête avec leur enfant, afin de permettre son autonomie et sa liberté de parole dans un cadre confidentiel (38).

En 2011, une étude qualitative retrouvait que le genre masculin du médecin est un frein de manière réciproque dans la relation médecin-adolescente. D'un côté, le praticien homme est méfiant en raison de la peur d'accusations de la part d'adolescentes, qui plus est, lorsque le sujet de la sexualité est abordé. D'autre part, les jeunes filles préfèrent parler de contraception et de sexualité avec des médecins femmes (39).

Pour certains adolescents, il est difficile d'aborder des sujets liés à la sexualité avec le médecin dit « de famille », qui a réalisé le suivi médical depuis le plus jeune âge, par gêne ou peur du jugement. (32-35).

Le mineur doit être informé que jusqu'à ses seize ans, ses responsables légaux choisissent son médecin traitant. Puis, qu'à partir de cet âge-là, ce choix lui appartient (39). Quelle que soit la situation rencontrée, l'adolescent peut consulter un médecin de son choix.

- Un tabou à briser

La peur du jugement du médecin généraliste est un frein fréquemment évoqué par les adolescents dans la littérature (36).

La majorité des adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles, considère que si le médecin généraliste peut leur apporter une aide, il va également les juger et leur faire la morale (37). Il paraît essentiel que le médecin généraliste conserve une attitude neutre lors des consultations.

Dans notre étude nous retrouvons un désir des adolescents concernant la prise d'initiative des adultes sur les sujets de santé sexuelle. Les discussions sur la sexualité en consultation doivent être à l'initiative du médecin car l'adolescent manque de confiance en lui et craint d'être incompris (38).

Aborder de manière décomplexée ces thématiques permettrait à l'adolescent d'identifier le médecin généraliste comme une personne ressource et de créer une alliance thérapeutique (36).

En pratique, le sujet de la sexualité peut être introduit après avoir parlé des différentes addictions, notamment la consommation de tabac. Cette dernière est corrélée, chez les 14-17 ans, à une précocité des expériences sexuelles. Commenter les étapes de l'examen clinique peut être l'occasion d'échanger avec l'adolescent (36).

Dans notre étude, il nous a été suggéré que le moment de la vaccination contre le HPV pouvait permettre d'introduire ce sujet. Le rôle du médecin généraliste passe aussi par l'incitation et l'accompagnement des parents dans l'abord précoce de la sexualité avec leurs enfants (37).

La tolérance et la bienveillance des médecins généralistes sont des qualités qui permettent un accompagnement de l'adolescent dans la découverte de la sexualité et l'affirmation de son orientation sexuelle. Bien que ce sujet soit délicat à aborder, le rôle du praticien est déterminant puisqu'il peut répondre aux questionnements de l'adolescent et de ses parents (37).

4.3.9 Améliorations

- Un changement adapté voulu par l'adolescent

Les adolescents de notre étude souhaitaient une augmentation des enseignements scolaires en santé sexuelle.

En 2016, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) publie les principaux résultats de son baromètre : 25 % des écoles répondantes déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'EAS.

Les personnels de l'Éducation nationale sont très peu formés à l'EAS. Lorsque des séances ou actions d'EAS sont menées, cela ne concerne pas toutes les classes du CP à la terminale, mais en priorité des classes de CM1 et de CM2 pour l'école primaire, des classes de 4^{ème} et 3^{ème} pour le collège, et des classes de 2^{nde} pour le lycée (8). Les modèles traditionnels d'EAS se concentrent sur la biologie, la reproduction et la prévention des risques et des maladies.

En 2019, l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) définissait une éducation complète à la sexualité comme devant être adaptée à l'âge, plus poussée et proposer l'apprentissage positif et affirmatif de huit concepts clés : relations interpersonnelles ; valeurs, droits et culture ; genre ; violence et sécurité ; compétences pour la santé et le bien-être ; corps et développement humains ; sexualité et comportement sexuel ; santé sexuelle et reproductive (40).

Dans notre étude, les adolescents souhaitaient une évolution de l'EAS avec une adaptation à leurs besoins et à leurs âges.

C'est aussi retrouvé dans une étude quantitative de 2010 auprès d'une centaine de collégiens. Les cours d'éducation sexuelle doivent être pensés et adaptés aux besoins et préférences des adolescents, afin d'améliorer la prévention (41). Les jeunes désirent parler de l'acte sexuel et particulièrement du premier rapport, mais aussi de contraception et d'IST. Ils souhaitent que ces cours abordent également les sentiments, le respect, et la sexualité sous un angle plus positif (38-39). Tout comme dans notre étude, les adolescents privilégient des intervenants extérieurs à l'établissement, jeunes, et du milieu médical, favorisant la liberté d'expression et la qualité des échanges. La présence des professeurs et personnels scolaires non médicaux n'est pas souhaitée lors des séances (41). En ce sens, les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur ont créé, en 2018, un service sanitaire qui s'adresse aux étudiants du secteur de la santé. Par le biais d'une formation, les étudiants mènent des actions de prévention des conduites à risque en milieu scolaire (43). Un intervenant qualifié présidant une intervention scolaire est efficace dans la transmission d'information à l'adolescent (41-42).

Dans notre étude, les adolescents souhaitaient une diversification et adaptation des moyens pédagogiques. On retrouve chez les adolescents ce souhait d'avoir de nouvelles méthodes pédagogiques permettant la découverte de la sexualité par l'intermédiaire de jeux de rôles ou de jeux de société et de jeux-vidéos qui est considéré comme plus enrichissant. Ils souhaitent que les cours soient réalisés en groupes mixtes et qu'ils fassent partie intégrante de leur programme scolaire (41).

- Une éducation qui évolue lentement, rythmée par les besoins

L'éducation complète à la sexualité est un moyen efficace de combattre la violence, les abus et la discrimination et de promouvoir le respect de la diversité. On peut notamment citer entre autres, depuis 2007, la Convention du Conseil de l'Europe sur la Protection des Enfants contre l'Exploitation et les Abus Sexuels demande aux États Européens de faire en sorte que les enfants reçoivent, au cours de la scolarité primaire et secondaire, des informations sur les risques d'exploitation et d'abus sexuels, ainsi que sur les moyens de se protéger, adaptées à leur stade de développement.

De la même façon la Convention d'Istanbul prône une éducation sexuelle dès le début de la scolarité en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes avec des rôles non stéréotypés, le respect mutuel, le consentement, la résolution non violente des conflits dans les relations interpersonnelles et le respect de l'intégrité personnelle (21-43-44). Pour des collégiens de Maine-et-Loire, il serait plus approprié de débiter les séances d'éducation sexuelle dès l'âge de 10 ans (41).

Une bonne éducation sexuelle permet d'améliorer les résultats sur le plan de la santé sexuelle et reproductive. L'éducation complète à la sexualité a un impact positif plus général sur les résultats éducatifs, en ouvrant davantage les portes de l'éducation et de la réussite scolaire, en particulier aux filles. Elle favorise aussi la création d'un environnement d'apprentissage sûr et inclusif, exempt de discrimination et de violence. L'éducation complète à la sexualité favorise l'épanouissement et la bonne santé des enfants et des jeunes, leur donnant les moyens de contribuer positivement à la vie de leurs familles et des communautés et des sociétés dans lesquelles ils vivent (21-37).

V.CONCLUSION

L'apprentissage de la sexualité est une étape importante dans le développement de l'adolescent. La sexualité peut être marquée par des complications avec un mal-être physique, émotionnel, mental et social. L'éducation sexuelle permet de limiter ces complications et d'accéder à une sexualité épanouie.

Ce travail de recherche permet de clarifier les modalités d'apprentissage des adolescents en santé sexuelle, et suggère des solutions pour faciliter la transmission d'information entre les adolescents et leurs personnes ressources dans ce domaine.

Il pourrait être pertinent de développer un accompagnement à destination des parents, afin d'améliorer la communication sur la sexualité avec leurs adolescents et briser les fausses croyances. Les médecins généralistes pourraient se saisir de cette fonction de guidance parentale. Étudier les causes de l'asymétrie d'implication des parents dans cette fonction pourraient être informatif.

Un accompagnement et une formation des professeurs et des médecins généralistes semble aussi pertinent pour améliorer leurs compétences en éducation sexuelle. Décloisonner le milieu scolaire et sanitaire permettrait d'augmenter la pertinence des programmes en matière de santé sexuelle. La mise en place d'interventions externes par des intervenants formés dans les établissements scolaires de manière plus précoce et ciblée faciliterait la transmission d'une information de qualité. Aborder de manière positive la sexualité en se focalisant sur les sujets auxquels sont confrontés au quotidien les étudiants comme le consentement, les violences, l'orientation sexuelle, l'identité de genre serait nécessaire. Avec le développement de l'exercice coordonné, on peut espérer une augmentation des actions de prévention avec un temps dédié et rémunéré des professionnels de santé.

L'utilisation de nouveaux moyens d'apprentissages est souhaitée par les étudiants. Leur évaluation est nécessaire afin de sélectionner les interventions les plus pertinentes y compris sur le plan économique. Ces nouveaux outils pourraient permettre d'augmenter l'adhésion et l'efficacité des temps dédiés à l'éducation sexuelle. Créer et recenser les sites internet avec des informations validées pourrait être une ressource fiable et à disposition.

Accompagner les adolescents lors de l'utilisation de ces nouvelles sources d'informations en veillant au développement de leur esprit critique permettra une acquisition progressive de leur autonomie. Ainsi, l'adolescent pourrait devenir acteur et responsable de sa santé sexuelle en se projetant en toute liberté vers son bien-être sexuel.

Lu et approuvé
Toulouse le 22 Mai 2023
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse, le 5 juin 2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. Douglas B. Kirby (Ph.D) - Department of Research, ETR Associates, Scotts Valley, California. Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. *J Adolesc Health*. 1 mars 2007;40(3):206-17.
2. OMS. Santé sexuelle [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2006. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
3. OMS. Santé des adolescents [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
4. INJEP, Amsellem-Mainguy Y. Entrée dans la sexualité : évolution des normes et des pratiques [Internet]. 2019. Disponible sur: https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/05/FR43_sexualité.pdf
5. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Éducation à la sexualité en milieu scolaire [Internet]. education.gouv.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-en-milieu-scolaire-341103>
6. Ministère de la Santé et de la Prévention. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. sante.gouv.fr. 2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
7. Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) [Internet]. [eduscol](http://eduscol.fr) | Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Direction générale de l'enseignement scolaire. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/2277/le-comite-d-education-la-sante-et-la-citoyennete-cesc>
8. Haut Conseil à l'Égalité. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. 2016 juin. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
9. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How Sources of Sexual Information Relate to Adolescents' Beliefs About Sex. *Am J Health Behav*. 1 janv 2009;33(1):37-48.
10. Graugaard CL, Andersen AG, Metz DT, Boisen KA. [Adolescents and sexuality in family practice. A pilot study]. *Ugeskr Laeger*. 7 déc 1998;160(50):7262-5.
11. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Économique*. 2014;LIII(4):67-82.

12. Revue E-Respect. Faire de la recherche qualitative en médecine générale. 06 mars 2014 [Internet]. Disponible sur: https://e-respect.fr/uploads/06_mars_2014b.pdf
13. Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Annuaire pour : Département: Haute-Garonne, Type: Lycée [Internet]. education.gouv.fr. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/annuaire>
14. La lettre du CEDIP. Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information en matière de recueil d'information. Avril 2014 [Internet]. Disponible sur: https://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
15. Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société Université d'Artois, France. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>
16. Gross Claire. ADOLESCENCE : SEXUALITÉ ET CONSENTEMENT Quelles normes déterminent La représentation de la sexualité des adolescent-e-s ? 18 juil 2018 [Internet]. Disponible sur: https://doc.rero.ch/record/323883/files/TB_GROSS_Claire.pdf
17. Alcalde-Guinet B, Stefani P. Connaissances des lycéens à propos de la sexualité. Nîmes, France; 2021.
18. Todaro E, Silvaggi M, Aversa F, Rossi V, Nimbi FM, Rossi R, et al. Les médias sociaux sont-ils un problème ou un outil ? Nouvelles stratégies pour l'éducation sexuelle. *Sexologies*. 1 juil 2018;27(3):150-4.
19. Potier-Robert Pauline. Difficultés d'accès à l'information et à la prescription de la contraception des mineures consultant pour une IVG [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_PotierRobertPauline.pdf
20. IFOP. Les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-jeunes-linformation-et-la-prevention-du-sida-3/>
21. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Campagne nationale d'information sur l'IVG et le droit des femmes à disposer librement de leur corps [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/280915_-_dp_-_campagne_ivg.pdf
22. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Rodine S, Marshall L, Fluhr J, et al. Youth-parent communication and youth sexual behavior: implications for physicians. *Fam Med*. 2006;38(7):500-4.

23. Wilson EK, Dalberth BT, Koo HP, Gard JC. Parents' perspectives on talking to preteenage children about sex. *Perspect Sex Reprod Health*. mars 2010;42(1):56-63.
24. Une éducation sexuelle complète protège les enfants et contribue à rendre la société plus sûre et inclusive - Commissaire aux droits de l'homme - www.coe.int [Internet]. Commissaire aux droits de l'homme. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/commissioner/-/une-%C3%A9ducation-sexuelle-compl%C3%A8te-prot%C3%A8ge-les-enfants-et-contribue-%C3%A0-rendre-la-soci%C3%A9t%C3%A9-plus-s%C3%BBre-et-inclusive>
25. Yaron M, Soroken C, Narring F, Brockmann C, Merglen A. Sexualité et adolescence : liaisons dangereuses ? : Guide des meilleures pratiques pour informer les parents. *Rev Med Suisse*. 18 avr 2018;603:843-8.
26. Baromètre santé 2000 Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2004_PDF/2004_bsj2000_santement.pdf
27. Mélanie Waymel. Thèse : ADOLESCENTE – SEXUALITE – MEDECIN GENERALISTE ATTENTES ET BESOINS QUELLE PLACE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ? 2 juil 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887772/document>
28. Aupetit Delphine. Thèse : Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la contraception avec leur médecin traitant ? 17 décembre 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/dfbdd258-764a-4fb8-b485-dbfbe83c42ad>
29. Salmon Y, Zdanowicz N. INPES - Internet et prévention - Communiquer sur la santé sexuelle en direction des jeunes internautes. déc 2021; Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2011/JASP2011_1dec_Sexualite_13_45_LBluzat.pdf
30. Guse K, Levine D, Martins S, Lira A, Gaarde J, Westmorland W, et al. Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *J Adolesc Health*. 1 déc 2012;51(6):535-43.
31. Pugnère JM. L'orientation sexuelle, facteur de suicide et de conduites à risque chez les adolescents et les jeunes adultes ? : l'influence de l'homophobie et de la victimation homophobe en milieu scolaire [Internet]. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II; 2011. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-00674745>

32. CNS. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes [Internet]. Conseil national du sida et des hépatites virales. 2017. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/prise-en-charge-globale/avis-jeunes-2017/>
33. Société canadienne de pédiatrie. L'orientation sexuelle de l'adolescent: Ce que les parents devraient savoir. Paediatr Child Health. sept 2008;13(7):631-2.
34. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse de médecine, en ligne] [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-2-theseboulestreau.pdf.pdf
35. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
36. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat [Internet]. 2005; Disponible sur: https://medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/221-4-revuepraticien.pdf.pdf
37. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Médicale Suisse [Internet]. 2008; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2008/revue-medicale-suisse-161/la-consultation-avec-un-adolescent-quel-cadre-proposer>
38. Bard AS. Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de la sexualité [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01507682>
39. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfsp.fr/content-page/item/395-enjeux-de-la-consultation-pour-la-premiere-contraception-jeunes-femmes-face-aux-professionnels-de-sante>
40. UNESCO. Regarder la réalité en face : pourquoi faut-il promouvoir l'éducation complète à la sexualité [Internet]. UNESCO. 2019. Disponible sur: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231_fre/PDF/368231fre.pdf.multi
41. Masson E. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/245264/connaissances-besoins-et-attentes-des-adolescents->

42. Maillé G. L'éducation à la sexualité chez les moins de dix-huit ans en soins primaires [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152552>
43. Prévention : intervention d'étudiants en santé dans les écoles et établissements scolaires [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/prevention-intervention-d-etudiants-en-sante-dans-les-ecoles-et-etablissements-scolaires-11546>
44. Nuttall A, Mancini J, Lizin C, Hamzaoui S, Mariotti S, Louesdon H, et al. Multidisciplinary peer-led sexual and reproductive health education programme in France, a prospective controlled-study. BMC Public Health. 1 déc 2022;22(1):2239.
45. Moline-Tavernier E, Poumeyrol D. Évaluation des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle animées par les étudiants sages-femmes auprès de lycéens de Clermont-Ferrand [Internet]. Clermont-Ferrand, France; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01985801/document>
46. Rapport explicatif de la Convention du Conseil de l'Europe sur la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels [Internet]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/16800d3891>
47. La Convention en bref - Convention d'Istanbul Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique - www.coe.int [Internet]. Convention d'Istanbul Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/the-convention-in-brief>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien initial

Pour commencer : demander s'il ou elle préfère le "tu" ou le "vous" avant de commencer.

1 - Questions démographiques :

- Age, sexe, filière de terminale, habitat (appartement, maison, logement social), école privée ou publique, accès internet, mono ou biparentalité, fratries, +/- rapport sexuel (ne pas poser cette question dès le début)
- Combien de cours sur la sexualité as-tu eu ? (/an, collège/lycée). Penses-tu que cela soit suffisant ?

2 - Question brise-glace :

- Quelle est la définition de la santé ? Si réponse partielle, donner la définition en entière : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social"
- Quelle est la définition de la santé sexuelle, sachant qu'il existe de multiples réponses ?

Relances : donner des exemples

Pour nous : Relance : Selon l'OMS : Les questions liées à la santé sexuelle sont très variées et englobent l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'expression sexuelle, les relations et le plaisir. Elles ont également trait à des éléments néfastes ou à des pathologiques telles que : les infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections de l'appareil reproducteur et leurs effets indésirables (comme le cancer et l'infertilité) ; les grossesses non désirées et l'avortement ; les dysfonctionnements sexuels ; la violence sexuelle ; les pratiques néfastes (telles que les mutilations génitales féminines).

3 - Questions sur les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuelle :

5 principales thématiques identifiées dans la littérature : côté mental-émotionnel (désir, amour, relationnel), physique (acte, plaisir, sécurité, etc.), IST, IVG, appartenance du corps/consentement/identité sexuelle.

- Si tu devais séparer la santé sexuelle en grands axes, en grands thèmes, quels seraient-il pour toi ?
- De quelle manière as-tu acquis tes connaissances sur ces thèmes ? (*Essayer d'avoir la réponse pour chacun des thèmes et les aider en citant les thèmes s'il ne les trouve pas*).
- Que connais-tu des droits et des devoirs te concernant et concernant ton/ta partenaire ? Où les as-tu acquis ? (Relancer sur le consentement si non cité)

4- Questions sur les limites d'acquisition des connaissances en santé sexuelle :

- Que penses-tu de tes connaissances sur le sujet de la santé sexuelle ?
 - Quels sont les freins à l'acquisition des connaissances en santé sexuelle pour toi ?
- Relance

5 - Pistes d'améliorations :

- Qu'est-ce qui, selon toi, pourrait améliorer tes connaissances en santé sexuelle ?
- Dans quel contexte serais-tu le plus à l'aise pour approfondir tes connaissances sur la santé sexuelle ? Avec qui ?
- Que penserais-tu d'avoir une consultation dédiée avec votre médecin généraliste ?

ANNEXE 2 : Guide d'entretien final

Pour commencer : demander s'il ou elle préfère le "tu" ou le "vous" avant de commencer.

1 - Questions démographiques :

- Âge, spécialités de terminale, générale ou professionnelle, habitat (appartement, maison, logement social), lycée privée ou publique, accès internet, mono ou biparentalité, fratries.

2 - Question brise-glace :

- Si je te parle de santé sexuelle, qu'est-ce que cela t'évoque ?
Relances : ce sujet est très large, n'hésites pas à me dire ce qu'il te vient à l'esprit.

3 - Questions sur les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuelle :

5 principaux axes : "se connaître soi" : orientation-identité de genre-expression sexuelle, "mental-ressenti" : désir-amour-relationnel-acte, "maladie" : IST- pathologies génitales (infection, cancer, etc.), "appareil reproducteur" : IVG-dysfonction sexuelle, "droit-devoir" : violences sexuelles-consentement

- Prendre les réponses données et compléter si besoin, demander dans un premier temps ce qu'ils savent sur cela puis où ont-ils acquis ces connaissances.

- (Relance) Prendre ensuite les autres thèmes non cités et leur demander que connaissent-ils dessus ? Puis de quelle manière ont-ils acquis leurs connaissances dessus ?

- Relance sur les autres sources d'informations que l'on imagine et qui n'ont pas été citées.

4- Questions sur les limites d'acquisition des connaissances en santé sexuelle :

- Que penses-tu de tes connaissances sur le sujet de la santé sexuelle ? Pourquoi penses-tu cela ?

- Quels sont les freins à l'acquisition des connaissances en santé sexuelle pour toi ?
Pourquoi penses-tu cela ?

Relancer

5 - Pistes d'améliorations :

- Qu'est-ce qui, selon toi, pourrait améliorer tes connaissances en santé sexuelle ?
- Où serais-tu le plus à l'aise pour approfondir tes connaissances sur la santé sexuelle ? Avec qui ?
- Est-ce qu'il y a une relation de confiance avec ton médecin généraliste ? Le vois-tu souvent ? As-tu déjà consulté seul(e) avec lui ? Que penserais-tu d'avoir une consultation dédiée avec ton médecin généraliste ? Plutôt en présentiel ou téléconsultation ? Seul(e) ou accompagné(e) ? Vers quel âge ?

6- Est-ce que tu as des choses à rajouter ou sur lesquelles tu souhaites revenir ?

ANNEXE 3 : Extrait d'un entretien intégral

Entretien réalisé à 13h00 le 18/11/2022 dans un bureau de l'infirmierie du lycée, nous étions seuls tous les deux. Enregistré à l'aide du dictaphone du téléphone.

Chercheur : A propos des maladies sexuellement transmissibles, qu'est-ce que tu sais sur ça ?

E13 : Euh beh on sait qu'il y a des maladies sexuellement transmissibles, si par exemple il n'y a pas de protection du cote de l'homme ou de la femme, je parle bien sûr du SIDA, on l'apprend aussi en SVT ou alors les parents nous expliquent si on pose la question.

Chercheur : Toi t'en as parlé avec tes parents ?

E13 : Oui parce que je me rappelle j'avais vu un film ou le personnage il est atteint du SIDA, et je me rappelle j'avais demandé à mes parents qu'est-ce que c'était et là du coup ils m'avaient expliqué toute la ... comment ça se transmet, que c'était une maladie pas encore guérissable.

Chercheur : Ok d'autres sources d'information ?

E13 : Non à part juste les cours qui nous apprend un peu plus voilà.

Chercheur : Ok. Après, dans la santé sexuelle, y'a tout ce qui touche à la grossesse et l'avortement, qu'est-ce que tu connais là-dessus ?

E13 : Beh y'a pas si longtemps que ça, je raconte un peu ma vie, samedi dernier j'ai mon neveu qui est nait, ça y est, du coup beh j'ai un peu vu comment la grossesse de ma belle-sœur se passait, ça s'est bien passé pas de complication. L'avortement pour en parler je pense que c'est une décision que se fait entre l'homme et la femme, c'est à eux de choisir s'ils doivent garder l'enfant pas puis voilà. J'suis pas contre ou quoi que ce soit, même pour si par exemple les deux sont d'accord.

ANNEXE 4 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

A LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE MÉDICALE

INFORMATION :

Nous réalisons un projet de thèse pour obtenir le diplôme de Docteur en Médecine, pour cela nous réalisons un travail de recherche portant sur les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuelle.

Ce travail de recherche adopte une approche qualitative ; il est encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de Toulouse et a reçu l'approbation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'étude nécessite la réalisation d'entretiens individuels auprès d'adolescents de Terminale en Occitanie.

Les entretiens sont sur la base du volontariat et durent environ 30 à 45 minutes. Ils sont réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés par un système codé sans jugement. Ils ne seront pas écoutés par des personnes extérieures à l'étude. Tous les entretiens recueillis au cours de l'étude seront anonymisés afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

La participation à ce projet de recherche est volontaire et vous restez libre, à tout moment et quelle qu'en soit la raison, de mettre fin à votre participation.

Les chercheurs : BASTIANELLI Alexandre et PRIN-GUENON Jean

CONSENTEMENT :

Je soussigné(e)(*nom et prénom du sujet*), accepte de participer à l'étude sur les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuelle chez l'adolescent en Terminale en Occitanie.

J'accepte de participer à l'entretien, à son enregistrement et à sa retranscription. J'ai été informé(e) de l'anonymisation des réponses à l'entretien. J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à, le

Nom et signature des investigateurs

Signature du sujet

Bastianelli Alexandre

Prin-Guenon Jean

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e)(*nom et prénom du responsable légal*), accepte que mon fils/fille; participe à l'étude sur les modalités d'acquisition des connaissances en santé sexuel chez l'adolescent en terminale en Occitanie.

J'accepte que mon fils/fille participe à l'entretien, à son enregistrement et à sa retranscription. J'ai été informé(e) de l'anonymisation des réponses à l'entretien. J'ai bien compris que la participation de mon fils/fille à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser que mon fils/fille participe, et je suis libre d'arrêter à tout moment sa participation.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement qu'il/elle participe à la recherche qui lui est proposée.

Fait à, le

Nom et signature des investigateurs

Signature du responsable légal :

Bastianelli Alexandre

Prin-Guenon Jean

ANNEXE 5 : Grille COREQ

EQUIPE DE RECHERCHE ET RÉFLEXION	ITEMS	RÉPONSES
Caractéristiques personnelles	Enquête animateur	Bastianelli Alexandre / Prin-Guénon Jean
	Titre académique	Néant
	Activité	Internes en médecine générale puis médecins remplaçant
	Genre	Hommes
	Expérience et formation	Débutant
Relations avec les participants	Relation antérieur	Aucune
	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Médecin chercheur dans le cadre d'un travail de thèse
	Caractéristiques de l'enquêteur	Médecin
CONCEPTION DE L'ÉTUDE		
Cadre théorique	Orientation méthodologique et théorie	Analyse thématique inspirée de la théorisation ancrée-
Sélection des participants	Echantillonnage	Raisonné sur certains critères / détaillé
	Prise de contact	Téléphone et courriel
	Taille de l'échantillon	13 personnes
	Non-participation	0 retrait
	Cadre de la collecte des données	Lycées en Occitanie
	Présence de non-participant	Aucun
	Description échantillon	Adolescents en terminale
Recueil de données	Guide d'entretien	Semi-dirigé De novo, préalablement testé, adapté en cours d'étude
	Entretien répété	Non
	Enregistrement	Enregistrement audio
	Cahier de terrain	Notes prises pendant et après l'entretien
	Durée	Moyenne de 21 min, minimum 13 minutes et maximum 29 min
	Seuil de saturation	11 participants
	Retours des retranscription	Non retourné aux participants pour correction
ANALYSE ET RÉSULTATS		
Analyse des données	Nombre de personne codant	Deux
	Description de l'arbre de codage	Non
	Détermination des thèmes	A partir des données
	Logiciel	Word et Excel
	Vérification par les participants	Non
Rédaction	Citations présentées	Oui
	Cohérence donnée et résultat	Oui
	Clarté des thèmes principaux	Oui
	Clarté des thèmes secondaires	Oui

ANNEXE 6 : Tableau démographique de l'échantillon

Caractéristiques démographiques	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Âge (en années)	18	19	18	17	18	17
Sexe (F ou H)	F	F	F	F	H	H
Frère ou sœur	non	petit frère	petit frère	grand frère	grande sœur et frère du même âge	frère jumeau
Médecin dans la famille	oui	tante	oui	non		oui
Vie sexuelle débutée	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Accès internet	biparentalité	biparentalité	biparentalité	monoparentalité (mère)	biparentalité	biparentalité
Schéma Familial	public général	public général	public général	public général	public général	public général
Lycée / filière	maison	maison	maison	maison	maison	maison
Lieu de vie	non	non	oui	non	oui	non
Tabou familial ressenti	oui	oui	oui	non	oui	oui
Avoir un/une/des partenaires actuellement	J	J	A	J	A	A
Chercheur ayant réalisé l'entretien	26	26	18	20	20	23
Durée de l'entretien (en minutes)						

Caractéristiques démographiques	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13
Âge (en années)	17	17	18	19	17	18	17
Sexe (F ou H)	F	F	H	F	H	F	H
Frère ou sœur	petit frère	grand frère	grande sœur et petit frère	un petit frère	2 sœurs et 1 frère	2 petites sœurs et 1 grand frère	3 grands frères
Médecin dans la famille	non	non	non	oui	non	non	non
Vie sexuelle débutée	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Accès internet	biparentalité	biparentalité	biparentalité	parents séparés	monoparentalité (mère)	monoparentalité (mère)	biparentalité
Schéma Familial	public professionnel	public général	public général	public général	public professionnel	public professionnel	public professionnel
Lycée / filière	maison	maison	maison	maison	maison	appartement	maison
Lieu de vie	non	oui	oui	non	non	oui	non
Tabou familial ressenti	oui	oui	oui	oui	non	oui	non
Avoir un/une/des partenaires actuellement	J	J	J	J	A	A	A
Chercheur ayant réalisé l'entretien (J ou A)	25	25	17	29	16	17	12
Durée de l'entretien (en minutes)							

Nom, Prénom : Prin-Guénon Jean, Bastianelli Alexandre

Titre : Explorer et comprendre les modalités d'apprentissage de l'adolescent en santé sexuelle.
Toulouse le 19/06/2023

Résumé : L'éducation sexuelle permet l'amélioration de la santé sexuelle. Le bien-être sexuel fait partie intégrante de la santé. L'éducation à la sexualité est multiple. L'objectif de notre travail était d'explorer et de comprendre les modalités d'apprentissage de l'adolescent en santé sexuelle. Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans l'ancienne région Midi-Pyrénées a été menée sur des adolescents en terminale. Ce travail mettait en évidence le souhait des adolescents de développer leurs connaissances en santé sexuelle. Il mettait en avant l'importance de l'éducation scolaire ainsi que la multiplicité des sources d'informations à disposition et leur immédiateté. La santé sexuelle était une notion floue, qui nécessitait d'être éclaircie et dont le VIH était le principal sujet. Le tabou revenait comme un frein central pouvant être affranchi grâce à la prise d'initiative de l'adulte pour ouvrir la discussion, l'interlocuteur et la manière de communiquer. Les parents avaient un rôle clé dans l'apprentissage, bien que très inégal entre les participants et au sein du couple. Le médecin généraliste était un interlocuteur privilégié et compétent pour la transmission du savoir concernant l'éducation à la sexualité. Il pourrait être pertinent de développer un accompagnement à destination des parents afin d'améliorer la communication sur la sexualité avec leurs adolescents. Avec le développement de l'exercice coordonné, décloisonner les milieux scolaire et sanitaire permettrait d'augmenter la pertinence des programmes d'éducation à la santé sexuelle en intégrant les professionnels de santé dans le cadre de mission de santé publique. Accompagner les adolescents en veillant au développement de leur esprit critique permettrait leur autonomisation progressive afin de les rendre acteurs et responsables de leur santé sexuelle en se projetant en toute liberté vers un bien-être sexuel.

Abstract : Sex education improves sexual health. Sexual wellbeing is an integral part of health. Sex education is varied. Our work's objective was to explore and understand the learning methods of adolescents in sexual health. A qualitative study by semi-directed interviews in the former Midi-Pyrénées region was carried out on adolescents in the final year. This work showed the desire of adolescents to develop their knowledge of sexual health. It highlighted the importance of school education as well as the multiplicity of sources of information available and their immediacy. Sexual health was a fuzzy concept, which needed to be clarified and of which HIV was the main subject. The taboo came back as a central brake that could be freed thanks to the initiative of the adult to open the discussion, the interlocutor and the way of communicating. The parents had a key role in the learning, although very unequal between the participants and within the couple. The general practitioner was a privileged and competent interlocutor for the transmission of knowledge concerning sex education. It could be relevant to develop support for parents in order to improve communication on sexuality with their adolescents. With the development of coordinated exercise, decompartmentalising school and health environments could increase the relevance of sexual health education programs by integrating health professionals into the framework of public health missions. Supporting adolescents by ensuring the development of their critical thinking could gradually empower them in order to make them actors and responsible for their sexual health by projecting themselves freely towards sexual wellbeing.

Mots clés : adolescents, sexualité, prévention, éducation sexuelle.

Keywords : teenagers, sexuality, prevention, sex education.

Discipline administrative : Médecine générale

UFR : Faculté de Médecine Rangueil 133 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 04 France

Directeur de thèse : Dr. Sandra COSTE