



HAL
open science

Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant : impacts sur la contraception et la sexualité

Élodie Rouzier

► **To cite this version:**

Élodie Rouzier. Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant : impacts sur la contraception et la sexualité. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00711665

HAL Id: dumas-00711665

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00711665>

Submitted on 25 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

ROUZIER Elodie

NEE LE 27 MARS 1984 A DREUX (28)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 MAI 2012

**LES ADOLESCENTES SEINOMARINES, LEUR MILIEU
ENVIRONNANT, LEUR MEDECIN TRAITANT : IMPACTS SUR
LA CONTRACEPTION ET LA SEXUALITE**

PRESIDENT DE JURY: Pr. VERSPYCK

DIRECTRICE DE THESE : Dr. YRLES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET
H.PIGUET- c.THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-
GUITRANCOURT-
M. BENOZIO - J.BORDE – Ph. BRASSEUR-
R. COLIN -E. COMOY – J. DALION -
P.DESHAYES - C.FESSARD J.P
FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER -
J.HEMET- B. HILLEMAND – G.HUMBERT -
J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph.
LAURET - M. LE FUR - J.P.LEMERCIER -
J.P LEMOINE - Mlle MAGARD –MM. B.
MAITROT - M. MAISONNET - F.MATRAY –
P. MITROFANOFF-Mme A.M. ORECCHIONI
- P.PASQUIS - H.PIGUET -M.SAMSON –
Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C.SCHRUB-
R.SOYER – B.TARDIF - TESTART -
J.M.THOMINE – C.THUILLEZ-P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CPMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie

M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET Interne - Gériatrie	HB	Thérapeutique/Médecine
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale

Mme Priscille GERARDIN	HCN Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN Chirurgie Infantile
M. Bertrand MACE	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique

M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN Ophtalmologie
M. Philippe MUsETTE	HCN Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN Médecine légale
M. François PROUST	HCN Neurochirurgie

Mme Nathalie RIVES	HCN Biologie et médecine du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMANE	HCN Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN Hépto-Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique

Mme Muriel QUILLARD	HCN Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN Anatomie
M. Eric VERIN	HCN Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M. Thierry LEQUERRE	HB Rhumatologie
---------------------	-----------------

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR Anglais
Mme Michèle GUIGOT	UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON (Délégation)	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique

Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBERG UFR Médecine Générale

M. Alain MERCIER UFR Médecine Générale

M. Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine Générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

1. LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT
Minérale

Chimie Générale et

M. Thierry BESSON

Chimie thérapeutique

M. Roland CAPRON

Biophysique

M Jean CHASTANG

Mathématiques

Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB

Législation, Economie de
la Santé

Mlle Elisabeth CHOSSON

Botanique

M. Jean COSTENTIN

Pharmacodynamie

Mme Isabelle DUBUS

Biochimie

M. Loïc FAVENNEC

Parasitologie

M. Michel GUERBET

Toxicologie

M. Olivier LAFONT

Chimie organique

M. Jean-Louis PONS

Microbiologie

Mme Elisabeth SEGUIN

Pharmacognosie

M. Mohamed SKIBA

Pharmacie Galénique

M. Marc VASSE

Hématologie

M. Philippe VERITE

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH

Biochimie et biologie
moléculaire

(Unité Inserm 905)

Mme Gaelle BOUGEARD-DENOYELLE

Biochimie et biologie
moléculaire

(Unité Inserm 614)

M. Antoine OUVRARD-PASCAUD

Physiologie

(Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI

Biochimie et biologie moléculaire

M. Serguei FETISSOV

(Unité Inserm 614)

Mme Su RUAN

Physiologie (Groupe ADEN)

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Je remercie tout d'abord les Pr Czernichow, Pr Gerardin et Dr Yrles d'avoir accepté de juger mon travail et le Pr Verspyck de le présider. J'en suis très honorée et touchée.

Merci Jeanne Claire de m'avoir soutenue tout au long de ce travail qui te porte à cœur tout autant qu'à moi. Je crois que je ne saurais que trop te remercier pour m'avoir poussée à devenir médecin généraliste. Je fais le métier qui me plait et où je m'épanouis, n'est-ce pas là le principal ?

Merci à tous ceux et celles qui ont rendu ce travail possible, par votre disponibilité et votre implication :

- *Lycée Claude Monet du Havre : Mme Cherfils (infirmière scolaire), M. Aucomte (proviseur)*
- *Lycée Jules Le Cesne du Havre : Mme Filbien (infirmière scolaire), M. Sanson (proviseur)*
- *Lycée de la Côte d'Albâtre de Saint Valéry en Caux : Mme Chambort (proviseur), l'infirmière scolaire*
- *Lycée du Golf de Dieppe : Mme de Reviers (infirmière scolaire), Mme Lan Sun Luk (proviseur)*
- *Lycée Brassens de Neufchâtel en Bray : Mme Bance (infirmière scolaire), Mme Parmentier (infirmière scolaire), Mme Esquerre (proviseur)*
- *Lycée Jeanne D'arc de Rouen : Mme Met (médecin scolaire), M. Nédelec (proviseur)*
- *Lycée Palissy de Maromme : Mme Met (médecin scolaire), Mme Paon (proviseur)*

*Merci au Dr Delcourt de la PMI de Louviers de m'avoir accueillie, aux
médecins et sages femmes du centre hospitalier de Dieppe d'avoir
confirmé mon intérêt pour la gynécologie, aux docteurs Longueville, Bance
et Chapet de m'avoir formée à la médecine générale.*

Merci à toi, Pierre, mon chéri d'avoir toujours été là pour me soutenir tout au long de ces années. Que de bonheur d'être à tes côtés chaque jour. Je t'aime.

Merci à mes parents et mon frère d'avoir été là depuis le début, de m'avoir poussée à réaliser mes rêves et d'avoir relu et corrigé avec attention mon travail. Je ne vous remercierais jamais assez.

Merci à mes amis d'avoir été là dans les bons et mauvais moments. Vous êtes un soutien indispensable.... Merci Alice pour ta relecture attentive.

Abréviations :

- **ANES** : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **INPES** : institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- **INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques
- **IVG** : interruption volontaire de grossesse
- **OMS** : organisation mondiale de la santé
- **ORS** : observatoire régional de la santé
- **PMI** : protection maternelle et infantile

Les adolescentes
seinomarines, leur milieu
environnant, leur médecin
traitant : Impacts sur la
contraception et la
sexualité.

SOMMAIRE

1	Introduction	1
2	Matériels et méthodes	6
2.1	Sélection des villes et lycées.....	6
2.2	Le questionnaire.....	6
2.3	Les lycées	8
2.4	Le recueil et l'analyse des données	9
3	Résultats	10
3.1	Les caractéristiques de l'échantillon : analyse de la première partie du questionnaire	11
3.2	Analyse de la deuxième partie du questionnaire.....	12
3.3	Analyse de la troisième partie du questionnaire	16
3.4	Analyse de la quatrième partie du questionnaire	18
3.5	Analyse de la cinquième partie du questionnaire.....	21
3.6	Analyse de la sixième partie du questionnaire	24
4	Discussion	28
4.1	les limites de la méthode et les biais	28
4.2	La population étudiée	30
4.3	Le taux de réponse	30
4.4	Les prémices de la consultation avec les adolescentes.....	31
4.5	Les prescripteurs	33
4.6	La contraception des 15-18 ans.....	34
4.7	La sexualité des adolescentes.....	37
4.8	Les souhaits des adolescentes.....	39
4.9	Les fausses croyances.....	40

4.10	..... Les sources d'informations : l'école	42
4.11	..... Les sources d'informations : les pairs	43
4.12	..... Les sources d'information : les parents	44
4.13	Les sources d'information : les centres de plannings familiaux	45
4.14	..... Les sources d'information : média, internet, téléphone	46
4.15	..... Les sources d'information : le médecin	46
4.16	..... Les différences de milieu environnant	50
5	Conclusion.....	54
6	Annexe 1 : l'évolution de l'âge des premiers rapports sexuels (4)	59
7	annexe 2: le questionnaire	61
8	annexe 3 : historique de la contraception (43)	66
9	annexe 4 : liste des centres de planification de la seine maritime	70
10	Bibliographie	71

1 INTRODUCTION

L'adolescence est une étape de la vie parfois difficile pour certains êtres humains. Elle est caractérisée par une prise d'indépendance vis-à-vis du monde des enfants et d'une émancipation vers le monde des adultes. Cette prise d'autonomie est régulièrement synonyme de prises de risque (tabac, alcool, fugue, comportements sexuels inappropriés) (14).

L'adolescence est un passage entre l'enfance et l'âge adulte. Il existe plusieurs définitions possibles de l'adolescence. Elles peuvent être somatiques, sociologiques (différence entre diverses tribus ou civilisations) ou psychologiques (25). Si l'on choisit la définition de l'OMS, l'adolescence est la période entre 10 et 19 ans, mais si l'on préfère le point de vue purement somatique et physiologique cette étape du développement se superpose à celle de la puberté (apparition des caractères sexuels secondaires, variations des taux de FSH, LH..).

Parmi les différentes prises de risque entreprises par des adolescents (es) celles sur la sexualité m'interrogent tout particulièrement.

La sexualité des adolescents est un sujet difficilement abordable par la plupart des adultes aussi bien parents, professeurs, infirmières scolaires que médecins. Il existe encore de nos jours, malgré un accès facile à internet, à l'image (notamment pornographique), un certain tabou autour de ce sujet. Pour quelques adultes, la sexualité ne concerne pas encore les adolescents...

Dans une étude de M. Bozon en 1993 (10), il a été montré que certaines caractéristiques du premier rapport étaient prédictives d'attitudes durables envers la sexualité. L'adolescence est en effet une période d'apprentissage, de doute et d'essai qui peuvent marquer le reste de la vie de ces jeunes. Ces expériences peuvent aussi bien être bénéfiques que traumatisantes.

Il existe avant l'accès à la sexualité vraie, une période présexuelle où l'adolescente va apprendre à connaître son corps et ses modifications liées à la puberté (7). La jeune fille commencera aussi à découvrir « l'autre » notamment à travers le premier baiser. Comme le note P. Alvin (1), la vie sexuelle des adolescents une fois amorcée est caractérisée par « un profil irrégulier et sporadique de monogamie en série, sur fond d'histoires amoureuses. »

Dans l'ouvrage de N. Bajos et M. Bozon sur l'enquête de la sexualité en France (7), il est fait état d'un début plus précoce dans la vie amoureuse depuis les années quarante (cf. annexe). L'âge moyen des premiers rapports est estimé de nos jours à 17.2 ans pour les hommes et 17.6 ans pour les femmes. Or une étude de l'ORS Haute Normandie montre qu'un jeune sur quatre a eu son premier rapport avant 15 ans (28). Il faut donc avoir conscience que la sexualité peut débuter de plus en plus tôt et s'y adapter.

La contraception chez les adolescentes questionne forcément sur leur sexualité, sur le pouvoir à être enceinte et sur la nécessité de le contrôler (21) (22) (23). Selon P. Alvin (1) « la contraception à l'adolescence interroge la nature paradoxale d'un adolescent dans nos sociétés, comme la place tout aussi paradoxale faite par la société à ce même adolescent. Elle met également en

question le principe de précocité sous l'angle de sa relativité, tant individuelle que sociale et culturelle. »

En effet de nombreux ouvrages sur les adolescents font référence au désir de grossesse. Les jeunes femmes n'ont pas forcément un désir d'enfant mais souhaitent savoir si elles peuvent procréer. Cette différence réelle entre ces deux désirs est parfois difficilement appréhendable par les parents ou les professionnels de santé. Il faut écouter les desideratas de ces adolescentes les comprendre et les guider car cette période coïncide chez ces jeunes à des moments de flou, de doutes et peuvent engendrer des prises de risques.

Les professionnels des PMI de l'Eure (sages femmes, infirmières, pédiatres, gynécologues) à travers leurs expériences, ont bien compris cette différence et un projet est en cours de réalisation. Celui-ci consiste à informer les jeunes sur ce sujet ainsi que sur celui des grossesses adolescentes et à ouvrir le dialogue. L'information passe par des planches de dessins, des chansons ou des films réalisés par une classe de jeunes filles sur ces thèmes. Par la suite une « troupe » ira dans les différents lycées du département exposer leurs œuvres et discuter avec les adolescentes des autres lycées.

L'adolescente parfois en rébellion avec son entourage se trouve isolée avec ses craintes et ses doutes. Les professionnels de santé peuvent-ils être une aide ? Le souhaitent-elles ?

En 2010, il y a eu 217000 IVG en France dont 150000 chez des mineures et quatre grossesses sur cinq chez les adolescentes sont interrompues. 72% des femmes qui ont recours à l'IVG étaient sous contraception.

Pour certaines jeunes femmes l'accès à la maternité est un échappatoire aux soucis de la vie familiale ou à un échec scolaire, mais pour la population générale une grossesse chez une mineure est un échec de contraception ou au moins d'informations sur celle-ci. Il existe dans notre société un « devoir contraceptif » et il semble que parfois une distinction trop importante soit faite entre la sexualité et la procréation.

Cette prise en charge globale de l'adolescente avec ses interrogations, ses souhaits, son ambivalence certaine vis-à-vis de la sexualité et de la contraception nécessite du temps, de l'attention et une certaine connaissance des adolescents et de leur fonctionnement. Trois catégories de professionnels sont concernées par les adolescentes : les pédiatres, médecins généralistes et gynécologues.

L'adolescence correspond à une période floue où la personne change de statut sans pour autant avoir une liberté complète de ses actes. Cette période peut être difficilement gérée par le médecin généraliste et / ou le pédiatre qui suit cet individu depuis de très nombreuses années. Certains professionnels sont mal à l'aise vis-à-vis des adolescents et ne cherchent pas à rentrer dans le « monde » de leur patient qui grandit.

De la naissance à 20 ans les enfants et adolescents représentent 25 % de la population française en 2007, selon l'INSEE. Leur prise en charge est donc un objectif important de santé publique. La patientèle d'un médecin généraliste compte entre 10 à 25 % d'enfants âgés de moins de 16 ans (36). Notre région, la Haute-Normandie est la plus jeune de France avec 32.4% de moins de 25 ans (42).

Lors de mon stage chez les praticiens, à la planification familiale et dans le service de gynécologie du centre hospitalier de Dieppe, j'ai réalisé qu'un nombre certain de jeunes filles mineures consultaient pour des débuts de grossesse ou par peur d'être enceinte suite à une utilisation médiocre ou absente de leur contraception.

Les adolescents et notamment les jeunes filles se trouvaient en difficulté pour parler de sexualité, de contraception, et de désir de grossesse.

Chez les différents médecins généralistes, les sujets de la sexualité et de la contraception n'étaient que très rarement abordés.

Est-ce par une certaine pudeur de la part des jeunes filles ou de leur médecin ou par une attention moindre des praticiens vis-à-vis de ces sujets, que les thèmes de la contraception et de la sexualité ne sont pas abordés avec les adolescentes ?

Devant ce constat, je me suis interrogée sur la place réelle du médecin traitant dans la prise en charge de la contraception et de la sexualité des adolescentes. Je me suis intéressée aux désirs des adolescentes sur leur relation avec leur médecin traitant.

Le médecin traitant étant considéré comme un professionnel de santé privilégié de la prise en charge des adolescents(es), j'ai voulu savoir si les adolescentes le voyaient comme tel sur ces sujets, et si la place qui lui était attribuée variait en fonction du milieu environnant.

En objectif secondaire, nous nous intéresserons au parcours contraceptif des jeunes filles et évaluerons la persistance de certaines fausses croyances.

2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

J'ai réalisé une étude quantitative et descriptive de la place du médecin traitant dans la prise en charge des adolescentes de 15 à 18 ans, sur les thèmes de la sexualité et de la contraception, en fonction de leur milieu environnant en Seine Maritime.

2.1 SÉLECTION DES VILLES ET LYCÉES

Pour ce faire j'ai ciblé des lycées généraux technologiques et professionnels dans des milieux urbains, semi urbains et ruraux de la région.

Mon choix s'est effectué en fonction des villes représentatives de ces différentes zones où l'offre scolaire permettait de retrouver les trois types de filières.

J'ai ainsi sélectionné les villes de Rouen, Le Havre, Dieppe, Neufchâtel en Bray et Yvetot. Les lycées privés sont exclus de l'étude car la population de ces établissements peut être sélectionnée.

Les milieux urbains sont représentés par les villes de Rouen et du Havre, le milieu semi urbain par Dieppe et le milieu rural par Neufchâtel en Bray et Yvetot.

2.2 LE QUESTIONNAIRE

J'ai réalisé un questionnaire ciblé sur le point de vue des adolescentes. Ce questionnaire est totalement anonyme, il comporte neuf questions et demande un temps de réponse d'environ vingt minutes. Le questionnaire était directement ramassé après le temps imparti.

Il se décompose en plusieurs parties.

- Une première faisant état de leur âge, de leur classe, du nom de leur établissement, et de l'existence ou non d'un médecin traitant.
- Une deuxième permettant d'évaluer l'état de la prise en charge actuelle de la sexualité et de la contraception par le médecin.
- Une troisième sur la prise de contraceptifs et leur prescripteur.
- La quatrième partie permet de faire le point sur les connaissances de la contraception et de la sexualité de ces jeunes.
- La cinquième partie donne la possibilité aux jeunes filles de classer leurs sources de connaissances sur ces deux thèmes.
- La sixième partie sur leur souhait de prise en charge par leur médecin traitant et leur vision de cette relation (questionnaire joint en annexe).

Suite à la réalisation de ce questionnaire, j'ai contacté par téléphone les proviseurs des différents lycées soit dix au total. Après une première approche téléphonique, j'ai adressé un mail comprenant le but de mon étude et un exemplaire de mon questionnaire afin que les proviseurs puissent récupérer l'approbation des infirmières scolaires et des parents d'élèves. Par la suite, des créneaux horaires m'ont été réservés dans la plupart des lycées.

2.3 LES LYCÉES

Pour Rouen, grâce à ma rencontre avec le Docteur Françoise Met, médecin scolaire, j'ai pu accéder au lycée général et technologique Jeanne D'arc à Rouen centre et au lycée professionnel Palissy de Maromme. Il n'existe pas de lycée professionnel sur la commune de Rouen même. Au lycée Jeanne d'arc des créneaux horaires spécifiques n'ont pu être trouvés. La distribution et la récupération des questionnaires ont eu lieu par mon intermédiaire, lors des interours, sans classe précise. Au lycée Palissy, les dates et horaires ont été planifiés par la proviseur et la proviseur adjointe après concertation des professeurs concernés, la distribution et la collecte ont été faites par le Docteur Met et moi-même.

A Dieppe, la distribution a été planifiée par l'infirmière scolaire en accord avec les professeurs au lycée polyvalent du golf (lycée professionnel et technologique). La remise des questionnaires et le ramassage ont été réalisés par l'infirmière scolaire et moi-même. Le lycée général et technologique Jehan Ango de Dieppe n'a pas souhaité donner une suite favorable à notre requête, c'est pourquoi nous avons demandé au lycée de la côte d'albâtre à saint Valéry en Caux (35 km de Dieppe). Nous avons eu une réponse favorable de la part de ce lycée général et technologique. Dans ce lycée, l'emploi du temps a été fait par madame le proviseur et l'infirmière scolaire. La distribution et le rassemblement des questionnaires ont été faits par l'infirmière scolaire et moi-même.

Au Havre, le lycée Claude Monet général et technologique m'a accueillie. Un amphithéâtre avait été

réservé par l'infirmière scolaire qui m'a aidée au bon déroulement de la passation du questionnaire. Le nombre de jeunes filles présentes étant insuffisant, l'infirmière a continué de proposer mon questionnaire aux jeunes filles de passage à l'infirmierie et présentes à l'internat. Le lycée professionnel Jules le Cesne n'a pas pu me recevoir suite à des difficultés antérieures lors d'accueil de personnes extérieures au lycée, mais l'infirmière scolaire a proposé mon questionnaire aux jeunes filles venant consulter à l'infirmierie et m'a renvoyé les questionnaires remplis sous plis postal.

A Neufchâtel en Bray, il existe un lycée important regroupant les sections générales, technologiques, professionnelles et agricoles. Après une table ronde avec madame le proviseur et les deux infirmières scolaires présentes à plein temps, les questionnaires ont été distribués par l'intermédiaire des infirmières dans les cours, à l'infirmierie et à l'internat. La section agricole a été considérée dans l'étude comme une filière professionnelle. Le retour s'est effectué sous plis postal.

Le lycée polyvalent Raymond Queneau d'Yvetot n'a pu donner une suite favorable à ma demande secondairement à des faits internes imprévus. Du fait de cette impossibilité, le lycée général et technologique Guillaume le Conquérant de Lillebonne a été contacté. Mon accueil dans cet établissement ne pouvant se faire que sur une autre année scolaire, je n'ai pas donné suite à ma demande.

2.4 LE RECUEIL ET L'ANALYSE DES DONNÉES

La distribution et le recueil de données ont eu lieu dans les classes de secondes, premières et terminales. Seules les jeunes filles étaient concernées. Les adolescentes

incluses devaient avoir entre 15 et 18 ans. Toutes celles plus ou moins âgées ont rempli un questionnaire dans un souci de non discrimination mais ceux-ci ont été secondairement éliminés.

Pour les réponses à la question 6, un score a été calculé pour une analyse des données plus simplifiée. Ainsi aux bonnes réponses correspondait un score de 1 et un 0 était attribué aux mauvaises réponses. Le score total est calculé sur 9.

Les réponses ont fait l'objet d'une saisie manuelle dans un tableau Excel version 2007. L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel statistique Epi info version 3.5.3.

Les résultats ont été étudiés en détaillant chaque question et sous question. Les réponses ont été analysées en fonction des différents secteurs, sections, âge des adolescentes et des tableaux avec des variables croisées ont été réalisés. Grâce au logiciel Epi info, 176 tableaux ont été faits. J'ai ensuite recueilli les données, sélectionné et réalisé d'autres tableaux afin que les données soient interprétables et claires.

Les données sont dites « avec une différence significative » si le test du χ^2 a un $p < 0.05$ et cette différence sera d'autant plus significative si $p < 0.001$. Pour l'analyse des résultats croisés comportant des données à la fois quantitatives et qualitatives, un test de Kruskal et Wallis sera réalisé. La différence est significative si $p < 0.05$.

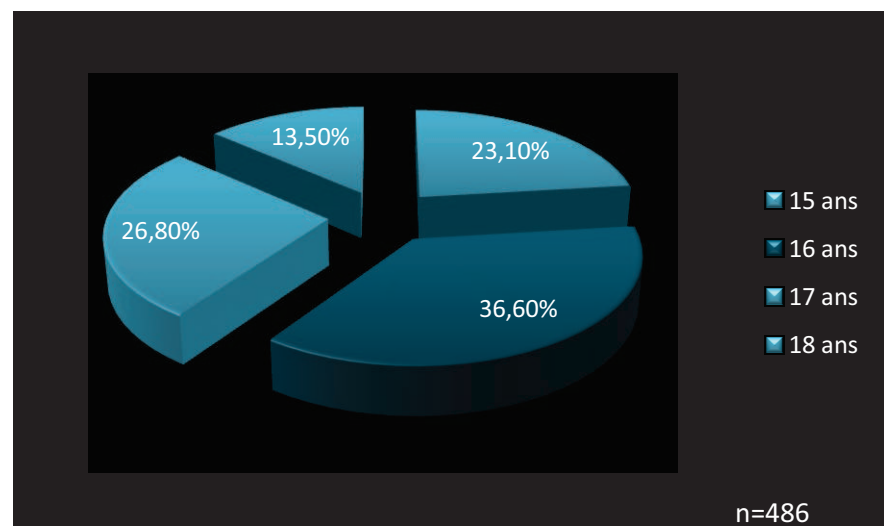
3 RÉSULTATS

486 jeunes filles de 15 à 18 ans ont répondu aux questionnaires dans la période entre le 8 mars 2011 et le 17 avril 2011.

3.1 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON : ANALYSE DE LA PREMIÈRE PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Sur cet échantillon la moyenne d'âge est de 16.3 ans avec un écart type de 0.973.

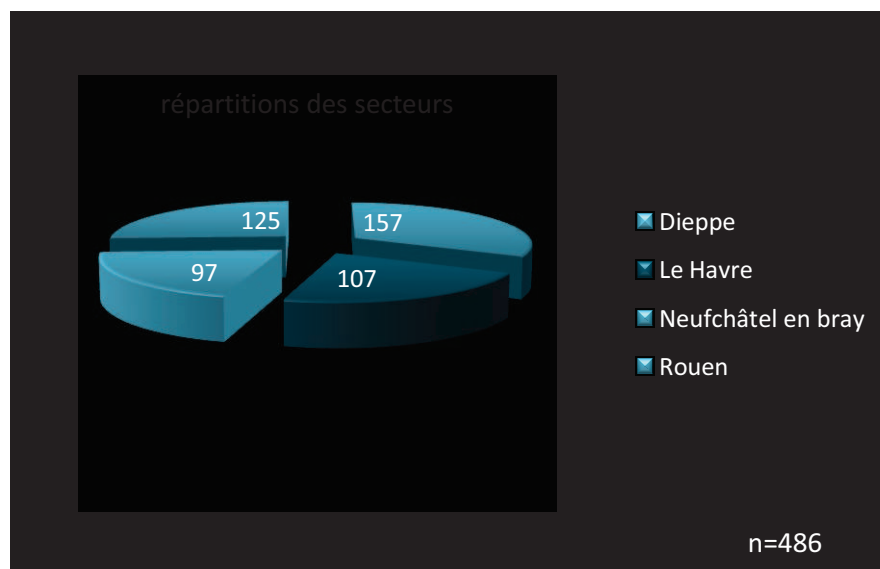
FIGURE 1 RÉPARTITION DES DIFFÉRENTES TRANCHES D'ÂGE :



Les sections générales représentent 50.9%, les technologiques 23.20% et les professionnelles 25.90%.

Parmi les jeunes filles 98.8% ont un médecin traitant.

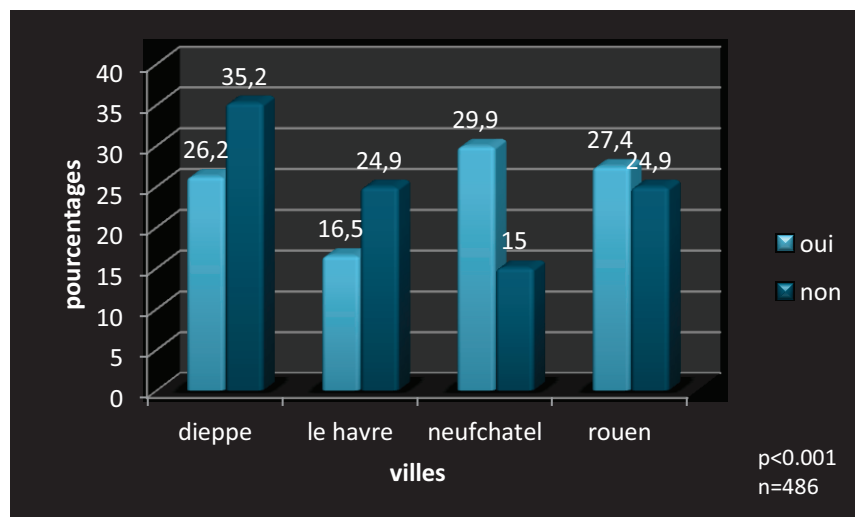
FIGURE 2 RÉPARTITION DES DIFFÉRENTS SECTEURS :



3.2 ANALYSE DE LA DEUXIÈME PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Parmi les jeunes filles interrogées, 321 soit 66.20% déclarent ne pas avoir parlé de sexualité avec leur médecin traitant et 246 soit 51.50% de contraception. Nous avons analysé les différences de réponses à la question « parlez vous de sexualité avec votre médecin traitant ? » en fonction des différents secteurs et sections. Il est à noter que les adolescentes parlent plus de sexualité avec leur médecin traitant à Neufchâtel (29.9%) qu'au Havre (16.5%) ($p < 0.001$) mais qu'il n'existe pas de différence significative entre les différentes sections.

FIGURE 2 AVEZ VOUS DÉJÀ PARLÉ DE SEXUALITÉ AVEC VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE?



Il existe aussi une différence pour la question « avez-vous parlé de contraception avec votre médecin ? » en fonction du lieu d'habitation car parmi les réponses positives, les adolescentes disent en parler plus à Dieppe avec 28.4% contre seulement 21.6% au Havre ($p < 0.05$). Comme pour l'abord de la sexualité, les résultats ne mettent pas en évidence de différence significative en fonction de la section.

Parmi les jeunes femmes qui disent parler de contraception avec leur médecin traitant il n'existe pas de différence significative entre les sections et les secteurs sur la prise d'initiative de la discussion (médecin, les jeunes filles ou les parents).

Chez les jeunes femmes ayant parlé de sexualité avec leur médecin il n'existe pas de différence en fonction des secteurs sur la prise d'initiative par contre il existe une prise plus forte de la parole des jeunes filles de sections

générales 35.5% versus 31.6% pour les professionnelles (p<0.05).

Parmi les jeunes filles 23.6% IC à 95% [19.90; 27.70] ont répondu positivement à la question : « Votre médecin généraliste réalise t-il votre suivi gynécologique? ». Les jeunes filles de filières générales sont plus suivies par leur médecin généraliste d'un point de vue gynécologique (39.8%) comparées aux adolescentes en filières technologiques (29.6%) ou professionnelles (31%) (p<0.05) et celles-ci consultent plus en milieu rural soit à Neufchâtel 30.1% qu'au Havre 16.8% (p<0.05).

Les jeunes femmes de filières générales se démarquent significativement par rapport aux autres quant aux raisons de leur non suivi par leur médecin généraliste. Ainsi elles sont 56.9% à ne pas voir l'utilité d'un suivi par leur médecin, 61.5% à penser que leurs parents seront avertis et 56.4% à se sentir mal à l'aise.

L'absence de suivi par le médecin traitant pour un motif financier est citée par 54.4% des jeunes filles du Havre ce qui est largement supérieur à Neufchâtel 9.1% (p<0.05) et 40% des havraises se sentent mal à l'aise vis-à-vis de leur généraliste par rapport aux neufchâteloises qui sont 14.4% (p<0.001).

TABLEAU 1 QUELLES SONT LES RAISONS D'ABSENCE DE SUIVI PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

question	frais importants?	trop importants?	pas de suivi	désir	vous pensez que vos parents seront avertis	vous sentez à l'aise	vous mal	
section	non	oui	non	oui	non	oui	non	Oui
générale	130	5	81	99	98	48	81	101
% Ligne	96,3	3,7	45	55	67,1	32,9	44,5	55,5
% Col	48,5	45,5	43,5	56,9	44,1	61,5	44	56,4
professionnelle	71	2	50	35	59	20	50	42
% Ligne	97,3	2,7	58,8	41,2	74,7	25,3	54,3	45,7
% Col	26,5	18,2	26,9	20,1	26,6	25,6	27,2	23,5
technologique	67	4	55	40	65	10	53	36
% Ligne	94,4	5,6	57,9	42,1	86,7	13,3	59,6	40,4
% Col	25	36,4	29,6	23	29,3	12,8	28,8	20,1
TOTAL	268	11	186	174	222	78	184	179
% Ligne	96,1	3,9	51,7	48,3	74	26	50,7	49,3
% Col	100	100	100	100	100	100	100	100
probabilité	p= 0,6585		p=0,0403		p=0,0072		p=0,048	

Chez les patientes jeunes qui se font suivre gynécologiquement par leur médecin traitant 39.3% le font pour la contraception chez celles de section générale contre 29.9% en filière technologique ($p < 0.05$). Sur la totalité des réponses, toutes sections confondues et sans différence, il n'y a que sept personnes qui se sont fait prescrire la pilule du lendemain par leur médecin de famille, cinq se font suivre dans un contexte d'interruption volontaire de grossesse et trois pour un

suivi de grossesse. Il n'existe aucune différence significative entre les différentes raisons des suivis en fonction du lieu d'habitation.

3.3 ANALYSE DE LA TROISIÈME PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Au sein de la population étudiée, 265 jeunes filles possèdent un moyen contraceptif soit 54.5%. A 15 ans 27% ont une contraception et à 17 ans 75.2%.

Il existe une plus forte utilisation de contraception à Dieppe (32.3%) que dans les autres villes : Le Havre 18.9%, Neufchâtel 24.9%, Rouen 24.9% ($p < 0.05$). Cette diversité d'utilisation s'observe aussi dans les diverses sections, parmi les jeunes filles en professionnel 63.2% ont une contraception contre 44.7% en général et 66.1% en technologique ($p < 0.001$).

Si on se préoccupe du type de contraception utilisé par les jeunes filles, nous retrouvons une majorité de pilule (79.9%), de préservatif (39.1%), d'implant (3.10%), de retrait (0.1%) et aucune n'utilise ni l'anneau, ni le patch, ni le stérilet ni d'autres méthodes contraceptives. Il n'existe pas de préférence d'un moyen contraceptif en fonction du niveau scolaire ni en fonction du milieu d'habitation.

FIGURE 3 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION PAR ÂGES

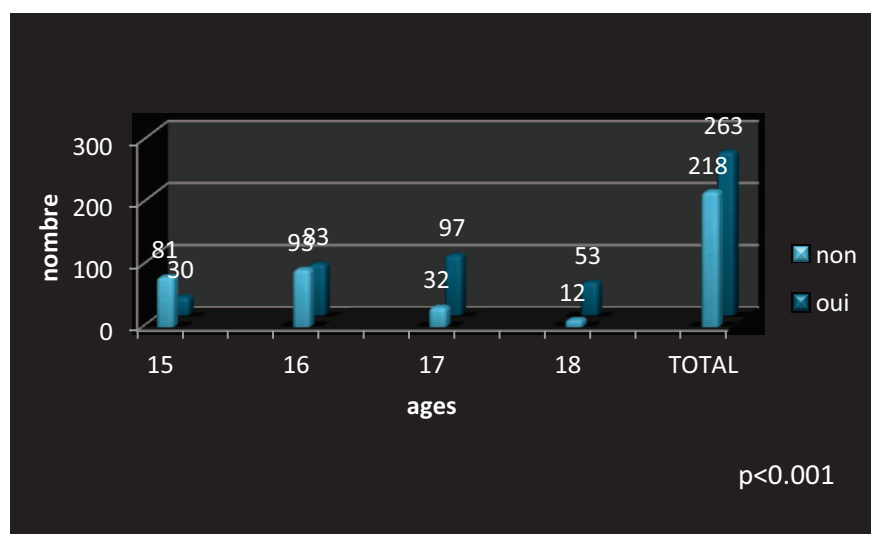


TABLEAU 2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION EN FONCTION DES SECTIONS

Sections	Non	Oui	TOTAL
générale	136	110	246
% Ligne	55,3	44,7	100
% Colonne	61,8	41,8	50,9
professionnelle	46	79	125
% Ligne	36,8	63,2	100
% Colonne	20,9	30	25,9
technologique	38	74	112
% Ligne	33,9	66,1	100
% colonne	17,3	28,1	23,2
TOTAL	220	263	483
% Ligne	45,5	54,5	100
%colonne	100	100	100

$P < 0.001$

Parmi les jeunes femmes n'utilisant pas de contraception 44.40% se trouvent trop jeunes, 81.7% n'ont pas de rapports, 33.1% ont des rapports sexuels peu fréquents, 5.2% invoquent un prix excessif, 24.8% ont peur d'être découverte par leur parents, 15.4% ne savent pas à qui

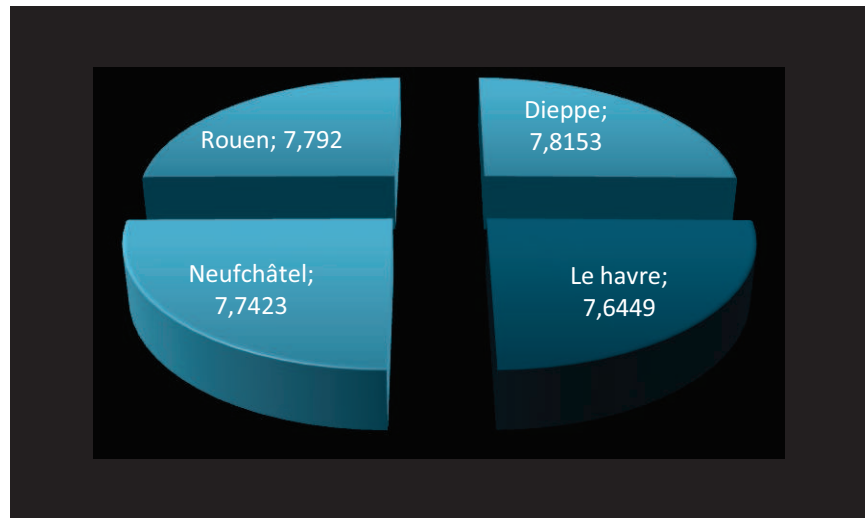
la demander et 20.5% n'osent pas la demander à leur médecin traitant.

Sur les jeunes filles interrogées qui prennent une contraception soit 265 adolescentes : 139 (57.2%) ont une contraception prescrite par leur médecin généraliste, 17 par un autre médecin généraliste (7%), 48 par un gynécologue (19.8%) et 29 (11.9%) par un professionnel de la PMI. Il n'existe pas de différence significative au niveau de la préférence d'un prescripteur en fonction de la catégorie socioprofessionnelle ni en fonction du lieu d'habitation.

3.4 ANALYSE DE LA QUATRIÈME PARTIE DU QUESTIONNAIRE

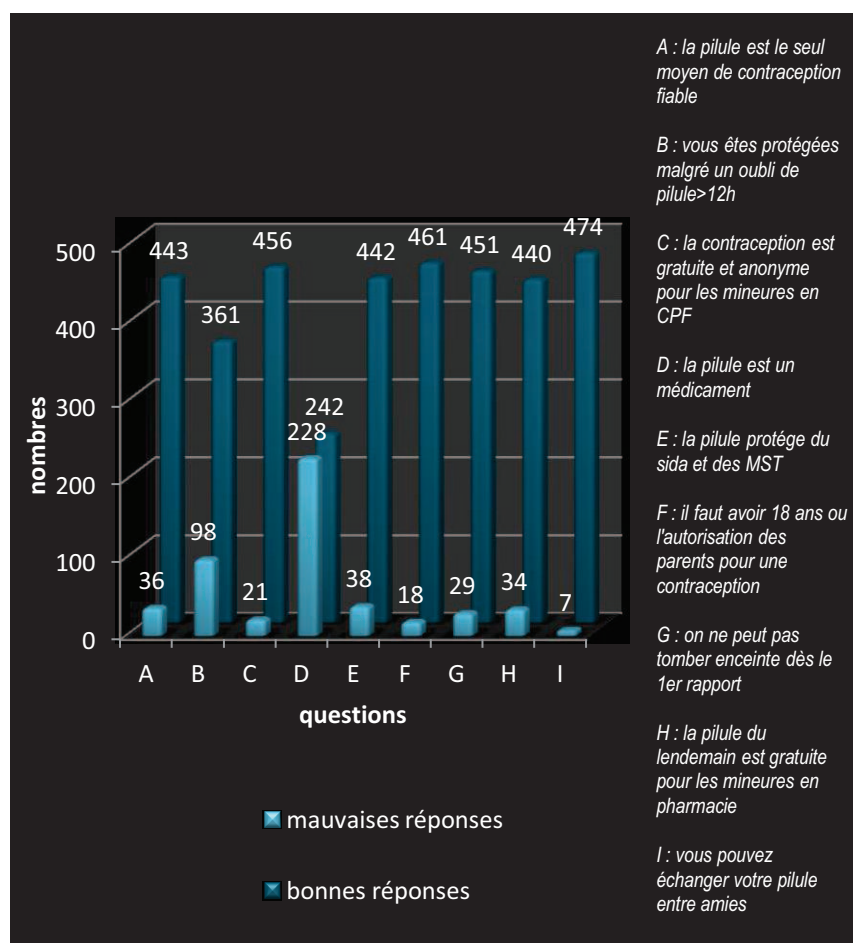
La moyenne du score pour la question 6 faisant état des connaissances est respectivement de 7.7846 +/-1.2545 pour la filière générale, de 7.656+/- 1.2055 pour le technologique et de 7.8036+/- 0.8988 pour le professionnel. Il n'existe donc pas de différence significative ($p=0.2902$ par le test de Kruskal Wallis) sur le niveau de connaissance en fonction des premiers prescripteurs. Le score minimum est de 2, le maximum de 9 et le score médian de 8.

FIGURE 4 LE SCORE MOYEN À LA QUESTION 6 EN FONCTION DES SECTEURS



Il n'existe pas de différence significative du taux de réussite à la question 6 en fonction du secteur de résidence ($p=0.77$ test de Kruskal Wallis). Il n'y a pas non plus de différence en fonction de l'âge des adolescentes ($p=0.32$).

FIGURE 5 ÉTATS DES LIEUX DES RÉPONSES À LA QUESTION 6



Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le taux de bonnes et de mauvaises réponses et le lieu d'habitation. Par contre il y a une différence en fonction des sections. En effet 13.1% des sections professionnelles ont faux à la question « *la pilule est le seul moyen de contraception* » contre 4.9% des jeunes filles en filière générale ($p < 0.05$). Pour la question « *la pilule est un médicament* » parmi les adolescentes ayant mal répondu 29.2% sont de filière technologique, 23% de professionnel et 47.8% de général ($p < 0.05$). Pour les autres sous-questions il n'y a pas de différence significative mise en évidence.

Parmi celles dont la première contraception a été prescrite par leur médecin généraliste la moyenne est de 7.92 (+/- 0.90), 7.76(+/-0.90) pour celles dont le premier prescripteur est un autre médecin généraliste, 7.82 (+/- 1.04) lorsque celle-ci a été prescrite par un gynécologue et 7.96+/-0.96 par un professionnel de la planification familiale. La médiane des réponses pour tous les prescripteurs est à 8. Donc quelque soit le premier prescripteur le niveau de connaissances est le même.

3.5 ANALYSE DE LA CINQUIÈME PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Nous avons demandé dans cette partie aux jeunes filles de classer leurs sources d'informations sur les sujets de la sexualité et de la contraception. 1 correspond à la meilleure source, 9 à la plus mauvaise.

TABLEAU 3 CLASSEMENT DES SOURCES D'INFORMATION

	sexualité			contraception		
	moyenne	écart type	médiane	moyenne	écart type	médiane
média	4,93	1,99	5	4,99	2,04	5
internet	4,24	1,91	4	4,56	1,8	5
amis	2,58	3,02	2	3,12	1,69	3
parents	3,87	3,15	3	3,52	2,88	3
scolarité	3,36	1,94	3	3,34	3,28	3
médecin généraliste	4,86	2	5	4,33	2,27	4
centre de planification familiale	5,97	2,03	7	5,72	2,17	6
fils jeunes	7,45	1,61	8	7,52	1,47	8
autre	7,55	2,09	9	7,7	2,02	9

Pour 49.9% des jeunes filles en filière générale le médecin traitant a une place de 1 à 5 comme source d'information sur la sexualité et 57.6% donnent un rang de 1 à 5 pour la contraception. Il existe une différence significative ($p < 0.05$) en ce qui concerne la place attribuée comme source d'information en terme de

sexualité en fonction des sections. Cette spécificité n'est pas retrouvée pour la contraception. Ainsi en professionnel 71.2% des jeunes filles classent le médecin traitant de 1 à 5 pour la sexualité (76.1% pour la contraception) et en technologique 63% donnent un rang de 1 à 5 pour la sexualité (71.1% pour la contraception). Ces différences ne sont pas influencées de façon significative par le lieu d'habitation.

La place moyenne du médecin traitant comme « source d'information » est de 5.32 (+/-1.89) pour celles qui n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin alors qu'elle est de 3.96 (+/- 1.90) pour les jeunes filles qui ont déjà abordé le sujet de la sexualité avec leur médecin. Il existe une différence hautement significative ($p < 0.001$), dans le groupe des jeunes filles ayant déjà parlé de sexualité.

TABLEAU 4 PLACE DU MÉDECIN TRAITANT COMME SOURCE D'INFORMATION SUR LA SEXUALITÉ EN FONCTION DES SECTIONS

	Observations	Total	Moyenne	Variance	Std Dev
général	198	1024	5,1717	4,1023	2,0254
professionnel	104	453	4,3558	4,3091	2,0758
technologique	97	460	4,7423	3,1308	1,7694

P<0.05 test de Kruskal et wallis

De même pour la contraception, l'abord préalable de ce sujet par le médecin traitant fait varier de façon significative sa place comme source d'information ($p < 0.001$). Ainsi la moyenne est de 5.22 (+/- 2.24) pour celles qui n'en ont jamais parlé et 3.44 (+/-1.86) pour les jeunes filles ayant déjà eu des échanges sur la

contraception avec leur médecin. Parmi celles dont le suivi gynécologique est réalisé par leur médecin traitant la moyenne est de 3.52 (+/- 1.92) versus 4.62(+/-2.26) pour les adolescentes qui ne sont pas suivies par leur médecin ($p<0.001$). La place du médecin traitant varie significativement en fonction de la connaissance de l'anonymat par les jeunes filles et du sentiment de préservation de celui-ci. La place du médecin est de 4 (+/-2.12) si elles connaissent le devoir de secret médical contre 5.25 (+/- 2.11) si elles ne le savent pas ($p<0.001$). Cette variation existe de façon similaire si les adolescentes se sentent à l'aise soit 3.9(+/-2.08) contre 4.7(+/-2.18) si c'est l'inverse ($p<0.001$).

Si les jeunes filles sont sous contraception la place du médecin traitant est en moyenne de 3.7 (+/-2.20) contre 5.03(+/-2.09) pour celles qui n'en ont pas ($p<0.001$). Pour les adolescentes qui n'ont pas de contraception et qui ont la crainte de la demander à leur médecin traitant, la place du médecin est en moyenne de 5.55(+/-1.79) contre 4.08 (+/-2.24) pour celles qui ne sont pas effrayées ($p<0.05$).

Pour les adolescentes les trois premiers pourvoyeurs d'informations sur la sexualité et la contraception sont dans l'ordre décroissant les amis, la scolarité et les parents.

3.6 ANALYSE DE LA SIXIÈME PARTIE DU QUESTIONNAIRE

Parmi celles qui n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin traitant 74 soit 23.5% aimeraient que leur médecin aborde ce sujet avec elles OR=3.65 [2.43 ; 5.47] et elles sont 122 à éprouver ce désir en ce qui concerne

la contraception soit 50.4% avec un odds ratio de 3.70 [2.47 ; 5.56].

62.4% des adolescentes aimeraient qu'il y ait des dépliants explicatifs sur la sexualité et la contraception dans la salle d'attente de leur médecin traitant. Il n'existe pas de différence significative de cette tendance en fonction des filières scolaires ni du milieu d'habitation. Cependant nous pouvons objectiver une différence en fonction de l'âge ($p < 0.05$) puisque 50% des 15 ans souhaitent avoir des prospectus à disposition contre 68.8% à 18 ans. Cette augmentation est croissante selon les différents âges de 15 à 18 ans.

67.4% des jeunes filles souhaitent que leurs parents sortent durant la consultation. Il n'existe pas de différence entre les différents milieux socioprofessionnels ou environnementaux ni même en fonction de l'âge. La moyenne d'âge vers laquelle les adolescentes aimeraient être au moins un temps seule avec le soignant durant la consultation est de 15.22 ans avec un écart type de 1.29. Les écarts pour l'âge sont marquants soit de 11 ans à 20 ans. Il n'y a pas de différence entre les sections ou les secteurs. Par contre une différence significative ($p < 0.05$) est mise à jour en fonction de l'âge des adolescentes répondantes. Ainsi 64.7 % des jeunes âgées de 15 ans souhaitent être seules avant l'âge de 15 ans alors que seulement 39% de celles âgées de 18 ans le veulent avant 15 ans.

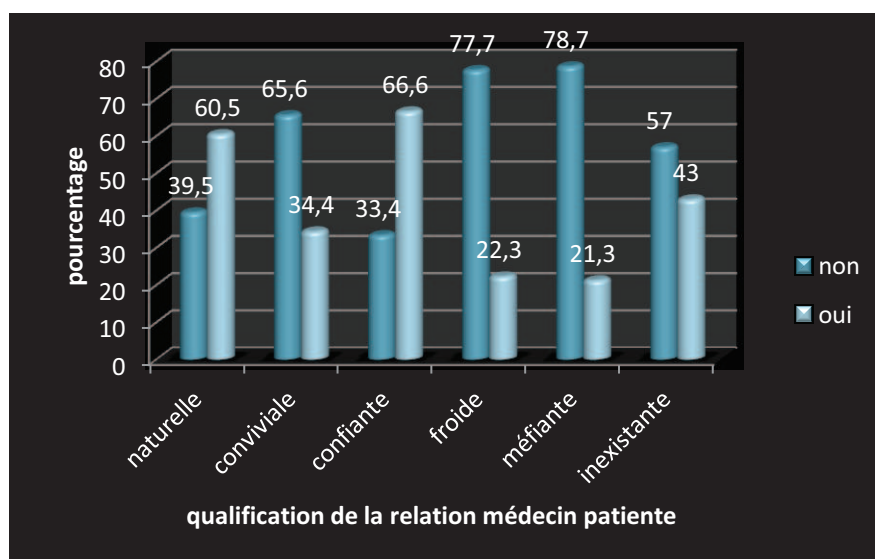
TABEAU 5 AGE SOUHAITÉ POUR ÊTRE SEULE EN CONSULTATION

Age des adolescentes	15	16	17	18	TOTAL
Age souhaité					
11	0	0	0	1	1
% Ligne	0	0	0	100	100
% Col	0	0	0	2,4	0,4
12	2	3	4	0	9
% Ligne	22,2	33,3	44,4	0	100
% Col	3,1	2,9	6	0	3,2
13	4	5	2	0	11
% Ligne	36,4	45,5	18,2	0	100
% Col	6,2	4,8	3	0	4
14	11	18	13	5	47
% Ligne	23,4	38,3	27,7	10,6	100
% Col	16,9	17,1	19,4	12,2	16,9
15	25	37	17	10	89
% Ligne	28,1	41,6	19,1	11,2	100
% Col	38,5	35,2	25,4	24,4	32
16	18	39	23	15	95
% Ligne	18,9	41,1	24,2	15,8	100
% Col	27,7	37,1	34,3	36,6	34,2
17	3	1	7	3	14
% Ligne	21,4	7,1	50	21,4	100
% Col	4,6	1	10,4	7,3	5
18	2	2	1	6	11
% Ligne	18,2	18,2	9,1	54,5	100
% Col	3,1	1,9	1,5	14,6	4
19	0	0	0	1	1
% Ligne	0	0	0	100	100
% Col	0	0	0	2,4	0,4
TOTAL	65	105	67	41	278
% Ligne	23,4	37,8	24,1	14,7	100
% Col	100	100	100	100	100

P<0.05

59.4% des adolescentes sont favorables au fait que leur médecin leur communique l'adresse et le numéro de téléphone du planning familial le plus proche de chez elles. Aucune variation n'est visible en fonction des secteurs, sections ou même de l'âge.

FIGURE 6 COMMENT EST VOTRE RELATION AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT?



Il n'existe aucune différence significative quant à la qualification de la relation médecin-patient par les adolescentes que ce soit en fonction de leur section ou de leur secteur.

58.9% des jeunes femmes, qui trouvent que leur relation avec leur médecin traitant peut être qualifiée de méfiante, donnent une place à leur médecin traitant comme source d'information sur la sexualité comprise entre 5 et 9, 49.2% de ces mêmes adolescentes concèdent une place de 4 à 9 sur la contraception.

Celles qui ont une relation inexistante sont 57.9% à avoir donné une place de 6 à 9 sur la sexualité et 49.9% un classement de 6 à 9 pour la contraception. Les jeunes filles qui sont satisfaites de leur relation avec leur médecin et la considèrent comme confiante, sont 49.3 % à donner un classement de 5 à 9 pour la sexualité et 51.8% de 4 à 9 pour la contraception. Nous pouvons

conclure que plus la relation médecin patiente est de bonne qualité plus les jeunes filles considèrent le médecin traitant comme une source d'information « utile » aussi bien au niveau de la sexualité que de la contraception.

4 DISCUSSION

4.1 LES LIMITES DE LA MÉTHODE ET LES BIAIS

Notre étude s'est appuyée sur un échantillon représentatif de la population des 15-18 ans seinomarines.

Le nombre élevé (486) de jeunes filles incluses permet d'avoir une puissance correcte.

Notre enquête, se limitant à la Seine Maritime, ne peut être représentative de toute la Haute Normandie. Il faudrait réaliser une investigation dans l'Eure et la Seine Maritime et augmenter ainsi le nombre d'établissements. Ceci permettrait de proposer une conduite à tenir régionale fiable.

Notre étude concerne les adolescentes de 15 à 18 ans. Cette tranche d'âge ne correspond pas à toute la période de l'adolescence notamment si on se réfère à la définition sociologique où la période de l'adolescence peut s'étirer au-delà de 20 ans.

La sexualité concerne aussi bien les hommes que les femmes. Le fait d'avoir uniquement choisi le point de vue féminin est un biais de sélection certain.

Il existe une différence significative au niveau des moyennes d'âges en fonction des secteurs ($p < 0.001$). Elles sont de respectivement 16.04 ans pour Dieppe, 16.03 ans pour le Havre, 16.68 ans pour Neufchâtel et 16.58 ans pour Rouen. De même pour les différentes sections il existe une différence significative ($p < 0.001$) de 16.10 ans pour le général, 16.48 ans pour le professionnel et 16.57 ans pour le technologique. L'interprétation des résultats doit tenir compte de ce biais de sélection. De par ces différences, certains des résultats se trouvent renforcés et d'autres affaiblis.

Nous avons réalisé les questionnaires uniquement en lycées publics ce qui constitue un biais de recrutement puisque les jeunes non scolarisés, ou scolarisés dans des établissements privés ou en CFA ne sont pas sondés. La population de ces différents groupes peut différer de notre échantillon.

Les questions posées pour étudier le niveau de connaissance des adolescentes sont réalisées à partir des fausses croyances les plus généralement répandues. Elles ne permettent pas d'étudier le niveau réel des connaissances mais jettent un regard sur la persistance des croyances erronées dans la nouvelle génération.

Le fait que le moyen de distribution et de récupération des questionnaires n'ait pu être entièrement réalisé par mes soins constitue un biais sur le recueil de données, malgré le fait que les consignes aient été clairement expliquées aux infirmières scolaires.

4.2 LA POPULATION ÉTUDIÉE

Notre approche est régionale à l'aide d'une étude quantitative descriptive transversale. Dans la région Haute Normandie selon les chiffres de l'académie de Rouen il existe 12035 élèves pour la rentrée 2010/2011 dans les lycées professionnels publics et 24717 dans les sections générales et technologiques des lycées publics soit un pourcentage respectif de 35.19% et de 64.81%. Les parts de chaque section, dans notre étude respectent de façon similaire celles observées dans la répartition scolaire de Seine Maritime. Les Hauts normands âgé des 15 à 29 ans sont 248 978 (15). Notre échantillon correspond à 0.39% des jeunes filles de Seine Maritime âgée de 15 à 29 ans. La proportion des jeunes de 0 à 19 ans pour chaque ville de notre étude est semblable soit 21% pour Rouen, 27% pour le Havre, 25% pour Dieppe, 21 % pour Neufchâtel en Bray et 25% pour Saint Valéry en Caux (40). Notre échantillon est donc représentatif de la population seinomarine et les résultats de notre étude peuvent alors être extrapolés à la population des adolescentes de Seine Maritime âgées de 15 à 18 ans.

4.3 LE TAUX DE RÉPONSE

Ce sujet sur la sexualité et la contraception semble intéresser largement les adolescentes car le taux de réponse est de 88%, toutes questions et sous-questions confondues. Notre étude n'a porté que sur les jeunes filles de la région ce qui est un choix assumé de ma part

mais qui constitue, comme nous l'avons déjà dit, un biais.

4.4 LES PRÉMICES DE LA CONSULTATION AVEC LES ADOLESCENTES

L'approche du point de vue des jeunes filles nous paraissait essentielle. En effet, malgré l'évolution de nos sociétés, la femme porte encore le poids de la contraception car « le fait de pouvoir choisir avec qui et quand on fait un enfant, pouvoir réservé aux filles, est assorti d'un devoir, celui de veiller à sa contraception » (26).

De fait, en tant que professionnels, notre vision des besoins des adolescentes en terme de conseil, d'information, d'écoute, de leur niveau de connaissances et de prescription peut être tronquée à la fois par notre propre vécu de la sexualité et de la contraception (la nôtre ou celle de nos proches) ou par les suppositions projetées eu égard à la famille de la jeune fille. Cette hypothèse n'a à priori pas fait l'objet d'étude dans la littérature.

La consultation avec un adolescent est un moment difficile et chronophage. Les jeunes consultent assez peu : 2.1 fois par an pour les garçons et 2.8 fois pour les filles, au total 75 % ont vu un médecin dans l'année (12). L'adolescent a une attente relationnelle importante vis-à-vis du soignant notamment envers le respect qu'il lui témoigne. Le médecin doit donner au jeune la place de l'interlocuteur principal sans pour autant discréditer les parents qui ont une place importante pour l'accès à la consultation et à l'observance (37). L'adolescent éprouve des besoins de liberté et d'autonomie mais lorsque les

parents appliquent à la lettre leurs souhaits, ces adultes en cours de formation se sentent seuls et démunis. C'est dans ces situations qualifiées d'abandon par les jeunes que les prises de risques sont réalisées. Ainsi la consultation avec un jeune doit se faire en plusieurs temps (37) : un avec les parents et un seul. Le rôle du médecin est ici très important puisqu'il accompagne l'adolescent dans son « désir d'individualisation : s'imposer et garder son intimité »(29). Dans notre étude 67.4% des jeunes filles souhaitent que leur parents sortent pendant la consultation et ce vers 15 ans. Dans notre enquête une différence significative a été mise à jour sur ce souhait d'être seule à la consultation. Contrairement à ce que l'on aurait pu penser en tant que soignant ce sont les filles les plus jeunes qui désirent le plus être seules. Est-ce par une maturité plus importante ? Ou par une vision idyllique de la prise de décision et d'autonomie ?

Cette spécificité pourrait être attribuée au fait que lorsque l'on pose une question sur une notion de désir, l'individu souhaite que cela soit arrivé un peu avant son âge. Cette différence est donc à relativiser du fait du biais que peut constituer l'inégalité des âges. Les études publiées font état de ce désir d'autonomie lors de la consultation mais les variations vis-à-vis de l'âge ne sont pas mentionnées. Dans le développement psychique de l'adolescent on retrouve à 14 ans la possibilité de faire des choix rationnels et à 15 ans la possibilité de donner leur consentement à un traitement sans être influencé par des tierces personnes (6).

Dans une thèse réalisée en 2009 dans la région (32) seuls 27.8% des adolescents voyaient leur médecin traitant seul. De plus dans une autre publication (12) il est relevé

que 51% des filles et 61% des garçons consultent accompagnés.

Cette différence entre les desideratas des adolescentes et la réalité de leur mode de consultation montre bien que les jeunes filles sont dans une période de transition. Ainsi le fait qu'un pourcentage élevé de jeunes consultent accompagnés et la divergence avec leur désir interroge sur la prise de position du médecin traitant comme facilitateur de l'autonomie des adolescents. Le médecin traitant ne devrait-il pas plus insister au près des parents pour avoir un moment de consultation seul avec sa patiente? Ce qui est certain c'est que les jeunes souhaitent et doivent prendre part complètement à leur prise en charge médicale.

4.5 LES PRESCRIPTEURS

Dans notre étude la première prescription de contraception est faite pour 64.2% par les médecins généralistes, pour 19.8% par des gynécologues et 11.9% par un professionnel de la PMI. Est-ce une spécificité de notre échantillon? Ou une tendance réelle de l'évolution des prescriptions ?

Dans le rapport IGAS (5) il est noté que la prescription de la contraception a lieu pour plus de 61.4% par les gynécologues et 37.9% par les médecins généralistes et 0.7% par les autres professionnels. Le médecin généraliste réalise le plus souvent le suivi mais est très rarement à l'initiative de la prescription.

Nous n'avons mis en évidence aucune préférence pour un prescripteur en fonction du milieu socioprofessionnel ou environnemental.

Cette différence très importante entre ce qui est observé au niveau national et régional interroge. Dans notre région, cette différence est aussi objectivée grâce aux chiffres sur les remboursements de 2011 des contraceptifs, que la CPAM de Seine Maritime m'a communiqués. Les médecins généralistes prescrivent 73.94% des contraceptifs tout confondus, les gynécologues 17.42%, les établissements de santé 6.7% et les PMI 0.56%. Cette différence est-elle due au fait que notre région comporte beaucoup plus de médecins généralistes que de gynécologues ? Il n'existe donc pas de différence socioprofessionnelle ou environnementale sur la région du fait d'une offre de soin peu diversifiée.

4.6 LA CONTRACEPTION DES 15-18 ANS

Dans notre étude, 54.5% des jeunes filles avaient un moyen de contraception qui était pour 79.9% des jeunes filles interrogées, la pilule. Le préservatif a lui une place intermédiaire dans l'utilisation de la contraception chez les adolescentes de la région et les autres moyens de contraception sont quasi inexistantes (implant 3.1% et retrait 0.1%) voire nuls. Il est important de noter qu'il n'existe aucune différence significative en fonction du milieu d'habitation ou du niveau scolaire pour le choix contraceptif. Il existe une demande similaire quelque soit le lieu, la classe ou l'âge. « Cette tendance contraceptive » de la région reste la même depuis l'étude de l'observatoire régional de la santé.

En 2009 (28), en Haute Normandie chez les jeunes filles ayant déjà eu un rapport sexuel, l'utilisation de la pilule différait selon l'âge : pour les jeunes filles âgées de 18 ans 66.9% prenaient la pilule, 68.6% chez les 17 ans,

53.2% chez les 16 ans et 37.6% chez les adolescentes de 15 ans. Les autres contraceptions utilisées par les hautes normandes ne représentent que 2.3% et le retrait, si peu fiable, est utilisé par 11%.

Il est maintenant reconnu que plus la patiente participe au choix de sa contraception plus elle sera observante. L'OMS a mis au point une méthode nommée BERCER pour aider le déroulement d'une consultation : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour (13). Or selon l'enquête COCON en 2000, chez les jeunes filles âgées de 18 à 19 ans ; 53.9% prenaient la pilule, 9.2% utilisaient le préservatif, 0.2% une contraception vaginale et 36.7% n'avaient pas de méthode contraceptive. Ces chiffres montrent bien la réalité autour de la contraception des adolescentes. En Effet nous sommes dans une stratégie contraceptive bien loin de celle recommandée par l'ANAES (2). Il semble que la prescription médicale soit le « tout pilule » surtout chez les adolescentes, jugées par la plupart des professionnels comme « irresponsables » ou ne pouvant pas avoir une préférence clairement exprimée. Or depuis de nombreuses années un choix contraceptif de plus en plus large est proposé aux femmes. Mais selon N. Bajos, en France il existe une « norme contraceptive » (7) : à chaque âge ou étape de la vie correspond un type de contraception.

Le Constat de la prédominance de la pilule dans le champ contraceptif est tout aussi régional que national. De plus, cette omniprésence de la pilule et notamment oestroprogestative est intergénérationnelle. Lorsque l'on discute avec certains des professionnels concernés (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues) cette façon de faire leur parait tout à fait correcte.

La prise de pilule journalière est un acte contraignant responsable pour une partie de l'échec de la contraception et des grossesses non désirées. Une prise quotidienne d'une contraception n'est pas forcément adaptée à la sexualité des adolescents qui est décousue et liée à l'impulsivité. Comme pour les femmes plus âgées, l'adolescente doit prendre part au choix de sa contraception comme le montre la campagne de promotion de la contraception de 2007 « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » et réaffirmée par celle du 17 novembre 2011 « découvrez tous les modes de contraception et trouvez celui qui vous convient le plus ». Pour que le choix de la jeune fille soit éclairé, il faut l'informer sur les différents moyens mis à sa disposition avec les effets bénéfiques attendus et les effets indésirables propres à chaque méthode. Cependant des consultations de ce type sont rarement réalisées et le moyen le plus simple car connu de tous, est la pilule. Ceci explique en grande partie la prépondérance de la pilule sur le marché de la contraception.

Comme le démontre I.Nisand (26) le préservatif seul ne peut être considéré comme une contraception efficace eu égard aux difficultés d'utilisations des jeunes. Une des conclusions de ce rapport est de valoriser les contraceptions qui ne dépendent pas de l'observance des jeunes femmes. Au cours de mes études j'ai pu entendre certains médecins dire que la prise quotidienne de la pilule par les adolescentes permet de la responsabiliser mais qu'en penser devant le taux constant voire croissant des IVG chez les mineures ?

Dans une étude faite par H. Leridon(20), sur la contraception des femmes en France, il est retrouvé une

différence significative entre les différents prescripteurs. Au niveau national il est montré des différences dans les habitudes prescriptives en fonction des spécialités médicales. Ainsi les médecins généralistes sont les plus gros prescripteurs de contraceptions oestroprogestatives (60%) et de contraception d'urgence (88%) alors que les gynécologues prescrivent plus de pilules progestatives (57%), d'implants (88%) et de DIU au lévonorgestrel (96.5%) (35). Dans notre analyse nous n'avons pas pu mettre cette différence de prescription à jour car le questionnaire ne différenciait pas le type de pilule ou de stérilet. Ces tendances prescriptives ont été étudiées chez toutes les femmes sans individualiser les adolescentes.

4.7 LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

Nous voyons bien dans notre étude que la proportion des jeunes filles ayant une contraception augmente avec l'âge puisqu'à 17 ans 75.2% d'entre elles en possède une. Ceci est en corrélation avec l'âge des premiers rapports dont la moyenne est estimée à 17.6 ans pour les filles au niveau national mais serait à 15.2 ans en Haute Normandie en lycée général et de 14.9 ans en lycée professionnel (différence significative) (28). La réalité sur les pratiques sexuelles est loin d'être celle scandée par les services publics. Certes la moyenne d'âge des premiers rapports sexuels n'a pas évolué depuis 30 ans mais c'est une moyenne. La réalité est bien différente puisque les pratiques sexuelles ne sont pas uniformisées. De plus en plus de jeunes ont des rapports tôt dans leur vie mais au niveau des statistiques cette tendance est compensée par une autre qui comme

aux Etats-Unis prône les premiers rapports après le mariage (donc tardif). C'est pour cette raison que l'on ne peut pas uniquement se baser sur l'âge de nos patientes pour parler de contraception et de sexualité. Cela concerne aussi les jeunes filles de moins de 17,6 ans. Or dans les différentes études il est démontré que de nombreuses jeunes filles n'ont pas de moyen de prévention des grossesses au moment de leur premier rapport (8) (31). Ainsi il faut questionner les adolescentes même jeunes (cela dépend du référentiel du médecin) pour savoir si elles ont ou non une relation sentimentale ou tout simplement une connaissance. En effet le premier rapport ne se planifie pas, les jeunes amants ne se donnent pas rendez vous pour « le » faire.

« La non reconnaissance de la sexualité juvénile est reconnue comme un facteur de risque supplémentaire dans la mesure où la dissimulation d'une vie sexuelle clandestine ne favorise évidemment pas la pratique contraceptive ni, de façon plus générale, les comportements de prévention » (8).

C'est de notre devoir de médecin d'anticiper ce rapport et cette prise de risque. Prescrire une contraception n'est pas synonyme de pousser à la perversion mais est bien un acte de protection. « On apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débiter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut receler » (27). Et ceci d'autant plus que les jeunes filles sont demandeuses.

4.8 LES SOUHAITS DES ADOLESCENTES

Dans notre étude parmi les jeunes filles « naïves » de discussion avec leur médecin traitant sur la sexualité et la contraception 23.5% aimeraient qu'il aborde avec elles le sujet de la sexualité et 50.4% celui de la contraception. Ces chiffres doivent interpeler. Ils montrent bien la réelle attente des jeunes filles vis-à-vis de leur médecin traitant. Il est assez simple lors d'une consultation de routine, pour un certificat médical sportif par exemple, de rassurer la patiente sur son bon développement pubertaire et ainsi d'introduire sans être intrusif ou, comme le conseille P.Jacquim (16), une discussion sur la sexualité des adolescents en « général ». Le praticien peut faire de même pour la contraception ou en posant directement la question « est ce que tu (vous) souhaitez (ez) que l'on parle un peu de contraception ? As-tu (avez-vous) des interrogations ? » Le médecin traitant doit stimuler ces consultations car les adolescents ne consultent que pour 19% pour des actes de prévention (12).

Si le praticien n'est pas à l'aise sur ces sujets ou qu'aborder ces thèmes avec ses jeunes patientes soit contradictoire avec ses convictions, il est dans son droit de ne pas le faire. Cependant une information devrait être dispensée par tous notamment à l'aide de dépliants informatifs. Les jeunes filles dans notre étude étaient très largement demandeuses de ce type d'information (62.4%). Dans une thèse réalisée à Paris, seul 50% des médecins traitants mettaient à disposition des dépliants sur la contraception d'urgence (38). En suivant le même

objectif le numéro du planning familial devrait être mis à disposition (59.4% des adolescentes le souhaitent). Le planning est méconnu des adolescentes. Celles qui vivent en milieu urbain ou à proximité d'un centre de planification sont plus averties de leur existence et de leurs missions. Le médecin généraliste notamment en milieu rural, où ces centres ont un accès difficile de par leur éloignement géographique, devrait faciliter leur diffusion.

4.9 LES FAUSSES CROYANCES

Les fausses idées ou croyances sur la contraception et la sexualité sont nombreuses. Elles sont véhiculées par des informations erronées familiales, médiatiques ou par les pairs. Les jeunes n'ont pas forcément un regard critique sur ces informations et les prennent comme forcément justes. Les « légendes urbaines » sont délétères à la mise en place de la sexualité et la contraception. Pour se rendre compte de l'étendue du problème et des nombreuses informations fausses voire dangereuses véhiculées, il suffit d'aller surfer sur les blogs parlant de sexualité et de contraception.

Nous avons voulu au travers de neuf questions simples sur des généralités, faire le point sur la persistance des croyances ou des ignorances des adolescentes du département.

Il existe encore, comme nous avons pu le mettre en évidence 6.0% des jeunes filles qui pensent que l'on ne peut pas « tomber enceinte au premier rapport » ou 48.4% qui ignorent que la pilule est un médicament ou encore plus inquiétant que 7.8% considèrent que la

pilule protège du sida. Cependant on peut noter dans notre étude de grandes disparités sur ces connaissances puisque le score de certaines jeunes filles n'excède pas 2/9, ce qui laisse planer une grande inquiétude sur leur devenir sexuel, affectif et contraceptif. Ce bas niveau de connaissance laisse penser puisque nous savons que les personnes les moins bien informées ne sont pas forcément les plus demandeuses d'informations fiables (5). Ces résultats ne sont malheureusement pas spécifiques à notre région. Dans une étude réalisée par le haut conseil de la population et de la famille, deux tiers des jeunes filles de troisième pensent que le premier rapport n'est pas fécondant et trois quart pensent que l'on ne peut pas tomber enceinte lors d'un rapport durant les règles (27).

Nous voyons bien dans notre étude que le niveau de connaissance des adolescentes sur la sexualité ou la contraception ne varie pas en fonction du premier prescripteur (source principale d'information au moment de la délivrance). Contrairement à ce qui est décrit dans la littérature, le nombre de bonnes réponses à notre questionnaire, certes simple, sur la sexualité et la contraception est plutôt assez bon. De plus nous avons pu montrer dans notre étude qu'il n'existe pas de différence significative sur la qualité des connaissances en fonction du milieu environnant. Ces résultats vont contre les préjugés et les idées reçues. Certes il existe en milieu rural un accès à la contraception plus difficile (26) : moins de praticiens, moins de diversité des pratiques médicales, pas de PMI, des distances à parcourir plus importantes. Ce n'est cependant pas pour cette raison que les jeunes filles sont moins bien informées.

Dans l'étude réalisée en 2009 par l'ORS 88.1% des jeunes femmes savaient que l'on pouvait tomber enceinte lors du premier rapport contre 93.9% dans notre étude et 85% savaient que la pilule ne protégeait pas du sida contre 92%. Il y a-t-il eu en deux années une amélioration de l'information et des connaissances chez les jeunes de la région ? Seule une analyse complémentaire et poussée pourrait l'affirmer. . .

4.10 LES SOURCES D'INFORMATIONS : L'ÉCOLE

Le milieu éducatif doit avoir comme mission lors des cours « d'éducation sexuelle » à l'école de palier à ce manque d'information. Depuis la circulaire 98-234 du 19 novembre 1998 il y a une obligation de deux heures minimum en quatrième et troisième. Elle est remplacée par la circulaire 2003-027 du 17 février 2003 qui stipule que l'éducation sexuelle en milieu scolaire doit être réalisée depuis l'enseignement élémentaire jusqu'à l'entrée dans l'enseignement supérieur et doit être dispensée trois fois par an. Dans notre étude, l'école a une place importante comme source d'information pour les mineures aussi bien en sexualité (3.36) qu'en contraception (3.34). Dans une autre thèse (32) réalisée dans la région, pour 58.7% des adolescents l'école avait une place supérieure à 4/6 dans leurs informations. En Seine Maritime (28) 91.3% des élèves en lycées généraux et technologiques, 82.7% de ceux en lycées professionnels, 80.3% en lycées agricoles et 82.8% en CFA déclarent avoir reçu une information sur les méthodes contraceptives au cours de leur cursus.

M. Tessier (39) réaffirme le fait que pour qu'une action soit préventive, elle doit être réalisée avant 12 ans soit

avant l'âge des premières expériences. Mais comme on peut le suspecter, l'individu ne retient que ce qui l'intéresse. C'est pour cette raison que le ministère de l'éducation et de la santé préconise de nombreuses informations au cours du cursus scolaire (5). Ainsi à un moment donné le jeune se sentira concerné et retiendra l'information qui lui sera nécessaire.

Or il n'existe aucun contrôle de ces cours d'information. Ils sont soumis à la bonne volonté des chefs d'établissements, professeurs et infirmières scolaires. Ces cours peuvent ne pas avoir la portée recherchée si l'exposé ne met en exergue que les risques, les dangers et la protection, sans mettre en parallèle les sentiments et le plaisir. Cela peut être délétère pour l'adolescent puisqu'il est attiré par nature, par le danger et l'interdit.

Certains faits divers rappellent la nécessité d'un contrôle de ce qui est dit en matière d'information à la sexualité et la contraception. Les intervenants extérieurs notamment étudiants en médecine (41), prisés comme interlocuteur par les élèves, peuvent être formés pour délivrer une information claire, utile et appropriée aux jeunes.

4.11 LES SOURCES D'INFORMATIONS : LES PAIRS

Dans notre analyse la place privilégiée des amis est objectivée. L'adolescente a besoin de se comparer à ses pairs. Cet état de fait est constant dans les très nombreuses études faites à ce sujet (28) (32) (17). Les amis sont sur le « podium » comme source d'information. Ainsi il n'est pas rare de voir des adolescentes avoir des rapports sexuels, prendre une

contraception ou être enceinte pour faire « comme les copines ». Au cours des consultations d'urgence de gynécologie obstétrique, il n'était pas anecdotique de voir deux jeunes femmes mineures enceintes de quelques semaines de différence venir consulter pour avoir des « photos » pour montrer à l'école.

4.12 LES SOURCES D'INFORMATION : LES PARENTS

Pour le rapport avec les parents, il n'y a pas de standard. En effet dans certaines familles la parole autour de la sexualité et de la contraception est assez libérée sans être intrusive. Dans ces familles le jeune est plus protégé tout en lui laissant son autonomie. Les parents sont alors source d'informations et de soutien, même si les idées véhiculées par les parents sont parfois erronées. Dans d'autres familles, le sujet de la sexualité est abordé mais pour avertir de l'interdit « pas avant le mariage » (44). Dans cette situation soit les enfants adhèrent à l'idéologie parentale et en générale religieuse, et il n'y a alors aucun souci durant leur adolescence mais cela peut le devenir au moment du mariage, soit le jeune est en rupture avec ses parents et se trouve alors dans un désarroi total. D'autres adolescents sont eux seuls faces à leur doute, sans aucun soutien familial. Le RESO (30) met en évidence qu'une information dispensée par les parents multipliait par deux le recours à la contraception lors du premier rapport sexuel.

Dans notre étude les parents ont une place privilégiée comme soutien informatif aussi bien au niveau de la sexualité (3.87) que la contraception (3.52).

En tant que professionnels nous devons aider les parents à renforcer cette position primordiale.

4.13 LES SOURCES D'INFORMATION : LES CENTRES DE PLANNINGS FAMILIAUX

Dans notre étude, ils sont malheureusement considérés par les adolescentes comme soutien informatif qu'en septième position pour la sexualité et sixième pour la contraception. Dans une investigation réalisée à Caen 2 adolescents sur 3 consultent la PMI (9). De part notre questionnaire la fréquentation des PMI peut être appréciée par le pourcentage de prescription de contraception (11.9%) mais ce n'est pas le reflet de la fréquentation de ces centres dans notre région. Il existe en Seine Maritime 34 centres de planification familiale et en 2009 il y eu 17000 consultations dont 20% pour les moins de 18 ans (11). Ainsi les jeunes mineurs ne profitent pas de ces lieux de conseils, de suivi, de dépistage et de délivrance de contraception. Ceci est dommageable car les adolescents pourraient bénéficier de consultations médicales gratuites. Ils doivent être une des populations prioritairement concernée par ce type d'aide. Il est certain que beaucoup de jeunes femmes ne sont pas informées de l'existence de ces centres et de leur vocation d'aide. Dans le rapport d'I. Nisand ces centres ne sont fréquentés que par 5 à 10 % des jeunes de moins de 20 ans (26). D'autre part les plannings se trouvent principalement en milieu urbain ou semi-urbain. Ils sont alors beaucoup moins accessibles aux jeunes filles de milieu rural or dans notre étude il n'y a pas de déficit d'information.

4.14 LES SOURCES D'INFORMATION : MÉDIA, INTERNET, TÉLÉPHONE

Les autres sources d'informations semblent avoir une place moindre dans notre étude comparées aux données de la littérature. En effet les médias et internet sont en moyenne à une place de 4.93 et 4.24 alors que pour I. Nisand (26) la pornographie a une place très importante et inquiétante dans l'information à la sexualité puisque selon le conseil supérieur en audiovisuel en 2004 : 80% des hommes de 14 à 18 ans et 45% des femmes ont vu un film pornographique dans l'année et 30% des consommateurs de pornographie seraient âgés de 13 à 14 ans.

Info ado était méconnu par la plupart des jeunes filles interrogées qui demandaient des explications lors de la distribution des questionnaires. A Strasbourg, l'expérience info ado est efficace (par téléphone ou par internet), preuve en est l'augmentation de la fréquentation d'année en année et la diminution du nombre d'IVG. Or dans notre étude la place des hotlines (info ado, fils jeune...) est en dernier. Aux vues des résultats affichés par l'expérience de Strasbourg, une promotion de ce moyen de communication devrait être faite dans notre région.

4.15 LES SOURCES D'INFORMATION : LE MÉDECIN

Le fait que les adolescentes ne déclarent utiliser que peu les sources interactives d'information n'est pas inquiétant. Ce qui l'est plus en revanche, c'est la position du médecin traitant. En effet le praticien ne fait pas partie des trois sources d'information privilégiées par les

adolescentes alors qu'il est censé disposer de l'information la plus fiable et la plus utile. Dans une étude réalisée à Angers, moins de 3% des adolescents souhaitent parler de sexualité avec leur médecin traitant (41). Même si un pourcentage important d'adolescents (41) (28) ne souhaitent pas communiquer sur les sujets de la sexualité et de la contraception et en prenant en considération leur ambivalence vis-à-vis du fait d'en discuter ; il est malgré tout préoccupant de voir que dans notre région 66.2% des adolescentes de notre échantillon n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin généraliste et 51.5% de contraception. Les adolescents ont une demande somme toute similaire quelque soit leur niveau socioprofessionnel ou environnemental. Seul peut varier le type de contraception souhaité en fonction des moyens de chacune ou de leur mode de vie.

Comme nous avons pu le montrer dans notre étude, la position attribuée par les jeunes filles varie de façon fortement significative en fonction de plusieurs critères essentiels. Ce qui est à noter c'est que meilleure est la relation médecin-patiente meilleur est le classement comme source d'information. Cette position est aussi améliorée s'il y a eu une discussion préalable autour du sujet de la sexualité et de la contraception. Nous pouvons réellement voir sur ces données l'impact que peut avoir une bonne relation avec ses patientes. En tant que professionnels nous savons qu'une discussion amorcée sur un sujet laisse libre le patient de revenir pour en discuter. Ainsi le patient prend conscience que nous connaissons le sujet et que nous pouvons être un soutien pour le futur. Les jeunes filles pourront alors se retourner vers le praticien lors d'une anxiété (risque de

grossesse, oubli de contraception, MST...), il sera alors là pour les renseigner, les rassurer si nécessaire ou adopter l'attitude thérapeutique adaptée aux besoins.

Dans la relation avec les adolescentes cette démarche est importante, il faut savoir poser les bonnes questions sans être intrusif. Il est nécessaire pour le médecin de ne pas faire de transfert ou de contre-transfert. Il est là comme soutien et ne doit pas juger ou donner des conseils trop personnels. C'est pourquoi la place du médecin comme source d'information varie en fonction de l'abord préalable de ces sujets (contraception et sexualité). Cette variation fait passer le médecin comme source secondaire voire anecdotique à une source fiable et « utilisable »(16). D'ailleurs les jeunes filles considèrent le médecin comme une meilleure source d'information quand elles sont déjà sous contraception. Ceci est bien le reflet que lorsqu'aborder la contraception avec son médecin fait partie des consultations de routine au moins pour son renouvellement, la discussion est facilitée et le praticien devient un des référents.

Un autre fait marquant est la meilleure position du médecin si les jeunes filles connaissent l'obligation du secret médical et sont assurées de son respect. Ainsi I.Nisand montrait que le ressenti des jeunes filles de ne pas pouvoir, selon elles, se confier à leur médecin, constituait un frein essentiel à l'accès à la contraception. C'est pour cette raison que l'INPES (13) et l'ANAES (2) renforcent leurs consignes dans leurs différents rapports pour insister auprès des médecins à ré-informer et bien entendu respecter le secret médical.

Le fait que les médecins traitants soient considérés par les jeunes filles comme des informateurs de quatrième

et cinquième recours devrait inquiéter et engendrer des modifications de comportements. Cet état des choses n'est pas uniquement lié à la Seine Maritime puisqu'une étude nantaise montrait que les médecins traitants ne représentaient que 2.1% des sources informatives (19).

Je suis surprise qu'en 2012, 15.4% des adolescentes de notre étude ne sachent pas à qui s'adresser pour demander une contraception. Et il faut ajouter à ce chiffre les 20.5% qui n'osent pas demander à leur médecin traitant et donc qui se retrouvent dans une impasse. Dans le rapport de l'ORS (28) 13 % des jeunes filles de la région ne savaient pas où se procurer une contraception d'urgence.

Ceci est en totale contradiction avec la perception des jeunes filles, de leur relation avec leur médecin. En effet dans notre étude nous pouvons noter que le ressenti des adolescentes envers leur médecin traitant est plutôt bon. Ainsi plus de 60% des jeunes filles estiment que leur relation médecin-patiente peut être qualifiée de naturelle et/ou conviviale et/ou confiante. Ce bilan est positif et doit perdurer. Dans une étude belge il est montré que la qualité de la relation avec les adolescents est primordiale et que plus de 80% des jeunes interrogés en étaient satisfaits (18).

Devant ce constat une vraie prise de conscience devrait avoir lieu. Les praticiens devraient être sensibilisés à ce problème grâce à des formations médicales continues ou par des séminaires. La santé des jeunes fait partie intégrante des objectifs de santé publique (36).

4.16 LES DIFFÉRENCES DE MILIEU ENVIRONNANT

Comme nous avons pu le montrer il existe une plus forte utilisation de la contraception en section professionnelle qu'en section générale. Cette différence est significative. Elle fait partie des préjugés qui peuvent se vérifier. Les personnes qui ne sont pas diplômées ou qui ont un niveau scolaire moindre ont tendance à avoir des rapports sexuels plus précoces (7). De plus il existe au niveau national une différence significative identique. Ainsi les jeunes filles dont le niveau est inférieur au bac général ou technologique utilisent plus les contraceptifs (7). 65 % des femmes sans diplôme ont un premier rapport protégé contre 81% chez les plus diplômées ($p < 0.001$).

Dans notre étude 33.1% des jeunes filles n'utilisent pas de contraception parce qu'elles ont, selon elles, des rapports peu fréquents.

La démarche de protection peut être affinée par le médecin en fonction du milieu scolaire de l'adolescente sans catégoriser. Il faut avoir en mémoire cette spécificité pour pouvoir entamer plus précocement la discussion et ainsi garder le rôle préventif.

Cette différence existe au niveau des villes aussi bien sur la discussion, que sur la consommation.

Ainsi dans notre étude on a objectivé que les adolescentes parlaient plus de sexualité avec leur médecin traitant à Neufchâtel et de contraception à Dieppe et ceci quelque soit leurs sections. Ces deux zones de la région correspondent à des lieux ruraux et semi-ruraux. Dans une étude réalisée en Angleterre en

zone rurale, il est montré que 70% des conseils sur la contraception sont donnés par le médecin généraliste et qu'il est le principal prescripteur de contraceptifs pour les femmes de moins de 40 ans et les moins éduquées (34). Ce que l'on peut noter dans notre étude c'est qu'il n'existe pas de préférence sur la prise de parole sur la contraception en fonction des secteurs ou de la section. Cependant pour la sexualité les jeunes filles en filière générale initient plus la discussion. Les jeunes filles ont toutes les mêmes demandes et mêmes attentes, il faut juste en tant que professionnel être plus attentif, toute relativité gardée, aux adolescentes qui ne sont pas de filière générale car elles auront moins tendance à demander des informations ou de l'aide. D'autre part nous pouvons relever aussi que le médecin traitant suit plus les adolescentes en filière générale d'un point de vue gynécologique et cette différence est significative. Les adolescentes de filières générales sont donc plus suivies par leur médecin traitant et discutent plus avec lui sur ces sujets mais ce n'est pas pour cette raison que les jeunes filles acquièrent un meilleur niveau de connaissance.

De façon surprenante il existe une différence significative quant à la place du médecin traitant entre les différentes sections. Cette différence entre le fait que les jeunes filles en section générale parlent plus de sexualité avec leur médecin traitant alors qu'elles le citent moins comme source d'information privilégiée que les jeunes filles en filières technologique et générale, interroge. Devons nous remettre en cause notre façon de communiquer sur ces sujets ? Pouvons-nous considérer cela comme la marque d'un mécontentement ? Pourtant aucune différence

significative n'a été mise en évidence entre les différentes sections ou secteurs et la qualification par les jeunes filles de leur relation avec leur médecin. Cette relation peut d'ailleurs être qualifiée de bonne.

Un autre fait suspecté est mis en exergue dans notre étude : le médecin traitant a une place plus importante dans le suivi gynécologique en milieu rural. Dans le département de Seine Maritime, il existe une différence significative entre le Havre (urbain) et Neufchâtel (rural). Le médecin traitant a-t-il une place « gynécologique » plus établie en milieu rural comme il existe peu de gynécologue en milieu rural ? Les mères et grand-mères se sont ou se faisaient suivre par leur médecin traitant. Cela semble peut être plus licite par les adolescentes de continuer avec leur médecin traitant pour leur suivi gynécologique. De plus par extrapolation aux vues des résultats les jeunes auraient moins de réticences à aller voir leur médecin traitant pour parler de sexualité et de contraception en le milieu rural. Il n'existe d'aucune manière une différence entre les diverses raisons de suivi quelque soit le lieu d'habitation. Ce qui est une réalité c'est qu'il existe dans notre région un vrai « désert » des gynécologues en milieu rural. En effet la région comporte 79 bassins de vie de moins de 30 000 habitants et considérés comme ruraux (33). Malgré le fait que la région occupe le troisième rang des régions les moins dotées en médecins généralistes, un bassin de vie comporte en moyenne 3.6 médecins pour 5000 habitants. Il y a cependant 44% des bassins de vie de la Haute-Normandie qui ont une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne. Dans notre région les communes sont éloignées au plus de 12 kilomètres d'un médecin généraliste (3). Au premier juin 2011 il y

avait 74 gynécologues soit une densité de 0.4 gynécologue médical pour 5000 femmes et 53 bassins de vie ne comptent aucun spécialiste en gynécologie.

Est-ce une réalité qu'en milieu semi-rural le recours à la contraception soit plus forte ou est-ce uniquement vrai pour le bassin dieppois ? Cela est difficile à expliquer par notre étude. Il faudrait pour cela étendre l'enquête aux autres zones semi rurales de la seine maritime. Néanmoins nos résultats contrastent avec les nationaux. En effet la tendance actuelle est plutôt à une moindre utilisation des contraceptifs en milieu rural du fait de l'offre de soins limitée. Ainsi dans le Haut Rhin les centres de planification se sont mis en relation avec les médecins traitants ruraux pour créer un réseau de soins. Les médecins peuvent délivrer eux même des contraceptions commandées par le service de PMI. Ce type de réseau fait partie des pistes soulevées par le gouvernement pour améliorer la prise en charge notamment des adolescents en terme d'information et de prescription sur la sexualité et la contraception.

Il est important en tant que professionnel de se rendre compte des difficultés que peuvent rencontrer ces jeunes filles au début de leur sexualité et/ou de leur contraception. Le coût important rapporté comme frein à la consultation et donc à la contraception, par certaines adolescentes notamment dans la région havraise est une certitude. En effet notre région est touchée de plein fouet par la conjoncture actuelle et un certain nombre de personnes se retrouve dans des situations précaires. Ainsi le Havre atteint un taux de chômage de 12% alors que Dieppe et Rouen sont plus proches du taux national autour de 10% (24). Nous pouvons alors comprendre aisément que la priorité ne

soit pas la contraception. Il existe certes quelques pilules remboursées par la sécurité sociale mais il faut tout de même avancer les frais d'une consultation. Les femmes peuvent avoir des revenus ne permettant pas de bénéficier de la CMU ou du tiers payant, sans pour autant être capables d'assumer les frais d'une consultation médicale obligatoire. Ces difficultés d'accès liées au coût peuvent être contrôlées si les services publics mettent en place les différentes propositions des experts (pass contraception, accès anonyme et gratuit à la consultation, réseau de soins médecins généralistes/planning ...)(26).

Il est nécessaire de rappeler qu'il n'existe aucune différence significative sur les connaissances globales des adolescentes en terme de sexualité et de contraception et ceci quelque soit leur niveau scolaire ou leur lieu d'habitation.

5 CONCLUSION

Notre étude, passionnante à réaliser, retrouve un certain nombre d'inquiétudes. En effet quelques unes étaient supposées mais d'autres sont mis à jour. Ainsi le médecin ne bénéficie pas de la place qu'il devrait avoir au niveau informatif sur la sexualité et la contraception. Les adolescentes ont comme moyens d'information préférés : les amis, les parents et l'école. Les jeunes filles ont certes un niveau de connaissance correct mais un pourcentage non négligeable ne sait pas à qui s'adresser pour demander des informations ou une contraception.

Nous voyons bien que les adolescentes sont demandeuses d'informations et de soutien de la part des

professionnels de santé. Elles sont avides d'une relation médecin patient forte qui n'est souvent pas clairement exprimée mais qui constitue pourtant le substratum d'une relation épanouie. Comme nous avons pu le mettre en évidence plus la relation avec les médecins est bonne plus l'adolescente se sentira en confiance et pourra discuter et se renseigner sur la sexualité et la contraception. Le médecin a déjà à lui seul, un rôle préventif. Il est cependant regrettable de noter une absence parfois très marquée des médecins concernant ce domaine. Les jeunes femmes le déplorent puisqu'un nombre certain souhaiterait que leur médecin aborde ces sujets avec elles.

Il existe comme nous avons pu le démontrer quelques différences sociétales et environnementales qui influencent la démarche des adolescentes. Ainsi le milieu rural semble plus propice à une bonne relation médecin malade, à un suivi gynécologique par le médecin traitant et à une facilité de discussion sur ces thèmes intimes. Les jeunes filles de section professionnelle paraissent être confrontées à la sexualité et à la contraception de manière plus précoce que leurs acolytes des lycées généraux et technologiques. Cette spécificité doit être prise en considération dans l'approche globale de la patiente par le praticien d'autant plus que ces jeunes filles ont moins tendance à initier une discussion sur ces sujets.

Dans notre formation il n'existe pas d'enseignement spécifique sur la prise en charge des adolescents notamment au niveau gynécologique. Au cours de mon internat j'ai reçu un enseignement de deux heures sur l'adolescent et ses prises de risques (toxicomanie, risque suicidaire...) et deux heures sur la contraception sans

aborder spécifiquement celle des adolescentes. Il me semble que cela est peu devant la complexité de la prise en charge de ces individus en mutation. Certains médecins généralistes, pédiatres et rarement gynécologues souhaitent acquérir une compétence supplémentaire vis-à-vis des adolescents. Inaccoutumés sont les médecins, hormis les pédopsychiatres, qui maîtrisent réellement cette relation. Cela est pourtant la base de la prévention en termes de prise de risques. Une amélioration de la formation médicale initiale et continue des professionnels de santé peut être en partie une source de diminution des troubles de la sexualité et des grossesses non désirées chez les adolescentes.

Dans notre étude nous avons montré à quel point le médecin généraliste peut avoir une place importante dans la vie des adolescentes.

Je pense avoir la chance, de par mon futur métier, de pouvoir aider les adolescentes à traverser cette période de turbulences et s'épanouir dans leur vie d'adulte.

En effet le médecin par son rôle préventif pourra permettre d'assurer un bon accès à la contraception et veiller à ce qu'elle soit adaptée. Les jeunes filles seront averties de la conduite à tenir en cas de rapport sexuel à risque avec notamment la prise d'une pilule du lendemain dans les 72 heures ou plus rarement la mise en place d'un stérilet. En effet malgré une bonne prise en charge contraceptive il peut exister un certain nombre d'erreur de manipulation. Cela serait une utopie de penser que par l'information nous pouvons atteindre les niveaux de protection contraceptive égaux à ceux réalisés lors des essais thérapeutiques.

Par une prise en charge adaptée en amont, le médecin devient l'élément central de la prévention des grossesses non désirées et des IVG. Il pourra alors faire partie intégrante de réseaux de soins pour que la jeune fille, en demande, puisse recevoir l'information et la prescription adaptée. Pour que ces réseaux de soins puissent fonctionner et se développer au niveau national il faut une volonté des services publics.

L'IVG est remboursée par la sécurité sociale alors que la plupart des contraceptifs ne le sont pas notamment ceux qui offrent une alternative à la pilule (44). Cela me laisse pensive...

Il faut promouvoir l'accès à l'information et à la délivrance gratuite et anonyme aussi bien par des professionnels médicaux (médecins, sages femmes, pharmaciens) que par des paramédicaux qui auront reçu une formation qualifiante. Une telle diversité de professionnels permettrait une répartition géographique adéquate pour qu'il y ait le moins d'inégalité possible entre les jeunes filles.

Promouvoir ce type de formation et de réseaux est essentiel car le but est bien de limiter le nombre de grossesses non désirées et donc d'IVG notamment chez les mineures et d'éviter ainsi les nombreux traumatismes physiques et psychiques qui s'en suivent. L'IVG n'est pas un moyen de contraception, rappelons-le !

Les adolescentes estiment avoir une bonne relation avec leur médecin traitant. Il faut conserver et attiser ce sentiment car le médecin possède une capacité importante à créer une relation de confiance avec

l'adolescente et ainsi l'aider de la manière la plus adaptée. N'est-ce pas là, l'essence de notre métier ?

6 ANNEXE 1 : L'ÉVOLUTION DE L'ÂGE DES PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (4)

Tableau 3. – Âge médian au premier rapport selon le sexe, le groupe de générations, et diverses caractéristiques sociales et individuelles (en années et dixièmes d'années)

a) Âge médian au premier rapport par diplôme atteint, selon le sexe et le groupe d'âges (effectifs entre parenthèses)

		Diplôme atteint, par groupe d'âges					
18-34 ans		Sans diplôme, CAP	Brevet, BEP	Bac technique	Bac général	Bac +2	Diplôme sup.
Femme		17,9 (256)	17,5 (438)	18,0 (355)	18,3 (377)	18,1 (547)	18,4 (813)
Homme		17,2 (339)	16,9 (409)	17,5 (408)	17,7 (227)	17,7 (453)	18,2 (515)
35-49 ans		Sans diplôme, CAP	Brevet, BEP	Bac techn. ou général	Bac +2	Diplôme sup.	
Femme		18,4 (222)	18,2 (300)	18,2 (444)	18,3 (400)	18,7 (322)	18,7 (458)
Homme		17,4 (133)	17,3 (429)	17,7 (339)	17,7 (289)	17,8 (266)	18,2 (371)
50-69 ans		Sans diplôme	CEP	CAP	Brevet, BEP	Bac	Niveau sup. au bac
Femme		19,1 (151)	19,9 (354)	19,4 (237)	19,7 (293)	19,8 (218)	20,3 (299)
Homme		18,2 (67)	17,7 (152)	18,4 (268)	18,3 (164)	18,3 (143)	18,7 (310)

b) Âge médian au premier rapport par catégorie socioprofessionnelle du père, selon le sexe et le groupe d'âges (effectifs entre parenthèses)

Âge	Sexe	Agriculteur	Artisan, commerçant	Cadre	Intermédiaire	Employé	Ouvrier qualifié	Ouvrier non qualifié
18-34 ans	F	18,8 (131)	17,9 (327)	18,1 (583)	17,9 (318)	18,2 (518)	18,0 (542)	18,1 (314)
	H	18,5 (94)	17,1 (268)	17,8 (471)	17,6 (330)	17,4 (369)	17,4 (525)	17,4 (272)
35-49 ans	F	18,8 (179)	18,2 (263)	18,5 (342)	18,5 (201)	18,3 (337)	18,2 (467)	18,3 (313)
	H	18,4 (157)	17,6 (222)	17,8 (312)	17,5 (197)	17,6 (263)	17,5 (432)	17,6 (220)
50-69 ans	F	20,2 (230)	20,8 (203)	19,9 (173)	20,1 (130)	19,1 (188)	19,6 (329)	19,8 (291)
	H	18,9 (168)	18,1 (253)	18,2 (134)	18,4 (117)	18,4 (126)	18,4 (233)	18,2 (162)

c) Âge médian au premier rapport par religion, selon le sexe et le groupe d'âges (effectifs entre parenthèses)

Âge	Sexe	Musulman affirmé (*)	Chrétien affirmé (*)	Musulman indifférent (**)	Chrétien indifférent (**)	Sans religion	Autre religion
18-34 ans	F	23,7 (107)	18,6 (534)	-(14)	17,9 (989)	17,6 (1 132)	19,5 (32)
	H	17,6 (100)	17,8 (285)	-(20)	17,5 (792)	17,4 (1 149)	17,2 (33)
35-49 ans	F	21,2 (57)	18,8 (542)	-(12)	18,2 (845)	17,9 (674)	20,2 (42)
	H	18,3 (43)	17,7 (317)	-(15)	17,7 (763)	17,5 (662)	17,8 (32)
50-69 ans	F	-(8)	20,3 (645)	-(1)	20,8 (683)	19,9 (257)	19,8 (21)
	H	-(5)	18,9 (287)	-(3)	19,5 (540)	18,9 (212)	19,6 (21)

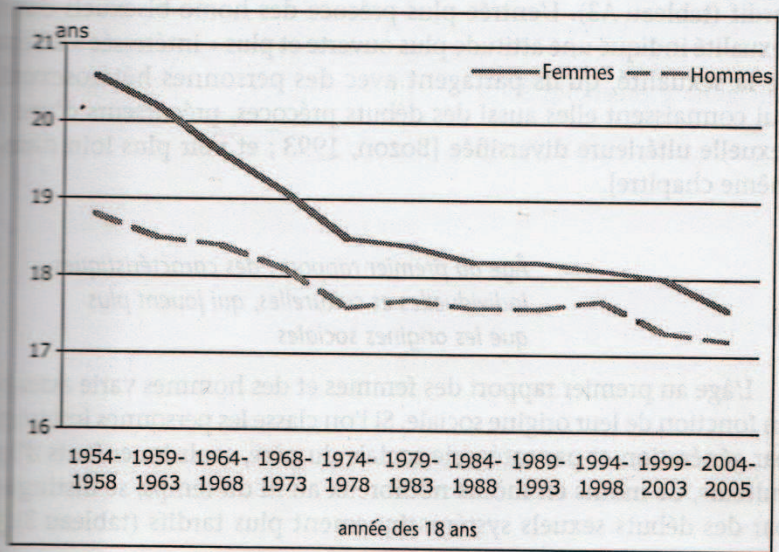
Champ : femmes et hommes de 18 à 69 ans.

(*) musulmans ou chrétiens affirmés : personnes ayant répondu que « la religion dans leur vie est... très importante ou importante ».

(**) musulmans ou chrétiens indifférents : personnes ayant répondu que « la religion dans leur vie n'est... pas très importante ou pas importante du tout ».

Tirets : effectifs faibles, moins de 20 individus.

Graphique 1. Âge au premier rapport sexuel, par sexe et génération
(année des 18 ans)



7 ANNEXE 2: LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est anonyme, vous ne serez ni jugée ni notée. Ces questions serviront à une thèse de médecine dans le but d'améliorer vos attentes vis-à-vis de la contraception et de la sexualité. Merci d'entourer les bonnes réponses.

1. Age.....
Etablissement.....

Classe.....

Vous avez un médecin généraliste (médecin traitant) oui
non

2. **Avez-vous déjà:**
 - parlé de sexualité avec votre médecin généraliste :
oui non

 - a. si oui sur votre initiative
 - b. si oui sur l'initiative de votre médecin traitant
 - c. si oui sur l'initiative de vos parents

 - parlé de contraception avec votre médecin
généraliste oui non

 - d. si oui sur votre initiative
 - e. si oui sur l'initiative de votre médecin traitant
 - f. si oui sur l'initiative de vos parents

3. Votre médecin généraliste réalise t-il votre suivi gynécologique? oui non

• **si oui.....pour?**

- a. Prescription d'une contraception oui non
- b. Prescription d'une contraception du lendemain oui non
- c. Réalisation d'une interruption volontaire de grossesse oui non
- d. Suivi de grossesse oui non

• **si non car?**

- a. Frais trop importants oui non
- b. Pas de désir de suivi car vous n'en voyez pas l'utilité oui non
- c. Vous pensez que vos parents seront avertis oui non
- d. Vous vous sentez mal à l'aise pour aborder ce sujet avec votre médecin généraliste oui non

4. Avez-vous une contraception? oui non

• **si oui laquelle ?**

- a. Pilule
- b. stérilet
- c. implant
- d. anneau contraceptif
- e. patch
- f. préservatif
- g. retrait
- h. autre

• **si non car**

- a. trop jeune oui non
- b. pas de rapports sexuels oui non
- c. rapports sexuels peu fréquents oui non
- d. trop chère oui non
- e. peur d'être découverte par vos parents oui non

- f. vous ne savez pas à qui la demander oui non
- g. peur de demander à votre médecin généraliste oui non

5. Qui vous a prescrit votre première contraception?

- a. votre médecin généraliste (médecin référent) oui non
- b. un autre médecin généraliste oui non
- c. un gynécologue en ville oui non
- d. un professionnel de la Planification familiale oui non

6. Vrai / faux

- a. la pilule est le seul moyen de contraception fiable V / F
- b. malgré les oublis de pilule (>12 heures) vous êtes protégées contre une grossesse V / F
- c. si vous êtes mineure, vous pouvez vous procurer gratuitement et anonymement une contraception au centre de planification familiale V/F
- d. la pilule est un médicament V / F
- e. la pilule protège du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles V / F
- f. Il faut avoir 18 ans et / ou l'accord de ses parents pour avoir une contraception V/F
- g. on ne peut pas tomber enceinte dès le premier rapport sexuel V / F
- h. la pilule du lendemain est gratuite pour les mineures en pharmacie V / F
- i. vous pouvez échanger votre pilule entre amies V / F

7. Quelles sont vos sources de connaissance pour la sexualité et la contraception? Classer les sources de 1 à 9

	Sexualité	Contraception
Média (radio /TV)		
Internet		
Amis		
Parents		
Scolarité (cours d'éducation)		
Médecin généraliste		
Centre de planification familiale		
Fils jeune (numéro de téléphone)		
Autre		

8. Aimeriez-vous :

- a. que votre médecin généraliste aborde le sujet de la sexualité avec vous oui non
- b. que votre médecin généraliste aborde le sujet de la contraception avec vous oui non
- c. qu'il y ait dans la salle d'attente du médecin généraliste des dépliants sur la sexualité et la contraception oui non
- d. que le médecin généraliste demande aux parents de sortir lors des consultations oui non
 - si oui dès quel âge?.....
- e. que votre médecin généraliste vous communique l'adresse et le numéro de téléphone du centre de planification le plus proche de chez vous oui non

9. Comment qualifieriez-vous votre relation avec votre médecin traitant sur les thèmes de la sexualité et de la contraception?

- a. Naturelle oui non
- b. conviviale oui non
- c. confiante oui non
- d. froide oui non
- e. méfiante oui non
- f. inexistante oui non

Merci pour votre aide.

8 ANNEXE 3 : HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION (43)

- **En 1810** : article 317 du code pénal napoléonien : l'avortement est criminel
- **24 novembre 1909** : la loi Engerand institue le congé maternité total de huit semaines avant et après l'accouchement sans rémunération mais sans rupture de contrat de travail.
- **12 juin 1913** : la loi Strauss accorde un congé maternité de 4 semaines après l'accouchement avec une faible indemnité journalière.
- **31 juillet 1920** : sont punies de lourdes peines les auteurs ou complices de publicité ou d'information sur la contraception ; de diffusion de moyens contraceptifs ou abortifs.
- **27 mars 1923** : l'avortement criminel sera jugé en correctionnelle pour éviter l'indulgence des jurys populaires.
- **7 septembre 1941 et 5 février 1942** : l'avortement devient un crime d'état.
- **1955** : l'avortement thérapeutique est autorisé. Mise au point d'une pilule anti conceptionnelle aux états unis.
- **1956** : fondation du mouvement français pour le planning familial (MFPF).

- **29 décembre 1967** : loi Neuwirth, qui autorise la vente des produits contraceptifs mais encadre leur publicité. Les mineures (jusqu'à 21 ans) doivent obtenir une autorisation parentale. La loi ne sera appliquée qu'à partir de 1972.
- **1969** : création de l'association nationale pour l'étude de l'avortement et création du groupe national d'information et d'éducation sexuelle (GNIES) qui marque le début d'une réelle information sexuelle à l'école.
- **5 avril 1971** : publication dans le Nouvel Observateur du « manifeste des 343 salopes », dans lequel 343 femmes du spectacle, de la politique et de la littérature déclarent avoir avorté.
- **1973** : l'information et non l'éducation sexuelle devient obligatoire.
- **5 février 1973** : publication dans le Nouvel Observateur du manifeste de 331 médecins qui revendiquent avoir pratiqué des avortements.
- **4 décembre 1974** : les mineures désirant garder le secret peuvent bénéficier, comme les non assurées, de la gratuité des produits et analyses dans les centres de planification familiale.
- **17 janvier 1975** : loi Veil. Suspension pour 5 ans de l'article 317 réprimant l'avortement. Celui ne pourra être effectué que par un médecin jusqu'à

dix semaines de grossesse sur une femme en situation de détresse. Le consentement d'un parent est exigé pour les mineures.

- **30 novembre 1979** : la loi Veil est reconduite définitivement.
- **31 décembre 1979** : pour une interruption volontaire de grossesse, la mineure doit être consentante et la décision d'un juge des enfants peut palier à l'absence d'autorisation parentale.
- **18 janvier 1991** : suppression de l'interdiction de la publicité sur les préservatifs masculins.
- **27 janvier 1993** : loi Neiertz, l'entrave à l'IVG est punie d'amende et d'emprisonnement.
- **19 novembre 1998** : circulaire numéro 98-234 : l'éducation à la sexualité est obligatoire à raison de deux heures minimum par an pour les classes de quatrième et troisième
- **13 décembre 2000** : la contraception d'urgence peut être délivrée sans prescription médicale.
- **Mars 2001** Art L5134-1 et D5134-5 autorisent les infirmières scolaires, sous certaines conditions, à administrer un contraceptif d'urgence non soumis à une prescription obligatoire aux élèves externes et internes des établissements d'enseignement du second degré.

- **4 juillet 2001** : l'IVG peut être réalisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, l'entretien de conseil préalable ne reste obligatoire que pour les mineures. L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire mais la mineure devra être accompagnée d'une personne majeure de son choix. La prise en charge de l'IVG est anonyme et gratuite pour les mineures. L'IVG médicamenteuse peut être réalisée par certains gynécologues et médecins généralistes. La stérilisation tubaire à visée contraceptive est légalisée. L'information et l'éducation à la sexualité devront être dispensées trois fois par an dans les écoles, collèges et lycées (loi 2001-588)
- **9 juillet 2002** le décret N°2002-39 oblige les pharmaciens à délivrer gratuitement la contraception d'urgence aux mineures.
- **23 juillet 2004** : L'IVG médicamenteuse est autorisée en médecine libérale pour les gynécologues et médecins généralistes hors établissements hospitaliers à la condition que ceux-ci aient signé une convention avec un établissement hospitalier et réalisé une formation.
- **12 octobre 2005** : les sages femmes sont autorisées à prescrire la contraception hormonale, contraception d'urgence et spermicides.

9 ANNEXE 4 : LISTE DES CENTRES DE PLANIFICATION DE LA SEINE MARITIME

BARENTIN • Hôpital Centre de Planification 02 35 92 82 82 17, rue Pierre et Marie Curie	17, rue de l'Église
BOLBEC • CMS 02 35 31 18 39 56, rue Alcide d'Ambroise	MONTIVILLIERS • CMS 02 32 72 50 60 26, avenue Victor Hugo
CANTELEU • CMS 02 35 36 04 54 Avenue Charles Gounod	MONTIVILLIERS • Hôpital Jacques Monod 02 32 73 40 85 29, rue Pierre Mendès France
DARNÉTAL • CMS 02 35 08 36 36 Rue Gustave Flaubert	MONT-SAINT-AIGNAN • Hôpital du Belvédère 02 35 15 63 18 72, rue Louis Pasteur
DIEPPE • CMS 02 32 14 58 67 5-7, boulevard Georges Clémenceau	NEUFCHATEL -EN-BRAY • Hôpital 02 32 97 56 56 Centre de Planification Route de Gaillefontaine - BP 93
ELBEUF • CMS 02 76 51 62 04 6, rue des Droits de l'Enfant	OISSEL • CMS 02 35 64 72 72 16, rue Emile Zola
EU • CMS 02 35 50 25 05 1, rue de Clèves	ROUEN • CHU Charles Nicolle 02 32 88 80 77 1, rue de Germont
FÉCAMP • CMS 02 35 28 23 99 5, rue Henri Dunant - BP 136	ROUEN • CMS 02 35 73 13 67 106, boulevard de l'Europe
FORGES-LES-EAU X • CMS 02 35 09 12 10 Rue Battice	ROUEN • CMS 02 35 60 37 47 72, rue Jean Texcier
FRANQUEVILLE-ST-PIERRE • CMS 02 35 80 22 30 134, allée Erik Satie	ROUEN • CMS 02 35 70 92 24 20, rue des Capucins
GONFREVILLE L'ORCHER • CMS 02 35 47 49 04 1 bis, avenue Lénine	ROUEN • CMS du Châtelet 02 35 60 01 01 Place Alfred de Musset - 23, 24 imm. Rousseau
GOURNA Y EN BRAY • Hôpital Centre de Planification 02 32 89 90 60 30, av. de la Première Armée Française - BP 003	ROUEN • Mouvement Français pour le Planning Familial 02 35 73 28 23 41, rue d'Elbeuf
LE HAVRE • CMS 02 32 74 03 52 45, avenue Gustave Flaubert	ST-ÉTIENNE-DU-ROU VRAY • CMS du Bic Auber 02 35 64 01 03 Imm. Cave Antonin - Avenue du Bic Auber
LE HAVRE • CMS 02 32 72 77 20 45, rue Gustave Brindeau	SAINT-VALERY-EN-CAU X • CMS 02 35 97 02 51 Rue Jeanne Armand Colin
LE HAVRE • CMS 02 35 13 02 85 38, rue Jules Vallès	SOTTEVILLE • CMS 02 35 72 45 58 1 bis, rue Léon Salva
LE HAVRE • CMS 02 32 85 32 80 420, avenue du Bois au Coq	YVETOT • CMS 02 35 95 41 20 31, rue Dr Zamenhof
LE TRAIT • CMS 02 35 37 20 44 Place du 11 novembre	
LILLEBONNE • Hôpital Centre de Planification 02 35 39 35 60 19, avenue René Coty	
MAROMME • CMS 02 35 75 16 35	

10 BIBLIOGRAPHIE

5. **ALVIN P.** Contraception chez l'adolescence : le grand paradoxe. Archives de pédiatre. 2006, 13, pp. 329-332.
22. **ANAES.** Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. décembre 2004.
41. **ARS Projet régional de santé Haute-Normandie.** l'organisation des soins en ville. 2010-2011. pp. 14-16.
44. **AUBIN C, JOURDAIN MENNIGER D, IGAS.** Prévention des grossesses non désirées, contraception et contraception d'urgence. octobre 2009.
30. **AUBIN C, JOURDAIN MENNIGER D, CHAMBAUD L.** Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), octobre 2009.
19. **BAILLY D.** Problèmes liés au consentement chez l'enfant et l'adolescent. Archives de pédiatrie. 2010, 17, pp. s7-s15.
4. **BAJOS N, BOZON M.** Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé, La découverte, décembre 2009.
25. **BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M.** Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et sociétés, 407, décembre 2004.
36. **BENNIA-BOURAI S, ASSELIN I, VALLEE M.** Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (caen). Vie professionnelle. février 2006, 2, pp. 84-89.

3. **BOZON M.** L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites. Population. numéro spécial, 1993, 5, pp. 1317-1352.
37. **CONSEIL DEPARTEMENTAL.** Les centres de planification ou d'éducation familiale. Seine Maritime magazine. été 2011, 68, pp. 12-13.
15. **GALLOIS P, VALLEE J.P, LE NOC Y.** L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. Unaformec, des données pour décider en médecine générale. mars 2010, pp. 111-117.
21. **INPES.** Comment aider une femme à choisir sa contraception?
1. **INPES.** Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. août 2009.
11. **INSEE.** Portraits de territoire, Seine Maritime, évolution et structure de la population. 2007, p. 5.
28. **JACQUIM P.** Pourquoi et comment aborder la contraception en pédiatrie de ville? Archives de pédiatrie. 2002, Vol. 9, supplément 2, pp. 248-250.
33. **JEANNE C.** La contraception chez les adolescentes : évaluation des pratiques, sources d'information et rôle du médecin traitant. thèse. 2008.
45. **LAMBILOTTE A.C.** Le médecin généraliste vu par les adolescents. Résultats d'une enquête. Louvain Med. 1998, 117, pp. 339-346.
38. **LEMORT M.F, LEMORT J.P, LOPES P.** La contraception au cours du premier rapport sexuel: enquête réalisée auprès de 467 jeunes filles de 13 à 21 ans dans l'agglomération nantaise. Contraception, fertilité, sexualité. 1999, Vol. 27, 3, pp. 197-202.
23. **LERIDON H, OUSTRY P, BAJOS N, équipe COCON.** La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et sociétés. juillet-août 2002, 381, pp. 1-4.

9. Loi du 4 juillet 2001.
7. Loi Neuwirth. 29 décembre 1967.
8. Loi Veil. 17 janvier 1975.
42. **MARAJDA J, INSEE Haute-Normandie.** Région Haute-Normandie : nouvelles zones d'emploi, nouveaux taux de chômage. novembre 2011.
2. **MARCELLI D, BRACONNIER A.** Adolescence et psychopathologie. Masson, juin 2011, p. 16.
14. **NISAND I, LETOMBE B, MARINOPOULOS S.** Et si on parlait de sexe à nos ados? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles. Odile Jacob, février 2012.
27. **NISAND I, TOULEMON L.** Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Haut conseil de la population et de la famille, décembre 2006.
6. **ORS, Observatoire régional de la santé de Haute Normandie.** Contraception et IVG chez les jeunes de 15-18 ans en Haute-Normandie. Rouen, juin 2009.
18. **PEYREBURE C.** De la cacophonie à la polyphonie, le travail du généraliste avec l'adolescent et un tiers. Archives de pédiatrie. 2006, 13, pp. 741-750.
35. **RESO, éducation pour la santé-éducation du patient. Unité .** Les grossesses chez les adolescentes: analyse des facteurs intervenant dans la survenue et leur issue. Tome 2 Synthèse des résultats et recommandations pour la prévention, l'éducation et l'accompagnement. Bruxelles. octobre 2007.
26. **ROBI G, MASSART P, LETOMBE B.** Quelles contraceptions pour les adolescentes en 2008? Reproduction humaine et hormones. 2008, Vol. 21, 5, pp. 365-384.

20. **ROGER H.** Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. thèse. 2009.
40. **ROMESTAING P, LE BRETON-LEROUVILLOIS G, Ordre national des médecins.** La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. 1er juin 2011.
39. **ROWLANDS S.** Contraceptive use in a rural general practice. Journal of the royal society of medicine. 1998, 91, pp. 297-300.
24. **SERFATY D.** Contraception.Régulation des naissances en France. Abrégé Masson. 14 octobre 1998
10. **SOMMELET D.** L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Elsevier Masson. Archives de pédiatrie. 2007, Vol. 14, pp. 1011-1019.
16. **STHENEUR C, Alvin P and all.** La première consultations avec un adolescent. Archives de pédiatrie. 2009, 16, pp. 1309-1312.
28. **TARDY M.** Les 15-25 ans face au risque de grossesse indésirée : enquête sur leurs connaissances et rôle préventif du médecin généraliste. Paris 2008.
30. **TESSIER M.** Adolescence et sexualité : les enjeux de la prévention. Quebec 1984, Santé mentale au Québec,1984 Vol. 9, pp. 64-73.
12. **TOUTES LES VILLES.** <http://www.toutes-les-villes.com/>
[Online]
31. **VERDURE F, ROUQUETTE A, DELORI M.** Connaissances,besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classe de troisième. Archives de pédiatrie. 2009, Vol. 17, pp. 219-225.
13. **WIKIPEDIA.** <http://fr.wikipedia.org/wiki/Haute-Normandie>
[Online]

42. **WIKIPEDIA.** Chronologie de la contraception et de l'avortement en France. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Chronologie de la contraception et de l%27avortement en France](http://fr.wikipedia.org/wiki/Chronologie_de_la_contraception_et_de_l%27avortement_en_France) [Online]

33. **YAHYAOUI A, EL METHNI M, BEN HADJ LAKHDAR D,GAULTIER S.** Représentations et vécus de la sexualité à l'adolescence et appartenances culturelles. Etude comparative auprès de 134 adolescentes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2010, Vol. 58, pp. 132-139.

Introduction : L'adolescence est une période charnière, elle est synonyme de prises de risques. Celles sur la sexualité interpellent. L'objectif principal est d'évaluer la place du médecin traitant par les adolescentes sur les thèmes de la sexualité et de la contraception, en fonction de leur milieu environnant. En objectifs secondaires, nous avons tenté d'apprécier le parcours contraceptif des adolescentes et la persistance des fausses croyances. **Méthode** : étude épidémiologique quantitative transversale en Seine Maritime à l'aide d'un questionnaire proposé aux adolescentes de 15 à 18 ans. 7 lycées généraux, professionnels, technologiques ont été sélectionnés dans les milieux urbains (Rouen, Le Havre), semi-urbains (Dieppe, Saint Valéry en Caux) et ruraux (Neufchâtel en Bray). **Résultats** : 486 adolescentes ont répondu au questionnaire. 66.20% des adolescentes ne parlent pas de sexualité avec leur médecin traitant et 51.5% de contraception. Le médecin a une mauvaise place dans l'information sur ces thèmes, même si elle varie en fonction de plusieurs critères : l'abord préalable de ces sujets, l'assurance du respect du secret médical, la prise d'une contraception, la qualité de la relation médecin-patiente. Les premiers pourvoyeurs d'information sont les amis, la scolarité et les parents. Les adolescentes sont demandeuses d'informations : 23.5% aimeraient que leur médecin aborde le sujet de la sexualité, 50.4% celui de la contraception, 59.4% que leur médecin leur donne le numéro de téléphone du planning familial et 62.4% désireraient des dépliants informatifs dans la salle d'attente. Le niveau des connaissances des adolescentes est globalement satisfaisant. Des variations en fonction du milieu environnant existent aussi bien sur la discussion autour de la sexualité et la contraception que sur l'utilisation des contraceptifs. **Conclusion** : Le médecin traitant n'a pas aux yeux des adolescentes un rôle informatif et préventif important. Il doit prendre en considération les variations individuelles en fonction du milieu environnant pour améliorer la prise en charge des adolescentes.

Mots clés :

- Adolescentes
- Contraception
- Sexualité
- Médecin traitant
- Seine Maritime
- Milieu environnant