



HAL
open science

Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de la sexualité

Anne Sophie Bard

► To cite this version:

Anne Sophie Bard. Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de la sexualité. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01507682

HAL Id: dumas-01507682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01507682>

Submitted on 13 Apr 2017

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.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 247

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents
sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives
et de la sexualité

Présentée et soutenue publiquement
le 26 octobre 2016

Par

Anne Sophie BARD

Née le 30 mars 1987 à Lyon (69)

Dirigée par M. Le Docteur Alexandre Avenel, PH

Jury :

M. Le Professeur Maurice Corcos, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Dominique Pateron, PU- PH

M. Le Professeur Philippe Jaury, PU



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury, ma plus confraternelle reconnaissance

Au Pr Corcos, merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et de l'attention que vous portez à mon travail en acceptant de le juger.

Au Pr Jaury, merci pour votre présence et votre intérêt à mon modeste travail de thèse.

Au Pr Pateron, merci d'avoir accepté d'être présent pour ce moment et de m'ouvrir les portes de votre service où j'ai tant appris médicalement et humainement.

A Alex, merci d'avoir accepté ce défi, merci pour ton amitié. Tu ne pourras pas toujours sauver tes patients, mais tu as sauvé mon année.

A Dieu, mon Père céleste, Tu as mis ta bonne main sur chaque étape de ce travail « Tu es mon refuge et ma force, un secours dans les détresses, toujours facile à trouver ».

A Papa et Maman, pour votre amour et votre soutien indéfectibles, toujours prêts à me rendre la vie moins difficile. Maman, toujours là pour m'écouter, à compatir et à et me changer les idées. Papa, l'amour ne se dit pas qu'avec des mots..., qu'aurais-je fait sans ton aide informatique, technique, matérielle ? A tous les deux pour vos prières quotidiennes depuis 29 ans.

A mes frères et belle-sœur : Sébastien, Romain et Lauriane, et Pierre-Olivier qui se sont résignés à ce que je ne sois pas la femme de ménage de leur entreprise...

Merci Romain pour la formation Excel accélérée. Merci Seb pour ta relecture avisée et tes conseils. Merci PO de m'avoir supportée ces dernières semaines et pour ton aide quand tout se mélangeait dans ma tête. Merci Lauriane de m'avoir fait profiter de votre petit Théophile, mon rayon de soleil de ces derniers mois.

A mes confidentes : mes chères cousines Marion et Isaline auprès de qui mes doutes de ces dernières années et surtout derniers mois ont toujours pu trouver écho, chacune à votre façon.

Au reste de ma grande famille : mes grand-parents, mes oncles et tantes, mes cousins.

A mes amis du groupe de prière : Delphine, Emilie, Elise, Elodie et Jérôme avec qui je partage mes sujets de joie, de tristesse, d'inquiétude, de doute et qui m'encouragent par leur vie de foi. Un vrai soutien durant cette dure période.

Un merci particulier à Delphine et Elodie d'avoir accepté de relire mon œuvre.

A mes co-internes : Sophie, une belle amitié née au milieu de l'adversité ; Cécile, Hafiz, Sandrine, Délia, Amaury, Aurélie, la fine équipe de Saint-Antoine / DESC. L'internat aurait été bien moins drôle et encore plus dur sans vous.

A Aurélie, merci pour ton soutien, tes encouragements depuis toutes ces années, merci pour ton acharnement pour entretenir notre amitié téléphonique ou visuelle.

A mes amis professeurs : Delphine, Matthieu, Jean-Daniel et Christelle sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Aux médecins, infirmiers et aide-soignants qui ont croisé ma route et qui m'ont fait avancer, trop nombreux pour être cités.

A tous les patients, la raison de tant d'investissement qui, sans le vouloir ont été et continueront d'être mes meilleurs formateurs

SOMMAIRE

INTRODUCTION	8
I. CONTEXTE	10
A. LES CONDUITES A RISQUE A L' ADOLESCENCE EN FRANCE.....	10
1. <i>Facteurs de risque d'installation d'une addiction à l'adolescence</i>	<i>10</i>
a) Modes de consommation à risque.....	10
b) Facteurs psychologiques :.....	10
c) Facteurs socio-économiques et scolaires :	10
d) Facteurs familiaux et transmission intergénérationnelle.....	10
2. <i>Le tabac</i>	<i>11</i>
a) Cadre légal : de 1950 à 2016, une société en mutation.....	11
b) Principales conséquences somatiques du tabagisme en France.....	12
c) Conséquences du tabagisme débuté à l'adolescence	12
d) Epidémiologie du tabagisme à l'adolescence en France.....	13
3. <i>L'alcool</i>	<i>17</i>
a) La place de l'alcool dans la société française	17
b) Conséquences de l'alcool.....	19
c) Particularités des conséquences de l'alcool à l'adolescence.....	20
d) Epidémiologie de l'alcool à l'adolescence	21
4. <i>Le cannabis</i>	<i>24</i>
a) Quelques généralités sur le cannabis.....	24
b) Symptômes attribuables au cannabis	25
c) Epidémiologie de la consommation de cannabis en France	27
B. LA SEXUALITE.....	28
1. <i>L'éducation sexuelle.....</i>	<i>28</i>
a) Une mission de l'éducation nationale, toujours en construction.....	28
b) Ce que les élèves apprennent durant leur scolarité en matière de sexualité	31
c) Epidémiologie	32
2. <i>Les Infections Sexuellement Transmissibles</i>	<i>32</i>
a) Connaissances des adolescents	32
b) Epidémiologie des IST en France.....	33
c) Utilisation du préservatif chez les adolescents	35

3.	<i>La contraception et les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)</i>	35
a)	Cadre légal	35
b)	Modes contraceptifs disponibles et utilisés.....	37
c)	La contraception d'urgence.....	37
d)	Epidémiologie des IVG en France	38
C.	LA RELATION MEDECIN GENERALISTE-ADOLESCENT	39
1.	<i>Consommation de soins de l'adolescent</i>	39
a)	Le généraliste, un interlocuteur privilégié.....	39
b)	Motifs de consultation.....	39
c)	Sujets abordés.....	40
2.	<i>Une consultation triangulaire</i>	40
a)	Place du secret médical.....	40
b)	La place des parents en consultation.....	42
II.	MATERIEL ET METHODES	43
A.	OBJECTIF DE L'ETUDE	43
B.	METHODES.....	43
1.	<i>Population</i>	43
2.	<i>Lieux</i>	43
3.	<i>Méthode d'inclusion</i>	43
4.	<i>Le questionnaire</i>	44
5.	<i>Analyse des résultats</i>	47
III.	RESULTATS	48
A.	INCLUSION	48
1.	<i>Période d'inclusion</i>	48
2.	<i>Méthode</i>	48
3.	<i>Retour de questionnaires</i>	48
B.	POPULATION	49
1.	<i>Caractéristiques générales</i>	49
2.	<i>Caractéristiques par établissement</i>	49

C.	LE MEDECIN GENERALISTE ET LES MODALITES DE LA CONSULTATION	51
1.	<i>Concernant le médecin</i>	51
a)	Description des caractéristiques des médecins	51
b)	Ressenti des adolescents face à leur médecin.....	52
2.	<i>Concernant les modalités de consultation</i>	54
a)	Nombre de consultations par an.....	54
b)	Consultation en présence des parents ou non	54
c)	Connaissance et confiance dans le secret médical.....	55
D.	LES ADOLESCENTS, LES CONDUITES ADDICTIVES ET LEUR MEDECIN GENERALISTE	56
1.	<i>Caractéristiques générales</i>	56
a)	Existence ou absence d'échange avec le médecin généraliste	56
b)	Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer ces sujets avec son médecin	59
c)	Réactions attribuées au médecin par l'adolescent.....	60
2.	<i>Caractéristiques chez les patients consommateurs de tabac, d'alcool ou de cannabis</i>	
	<i>61</i>	
a)	Epidémiologie de notre population	61
b)	Existence ou absence d'échanges avec le médecin généraliste et comparaison avec les adolescents non consommateurs	64
c)	Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer ces sujets avec son médecin et comparaison avec les non consommateurs	66
d)	Réactions attribuées au médecin et comparaison avec les non consommateurs.....	67
E.	LES ADOLESCENTS, LA SEXUALITE ET LEUR MEDECIN GENERALISTE	69
1.	<i>Epidémiologie des comportements liés à la sexualité de notre population</i>	69
a)	Existence d'une sexualité	69
b)	Connaissance des IST	69
c)	Utilisation du préservatif	70
d)	Place de la pilule contraceptive	70
e)	Utilisation de la contraception d'urgence	71
f)	Réalisation d'une Interruption volontaire de grossesse (IVG)	71
2.	<i>Les adolescents face à leur médecin en matière de sexualité</i>	71
a)	Existence ou absence d'échange entre l'adolescent et son médecin.....	71
b)	Volonté de l'adolescent de prise d'initiative par le médecin	72
c)	Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer la sexualité avec son médecin.....	73
d)	Réactions attribuées au médecin face à la sexualité	77
e)	Les adolescentes, la contraception, l'IVG et leur médecin généraliste.....	79

IV. DISCUSSION.....	83
A. LES ENSEIGNEMENTS	83
1. <i>Enseignements généraux sur les modalités de consultation et sur la relation médecin-adolescent.....</i>	83
2. <i>Enseignements concernant la relation des adolescents avec leur médecin généraliste au sujet des conduites addictives</i>	83
3. <i>Enseignements concernant la relation des adolescents avec leur médecin généraliste au sujet de la sexualité.....</i>	84
4. <i>Enseignements concernant la relation des adolescentes avec leur médecin généraliste au sujet de la contraception et de l'IVG.</i>	84
B. SIGNIFICATION DES RESULTATS	85
1. <i>Concernant les modalités de consultation et la relation adolescent-médecin</i>	85
2. <i>Concernant les conduites addictives et la relation adolescent-médecin.....</i>	86
3. <i>Concernant la sexualité et la relation médecin-adolescent</i>	87
4. <i>Concernant la relation des adolescentes avec leur médecin généraliste au sujet de la contraception et de l'IVG.....</i>	89
C. LIMITES ET BIAIS DE NOTRE ETUDE	89
1. <i>Validité interne.....</i>	89
a) <i>Méthodologie.....</i>	89
b) <i>Biais d'information</i>	90
c) <i>Manque de puissance.....</i>	90
2. <i>Validité externe</i>	91
a) <i>Epidémiologie de notre population.....</i>	91
b) <i>Résultats</i>	94
D. APPLICATIONS PRATIQUES	95
1. <i>Concernant les modalités de consultation</i>	95
2. <i>Concernant l'abord des conduites addictives.</i>	95
3. <i>Concernant l'abord de la sexualité.....</i>	96
4. <i>Concernant la contraception et l'IVG.....</i>	97

E. POUR ALLER PLUS LOIN.....	97
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE.....	100
ANNEXES	107

INTRODUCTION

« L'adolescence ne laisse un bon souvenir qu'aux adultes qui ont mauvaise mémoire », c'est ce qu'affirmait François Truffaut. Une vision certes pessimiste et noire de cette période de la vie mais qui en évoque les difficultés et les changements profonds, à la fois physiques mais aussi psychiques et sociaux, qui s'y opèrent.

Définir l'adolescence n'est pas une chose aisée et différents modèles existent : historique, sociologique, physiologique, psychanalytique, cognitif et éducatif... [1] Notre intention n'est ni de les décrire ni d'adhérer à tel ou tel modèle mais simplement, en les citant, de comprendre que l'adolescence est un phénomène aux multiples facettes qu'il convient d'aborder dans sa globalité.

Il est communément accepté de considérer l'adolescence comme une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il s'agit de la période de croissance et de développement s'étendant de 10 à 19 ans, conditionnée par des processus biologiques et dont le début est marqué par la puberté. Si les aspects purement biologiques et hormonaux sont universels, la durée, les caractéristiques et les représentations de l'adolescence peuvent varier selon les cultures, les conditions socio-économiques et les époques. [2]

En Europe occidentale et en France en particulier, le mot et la notion d'adolescence n'existent pas avant la fin du dix-neuvième siècle. Etymologiquement, le terme adolescence vient du latin « adulescere » qui signifie grandir. Les « adulescens » ou « ceux qui sont en train de croître » de la Rome antique ne désignent pas nos adolescents du XXI^e siècle mais seulement les hommes entre 17 et 30 ans qui deviennent citoyens. Le terme ne resurgira dans notre société que vers le milieu du XIX^e siècle et il faudra attendre le XX^e siècle pour voir se développer des études et des théorisations de l'adolescence. Durant le XX^e siècle, les révolutions sociales, sociétales et industrielles ont considérablement influé sur la période de l'adolescence qui s'est vue profondément bouleversée par l'urbanisation, la mondialisation, l'apparition plus précoce de la puberté et les changements d'attitude en particulier en terme de comportements sexuels.[3]

Actuellement, l'adolescence fait partie du vocabulaire courant et semble à première vue, bien définie. Pour autant, au-delà des transformations physiques bien identifiables, l'adolescence est une préparation de l'âge adulte. C'est en effet une période d'autonomisation financière et sociale durant laquelle l'adolescent prend peu à peu de l'indépendance vis-à-vis

de ses parents. Mais ce moment de croissance fulgurante que constitue l'adolescence en fait aussi une période où l'individu est particulièrement vulnérable et influençable et notamment en matière de sexualité et de conduites addictives. En effet, l'adolescent peut plus facilement céder aux pressions de l'entourage et du groupe, ou appréhender ces comportements comme une marque de rupture avec ses parents ou ne pas percevoir immédiatement la relation entre comportement et conséquences et ce d'autant plus si ces conséquences ne sont ni immédiates ni perceptibles. Ainsi, de nombreux adolescents doivent faire face à des pressions et sont incités à consommer de l'alcool, fumer ou consommer d'autres drogues et avoir des relations sexuelles à un âge précoce, ce qui leur fait courir un risque élevé de dépendance, de traumatismes, de grossesses non désirées et d'infections sexuellement transmissibles. Les modes de comportement qui s'instaurent au cours de ce processus, tels que la consommation ou la non-consommation de drogues ou la protection ou la non-protection lors des rapports sexuels, peuvent avoir des effets positifs ou négatifs durables sur la santé et le bien-être futurs. De ce fait, au cours de cette période, les adultes ont une possibilité unique d'influencer les jeunes. Il s'agit donc d'une période cruciale et déterminante en terme de prévention primaire et d'information en médecine générale puisque le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus souvent vu par les adolescents. Mais comme nous l'avons évoqué, l'adolescence est une période où les relations avec les adultes et les figures d'autorité évoluent et peuvent se compliquer.

Comment aborder ce changement en tant que médecin généraliste ? Pour essayer de répondre à cette question, il faut d'abord répondre aux attentes des adolescents, ce qui nécessite de les connaître et de les comprendre : comment les adolescents considèrent-ils leur médecin généraliste ? Ont-ils confiance en lui ? Quels sont les obstacles à une relation de soins de qualité ? Ont-ils une appréhension ou une gêne à aborder certains sujets avec leur médecin généraliste ?

Ce sont ces réflexions mêlées aux expériences parfois maladroites en consultation et à la réalité des difficultés de prévention envers les adolescents qui nous ont conduits à réaliser une étude visant à répondre à la problématique suivante : en quoi la perception du médecin généraliste par l'adolescent influence-t-elle les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de l'éducation sexuelle ?

Pour tenter d'apporter quelques éléments de réponse à cette vaste question, il nous a semblé primordial de nous attarder, dans une première partie, sur le contexte épidémiologique et les prémices qui ont abouti à cette problématique puis dans une deuxième partie, nous exposerons l'étude que nous avons menée auprès d'adolescents afin d'étudier cette question.

I. CONTEXTE

A. Les conduites à risque à l'adolescence en France

1. Facteurs de risque d'installation d'une addiction à l'adolescence

a) *Modes de consommation à risque*

Un âge de début précoce est un facteur de risque en particulier si les usages se répètent. Concernant l'alcool, un usage massif ou solitaire, la recherche d'ivresse et la répétition des conduites à risque sous emprise de l'alcool comme la conduite automobile, les rapports sexuels non protégés, doivent être recherchés et doivent alerter le praticien.[4], [5], [6]

b) *Facteurs psychologiques :*

Il faudra être attentif à différents traits de personnalité comme la timidité, l'autodépréciation ou la faible estime de soi, la difficulté d'entretenir des relations stables ou encore la recherche de sensation ou l'impulsivité.

Toute pathologie psychiatrique peut être associée à un mésusage de l'alcool. [4], [5] [6]

c) *Facteurs socio-économiques et scolaires :*

Il existe un paradoxe dans ce domaine. En effet, les adolescents issus de milieux favorisés expérimentent plus volontiers que ceux des milieux défavorisés. En revanche, les mésusages ou les abus sont plus fréquents chez les adolescents issus de milieux socio-économiques défavorisés. L'échec ou les difficultés scolaires sont aussi identifiés comme des facteurs de vulnérabilité. [4], [5] [6]

d) *Facteurs familiaux et transmission intergénérationnelle*

Chez le jeune adolescent, la consommation de substances psychoactives est souvent un refuge lors de situation familiale ou personnelle difficile. Le cercle familial dans lequel évolue l'adolescent a une véritable influence. Si un climat familial favorable, à l'écoute, ouvert au dialogue est en rapport avec une plus faible probabilité de mésusage des produits psychoactifs, à l'inverse, l'existence de troubles psychiatriques ou addictifs chez les parents apparaît comme un facteur de risque de développer des conduites addictives chez les

adolescents. En effet, les enfants de parents fumeurs ou qui ont une consommation d'alcool excessive ont deux fois plus de risque d'être fumeur ou de boire excessivement.

Ce constat est également vrai dans le cercle amical des adolescents : ceux dont les amis consomment des substances psychoactives sont plus souvent consommateurs eux-mêmes que ceux fréquentant des amis non consommateurs. [4], [5] [6]

2. Le tabac

a) Cadre légal : de 1950 à 2016, une société en mutation

Le tabac est la deuxième drogue consommée par les Français, après l'alcool. Contrairement au cannabis, il est légal. Cependant plusieurs lois ainsi que le plan cancer 2003-2007 puis 2009-2013 ont contraint ses consommateurs. On ne peut appréhender la prévention du tabagisme en France sans connaître l'historique de sa législation que nous allons succinctement présenter.

En 1950, on découvre les effets cancérigènes du tabac mais ce n'est que 16 ans plus tard que la France s'engage dans la lutte anti-tabac. D'ailleurs, jusqu'en 1972, la France incite à la consommation de tabac par la distribution gratuite de paquets de cigarettes aux conscrits. Ce n'est qu'en 1976 que Simone Veil, alors ministre de la santé fait voter la loi relative à la lutte contre le tabagisme [7]. Cette loi s'attaque essentiellement à la publicité et oblige à l'apposition de la mention « abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Elle a permis la stabilisation de la consommation de tabac, jusqu'alors en augmentation [8].

La loi dite loi « Evin » du 10 janvier 1991 vient renforcer le cadre législatif : elle favorise l'augmentation du prix du tabac, interdit de fumer dans les lieux publics, interdit la vente des cigarettes aux mineurs, interdit la publicité et la distribution gratuite de cigarettes et interdit toute opération de parrainage liée au tabac [9]. Cette loi permet un changement des mentalités avec changement sur la perception sociale du tabac qui devient un produit incorrect socialement. En 2002, le prix d'un paquet de cigarettes est de 3,20 euros ; il passe à 6,50 euros en 2016 avec stagnation de son augmentation depuis 2004. [8]

Par la suite, le plan cancer 2003-2007 fait de la lutte contre le tabagisme une priorité en terme de prévention, en ciblant 9 mesures [10]. Parmi elles, un renforcement de la loi concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, la mise en place de programmes de prévention dans les milieux scolaires. Dans ce contexte, le décret du 15 novembre 2006 étend les interdictions de la loi Evin. [11]

Au niveau européen, la directive européenne du 5 juin 2001 réglemente l'information aux fumeurs avec obligation de renseigner la teneur en goudrons, en monoxyde de carbone

inhalé, en nicotine ainsi que l'apposition d'un des deux messages d'avertissement sur le devant du paquet : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage » et un message parmi quinze conséquences du tabac au dos du paquet, par exemple « Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance » ou « Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales » [12]. Depuis 2011, les paquets sont en plus ornés de photos dissuasives en couleur. [13]

Ce rapide rappel historique sur l'évolution de la légalité du tabagisme en France et en Europe permet de comprendre comment en l'espace de 60 ans, le tabac est passé du statut de produit de consommation à consonance positive à celui de drogue, certes licite mais considérée négativement par la majorité de la population française.

b) Principales conséquences somatiques du tabagisme en France

Le tabagisme dans les pays industrialisés est la première cause de mortalité évitable. En France, on lui attribue 90% des cancers du poumon et 73000 décès prématurés par an [14].

Au delà du seul cancer du poumon, de nombreuses affections sont attribuées au tabac : on pourra citer les maladies cardiovasculaires en général, avec en tête de liste la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux sans oublier la cardiopathie hypertensive et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les pathologies respiratoires notamment la bronchopathie chronique obstructive et les autres cancers : vessie, voies aéro-digestives supérieures, pancréas...

Le tabagisme est aussi responsable de troubles de l'érection, de diminution de la fertilité, de problèmes dentaires, de vieillissement prématuré de la peau... Ces conséquences somatiques sont dépendantes de la dose (le nombre de cigarettes fumées par jour) et de la durée.

c) Conséquences du tabagisme débuté à l'adolescence

Le tabagisme est un problème à tous les stades de la vie adulte mais revêt un caractère particulier de gravité lorsqu'il est débuté au moment de l'adolescence car il intervient dans une période déterminante pour l'avenir.

Ainsi, il a été établi par plusieurs études antérieures un lien entre l'âge de début du tabac et l'installation d'une dépendance à l'âge adulte. L'étude de Chassin et al. montre que le risque de tabagisme à l'âge adulte double quand le tabac a été expérimenté durant

l'adolescence et que ce risque est multiplié par 16 lorsqu'un tabagisme occasionnel (< 1 fois par mois) est débuté à l'adolescence [15].

Par ailleurs, l'étude de Breslau et al montre que plus le tabagisme est débuté jeune, plus une dépendance s'installe rapidement, et plus il sera difficile d'arrêter à l'âge adulte. Cette étude, menée aux Etats-Unis sur une cohorte de 4414 personnes âgées de 15 à 54 ans établit que le tabagisme quotidien s'installe très rapidement entre 13 et 20 ans, proche de zéro à 10 ans, il avoisine les 50% à 20 ans. Dans cette étude, la dépendance commence vers 15 ans et, si l'incidence cumulée du tabagisme quotidien est similaire dans les différentes tranches d'âge, il apparaît que l'incidence du « devenir dépendant » chez les 15-24 ans est la plus importante. Chez les 15-24 ans, il faut environ 6 ans pour que tous les fumeurs quotidiens deviennent des fumeurs persistants (tabagisme régulier au cours des douze derniers mois) [16]. Or plus spécifiquement dans le cancer du poumon, il a été montré que le risque dépendait de deux paramètres : la dose de tabac (nombre de cigarettes par jour) et la durée. Ces deux paramètres ne sont pas sur un pied d'égalité en matière d'augmentation du risque. Doubler la dose doublera le risque alors que doubler la durée multiplier le risque par deux à la puissance 4 ou 5 soit entre seize et trente-deux. En conséquence, l'arrêt du tabac aura un impact bien plus important sur le gain de survie que la simple diminution. Et il semble évident que lorsqu'on commence jeune de fumer, on s'expose à fumer plus longtemps. [17]

Selon le Baromètre de Santé 2010, 85,6% des fumeurs ayant débuté un usage régulier entre 2005 et 2010, étaient âgés de moins de 20 ans. Ceci montre bien que l'adolescence est un enjeu crucial. [18]

Tous ces éléments font du tabagisme débuté à l'adolescence un problème spécifique et nous fait comprendre la nécessité d'efforts particuliers dans la prévention primaire à cet âge charnière.

d) Epidémiologie du tabagisme à l'adolescence en France

Devant cette question de santé publique, plusieurs enquêtes au niveau national ou européen ont été mises en place :

- Au niveau national : l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) et le Baromètre Santé de l'Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé (INPES).
- Au niveau européen : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) et l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

L'enquête ESCAPAD :

Depuis l'an 2000, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies a mis en place, avec le soutien de la Direction du Service National, un questionnaire portant sur la consommation des substances psychoactives par les adolescents de 17 ans, interrogés lors de la journée défense et citoyenneté. Il s'agit du premier dispositif quantitatif d'envergure nationale visant à pallier un manque de données épidémiologiques dans ce domaine en France. Et alors que la France accusait un retard conséquent face à ses voisins européens et notamment anglo-saxons, ESCAPAD se révèle un des dispositifs les plus complets d'Europe. Cette enquête, répétée au fil des années, pour atteindre à ce jour un total de huit exercices, permet de suivre l'évolution de cette consommation dans le temps.

L'édition la plus récente d'ESCAPAD s'est déroulée du 17 au 21 mars 2014 en partenariat avec la Direction du Service National dans tous les centres actifs sur cette période, en métropole et dans les départements d'outre-mer lors de la journée défense et citoyenneté. Elle a inclus un total de 26351 adolescents âgés de 17 ans de nationalité française.

Voici les principaux résultats concernant le tabac. On y observe une stabilité des expérimentations de la cigarette : 68,4% des adolescents déclarent avoir déjà expérimenté la cigarette en 2011 et en 2014. C'est la première fois depuis 2000 que la baisse ne se poursuit pas. En ce qui concerne les consommations occasionnelles et régulières, alors qu'entre 2000 et 2008, la tendance était nettement à la baisse, depuis 2008 l'évolution reste à la hausse. En 2014, 32,4% des adolescents déclarent fumer quotidiennement et 43,8% occasionnellement contre respectivement 31,5% et 42% en 2011 et 28,0% et 40,5% en 2008. Cette légère hausse peut s'expliquer par l'augmentation du tabagisme quotidien chez les filles passant de 30,2% à 31,9% alors qu'il est resté stable à 33% chez les garçons. Cette légère hausse ne se traduit pas par une augmentation de la part des fumeurs intensifs (> 10 cigarettes par jour) et la prévalence des adolescents fumeurs reste nettement inférieure à la prévalence mesurée en 2000.

L'âge moyen de l'expérimentation du tabac reste stable depuis 2000 avec un âge moyen de la première cigarette à 14 ans. En revanche on observe une franche diminution du délai de passage à un éventuel tabagisme quotidien : il faut moins d'un an entre la première cigarette et un tabagisme quotidien dont l'âge moyen est à 14,9 ans. En 2003, ce délai était de 18 mois.

Cette étude nous rapporte aussi des facteurs associés à la consommation régulière de tabac chez ces adolescents comme le statut « professionnel », le type de famille et la profession des parents. En effet, les adolescents qui sont sortis du système scolaire (en apprentissage, déjà actifs) sont beaucoup plus enclins au tabagisme régulier (OR

respectivement à 2,5 et 3,5 en régression multivariée) que les adolescents scolarisés. De même les adolescents issus de familles recomposées (OR 1,8) ou de famille monoparentale (OR 1,6), ont plus de risque d'être fumeurs réguliers. A contrario de ce qu'on trouve chez les adultes, un milieu social très favorisé sera un facteur de risque de tabagisme régulier chez les adolescents (OR < 1 pour les autres catégories). [19]

Ces données nous permettent de mieux cerner le problème du tabagisme à l'adolescence et d'être particulièrement attentifs aux adolescents à risque.

Le baromètre santé 2014 de l'INPES :

Il s'agit d'un indicateur de surveillance épidémiologique en population générale. C'est une enquête aléatoire réalisée par téléphone sur un échantillon représentatif de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 75 ans menée de décembre 2013 à mai 2014 auprès de 15635 individus dont 1564 ayant entre 15 et 19 ans inclus.

Dans la population générale, 74,8% des individus ont déjà expérimenté le tabac, 34,1% se déclarent fumeurs (stable par rapport à 2010) dont 28,2% de fumeurs quotidiens, en baisse par rapport à 2010 (29,1%, $p < 0,01$). Chez les jeunes entre 15 et 19 ans, on dénombre 24,3% de fumeurs quotidiens sans évolution significative par rapport à 2010 mais avec une tendance à la hausse aussi bien chez les filles que chez les garçons. L'âge moyen déclaré d'expérimentation dans la population générale est de 16,4 ans, stable depuis 2000. [20]

Le tabac durant les années collège selon l'enquête HBSC 2014 :

Il s'agit d'une enquête à dimension internationale existant depuis 1982 et ayant lieu tous les 4 ans sous l'égide du bureau de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. La France y participe depuis 1994. Son objectif est d'appréhender les attitudes et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives, leur santé et leur mode de vie, de mesurer les évolutions de ces comportements et de ces modes de vie au fil du temps et d'effectuer des comparaisons internationales. On dénombre à ce jour 43 pays participants, tous au sein du monde occidental.

En France, une population représentative des jeunes âgés de 11 à 15 ans a été échantillonnée à partir d'une population scolaire allant du CM2 à la seconde dans les établissements publics et privés sous contrat avec l'éducation nationale en métropole. Durant 3 mois, un questionnaire auto-administré anonyme a été soumis aux élèves en classe.

La dernière édition a eu lieu en 2014 : en voici les principaux résultats. Un total de 10434 élèves scolarisés en France du CM2 à la seconde dans 286 établissements scolaires ont été sondés. En 6^e, 10,3% des élèves déclarent avoir déjà expérimenté la cigarette, une

proportion multipliée par 5 à la fin du collège en 3^e pour atteindre 49% des élèves. Au total, 27,8% des élèves du collège ont déjà expérimenté le tabac en 2014. Ces chiffres ne présentent pas de différence significative par rapport à ceux de 2010 mais la tendance semble être plutôt à la baisse. Le tabagisme quotidien concerne 6% des élèves de 4^e et 12% des élèves de 3^e soit 8,9% des élèves de ces deux classes, ce qui est significativement en baisse par rapport à 2010 (11,8%).

Ces résultats vont dans le sens inverse de ceux de la dernière enquête ESCAPAD détaillés ci-dessus. Il est possible que ces résultats observés au collège correspondent à un décalage plus tardif des expérimentations ou préfigurent au contraire un véritable changement de comportement à l'égard du tabac de la plus jeune génération.[21]

Le tabac durant les années lycée selon l'enquête ESPAD 2011:

Au niveau européen, l'enquête ESPAD concerne uniquement les jeunes âgés de 16 ans mais afin d'améliorer l'observation, la France a choisi d'élargir son échantillon à l'ensemble des élèves du second cycle du secondaire. L'enquête a lieu tous les 4 ans depuis 1999, dans environ 40 pays européens au même moment avec un questionnaire auto-administré analogue, au sein des établissements scolaires. Son but est de comparer la santé et les comportements à risque des adolescents scolarisés. Les résultats de la dernière édition de 2015 n'étant pas disponibles à ce jour, nous présenterons succinctement les résultats de l'édition précédente en 2011.

Entre avril et juin 2011, 6048 lycéens français scolarisés dans 198 établissements et 396 classes ont répondu à un questionnaire. Au total, 70,4% des lycéens déclarent avoir expérimenté la cigarette contre 27,8% des collégiens et 49% des élèves de 3^e. Le lycée constitue donc, après la fin du collège, la dernière phase importante d'expérimentation chez les adolescents. C'est aussi une période d'intensification du tabagisme quotidien avec 30,8% de fumeurs quotidiens déclarés au lycée contre 12% en classe de 3^e (12% en 2014, 16% en 2010). On y observe enfin une augmentation des fumeurs intensifs (> 10 cigarettes par jour) : 24% des fumeurs quotidiens sont des fumeurs intensifs en classe de seconde contre seulement 5% en classe de 3^e. Par ailleurs, cette enquête étudie la perception de l'accessibilité du tabac par les adolescents. Il est intéressant de noter que 69% des lycéens jugent qu'il leur serait facile de se procurer des cigarettes, même chez un buraliste, alors que sa vente est interdite aux mineurs. D'ailleurs 94% des usagers quotidiens déclarent acheter leurs cigarettes en bureau de tabac.

Ces différentes enquêtes réalisées sur des périodes différentes et à des âges différents permettent de rendre compte d'une certaine réalité du tabac chez les adolescents de 11 à 20 ans. Malgré les efforts en matière législative et de prévention, on assiste à un infléchissement de la baisse de consommation chez les adolescents, voire à un retour à la hausse qu'il est important de connaître pour pouvoir combattre. [22]

La place de la France en Europe selon ESPAD 2011 :

La France fait partie des mauvais élèves européens en terme de tabagisme. D'une part par son niveau d'usage récent avec 38% pour les jeunes français contre une moyenne européenne à 28%. La France se place ainsi à la 6^e place européenne en terme de tabagisme des adolescents derrière la Lettonie, la République Tchèque, la Croatie, la Bulgarie et la Slovaquie D'autre part du fait de l'évolution du tabagisme de ses adolescents entre 2007 et 2011 qui est en hausse comme en Finlande, au Portugal ou en Pologne. [23]

3. L'alcool

a) La place de l'alcool dans la société française

« Buvez-vous de l'alcool tous les jours ?

- Non, jamais, Docteur !

- Et du vin ?

- Deux verres par repas. »

En tant que médecins, nous avons tous un jour pris part à cet étrange dialogue qui, au-delà de l'amusement qu'il peut susciter, nous oblige à nous interroger sur les fondements de ce traitement si spécial accordé au vin en France.

Un peu d'histoire :

L'origine du vin est si lointaine qu'elle se confond avec celle de l'humanité. Notre but n'est ni d'être exhaustif ni de faire un travail historique méticuleux mais simplement d'essayer de comprendre la perception actuelle du vin en France au travers de quelques éléments historiques.

Du néolithique à l'Antiquité, de la culture celtique à l'ère chrétienne, le vin a toujours revêtu une symbolique divine. Par extension, ce breuvage divin était aussi celui des Rois et des puissants.

En France, on ne peut dissocier l'expansion viticole de la culture chrétienne. En effet, le vin est un symbole fondamental de la théologie chrétienne et nécessaire à la célébration de

l'Eucharistie des catholiques. Ainsi, l'Eglise, au moyen des domaines monastiques et épiscopaux a encouragé la viticulture si bien qu'au Moyen-Âge, la France était le premier exportateur de vin.

Dans la Bible, le vin est symbole d'alliance entre Dieu et les hommes mais aussi de sanctification. On retrouve cette symbolique dans la considération et l'utilisation du vin en France au fil des siècles. Au fil du temps, le vin s'est imposé comme la boisson pour fêter les alliances qu'elles soient politiques (signatures de traités de paix, d'alliances...), économiques (signatures de contrats) ou familiales (fiançailles, mariages), c'est la valeur festive du vin. Les gestes qui l'accompagnent - trinquer, lever son verre-sont le signe du succès dans tous les domaines.

La notion de sanctification par le vin se retrouve pendant longtemps dans son utilisation à des fins médicales. Il s'agit de la boisson la plus citée dans les traités médicaux sous l'Ancien Régime : « le pain fait la chair, le vin fait le sang ». On retrouve cette notion dans les expressions accompagnant le boire « à votre santé » ou encore le nom même d' « eau-de-vie ». On peut ainsi constater que l'ancienne valorisation médicale de ces boissons reste rémanente dans notre société contemporaine.

C'est à partir du XIXe siècle que les autorités médicales vont dénoncer les méfaits de l'alcoolisme. C'est aussi au cours de ce siècle qu'on associe misère sociale et alcoolisme. Le mot choisi n'est pas sans conséquence puisque le vin va échapper à cette dénonciation jusqu'à faire oublier que le vin, et les boissons fermentées par extension (cidre, poiré, bière), contiennent de l'alcool. Va s'ensuivre une campagne biaisée qui opposera les boissons alcoolisées naturelles fabriquées artisanalement qui remplissent les caves des bourgeois et ne peuvent faire de mal avec les boissons alcoolisées industrielles considérées comme toxiques, frelatées, trafiquées et dangereuses pour la santé. Ainsi, cette valorisation des « grands vins » et des alcools de prix et de qualité dont la consommation relève d'une certaine culture et d'un certain milieu social va perdurer jusqu'au début du XXIe siècle, niant la présence de la molécule d'éthanol dans ces produits au même titre que dans l'alcool du « miséreux ». [24] [25] [26]

La place de l'alcool dans l'économie française n'est pas négligeable. Les français consacrent 1,3% de leur budget pour l'achat de boissons alcoolisées. Le chiffre d'affaires de la filière alcool française représentait 19,6 milliards d'euros en 2011 dont 15 milliards pour la viticulture. On attribue à la filière viticole environ 665000 emplois directs ou indirects, des retombées touristiques et une renommée mondiale. [27] [28] [29]

Fort de ce statut, le vin devient par voie légale, partie intégrante du patrimoine culturel et gastronomique protégé en France le 13 octobre 2014 par l'article L. 665-6 du code rural et de la pêche maritime. [30]

Représentations du vin et de l'alcool par les Français aujourd'hui :

En 2014, une enquête IFOP a interrogé les Français sur leurs représentations du vin. Pour 85% des Français, le vin fait partie de l'art de vivre à la française. Ils y voient un symbole de la tradition (92%), de convivialité (91%), d'authenticité, de partage et d'héritage. Il permet de passer un bon moment pour 86% des Français et rend le quotidien plus agréable et plus festif pour 69%. Par ailleurs, 85% des Français pensent que le vin accompagné de fruits, d'huile d'olive et de légumes constitue un régime alimentaire sain. Le vin s'offre pour 89% des Français, il est synonyme de beauté des paysages, de tourisme, de rayonnement international, d'emblème national et de pourvoyeur d'emplois.

Le constat est sans appel : le vin fait partie du quotidien des Français, il bénéficie d'une image très positive et son capital sympathie est puissant. [31]

L'enquête ARMA en 2014 visait à évaluer les représentations du risque alcool et spécifique en population générale. Il en ressort une connaissance des dommages attribuables à l'alcool médiocre. Seuls 30% connaissent la limite quantitative quotidienne recommandée. Environ 15% des Français et 21% des moins de 50 ans estiment que la dangerosité de l'alcool est liée à l'ivresse et au fait de ne pas connaître ses limites. L'alcool est considéré bénéfique pour de nombreux organes : par exemple, près de 30% lui attribue un effet protecteur sur le système nerveux central ou sur le système immunitaire. Inversement, seuls 12% identifient les cancers comme la cause de mortalité principale attribuable à l'alcool. [32]

Cette enquête nous montre les progrès qu'il reste à accomplir en matière d'information.

b) Conséquences de l'alcool

La consommation d'alcool quotidienne excessive a des répercussions physiques, psychologiques et sociales. On entend par excessif, une consommation journalière équivalente à au moins trois verres de vin pour les hommes et deux verres de vin pour les femmes soit respectivement 30 et 20g d'alcool.

Conséquences somatiques :

Elles sont nombreuses et touchent tous les organes. On citera

- les cancers alcool-induits, en tête desquels les cancers des voies aéro-digestives supérieures (langue, pharynx, larynx, œsophage) et le carcinome hépatocellulaire sans oublier les cancers colo-rectaux ou du sein.
- Les pathologies digestives comme les pancréatites, la cirrhose hépatique, les gastrites hémorragiques
- Les pathologies cardiaques : l'hypertension artérielle, les troubles du rythme tels que la fibrillation atriale, la cardiomyopathie dilatée
- Les atteintes neurologiques : les neuropathies périphériques, les accidents vasculaires cérébraux, les encéphalopathies de Gayet-Wernicke et Korsakoff.
- Les pathologies de l'appareil locomoteur : ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, les fractures suite à des chutes itératives.

Conséquences sociales :

La consommation excessive d'alcool, qu'elle soit par alcoolisation chronique ou aiguë, est cause de nombreuses « sociopathies ».

L'alcool est responsable de nombreux actes de violence volontaires comme les violences conjugales et familiales, les agressions ou involontaires comme les accidents de la voie publique provoqués par un conducteur en état d'ivresse ou les accidents domestiques. Il peut aussi être responsable de comportements sexuels à risque avec des rapports non protégés pouvant aboutir à des grossesses non désirées ou à la transmission d'infections.

Par ailleurs, la consommation excessive chronique d'alcool est un facteur d'isolement social avec une instabilité professionnelle, des ruptures voire des exclusions familiales, une marginalisation et une paupérisation. [24], [33]

c) Particularités des conséquences de l'alcool à l'adolescence

Les complications somatiques de la consommation d'alcool habituellement retrouvées chez l'adulte comme les hépatites alcooliques, la cirrhose, les neuropathies périphériques, les pancréatites sont très rares à l'adolescence. Les principales conséquences d'un mésusage d'alcool à l'adolescence sont d'une part d'ordre social et d'autre part psychologique.

Sur le plan social, on note un absentéisme et un échec scolaire, des troubles du comportement s'exprimant par de la violence physique, de la délinquance, des prises de risque en matière de sexualité et des accidents de la voie publique. Ce dernier phénomène

étant amplifié par l'association de l'inexpérience des conducteurs et par un déni du danger. Il semble évident qu'une marginalisation sociale si précoce peut avoir des conséquences durables à long terme et compromettre l'avenir social et professionnel de ces adolescents.

Sur le plan psychologique, les conséquences sont essentiellement un déficit d'attention, de l'anxiété, un syndrome dépressif avec des tentatives de suicide. Par ailleurs, les effets neurotoxiques de l'alcool sont plus prononcés chez les adolescents avec une diminution des capacités d'apprentissage et de mémorisation et peuvent perturber la neurogénèse. [4]

d) Epidémiologie de l'alcool à l'adolescence

L'alcool est la drogue la plus consommée à l'adolescence. De la même façon que pour le tabac, nous allons regarder de plus près les données épidémiologiques renseignées par les différentes enquêtes ESCAPAD, ESPAD, HBSC et Baromètre Santé de l'INPES.

L'enquête ESCAPAD de 2014 :

L'alcool est depuis 2000 la drogue la plus expérimentée par les adolescents de 17 ans. Ainsi, 89,3% d'entre eux déclarent avoir déjà bu de l'alcool alors qu'ils étaient 91% en 2011. En revanche, en ce qui concerne la consommation régulière d'alcool (définie par > 10 fois dans le mois), on observe une augmentation significative avec 12,3% des adolescents qui déclarent un usage régulier contre 10,5% en 2011.

Depuis 2000, l'expérimentation de l'alcool est en baisse passant de 94,6% à 89,3% mais l'évolution de la consommation régulière est plus incertaine : après une période de hausse entre 2000 et 2003 où elle a atteint son apogée à 14,3%, on a pu observer une baisse importante jusqu'en 2008 à 8,9% et depuis 2008, la tendance est nettement à la hausse.

De même, si la consommation quotidienne d'alcool reste exceptionnelle chez les adolescents, elle n'évolue pas dans le bon sens avec 1,8% des adolescent qui déclarent boire quotidiennement en 2014 contre 0,9% en 2011.

Dans les modes de consommation d'alcool, on étudie la fréquence de la survenue d'ivresse et l'existence et la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (API) définies par la prise d'au moins 5 verres lors de la même occasion. Une API est dite répétée si elle a lieu au moins 3 fois dans le mois ou régulière si elle a lieu plus de 10 fois dans le mois. Pour tous ces items, que ce soit les ivresses occasionnelles, répétées ou régulières ou les API ponctuelles, répétées ou régulières, la tendance est à la baisse. En 2014, 58,9% des adolescents ont déjà expérimenté une ivresse, 8,9% déclarent vivre au moins 10 ivresses par an.

Si les API sont en baisse par rapport à 2011, il est important de noter que 48,8% des adolescents en déclarent au moins une par mois et 21% au moins 3 par mois. Ces chiffres nous renseignent sur un mode de consommation propre aux adolescents : le « binge drinking » des anglo-saxons. D'ailleurs la part des buveurs occasionnels qui déclarent une API au cours du mois est en constante progression depuis 2005 passant de 30,7% à 45,4% en 2014.

L'âge de la première ivresse reste stable autour de 15,2 ans. [19]

Le baromètre santé 2014 de l'INPES :

En 2014, 86% des Français âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir bu de l'alcool au cours de l'année. La consommation moyenne hebdomadaire est évaluée à 5,5 verres. Ces chiffres sont stables par rapport à ceux de 2010. En revanche on observe une baisse significative de la consommation quotidienne passant de 11% en 2010 à 9,7% en 2014.

Inversement, on observe une augmentation des épisodes d'API dans l'année (38,3% en 2014 contre 36% en 2010) et des ivresses répétées ou régulières avec 9,3% des individus qui déclarent au moins 3 ivresses dans l'année et 3,8% au moins 10 ivresses.

Cependant les modes de consommation diffèrent profondément selon les âges. Ainsi, chez les 15-24 ans, la consommation quotidienne d'alcool est un phénomène rare avec seulement 1% alors que 25% des 65-75 ans déclarent consommer de l'alcool tous les jours. Inversement, les phénomènes d'ivresses et d'API sont beaucoup plus fréquents chez les plus jeunes : 41% des 15-24 ans déclarent une ivresse dans l'année (stable depuis 2010) et 52% déclarent au moins une API dans l'année ce qui est significativement plus qu'en 2010 (46%). Une API au cours du dernier mois est retrouvée chez 28% des 15-24 ans. Par ailleurs, 17,9% des 15-24 ans affirment avoir bu de l'alcool dans le but de rechercher l'ivresse au cours de leur vie. Lors des ivresses, les jeunes âgés de 15 à 24 ans consomment essentiellement des alcools forts tandis que les plus âgés consomment essentiellement du vin. [18] [33]

L'alcool durant les années collège selon l'enquête HBSC 2014 :

En 2014 en France, 64,4% des collégiens ont déjà expérimenté l'alcool : 49% des élèves de 6^e et 79,9% des élèves de 3^e. Ils sont 13,4% à avoir déjà été ivres : 5% des 6^e et 28,1% des 3^e. Ces chiffres sont en nette baisse par rapport à ceux de 2010 qui voyaient 71,4% des collégiens ayant expérimenté l'alcool et 17,4% l'ivresse. Entre 2010 et 2014, on note donc une diminution de 38% des ivresses chez les collégiens.

Au cours du collège, on note une modification du type de boissons alcoolisées consommées : si le champagne et le cidre restent les boissons alcoolisées les plus

consommées tout au long du collège, leur suprématie diminue au fil des années au profit des spiritueux et de la bière. En 6^e, 7% des élèves ont consommé des spiritueux dans l'année et 15% de la bière. Ils sont 37% pour les spiritueux et 44% pour la bière en 3^e.

Cette évolution du type d'alcool consommé correspond à l'évolution du mode de consommation des adolescents : si l'initiation a plutôt lieu dans le cadre familial à l'occasion d'évènements tels Noël, anniversaire ou mariage, les consommations ultérieures ont lieu les week-ends lors de soirées entre amis. [21]

L'alcool durant les années lycée selon l'enquête ESPAD 2011 :

Au total, 92,9% des lycéens ont déjà consommé de l'alcool. La quasi-totalité des adolescents français ont expérimenté l'alcool reflétant ainsi la place privilégiée de cette drogue en France. Ils sont 61,4% à avoir déjà été ivres.

En plus d'une nette augmentation en terme d'expérimentation par rapport au collège, le lycée est la période au cours de laquelle se développe une consommation régulière. En effet 75,3% des élèves rapportent au moins une consommation dans le mois et 21,3% plus de 10 consommations d'alcool dans le mois.

On observe des ivresses répétées (au moins 3 dans l'année) chez près d'un lycéen sur quatre (24,2%) et au moins une API par mois chez la moitié des lycéens (52,3%). Les API répétées (au moins 3 par mois) ne sont pas un phénomène rare et concernent 22,8% des lycéens et 4% des lycéens déclarent plus de 10 épisodes d'API par mois. Ces phénomènes d'ivresses ou d'API sont plus le fait des garçons que des filles.

S'il existe quelques disparités dans la perception d'accessibilité en fonction du type d'alcool (spiritueux, premix, vin, bière, champagne), il semble établi que l'accès à l'alcool n'est pas un problème pour les adolescents : entre 60 et 70% estiment qu'il leur serait facile ou très facile de se procurer de l'alcool. [22]

La place de la France en Europe

En ce qui concerne l'alcool, la France fait figure d'élève moyen. Elle se classe 9^e avec 67% des adolescents qui déclarent avoir consommé récemment de l'alcool, restant au-dessus de la moyenne européenne. Les pays les plus consommateurs sont l'Allemagne, la Grèce, la République Tchèque. Inversement les pays les moins consommateurs sont les pays nordiques : la Suède, la Norvège et l'Islande. Par contre, cette consommation est stable par rapport à 2007 en France.

En 2011, 44% des jeunes Français déclarent une API récente, ce qui les classe 12^e au niveau européen et une nouvelle fois au-dessus de la moyenne (39%). Les vainqueurs dans cette catégorie sont les Danois, les Maltais, les Croates et les Tchèques. Inversement, les API sont rares chez les Portugais, les Islandais et les Albanais. Comme pour de nombreux pays, la survenue d'API en France s'est stabilisée entre 2007 et 2011. [23]

4. Le cannabis

a) Quelques généralités sur le cannabis

Historique

Le cannabis est une plante connue depuis l'Antiquité, plus célèbre sous le nom de chanvre cultivé ou cannabis sativa. Elle est cultivée dans de nombreuses régions tempérées et subtropicales pour ses fibres textiles mais seules les plantes originaires des pays chauds sont très riches en principe psychoactif. Il fut très tôt considéré comme anesthésique dès 2700 avant Jésus Christ et utilisé à des fins religieuses.

En France, son usage psychotrope se développa au XIX^e siècle sous le règne de Napoléon qui l'importa d'Égypte : de nombreux poètes et écrivains en étaient adeptes. Parmi eux Théophile Gautier, Charles Baudelaire, Gustave Flaubert, Gérard de Nerval...

Il fut utilisé à des fins médicales (chez les pestiférés et dans certaines affections mentales) et entrainé dans la composition de nombreux médicaments. Mais devant ses effets psychotropes négatifs, il fut peu à peu retiré du marché. Sa dérive toximaniaque est assez récente : elle apparaît en Europe dans les années 1950. La France le prohibera en 1953. [34], [35]

Propriétés pharmacologiques et mécanisme d'action

Le chanvre produit une résine pour lutter contre la sécheresse. Elle est présente en abondance dans les feuilles et les sommités florales. C'est dans cette résine que l'on trouve le principe actif psychotrope recherché par les consommateurs : le 9-tétrahydrocannabinoloïde

(THC). Très lipophile, le THC a une forte affinité pour les tissus nerveux et ses effets psychiques sont prolongés. Son élimination est essentiellement biliaire mais aussi rénale et sudorale.

Les cannabinoïdes agissent par l'intermédiaire du système cannabinoïde endogène composé de ligands endogènes et de récepteurs spécifiques. Il existe deux types de récepteurs, CB1 et CB2, qui sont deux molécules transmembranaires. Les récepteurs CB1 sont présents dans différentes structures du cerveau : le cortex cérébral, les ganglions de la base, le thalamus, le cervelet et en particulier le striatum et l'hippocampe. Le THC est un ligand exogène des récepteurs CB1 et CB2 et inhibe le système cannabinoïde. Cette localisation anatomique des récepteurs explique les effets neuropsychiques du cannabis. [34], [35], [36]

Formes de consommation

Il existe trois formes de consommation : l'herbe, la résine et l'huile. Le cannabis peut être fumé, cas le plus fréquent en France. Pour cette voie, il peut se présenter sous forme d'herbe également appelée marijuana, mélange de feuilles, tiges et grains que l'on écrase et roule comme une cigarette pour former « un joint ». On peut aussi utiliser une forme plus concentrée : de la résine rassemblée et pressée en barrette que l'on nomme aussi haschisch ou shit. Pour la fumer, on la roule avec du tabac pour former un joint. Enfin, à l'aide de solvants on peut extraire l'huile de cannabis. On l'utilise pour enduire le papier cigarettes ou sur des feuilles séchées pour en augmenter les effets psychoactifs.

A noter que l'huile ou la résine peuvent aussi se consommer par voie orale, mélangées à des aliments : c'est le célèbre « space cake ». [35], [36]

b) Symptômes attribuables au cannabis

Effets immédiats

Les effets recherchés par les consommateurs sont une euphorie accompagnée d'une sensation de bien-être suivis d'une somnolence, d'un affaiblissement de la mémoire à court terme et de troubles de l'attention. On observe aussi une modification des perceptions sensorielles et du temps qui passe. Les troubles du comportement sont liés à l'altération des performances psychomotrices avec des troubles de la coordination, des troubles de l'attention et un allongement du temps de réaction. Ces effets expliquent que les consommateurs de cannabis ont un sur-risque d'être impliqués dans des accidents de la voie publique.

Pour autant, ces effets euphorisants recherchés laissent parfois leur place à des troubles anxieux voire à un vécu paranoïde, une dysphorie ou une dépersonnalisation avec déréalisation. [36]

Effets à long terme

Ils sont dominés par les troubles cognitifs et ses conséquences sur le parcours scolaire de l'adolescent. Des études ont montré une corrélation entre la consommation prolongée (au moins une fois par semaine pendant au moins 3 ans) de cannabis et des troubles de l'attention, une altération des capacités d'encodage et de stockage des informations [37]. D'autres ont montré une relation entre la consommation régulière de cannabis et l'altération des fonctions exécutives. [38]

L'adolescence est une période particulière car l'individu est encore en maturation cérébrale ce qui le rend vulnérable. Il apparaît qu'une consommation de cannabis débutée à l'adolescence peut entraîner des baisses de performances intellectuelles se traduisant par une diminution du quotient intellectuel à l'âge adulte associée à des altérations cognitives partiellement réversibles. Il semble que la précocité de l'expérimentation (avant 15 ans) ressorte comme un facteur prédictif négatif avec risque majoré d'échec scolaire et d'usage problématique ultérieur du cannabis.

L'altération des relations interpersonnelles et en particulier entre l'adolescent et ses parents est une conséquence classique de la consommation du cannabis. Le caractère illégal de la simple consommation de cannabis, a fortiori de la détention et de la vente est souvent cause d'ennuis judiciaires de certains adolescents consommateurs. Ces déboires judiciaires ne sont pas de nature à assainir leurs relations avec leurs parents. [35], [36]

Lien entre consommation de cannabis et schizophrénie

Beaucoup d'études semblent rapporter une association entre pathologie psychiatrique et consommation de cannabis. Cependant, du fait de la difficulté à mesurer la part attribuable en propre au cannabis dans la survenue de troubles psychiques à l'adolescence, les auteurs restent partagés sur l'existence de maladies schizophréniques induites par le cannabis. [39] [40] Plusieurs études ont été menées récemment visant à étudier si une consommation de cannabis avant 18 ans était un facteur de pronostic défavorable quant à l'apparition d'une schizophrénie à l'âge adulte. Une étude suédoise a étudié une cohorte de 50000 conscrits suivis pendant 27 ans de façon prospective : il a été mis en évidence une corrélation entre la consommation de cannabis avant l'âge de 18 ans et le développement d'une schizophrénie adulte [41]. D'autres études ont identifié la consommation de cannabis avant 15 ans comme un facteur de risque [42], [43]. S'il est toujours difficile de faire la part des choses entre cause et conséquence du cannabis dans l'apparition de troubles psychotiques ultérieurs, on s'accorde à lui accorder le statut de facteur de risque sur terrains vulnérables. [36]

L'enquête ESCAPAD de 2014

Le cannabis se classe derrière l'alcool et le tabac mais est la première drogue illicite consommée par les adolescents.

En terme d'expérimentation, 47,8% des adolescents de 17 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis en 2014. Alors que le niveau d'expérimentation était en baisse depuis 2003 (50,3%) pour atteindre son taux le plus bas en 2011 avec 41,5%, on assiste à un nouvel épisode de hausse sur cette édition avec une augmentation de plus de 6 points. Cette augmentation concerne aussi bien les filles que les garçons dans des proportions comparables. L'usage occasionnel (> 1 fois dans le mois), régulier (> 10 fois dans le mois) ou quotidien est en hausse par rapport à 2011 : ainsi 9,2% des adolescents déclarent consommer régulièrement du cannabis en 2014 contre 6,5% en 2011 et 4,0% déclarent une consommation quotidienne en 2014 contre 3,0% en 2011. Si la consommation de cannabis est principalement masculine, la hausse est plus importante chez les filles. [19]

Le baromètre santé 2014 de l'INPES concernant la consommation de drogues illicites dont le cannabis ne s'adressait qu'à la population adulte.

Le cannabis durant les années collège selon l'enquête HBSC 2014 :

Près d'un collégien sur dix a déjà consommé du cannabis (9,8%) en 2014, un chiffre stable par rapport à 2010 (10,2%). Cependant, l'expérimentation de cannabis commence réellement à partir de la classe de 4^e : quasi-inexistante avant avec 1,4% des élèves de 6^e et 2,6% des élèves de 5^e qui ont déjà expérimenté le cannabis, elle augmente très rapidement par la suite avec 11,4% des élèves de 4^e et 23,9% des élèves de 3^e qui déclarent avoir déjà consommé du cannabis. [21]

Le cannabis durant les années lycée selon l'enquête ESPAD 2011 :

On note une progression rapide et importante de l'expérimentation du cannabis durant l'adolescence, débutant en classe de 4^e et se poursuivant jusqu'à la fin du lycée. En effet, au lycée, 48,6% des élèves ont déjà consommé du cannabis : 41,3% en seconde et 52,3% en terminale. Rappelons que seuls 24% des élèves de 3^e déclaraient avoir expérimenté le cannabis.

Par ailleurs, l'usage régulier du cannabis (> 10 fois par mois) se développe et concerne 8% des lycéens jusqu'à atteindre 11% des élèves en classe de 1^{ère}. Ce type de consommation est essentiellement masculin avec 12% des garçons et seulement 5% des filles.

Rappelons que le cannabis reste une drogue illicite en France malgré une consommation importante témoignant d'une diffusion et d'une assez bonne disponibilité. Les lycéens sont d'ailleurs 50% à juger facile ou très facile de se procurer du cannabis et seulement 15% pensent que ça leur serait impossible. [22]

La place de la France en Europe selon les résultats d'ESPAD 2011

Les adolescents français sont 24% à avoir consommé du cannabis dans le mois précédent l'enquête, faisant de la France la dernière de la classe. La République Tchèque est 2^e de ce classement, très loin de la France, avec 15% d'adolescents ayant consommé du cannabis récemment. La moyenne européenne est à 7%. De plus, on note une augmentation significative et importante de cette consommation en France passant de 15 à 24% entre 2007 et 2011. [23]

B. La sexualité

1. L'éducation sexuelle

a) Une mission de l'éducation nationale, toujours en construction

La sexualité n'est pas un domaine comme les autres car elle touche à l'intimité de la personne et structure l'organisation de la vie sociale. Pendant des siècles, elle appartient strictement au cercle privé de la famille.

Les balbutiements de l'éducation sexuelle à l'école :

C'est seulement au début du XX^e siècle avec l'avènement des pionniers de la sexologie en Europe que l'idée d'éducation sexuelle à l'école apparaît. Mais parler de sexualité n'est pas chose aisée, encore moins dans un cadre éducatif. Aussi, le discours sur l'éducation sexuelle en France reste sous l'influence de la morale traditionnelle en continuant de préconiser l'abstinence sexuelle des adolescents. Ce n'est qu'en 1947 qu'un comité, chargé d'étudier dans quelle mesure et sous quelle forme l'éducation sexuelle peut être donnée dans les établissements d'enseignement, est créé par arrêté du ministre. Le plan Langevin-Wallon (réforme de l'enseignement français à la Libération) envisage l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires mais ne sera pas appliqué. A cette époque, un rapport de commission indique que « les enfants et les adolescents s'instruisent entre eux de la façon la moins morale et la plus malfaisante » et préconise une éducation à la sexualité dont le but serait de « détourner l'attention du sujet des questions qui lui sont posées afin que la curiosité de savoir, une fois satisfaite, ne puisse irriter la curiosité d'éprouver. (...) ». Il s'agit de faire

comprendre aux adolescents et aux jeunes-gens que l'instinct sexuel est un instinct redoutable qui, laissé sans contrainte, risque d'entraîner à toutes sortes de perversions, de ruiner l'équilibre mental de l'individu et l'équilibre moral de la société ». Mais ces idées ne seront pas appliquées et il faudra attendre la fin des années soixante pour que soit envisagée de manière plus sérieuse l'éducation à la sexualité à l'école. C'est l'époque de la libération sexuelle, de la légalisation de la contraception (Loi Neuwirth de 1967). [44] [45]

Une année importante : 1973 et la circulaire Fontanet :

En 1973, les choses s'accroissent avec la parution de la circulaire n° 73 299 du 23 juillet 1973 dite circulaire Fontanet (Annexe 3) [46]. Elle y affirme la nécessaire implication de l'Etat via l'école dans l'information et l'éducation sexuelle. L'information sexuelle sera, d'après cette circulaire, « scientifique et progressive. Elle viendra s'insérer normalement et tout naturellement dans les programmes de biologie : d'abord simple sensibilisation aux problèmes du commencement de la vie, puis reconnaissance du vivant et discernement des différentes fonctions vitales, enfin, étude du corps humain et de son fonctionnement. Elle sera adaptée aux possibilités de compréhension et au degré de culture des élèves et sera accompagnée des notions nécessaires d'hygiène et de puériculture ». Quant à l'éducation sexuelle, elle demeure facultative. La circulaire prend soin de préciser que « pour considérer ces différentes conceptions morale, l'école ne peut se placer sur un autre plan que celui de la connaissance, et du respect des diverses formes de pensée. En aucun cas, elle n'a le droit de peser sur les consciences. C'est pourquoi, en matière d'éducation sexuelle, un rôle essentiel doit revenir aux familles. (...). C'est exclusivement dans le but d'aider les parents dans leur tâche éducative que les établissements pourront intervenir dans ce domaine. Le chef d'établissement fera savoir aux familles que, sur leur demande ou sur celle des élèves du deuxième cycle, des réunions ayant pour objet l'éducation sexuelle pourront être organisées sous son autorité en dehors de l'emploi du temps obligatoire ». Par ailleurs, les contours pratiques et le contenu de ces séances d'éducation sexuelle restent très flous et la mise en pratique de la circulaire Fontanet se heurte à un manque de modalités spécifiques et au manque de formation des enseignants. Dans la réalité, l'information sexuelle sera abordée rapidement dans les cours de biologie et les séances d'éducation sexuelle seront exceptionnellement mises en œuvre.

Un tournant pour l'éducation à la sexualité : l'émergence du SIDA.

Les années 1980 sont marquées par l'apparition du Sida et une évolution du cadre législatif de l'éducation à la sexualité à l'école.

Une note de service du ministre de l'Education Nationale, Alain Savary, introduit l'information sur la contraception au sein de l'école [47]. Le décret du 6 décembre 1992 favorise les interventions des associations dans les établissements scolaires dans le cadre de l'éducation à la sexualité [48]. S'en suivront d'autres textes que l'on ne citera pas. On retiendra la circulaire du 19 novembre 1998 s'intitulant « Education à la sexualité et prévention du sida » [49]. Elle remplace la circulaire Fontanet de 1973 en tentant de définir plus précisément la sexualité et en généralisant les actions sur la sensibilisation et la prévention des risques liés au sida : « Si la sexualité humaine est inséparable de données biologiques, elle intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales, qui seules, permettent un ajustement constant aux situations vécues des hommes et des femmes, dans leurs rôles personnels, parentaux et sociaux. (...). L'éducation à la sexualité a pour principal objet de fournir aux élèves les possibilités de connaître et de comprendre ces différentes dimensions et de la – et de leur – sexualité, dans le respect des consciences et du droit à l'intimité ». Elle rend obligatoire un minimum de deux heures annuelles de « séquences d'éducation à la sexualité ». Elle fixe des objectifs comme de faire comprendre aux élèves qu'il existe des comportements sexuels variés et de l'aider à développer un esprit critique à l'égard des stéréotypes en matière de sexualité en les amenant à travailler les conceptions irrationnelles, idéalisées ou sexistes. En dépit de ces efforts, il faut attendre le vingt et unième siècle et la loi du 4 juillet 2001 pour amorcer un réel changement [50]. Cette loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception rend obligatoire une information et une éducation sexuelles dans les écoles, collèges et lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles. Elle est renforcée par la circulaire du 17 février 2003 qui stipule que « dans le cadre de sa mission d'éducation et en complément du rôle de premier plan joué par les familles, l'école a une part de responsabilité à l'égard de la santé des élèves et de la préparation à leur future vie d'adulte : l'éducation à la sexualité contribue de manière spécifique à cette formation dans sa dimension individuelle comme dans son inscription sociale. Cette démarche est d'autant plus importante qu'elle est à la fois constitutive d'une politique nationale de prévention et de réduction des risques – grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/sida – et légitimée par la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles, de la pornographie ou encore par la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes » [51]. Si cette circulaire reconnaît qu'« à l'école, l'éducation à la sexualité est inséparable des connaissances biologiques sur le

développement et le fonctionnement du corps humain », elle insiste sur le fait que l'éducation à la sexualité à l'école « intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales et éthiques ».

Plus récemment, la circulaire du 11 décembre 2006 fait de la prévention du sida et des infections sexuellement transmissibles une priorité en préconisant de renforcer l'accès des élèves aux moyens de protection par l'installation dans les lycées de distributeurs automatiques de préservatifs aisément accessibles et maintenus en bon état de marche et d'approvisionnement [52].

Ce bref récapitulatif historique de l'évolution de la place de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires nous montre d'une part la complexité de ce sujet et d'autre part celle de définir la meilleure façon de l'aborder.

Les obstacles retrouvés dans les établissements scolaires, bien que différents, existent aussi dans la relation de l'adolescent avec son médecin généraliste avec une gêne bilatérale à l'évocation de ces sujets et un malaise par rapport à la place des parents.

b) Ce que les élèves apprennent durant leur scolarité en matière de sexualité

En ce qui concerne l'information sexuelle délivrée durant les cours de Science de la Vie et de la Terre (SVT), elle est fragmentée au cours de la scolarité.

Au collège :

Au collège, la classe de quatrième est cruciale. Son programme comporte une partie intitulée « Reproduction sexuée et maintien des espèces dans les milieux » qui permet d'établir les bases scientifiques de la reproduction et d'aborder ensuite « la transmission de la vie chez l'Homme ». Les connaissances acquises concernent la place et le rôle de la puberté dans la capacité de reproduction de l'être humain, le rôle des hormones à la puberté et dans la fonction de reproduction, le fonctionnement des organes reproducteurs de l'homme et de la femme, la fécondation, la nidation, la grossesse, le rôle du placenta et l'accouchement, les différents types de contraception.

Il faut attendre la classe de troisième et la partie « risque infectieux et protection de l'organisme » pour aborder le sujet des infections sexuellement transmissibles et « leur prévention. Sont introduites les notions de contamination, d'infection, d'asepsie, de séropositivité, d'immunité innée et acquise, de vaccination, d'antibiotiques, d'infections

sexuellement transmissibles et de perturbation du système immunitaire par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et enfin de prévention par le port de préservatif.

Au lycée :

En classe de 1^{ère}, quelle que soit la série de l'enseignement général (Scientifique, Economique et Sociale ou Littéraire), les thèmes de sexualité, de procréation, d'IST seront de nouveau abordés de façon plus approfondie qu'au collège. Pour la série S, le contenu scientifique sera plus conséquent.

Ce sera l'occasion d'introduire la notion d'orientation sexuelle propre à chacun, de mettre en relation prévention des IST, vaccination et port du préservatif ou encore la notion de contraception d'urgence. [53], [54]

c) Epidémiologie

En France, l'âge des premiers rapports sexuels a diminué durant la deuxième moitié du vingtième siècle. L'enquête Contexte Sexualité de la France (CSF) de 2006 nous apprend que l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,2 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles. En 1940, il était respectivement de 18,8 ans et 22 ans. Ces chiffres nous montrent deux grandes tendances : une plus grande précocité globale de l'âge des premiers rapports sexuels de nos jours et un rapprochement de cet âge entre les deux sexes. [55]

D'autre part, c'est chez les jeunes que l'on observe le plus de partenaires dans les douze derniers mois. En effet, en moyenne, 7,1% des femmes et 12,5% des hommes rapportent avoir eu au moins deux partenaires au cours des douze derniers mois. Chez les 18-19 ans, on retrouve 22,5% des femmes et 28% des hommes. [56]

Cette donnée a son importance dans le risque de contracter une IST. On voit que les jeunes générations sont surexposées.

2. Les Infections Sexuellement Transmissibles

a) Connaissances des adolescents

Peu d'études se sont intéressées à ce que savent les adolescents français au sujet des infections sexuellement transmissibles. Pourtant, pour pouvoir axer et renforcer correctement notre information et notre prévention dans ce domaine, il paraît capital de savoir où en sont les adolescents.

En plus de quelques études monocentriques et de travaux de thèses, il existe une méta-analyse publiée en 2011 qui recense les études européennes qui se sont penchées sur cette question entre 1990 et 2010. Dans cet article, sur les 465 articles screenés, seuls 15 répondaient aux critères et ont été retenus par les auteurs. Cela montre la rareté des études sur ce sujet. Parmi ces 15 études, aucune n'était française, la majorité était des études suédoises. Cette méta-analyse concluait à une très bonne connaissance du VIH et de sa transmission par les adolescents, un faible niveau de connaissance de l'HPV avec cependant une nette tendance à l'amélioration parmi les études publiées après la mise à disposition du vaccin anti-HPV, une connaissance plutôt médiocre (<50%) pour les autres IST type gonocoque ou chlamydia. A noter cependant que parmi ces 15 études, la plupart n'étudiaient que les VIH ou le Sida. [57]

En France, seules quelques études monocentriques sur des petits échantillons de population ou des travaux de thèses s'intéressent à la connaissance des IST par les adolescents.

Une étude publiée en 2013 et réalisée dans un établissement scolaire militaire auprès de 669 élèves âgés de 13 à 21 ans a montré que 85% des élèves interrogés connaissaient la signification du logo IST, que 85% avaient une bonne connaissance du VIH et si 90% des élèves citaient le préservatif comme moyen de contraception efficace contre les IST, 10% pensaient que la pilule était efficace contre les IST. Le niveau de connaissance en matière d'IST a été jugé très bon chez seulement 11% des élèves, bon chez 45%, moyen chez 21% des élèves et médiocre chez 23% des élèves, au total, les auteurs ont estimé que près d'un élève sur deux (44%) avait des connaissances insuffisantes en matière d'IST. [58]

Une thèse réalisée en 2011 retrouve des résultats similaires. Sur les 525 lycéens de région parisienne (Seine-Saint-Denis et Paris) interrogés, 98,1% déclarent connaître le VIH, 92,7% savent que ce virus se transmet par le sang, 73,7% savent qu'il se transmet aussi par le sperme. L'hépatite B est relativement bien connue des lycéens puisque 80,1% de ces élèves ont dit la connaître. Les autres IST sont moins bien connues, 66% connaissent l'herpès, les mycoses et la syphilis et une minorité avec seulement respectivement 17,6% et 9,3% déclarent connaître les infections à chlamydia et gonocoque. En cas d'IST, le premier interlocuteur reste le médecin pour 73% de ces lycéens. [59]

b) Epidémiologie des IST en France

L'épidémiologie des IST en France a considérablement changé ces dernières années avec la résurgence de maladies qui avaient quasiment disparu dans les années 1990.

Il est important de noter qu'en France, depuis l'année 2000, les IST ne sont plus à déclaration obligatoire, hormis le VIH. Cependant, il existe des réseaux sentinelles pour certaines d'entre

elles : on citera Rénago pour la surveillance du gonocoque, Renachla pour celle du Chlamydia ou ResIST pour la syphilis.

Le VIH :

Le VIH est la seule maladie sexuellement transmissible à déclaration obligatoire ce qui rend sa surveillance et son suivi plus aisés.

Chaque année, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le Sida, l'institut de veille sanitaire (InVS) publie les données épidémiologiques actualisées pour le VIH.

En 2014, l'incidence du VIH en France est d'environ 6600 cas ce qui semble être stable par rapport aux années précédentes. Par contre, seuls 39% des découvertes de séropositivité sont faites à un stade précoce. Parmi les nouveaux cas, 11% touchent les jeunes de 15 à 24 ans. Dans cette tranche d'âge, les jeunes hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement à risque, en effet, en onze ans, le nombre de découvertes de séropositivité a plus que doublé (x2,4) et son incidence ne cesse d'augmenter. [60]

La syphilis :

Le nombre de cas de syphilis est en augmentation constante depuis le début des années 2000. En 2014, le réseau RésIST en a recensé 1274 contre 1024 en 2013 et 866 en 2012. Dans 93,9% des cas, il s'agit d'hommes et dans 83,5% des cas d'hommes homosexuels ou bisexuels. C'est une infection de l'adulte jeune avec un âge médian de survenue à 36 ans chez les hommes et 29 ans chez les femmes. La syphilis reste relativement rare à l'adolescence : les moins de 20 ans ne représentent que 2% des cas de syphilis. [61]

Les gonococcies :

Elles sont surveillées au travers de deux réseaux : le réseau de cliniciens RésIST et le réseau de laboratoires Renago.

En 2014 en France, 1339 cas ont été recensés par les centres participant contre 936 en 2012 et 2570 pour l'ensemble de la période 2004-2011. De nouveau, la majorité des cas concerne les hommes (80,1%) et dans 61,7% des cas les hommes ayant des relations avec d'autres hommes. C'est une pathologie du sujet jeune qui n'est pas rare chez l'adolescent avec 64% des cas recensés chez des personnes de moins de 30 ans et 11% chez des personnes âgées de moins de 20 ans. L'âge médian de survenue est de 26 ans pour les hommes et 22 ans pour les femmes. [61]

Les infections uro-génitales à Chlamydia :

Il s'agit de l'IST bactérienne la plus fréquente chez les jeunes puisqu'en 2010, 3,6% des femmes et 2,4% des hommes âgés de 18 à 24 ans ont déclaré avoir déjà été infectés au cours de leur vie. En 2014, les tranches d'âge les plus représentées sont les 15-24 ans chez les femmes avec un âge médian à 23 ans et les 20-29 ans chez les hommes avec un âge médian à 27 ans. Environ 59% de ces infections sont asymptomatiques ce qui peut poser des problèmes diagnostiques. C'est pour cela qu'un dépistage systématique a été mis en place dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic pour les femmes de moins de 25 ans. [61]

Le VHB :

Nous ne l'étudierons pas car il ne s'agit pas d'une pathologie de l'adolescent, plutôt de l'adulte de plus de 40 ans. Par ailleurs, même si la couverture vaccinale n'est pas optimale et doit être améliorée, la vaccination des nourrissons et des enfants contre l'hépatite B limite les transmissions.

c) Utilisation du préservatif chez les adolescents

L'utilisation du préservatif chez les adolescents lors du premier rapport sexuel a connu une fulgurante ascension : en 1988, seuls 18,1% des adolescents utilisaient un préservatif lors de leur premier rapport alors que sur la période 2002-2005, 86% des adolescents déclarent en utiliser un lors de leur premier rapport. [62]

Cependant, pour les rapports suivants, l'utilisation du préservatif n'est pas aussi systématique : en 2010, 34% des hommes et 22,7% des femmes âgés de 18 à 30 ans déclarent en avoir utilisé lors de leur dernier rapport. [18]

3. La contraception et les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)

a) Cadre légal

Aujourd'hui en France, le droit du contrôle des naissances par l'utilisation d'une contraception ou par une IVG est indiscutable et encadré par des lois. Mais si cela nous paraît naturel et banal en 2016, il s'agit en fait d'une réalité très récente. Comme nous allons le voir, les évolutions légales de la contraception et de l'IVG sont étroitement liées.

Du début du dix-neuvième siècle jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, les différentes lois vont toutes dans le même sens et font de l'avortement et des méthodes anticonceptionnelles un délit, puis un crime contre la sûreté de l'Etat passible de la peine de mort (loi du 15 février 1942). Il faut attendre l'après-guerre pour entrevoir des débuts de changement.

En 1955, l'avortement thérapeutique est autorisé en France uniquement pour « sauver la vie de la mère ». C'est cette même année que le médecin américain Gregory Pincus met au point la pilule contraceptive. Elle ne sera commercialisée en France qu'à partir de 1963. Cependant ce n'est qu'avec la loi du 28 décembre 1967 dite loi Neuwirth que la contraception devient légale en France, toutefois, il demeure interdit d'en faire de la publicité. [45]

En 1972 sont créés les centres de planification qui pourront délivrer une contraception aux mineures gratuitement et de façon anonyme à partir de 1974. La sécurité sociale rembourse la contraception depuis 1974.

La loi Veil du 17 janvier 1975 autorise l'avortement pour une durée probatoire de 5 ans à condition que la grossesse date de moins de dix semaines. Les mineures célibataires doivent obtenir l'accord parental. En 1979, une loi rend définitives ces dispositions.

En 1982, la sécurité sociale rembourse l'avortement. En 1990, un arrêté du Conseil d'Etat du 21 décembre autorise l'utilisation du RU 486 pour la réalisation d'IVG médicamenteuse en hôpital uniquement.

En 1991, la publicité pour le préservatif devient légale. En 2000, la délivrance de contraception d'urgence est autorisée sans ordonnance et se fait à titre gratuit pour les mineures en pharmacie, elle peut aussi être délivrée par les infirmières scolaires.

La loi du 4 juillet 2001 étend la possibilité d'IVG à douze semaines de grossesse et simplifie son accès aux mineures : en effet si l'accompagnement par les parents reste la règle, une femme mineure peut garder sa grossesse secrète vis-à-vis de ses parents à condition de se faire accompagner d'une personne majeure de son choix dans ses démarches. [50]

En 2004, l'IVG médicamenteuse est réalisable en médecine de ville.

En 2013, l'IVG est remboursée à 100% par l'Assurance Maladie.

En janvier 2016, l'IVG médicamenteuse peut être réalisée par une sage-femme et le délai de réflexion d'une semaine est supprimé. [63]

b) Modes contraceptifs disponibles et utilisés

Il existe de nombreuses techniques contraceptives. Nous ne les détaillerons pas toutes. Nous nous intéresserons uniquement à celles majoritairement utilisées par les adolescentes.

L'enquête Baromètre Santé 2010 de l'INPES nous permet d'avoir un aperçu des méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 29 ans. Pour les moyens contraceptifs, ont été incluses uniquement les « femmes a priori concernées par la contraception » définies comme des femmes sexuellement actives dans les douze derniers mois, non ménopausées, non enceintes, en couple ou déclarant une relation amoureuse stable et non exclusivement homosexuelle, non stériles et ne cherchant pas à avoir d'enfant. Sur les 2860 femmes âgées de 15 à 29 ans, 1427 répondaient à ce critère. Parmi elles, 91,2% déclaraient utiliser un moyen contraceptif. Par ailleurs, 8,8% des femmes âgées de 15 à 19 ans déclaraient ne pas utiliser systématiquement un moyen pour éviter une grossesse et 5% d'entre elles déclarent ne jamais en utiliser avec un sur risque pour les jeunes-femmes de l'agglomération parisienne.

Parmi les femmes utilisant une contraception, la grande majorité des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, soit 79%, utilisait la pilule. Le préservatif était utilisé par 18,2% d'entre elles. Les 2,8% restant utilisaient une autre méthode contraceptive médicale : soit un implant, soit un patch, soit un anneau vaginal, soit une contraception par injection. A noter qu'aucune n'a déclaré avoir recours à un dispositif intra-utérin (DIU), à des méthodes locales type crèmes spermicides ou naturelles.

En Île de France, 16,5% des femmes âgées de 15 à 29 ans utilisaient une double contraception par pilule associée au préservatif, 62,5% une méthode médicale seule dont 51,5% pour la pilule, enfin, 9,4% utilisaient le préservatif seul. Il est remarquable de constater qu'en Île de France, 11,2% des femmes de 15 à 29 ans déclaraient n'utiliser aucune contraception, soit le double des femmes de province. [64], [65]

Cette enquête nous montre que la contraception s'est démocratisée au fil du temps en France, que la pilule reste la méthode contraceptive centrale utilisée par une jeune femme sur deux en Île de France. La double contraception est plus répandue chez les plus jeunes. Les méthodes locales et naturelles ne sont pas pratiquées par les adolescentes.

c) La contraception d'urgence

Pour rappel, la contraception d'urgence, communément appelée pilule du lendemain, est une pilule à prendre le plus tôt possible après un rapport non ou mal protégé et au plus tard dans les soixante-douze heures après ce rapport.

Elle est disponible sans ordonnance et gratuitement pour les mineures dans les pharmacies ou auprès des infirmières scolaires.

En France, l'enquête Baromètre Santé 2010 nous révèle que parmi 2234 femmes âgées de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze derniers mois, 11% ont utilisé une contraception d'urgence dans les douze derniers mois. Il est intéressant de noter que chez les adolescentes de 15 à 19 ans, ce recours atteint 20,5% d'entre elles dont 5,9% déclarent l'avoir utilisée plus d'une fois. Ces chiffres sont en hausse par rapport à 2005.

Par ailleurs, en Île de France, ces chiffres semblent majorés avec 13,3% des femmes de 15 à 29 ans déclarant au moins une utilisation au cours des 12 derniers mois et 1 femme sur 2 (50,9%) au moins une fois au cours de la vie alors qu'elles sont respectivement 9,7% et 36,9% hors Île de France. [64], [65]

Le recours à la contraception d'urgence est loin d'être un fait marginal puisque près d'une adolescente sexuellement active sur cinq l'a déjà utilisée.

d) Épidémiologie des IVG en France

Le nombre d'IVG en France par an est relativement stable depuis 1990. En effet en 1990, il était estimé à 206000 soit 0,51 IVG par femme et en 2015 on dénombre 203463 IVG soit environ 0,53 IVG par femme.

En réalité, on estime que 30% des femmes françaises auront recours à l'IVG dans leur vie et qu'elles le feront en moyenne 1,5 fois chacune. En effet, la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue depuis 1975 : en 2011, 9,5% des femmes ont recours deux fois à l'IVG et 4,1% trois fois ou plus. [66]

En y regardant plus attentivement, on peut cependant voir quelques évolutions. L'enquête Baromètre Santé 2010 nous apprend que parmi les femmes âgées de 15 à 29 ans, 30,3% déclarent avoir déjà été enceintes et que 36,6% de ces grossesses n'étaient pas prévues. De plus, chez les femmes les plus jeunes, âgées de 15 à 25 ans, c'est 67% de ces grossesses qui n'étaient pas prévues. C'est d'ailleurs à ces âges que se concentrent la majorité des IVG : en 2011 entre 19 et 25 ans, le taux d'IVG est à 2,5% et à 1,5% entre 15 et 19 ans. La plupart des grossesses des adolescentes n'iront pas à terme : pour 100 grossesses de femmes âgées de 15 à 20 ans, 55 donneront lieu à une IVG. [64]

Par ailleurs, en Île de France, 18,1% des femmes de 15 à 29 ans déclarent avoir déjà réalisé une IVG alors qu'elles ne sont que 11,3% en province. [65]

Au total, plus d'une femme de moins de 29 ans sur dix (12%) a eu une grossesse non prévue et la majorité des grossesses chez les adolescentes se solde par une IVG. La prévention, l'information et l'aide au choix d'une contraception adaptée pour les adolescentes a donc toute sa place en médecine générale.

C. La relation médecin généraliste-adolescent

1. Consommation de soins de l'adolescent

a) Le généraliste, un interlocuteur privilégié

L'enquête Baromètre Santé de l'Inpes a étudié la consommation des soins chez les 15 à 30 ans.

Au cours des douze derniers mois, 75,8% des adolescents de 15 à 19 ans ont consulté au moins une fois leur généraliste. C'est le professionnel de santé le plus consulté chez les jeunes de 15 à 30 ans (79,2%).

Environ la moitié des filles de 15 à 19 ans (50,8%) a déjà consulté un gynécologue. Cependant, le médecin généraliste garde un rôle important dans le domaine gynécologique et contraceptif puisque lors de leur dernière visite chez un médecin pour raison gynécologique, 40% des jeunes-filles âgées de 15 à 19 ans avaient consulté un médecin généraliste. [67]

Des données épidémiologiques de 1998 nous révèlent que les adolescents consultent en moyenne 2,1 fois par an un généraliste pour les garçons et 2,5 fois par an pour les filles. [68]
[69]

b) Motifs de consultation

Ils sont essentiellement somatiques ou administratifs. Les proportions varient selon les sources. Selon l'enquête permanente sur la prescription médicale IMS Health un tiers des consultations chez les jeunes auraient pour motif une raison administrative type certificat d'aptitude au sport ou certificat de vaccination [70]. Des sources plus anciennes de 1990 estimaient que 75% des consultations avaient des motifs somatiques et 19% des motifs administratifs.

Par ailleurs environ deux tiers des consultations ont lieu à la demande des parents. A 18 ans, les adolescents viennent accompagnés pour encore 51% des filles et 61% des garçons. Ces chiffres sont cependant à prendre avec prudence du fait de leur ancienneté (1990) mais il n'y a pas eu d'études récentes sur ces comportements. [71]

c) Sujets abordés

Le Baromètre Santé des jeunes 2010 nous apprend que 4,2% des hommes et 0,6% des femmes déclarent avoir parlé avec leur médecin de leur consommation d'alcool lors de leur dernière visite chez leur médecin.

Il est aussi apparu que les jeunes consommateurs de substances addictives n'avaient pas plus souvent recours à leur médecin généraliste que les non consommateurs. On peut donc imaginer que ces sujets ne préoccupent pas particulièrement les adolescents. [67]

2. Une consultation triangulaire

La consultation avec un adolescent a sa spécificité, à savoir une situation de triangulation entre l'adolescent, ses parents et le médecin. Durant l'enfance la consultation médicale se fait toujours en présence des parents, puis elle va progressivement évoluer vers une prise en charge individuelle avec un jeune adulte seul. Quelle place donner à chaque acteur durant cette phase de transition ? Nous essaierons simplement de replacer quelques éléments fondamentaux de la consultation du médecin avec un adolescent.

a) Place du secret médical

Les textes légaux

Le Code pénal dit que « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. » [72]

Le code de la Santé Publique précise que « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant » [73]

Les textes ordinaires :

Le Code de la déontologie médicale déclare que « Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ». [74]

Enfin, le Serment d'Hippocrate, texte emblématique pour tout médecin va également dans ce sens : « Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs » [75]

La notion de secret médical est prégnante dans tous ces textes et revêt un caractère indispensable à l'exercice de la médecine.

Chez les mineurs

La règle générale chez les mineurs est qu'il n'y a pas de secret médical entre un mineur et ses parents ou représentants légaux : le mineur, non émancipé, est réputé incapable de donner valablement son consentement à un acte médical. Ainsi, légalement, le secret médical n'est pas opposable aux représentants légaux d'un mineur, exception faite, par la loi du 4 juillet 2001, de la prescription d'une contraception et de la réalisation d'une IVG [50]. La patiente mineure devra alors se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

Cependant, en cas de refus du mineur, le Code de la Santé Publique précise que « Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder secret son état de santé. Toutefois, [...] le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention ». Dans ce cas, le mineur doit donc être accompagné d'un adulte de son choix lors de la consultation et des soins. [76]

Mais lorsqu'on observe bien tous ces textes, il est ici essentiellement question d'inaptitude du mineur à « prendre des décisions médicales » ou à consentir à un traitement. Il ne s'agit pas de révéler toute information recueillie auprès de l'adolescent à ses parents. Au contraire, ces textes nous appellent au respect de la vie privée de « toute personne ».

Le secret médical est le gage d'une relation de confiance entre le médecin et son patient.

« Il n'y a pas de soins sans confiance, de confidences sans confiance, de confiance sans secret ». [77]

b) La place des parents en consultation

La consultation avec un adolescent est singulière car si l'adolescent n'est plus un enfant, il n'est pas encore un adulte.

Le médecin se trouve confronté d'une part au désir d'autonomie de l'adolescent et d'autre part à l'autorité des parents. Par ailleurs, le médecin doit pallier à l'indécision caractérisant l'adolescent : celui-ci est souvent partagé entre la sécurité que lui apporte la présence de ses parents et la gêne que celle-ci occasionne, il désire se démarquer de l'autorité parentale même s'il s'en défend lorsqu'on le lui demande. L'adolescent alterne entre « indépendance insolente et dépendance régressive » comme le dit Philippe Binder. Il aimerait que son médecin devine ce qu'il ressent et s'intéresse à lui personnellement. [78]

D'un autre côté, les consultations sont très souvent sollicitées par les parents. Leur présence ne doit pas être vue uniquement comme une entrave à la confidentialité. Ils sont une source d'informations qui peut aider à comprendre l'histoire de l'adolescent et la dynamique familiale et aider ce dernier à s'approprier sa propre histoire. Mais il est important de donner à chacun sa place dans la consultation :

- Aux parents, il faut expliquer la nécessité d'un tête-à-tête avec l'adolescent tout en leur assurant qu'il ne s'agit pas de les mettre à l'écart ou de faire coalition contre eux mais simplement de permettre l'expression, l'autonomisation et l'épanouissement de leur adolescent.
- A l'adolescent, il faut donner la possibilité d'un échange seul avec le médecin en lui assurant la confidentialité. Pour cela, il est important que le déroulé de la consultation soit décidé par le médecin et non laissé au choix de l'adolescent. En effet, une simple proposition à l'adolescent risque de le mettre dans une position délicate vis-à-vis de ses parents.

Ainsi, la consultation durant l'adolescence doit permettre une prise d'autonomie progressive de l'adolescent. [79] [80]

II. MATERIEL ET METHODES

A. Objectif de l'étude

Nous avons mené une étude prospective descriptive multicentrique auprès d'adolescents, scolarisés en collège ou en lycée, en région parisienne. Le but de notre enquête était de décrire le ressenti des adolescents dans leur relation vis-à-vis de leur médecin généraliste et en quoi cette perception influence les opportunités de dialogue et de prévention en ce qui concerne les conduites addictives et l'éducation sexuelle.

B. Méthodes

1. Population

Nous avons inclus des adolescents scolarisés dans différents établissements scolaires : collèges ou lycées, de la région parisienne. Nous n'avons pas fixé de limites supérieure ou inférieure d'âge ou de classe. Notre objectif était d'inclure au minimum 200 adolescents.

2. Lieux

Notre étude est une étude multicentrique. Au total, nous avons inclus des adolescents dans 4 établissements scolaires de la région parisienne : au lycée général Camille Claudel à Palaiseau dans l'Essonne (91), au lycée général et technologique Isaac Newton à Clichy-la-Garenne dans les Hauts-de-Seine (92), au collège Léon Blum à Alfortville dans le Val-de-Marne (94) et au lycée général, technologique et professionnel Louis Barsan à Rambouillet (78).

3. Méthode d'inclusion

Les inclusions ont été faites par un professeur dans chaque établissement : un professeur de Sciences et Vie de la Terre dans les lycées Camille Claudel de Palaiseau, Isaac Newton de Clichy-la-Garenne et Louis Barsan de Rambouillet et un professeur de français dans le collège Léon Blum d'Alfortville. Au préalable, nous avons demandé une autorisation auprès du chef d'établissement par un courrier remis par ledit professeur (**Annexe 1**). Dans un des

quatre établissements, celui de Rambouillet, une information parentale a été nécessaire, faite par le professeur, permettant aux parents le désirant, de refuser la participation de leur enfant à cette enquête.

Après accord du chef d'établissement, nous avons donc confié entre 100 et 150 questionnaires à chaque professeur en fonction du nombre d'élèves que chacun avait à sa charge. Chaque professeur a ensuite distribué les questionnaires anonymes à ses élèves. Les élèves qui le désiraient ont rempli le questionnaire puis l'ont remis à leur professeur dans l'enveloppe cachetée fournie. Chaque professeur avait une couleur de questionnaire différente de façon à pouvoir authentifier sa provenance lors du dépouillage.

Les quatre professeurs m'ont ensuite rendu l'ensemble des questionnaires, remplis ou non remplis.

4. Le questionnaire

Notre enquête auprès des adolescents a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme. L'anonymat nous permettait d'une part d'obtenir des réponses plus franches car non empreintes de peur de jugement, et d'autre part de s'abstenir théoriquement de l'obligation de l'autorisation parentale.

Ce questionnaire comportait une rapide présentation personnelle, les raisons de l'enquête et l'objectif recherché par cette étude.

Concernant l'adolescent, quelques renseignements étaient demandés : l'âge, le sexe et la scolarisation en lycée ou en collège.

Le questionnaire à proprement parler était constitué de 3 parties distinctes (**Annexe 2**). Dans la première partie, nous avons cherché à situer la relation entre le médecin et l'adolescent par les sept questions suivantes :

- Avez-vous un médecin généraliste ?
- Si oui, est-ce le même que celui de vos parents ?
- Votre médecin généraliste est-il un homme ou une femme ?
- Vous connaît-il depuis l'enfance ? Si oui, cela vous dérange-t-il pour aborder certains sujets ?
- Combien de fois par an voyez-vous votre médecin ?
- Lors de la consultation, un de vos parents est-il présent ? Si oui, cela vous pose-t-il problème ? Préféreriez-vous que le médecin les fasse sortir ?
- Savez-vous que votre médecin est soumis au secret médical même envers vos parents ?

Dans la deuxième partie, nous nous sommes intéressés à la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool de l'adolescent, à l'éventuelle intervention du médecin généraliste face à ces conduites et au ressenti de l'adolescent. Onze questions formaient cette partie :

- Fumez-vous régulièrement ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? à quel âge avez-vous fumé pour la première fois ?
- Avez-vous déjà consommé du cannabis ? Si oui, fumez-vous régulièrement ? Combien de joints par semaine ?
- Consommez-vous de l'alcool régulièrement (> 1 fois par semaine) ? Dans quelles circonstances : en soirée, seul, en famille ? Quel type d'alcool : vin, alcools forts, bière ?
- Il vous est déjà arrivé : d'être ivre, d'être emmené aux urgences, de regretter d'avoir bu, de ne plus vous souvenir, de ne plus savoir où vous étiez, d'être somnolent ?
- Avez-vous déjà abordé de vous-même ces thèmes avec votre médecin généraliste ? Si oui, avez-vous obtenu des réponses qui vous ont satisfait ? Si non, le médecin vous en a-t-il déjà parlé ?
- Avez-vous peur que votre médecin révèle des informations à vos parents ?
- Discuter de ces sujets avec votre médecin, ce serait : difficile, normal, inapproprié, gênant, intéressant, nécessaire, inutile, impossible, honteux ?
- Vous aimeriez que votre médecin prenne l'initiative ?
- Pensez-vous que ces sujets concernent votre médecin ?
- Selon vous, ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de famille ?
- Selon vous, ce serait plus facile s'il ne vous connaissait pas depuis l'enfance ?
- Selon vous, votre médecin : va vous juger, va vous faire la morale, peut vous comprendre, ne peut pas vous aider, va vous dire d'arrêter, peut vous aider, ne peut pas vous comprendre, est trop vieux ?

Enfin, dans la troisième partie, nous avons abordé les questions de sexualité en incluant au sein de cette portion une rubrique uniquement adressée aux jeunes-filles concernant les questions de contraception, de contraception d'urgence et d'IVG. Onze questions concernaient l'ensemble des adolescents et 7 questions uniquement pour les adolescentes :

- Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ?
- Utilisez-vous toujours des préservatifs ?
- Quelles maladies sexuellement transmissibles connaissez-vous ?

- Avez-vous déjà parlé, de vous-même, de sexualité avec votre médecin ? Si oui, avez-vous obtenu des réponses qui vous ont satisfait ? Si non, le médecin vous en a-t-il déjà parlé ?
- En discuter avec lui, ce serait : difficile, normal, inapproprié, gênant, intéressant, nécessaire, inutile, impossible, honteux ?
- Vous préféreriez que votre médecin prenne l'initiative ?
- Selon vous, ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de famille ?
- Selon, vous, ce serait plus facile s'il ne vous connaissait pas depuis l'enfance ?
- Si vous pouviez choisir, vous préféreriez changer de médecin généraliste ?
- Selon vous, votre médecin : va vous juger, va vous faire la morale, peut vous comprendre, est trop vieux, peut vous aider, ne peut pas vous comprendre ?
- Le fait que votre médecin soit du sexe opposé : facilite les choses, complique les choses, ne change rien, vous ne savez pas ?
- Questions adressées uniquement aux filles :
 - Prenez-vous la pilule ?
 - Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain ?
 - A cette occasion, avez-vous consulté votre médecin généraliste ?
 - Avez-vous déjà réalisé une IVG (avortement) ?
 - A cette occasion, avez-vous consulté votre médecin généraliste ?
 - Selon vous, votre médecin : va vous juger, va vous faire la morale, peut vous comprendre, est trop vieux, peut vous aider, ne peut pas vous comprendre ?
 - Pensez-vous que votre médecin soit un bon interlocuteur pour ces sujets ? Avez-vous déjà consulté un gynécologue ? Pensez-vous qu'il soit un meilleur interlocuteur ?

Pour permettre une analyse de données quantitative, nous nous sommes efforcés de poser des questions fermées (réponse binaire par oui ou par non) ou semi-ouvertes (réponses multiples possibles parmi plusieurs choix). Seule une question est totalement ouverte concernant la connaissance des adolescents au sujet des infections sexuellement transmissibles : elle fera l'objet d'une analyse particulière.

5. Analyse des résultats

Nous avons récolté les questionnaires et colligé les informations dans un tableau de données. Par la suite nous avons analysé nos données à l'aide de dénombrement, de moyennes, de médianes, de pourcentages et nous avons réalisé des tableaux croisés dynamiques à l'aide du logiciel Excel. Nous avons utilisé pour nos analyses statistiques le site BiostaTVG qui est un outil permettant des calculs statistiques et qui lui-même utilise le logiciel R.

III. RESULTATS

A. Inclusion

1. Période d'inclusion

Les questionnaires ont été distribués au cours du mois de juin 2016. Les inclusions se sont arrêtées avec la fin de l'année scolaire 2016.

2. Méthode

Les professeurs n'avaient pas de consigne concernant la façon de faire remplir le questionnaire : à la maison ou non, en classe à la fin du cours... Chacun d'entre eux était libre de choisir la formule qui lui convenait le mieux.

Lorsque le questionnaire était distribué à une classe entière, il l'était en fin de cours et les élèves disposaient de cinq à dix minutes pour le remplir. Cependant, certains professeurs l'ont aussi distribué lors d'heures de permanence ou par le biais de collègues.

Il n'y a donc pas d'uniformité dans le mode de recueil auprès des élèves.

3. Retour de questionnaires

Nous avons confié 500 questionnaires aux professeurs et nous en avons récupéré 421 partiellement ou totalement remplis soit un taux de retour de 84,2%.

Parmi ces 500 questionnaires : 100 avaient été confiés au professeur du collège Léon Blum à Alfortville et 100 questionnaires ont été retournés (100%) ; 100 avaient été confiés au professeur du lycée Louis Barsan de Rambouillet et 88 questionnaires ont été retournés (88%) ; 150 avaient été confiés au professeur du lycée Camille Claudel de Palaiseau et 112 ont été retournés (74,6%) ; 150 avaient été confiés au professeur du lycée Isaac Newton de Clichy la Garenne et 121 ont été retournés (80,7%).

B. Population

1. Caractéristiques générales

Nous avons donc inclus 421 adolescents scolarisés au collège ou au lycée : 242 filles, 176 garçons et 2 questionnaires pour lesquels le sexe n'a pas été renseigné.

Parmi eux, 100 étaient scolarisés au collège et 321 au lycée.

La figure 1 représente la répartition des adolescents par âge et selon le sexe.

Ils étaient âgés de 11 à 19 ans avec une moyenne d'âge à 15,3 ans et un âge médian à 16 ans : 8 élèves (1,9%) étaient âgés de 11 ans, 21 (5%) avaient 12 ans, 25 (5,9%) avaient 13 ans, 12 (2,8%) avaient 14 ans, 43 (10,2%) avaient 15 ans, 103 (24,5%) avaient 16 ans, 43 (10,2%) avaient 17 ans, 14 (3,3%) avaient 18 ans et 1 seul élève (0,2%) avait 19 ans.

Cependant plus d'un tiers des élèves (152 élèves soit 36%) n'a pas renseigné son âge.

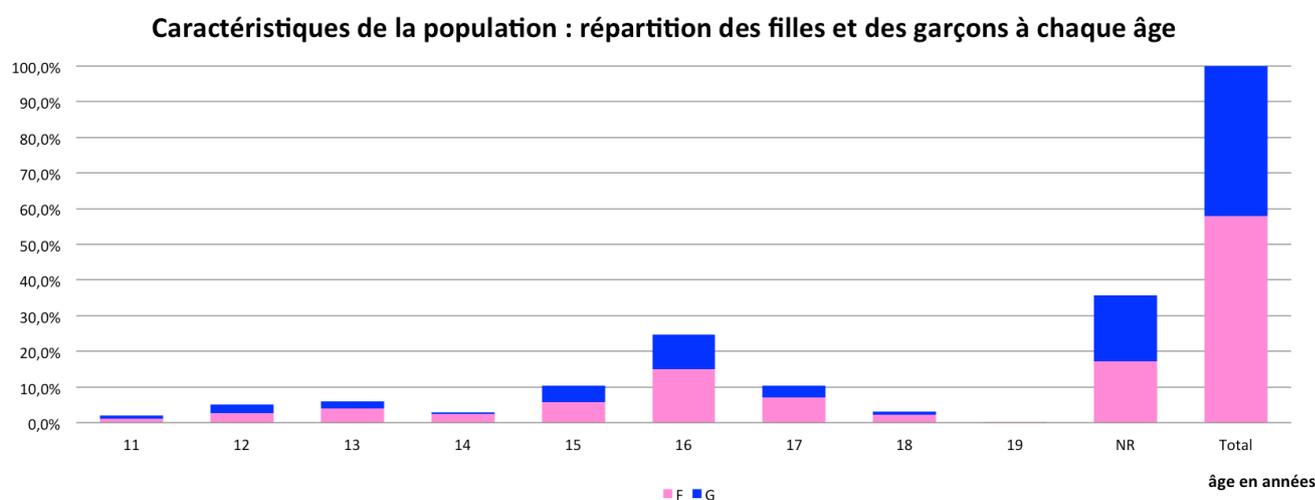


Figure 1

2. Caractéristiques par établissement

Lorsqu'on regarde de plus près, on constate que chaque âge n'est pas représenté de façon homogène selon les établissements.

La figure 2 montre la répartition de chaque âge dans les différents établissements. Ainsi la totalité des élèves âgés de 11 à 13 ans provient logiquement du collège Léon Blum d'Alfortville, ainsi que 91,7% des adolescents de 14 ans, 25,6% des adolescents de 15 ans et 1,9% de ceux de 16 ans. Au niveau des trois lycées, on note que les élèves les plus âgés sont majoritairement à Isaac Newton à Clichy avec 100% des élèves de 18 et 19 ans et 46,7% des élèves de 17 ans. Les élèves des deux autres lycées que sont Camille Claudel à Palaiseau et

Louis Barsan à Rambouillet sont exclusivement âgés de 15 à 17 ans, répartis de façon assez homogène pour Camille Claudel (30,2% pour ceux de 15 ans, 32% pour ceux de 16 ans et 20,9% pour ceux de 17 ans) et essentiellement âgés de 16 et 17 ans pour le lycée Louis Barsan (16,3% pour ceux de 15 ans, 39,8% pour ceux de 16 ans et 32,6% pour ceux de 17 ans).

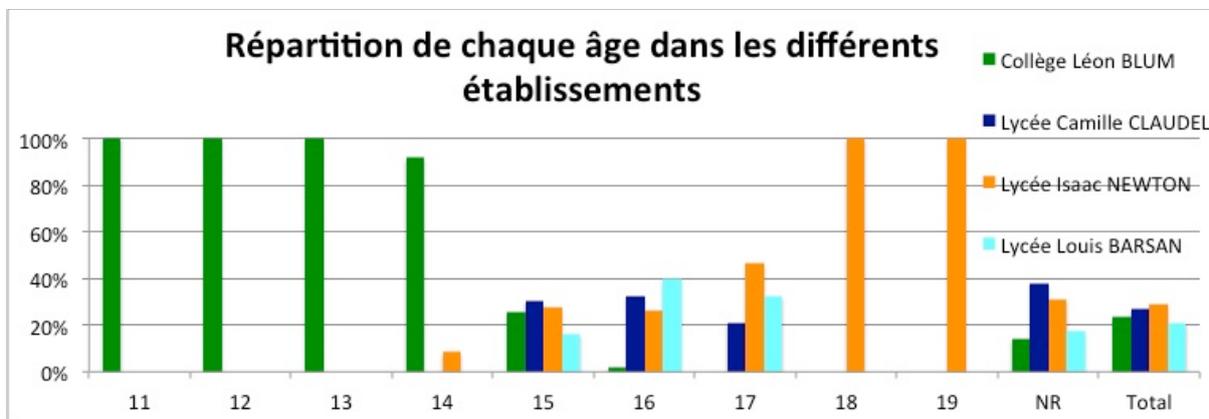


Figure 2

La figure 3 représente la proportion de filles et de garçons de chaque âge au sein de chaque établissement.

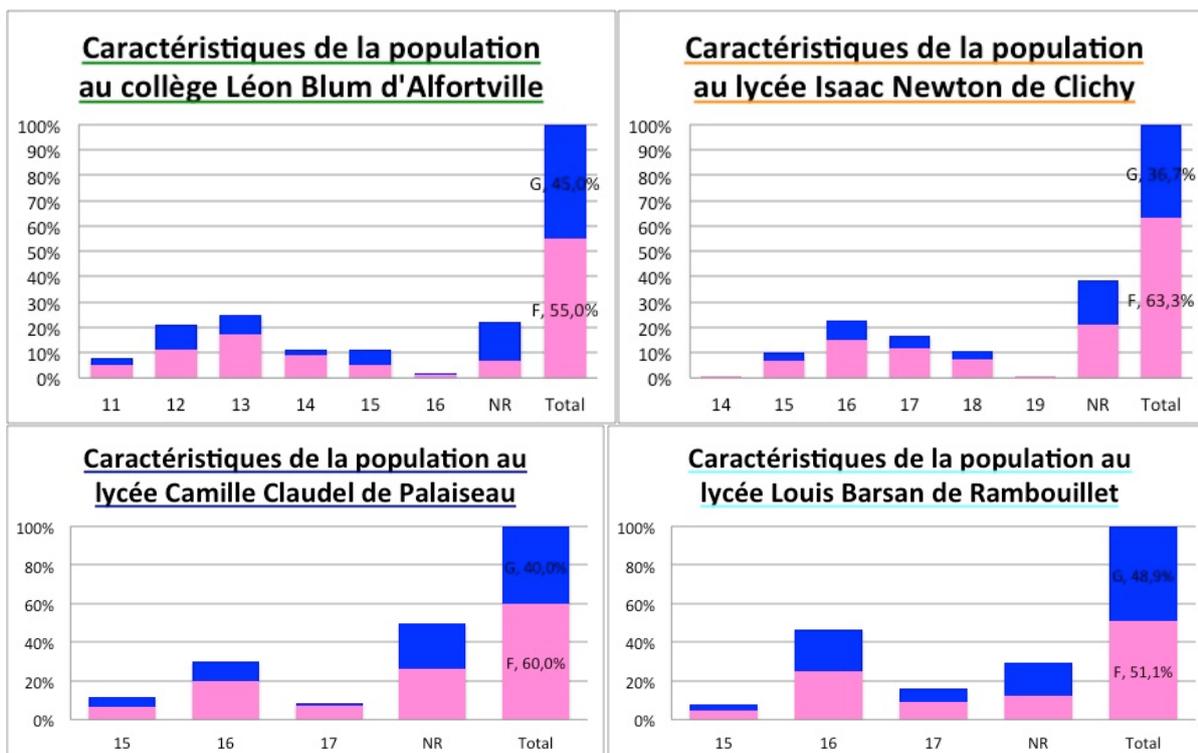


Figure 3

Concernant le nombre d'élèves n'ayant pas renseigné d'âge, il semble que les collégiens et les élèves du lycée Louis Barsan soient moins nombreux à avoir oublié cet item : ils ne représentent respectivement que 13,6% et 17,1% du total des 152 questionnaires dont l'âge n'a pas été rempli alors que les élèves des lycées Camille Claudel et Isaac Newton en représentent respectivement 37,8% et 31,1%. Au total, 50% des élèves du lycée Camille Claudel et 38,3% des élèves du lycée Isaac Newton n'ont pas renseigné l'âge.

C. Le médecin généraliste et les modalités de la consultation

Dans cette partie, nous allons décrire les caractéristiques des médecins et des modalités de consultation puis nous étudierons le ressenti des adolescents face à ces pratiques.

1. Concernant le médecin

a) Description des caractéristiques des médecins

La Figure 4 représente les caractéristiques des médecins pour chaque sexe.

Quatre-cent six élèves soit 96,4% d'entre eux déclaraient avoir un médecin généraliste.

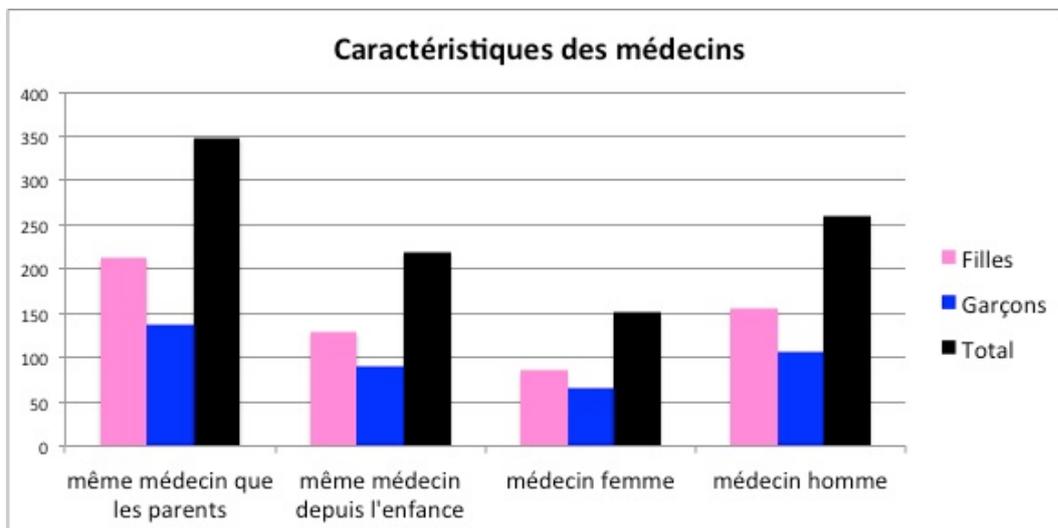


Figure 4

Sur les 242 filles, 85 (34,7%) avaient un médecin du sexe féminin, 155 (64%) un médecin du sexe masculin, 3 d'entre elles n'ont pas répondu.

Sur les 176 garçons, 66 (37,5%) avaient un médecin du sexe féminin, 106 (60%) un médecin du sexe masculin, 4 d'entre eux n'ont pas répondu.

Parmi les 421 adolescents interrogés, ils sont 352 soit 83,6% à avoir le même médecin qu'un de leurs parents et 220 soit (52,2%) à avoir le même médecin depuis l'enfance.

b) Ressenti des adolescents face à leur médecin

Connaissance du médecin depuis l'enfance :

La figure 5 représente la gêne des adolescents vis à vis de leur médecin lorsque celui-ci les connaît depuis l'enfance.

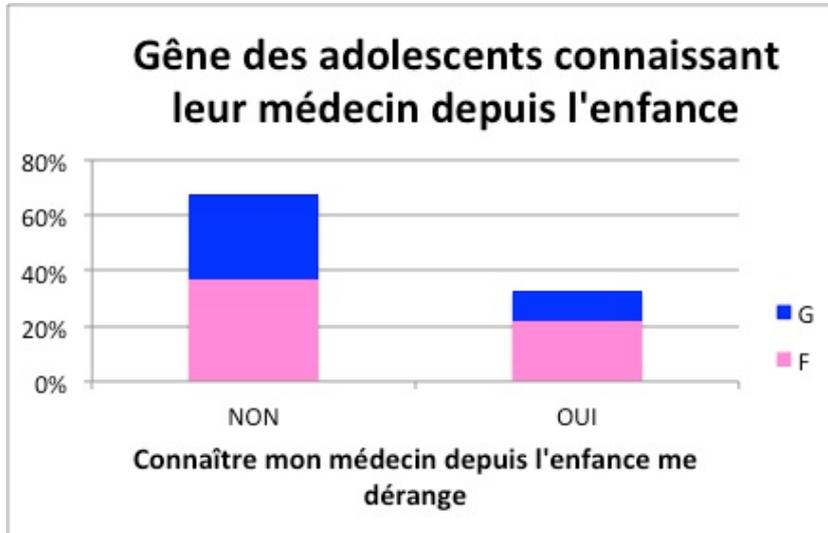


Figure 5

Sur les 220 adolescents ayant affirmé avoir le même médecin depuis l'enfance, 68 soit 30,9% déclaraient que cela les dérangeait. Il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons (35,7% vs 24,4%, $p = 0,11$)

Médecin du sexe opposé :

Le tableau 1 résume les ressentis des adolescents face à un médecin du sexe opposé.

Parmi les 155 filles ayant un médecin du sexe masculin, 67 soit 43,2% déclaraient qu'avoir un médecin du sexe opposé rendait l'abord de la sexualité plus compliqué. Parmi les 85 filles ayant un médecin du sexe féminin, elles étaient 48,2% à penser que cela les dérangerait

Parmi les garçons ayant un médecin du sexe féminin, 10 soit 15,2% déclaraient qu'avoir un médecin du sexe opposé rendait l'abord de la sexualité plus compliqué. Parmi ceux ayant un médecin du sexe masculin, ils étaient 16 soit 14,7% à penser que cela les dérangerait.

On observe une différence significative entre les ressentis des garçons et des filles vis à vis d'un médecin du sexe opposé : les filles sont significativement plus gênées que les garçons (45% contre 14,9%, $p < 0,05$)

Gêne des adolescents face à un médecin du sexe opposé : comparaison entre les sexes				
	<u>Médecin homme</u>	<u>Médecin femme</u>	<u>Total</u>	<u>Comparaison total F gênées et total G gênés</u>
Filles	155	85	240	p < 0,05 (8x10⁻⁵)
<i>Médecin de sexe opposé complique les choses</i>	67 (43,2%)	41 (48,2%)	108 (45%)	
Garçons	109	66	175	
<i>Médecin de sexe opposé complique les choses</i>	16 (14,7%)	10 (15,2%)	26 (14,9%)	

Tableau 1

Désir de changer de médecin généraliste :

Ils étaient 316 à déclarer ne pas préférer changer de médecin généraliste sur les 373 adolescents qui ont répondu à cette question, soit 84,9%.

Au total sur ces 373 adolescents, 56 souhaitaient donc changer de médecin généraliste soit 15,1%.

Nous avons voulu savoir si cette volonté de changer de médecin traitant était liée à certains paramètres. Nos résultats sont reportés dans le **tableau 2**.

Il n'y a pas de différence significative parmi les adolescents consommateurs et ceux qui ne le sont pas, ni parmi ceux dont le médecin est le même que celui des parents ou le même depuis l'enfance.

En revanche, on observe une proportion significativement plus importante d'adolescents souhaitant changer de médecin généraliste chez les filles (18,8% contre 10,1% des garçons, p = 0,029) et chez ceux dont le médecin est du sexe opposé (21,2% contre 8,5% parmi ceux dont le médecin est du même sexe qu'eux, p = 0,001).

Je préférerais changer de médecin généraliste (n = 56, 15,1%)		
COMPARAISON ENTRE LES CONSOMMATEURS ET LES NON CONSOMMATEURS		
Alcool régulier + (n = 32)	7 (21,9%)	p = 0,38
Alcool régulier – (n = 340)	49 (14,4%)	
Tabac régulier + (n = 50)	11 (22,0%)	p = 0,21
Tabac régulier – (n = 322)	45 (14,0%)	
Cannabis + (n = 86)	16 (18,6%)	p = 0,38
Cannabis – (n = 286)	40 (14,0%)	
COMPARAISON SELON QUE MON MEDECIN EST...		
Le même que mes parents (n = 313)	51 (16,3%)	p = 0,18
Pas le même que mes parents (n = 59)	5 (8,5%)	
Le même depuis l'enfance (n = 202)	24 (11,9%)	p = 0,85
Pas le même depuis l'enfance (n = 170)	32 (18,8%)	
Du même sexe que moi (n = 177)	15 (8,5%)	p < 0,05 (0,001)
Du sexe opposé au mien (n = 193)	21 (21,2%)	
COMPARAISON SELON QUE JE SUIS...		
Une fille (n = 213)	40 (18,8%)	p < 0,05 (0,029)
Un garçon (n = 159)	16 (10,1%)	
Âgé ≤ 15 ans (n = 93)	16 (17,2%)	p = 0,93
Âgé > 15 ans (n = 145)	23 (15,9%)	

Tableau 2

2. Concernant les modalités de consultation

a) Nombre de consultations par an

En moyenne, les adolescents déclarent consulter 4,6 fois leur médecin généraliste dans l'année mais 77 soit 18,2% d'entre eux ont eu du mal à donner une réponse chiffrée et ont utilisé des termes comme « variable », « souvent », « peu ».

b) Consultation en présence des parents ou non

Pour 421 adolescents interrogés, 330 soit 78,3% sont accompagnés de leurs parents pendant les consultations et 50 d'entre eux soit 15,2% sont gênés par cette situation. Il n'y a pas de différence significative entre les filles et les garçons (17,6% pour les filles contre 12,4% pour les garçons, p = 0,74). En revanche, les adolescents de plus de 16 ans sont significativement plus gênés que les plus jeunes par cette situation (30,3% contre 12,9%, p < 0,05)

A la question « Préféreriez-vous que votre médecin fasse sortir vos parents ? », 94 élèves, soit 22,3% des adolescents ont répondu par l'affirmative. Parmi les 330 adolescents accompagnés par leurs parents en consultation, 70 soit 20,2% souhaiteraient que le médecin demande à leurs parents de sortir. On n'observait pas de différence significative entre les filles et les garçons (22,1% contre 20,4%, $p = 0,82$). Par contre, les adolescents âgés de plus de 16 ans étaient significativement plus nombreux à désirer que le médecin fasse sortir leurs parents (42,4% contre 17,8%, $p = 0,003$).

Ces résultats sont rapportés dans **le tableau 3**.

c) Connaissance et confiance dans le secret médical

Concernant la confidentialité des informations que l'adolescent confierait à son médecin généraliste, 113 adolescents soit 26,8% craignent que le médecin révèle des choses à leurs parents. Parmi eux, 63 soit 55,7% disaient pourtant savoir que le médecin était soumis au secret médical.

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux 86 adolescents non accompagnés par leurs parents en consultation, on constate que 27 d'entre eux soit 31,4% ont peur que le médecin révèle des informations à leurs parents même si 19 (70,4%) déclarent savoir que le médecin est soumis au secret médical. Il n'y avait pas de différence significative entre les filles et les garçons (26,5% contre 37,8%, $p = 0,38$) ni entre les plus âgés et les plus jeunes (20,8% contre 26,7%, $p = 0,86$) sur cette question.

Ces résultats sont rapportés dans **le tableau 3**.

Ressenti des adolescents vis-à-vis des modalités de consultation		
Adolescents accompagnés par leurs parents en consultation (n =330)		
Gênés par cette situation	50 (15,2%)	
<i>Filles</i> (n = 190)	33 (17,4%)	p = 0,74
<i>Garçons</i> (n = 137)	27 (12,4%)	
<i>Adolescents > 16 ans</i> (n = 33)	10 (30,3%)	p < 0,05 (0,022)
<i>Adolescents ≤ 16 ans</i> (n = 180)	23 (12,8%)	
Désireux que le médecin demande aux parents de sortir :	70 (20,2%)	
<i>Filles</i> (n = 190)	42 (22,1%)	p = 0,82
<i>Garçons</i> (n = 137)	28 (20,4%)	
<i>Adolescents > 16 ans</i> (n = 33)	14 (42,4%)	p < 0,05 (0,003)
<i>Adolescents ≤ 16 ans</i> (n = 180)	32 (17,8%)	
Adolescents non accompagnés par leurs parents en consultation (n = 86)		
Crainte que le médecin révèle des informations aux parents	27 (31,4%)	
<i>Connaissance secret médical</i>	19 (70,4%)	
<i>Filles</i> (n = 49)	13 (26,5%)	p = 0,38
<i>Garçons</i> (n = 37)	14 (37,8%)	
<i>Adolescents > 16 ans</i> (n = 24)	5 (20,8%)	p = 0,86
<i>Adolescents ≤ 16 ans</i> (n = 30)	8 (26,7%)	

Tableau 3

D. Les adolescents, les conduites addictives et leur médecin généraliste

1. Caractéristiques générales

a) *Existence ou absence d'échange avec le médecin généraliste*

La figure 6 résume l'abord des conduites addictives en consultation. Parmi les 421 adolescents interrogés, 405 soit 96,2% n'ont jamais abordé d'eux-mêmes le sujet des conduites addictives (tabac, cannabis, alcool) avec leur médecin généraliste. Le médecin généraliste avait pris l'initiative chez 43 d'entre eux soit 10,6%. Cependant 110 adolescents soit 27,2% n'ont pas rempli cette question. On notait une différence significative entre les

adolescents jeunes et plus âgés : le médecin avait pris l'initiative chez 5,9% des adolescents âgés de 16 ans ou moins contre 16,1% des plus de 16 ans ($p < 0,05$).

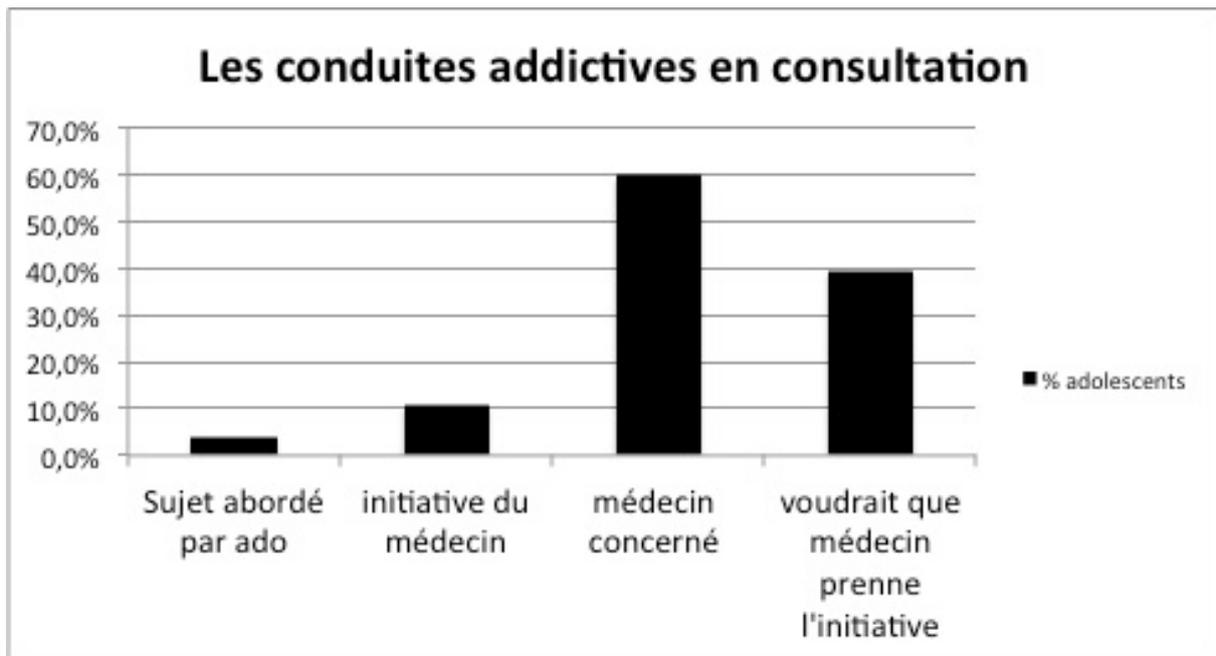


Figure 6

Sur l'ensemble des adolescents, 251 soit 59,7% estiment que les sujets comme le tabac, le cannabis ou l'alcool concernent leur médecin généraliste et 165 soit 39,2% aimeraient que leur médecin prenne l'initiative pour aborder ces sujets. Il n'y avait pas de différence entre les filles et les garçons.

Parmi ceux qui considèrent que ces sujets concernent leur médecin, ils sont 52,6% à désirer que leur médecin prenne l'initiative. Inversement parmi les 145 adolescents qui considèrent que ces sujets ne concernent pas leur médecin, ils sont seulement 26 soit 17,9% à vouloir que le médecin prenne l'initiative. Cette différence est statistiquement significative ($p = 0,00004$).

Les adolescents interrogés sont respectivement 135 soit 32% et 105 soit 25% à penser qu'il serait plus facile d'aborder ces sujets si le médecin n'était pas aussi le médecin de famille ou s'il ne les connaissait pas depuis l'enfance (**Figure 7**)

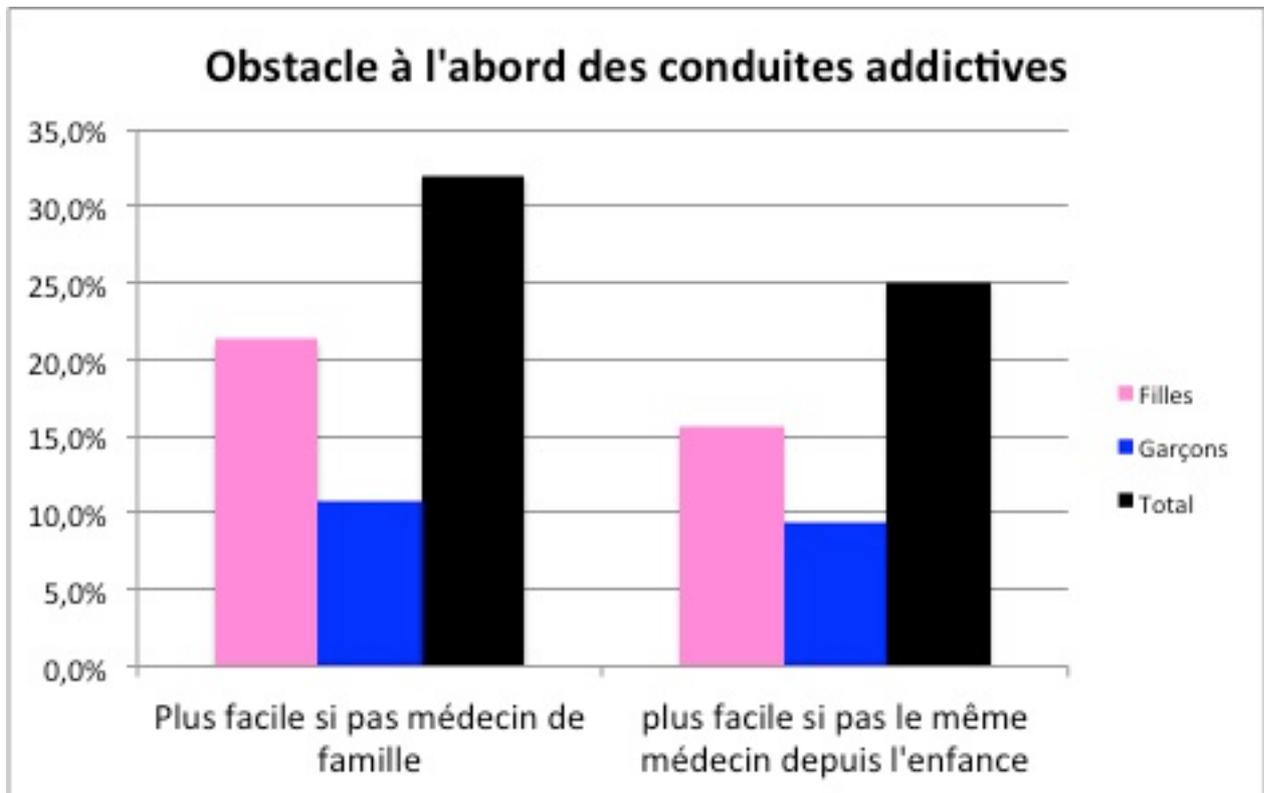


Figure 7

Parmi les 218 adolescents qui déclaraient avoir le même médecin depuis l'enfance, 59 soit 27,1% estimaient que cela compliquait les opportunités de discussion autour du tabac, du cannabis et de l'alcool contre 22,7% de ceux qui avaient un médecin différent de celui de leur enfance (pas de différence significative, $p = 0,35$).

Parmi les 349 adolescents qui déclaraient avoir le même médecin que l'un de leur parent, 107 soit 30,7% estimaient que cela serait plus facile si ce n'était pas le cas contre 38,9% de ceux qui n'avaient pas le même médecin que leurs parents (pas de différence significative, $p = 0,22$).

Tous ces résultats sont colligés dans le **tableau 4**.

L'adolescent, les conduites addictives et le médecin généraliste			
Concerne le médecin 251 (59,9%)		Ne concerne pas le médecin 145 (34,6%)	
Prise d'initiative du médecin	132 (52,6%)	Prise d'initiative du médecin	26 (17,9%)
p < 0,05 (= 0,00004)			
<i>Filles (n=147)</i>	76 (51,7%)	<i>Filles (n = 83)</i>	18 (21,7%)
<i>Garçons (n = 103)</i>	56 (54,4%)	<i>Garçons (n = 61)</i>	8 (13,1%)
<i>p = 0,77</i>		<i>p = 0,27</i>	
> 16 ans (n = 36)	16 (44,4%)	> 16 ans (n = 20)	7 (35%)
≤ 16 ans (n = 126)	68 (53,9%)	≤ 16 ans (n = 73)	11 (15,1%)
<i>p = 0,41</i>		<i>p = 0,09</i>	
Critères de facilité ou obstacles pour aborder les sujets liés au tabac, cannabis et alcool			
Plus facile si pas le même médecin depuis l'enfance (n = 421)	105 (25%)		<i>p = 0,35</i>
Même médecin depuis l'enfance (n = 218)	59 (27,1%)		
Médecin différent de l'enfance (n = 203)	46 (22,7%)		
Plus facile si pas le médecin de famille (n = 421)	135 (32,1%)		<i>p = 0,22</i>
Même médecin que les parents (n = 349)	107 (30,7%)		
Médecin différent que les parents (n = 72)	28 (38,9%)		

Tableau 4 : relation entre l'adolescent, les conduites addictives et le médecin

b) Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer ces sujets avec son médecin

La proportion des différents sentiments des adolescents à l'idée d'évoquer ces sujets avec leur médecin est représentée dans **la figure 8**.

Pour 170 des 421 adolescents soit 40,4%, aborder ces sujets avec son médecin relève de la normalité mais cela reste gênant pour 142 soit 33,7% d'entre eux, difficile pour 67 soit 15,9% voire honteux pour 37 soit 8,8% et même impossible pour 16 soit 3,8%. Ils sont 118 soit 28% à penser que discuter de ces sujets serait intéressant, et même nécessaire pour 92 soit 21,9% d'entre eux. Inversement, ils sont 85 soit 20,2% à penser qu'évoquer ces sujets en consultation est inutile voire inapproprié pour 21 soit 5,0% d'entre eux.

Les filles sont significativement plus gênées pour évoquer ces sujets que les garçons (42,1% vs 26,1%, $p = 0,001$)

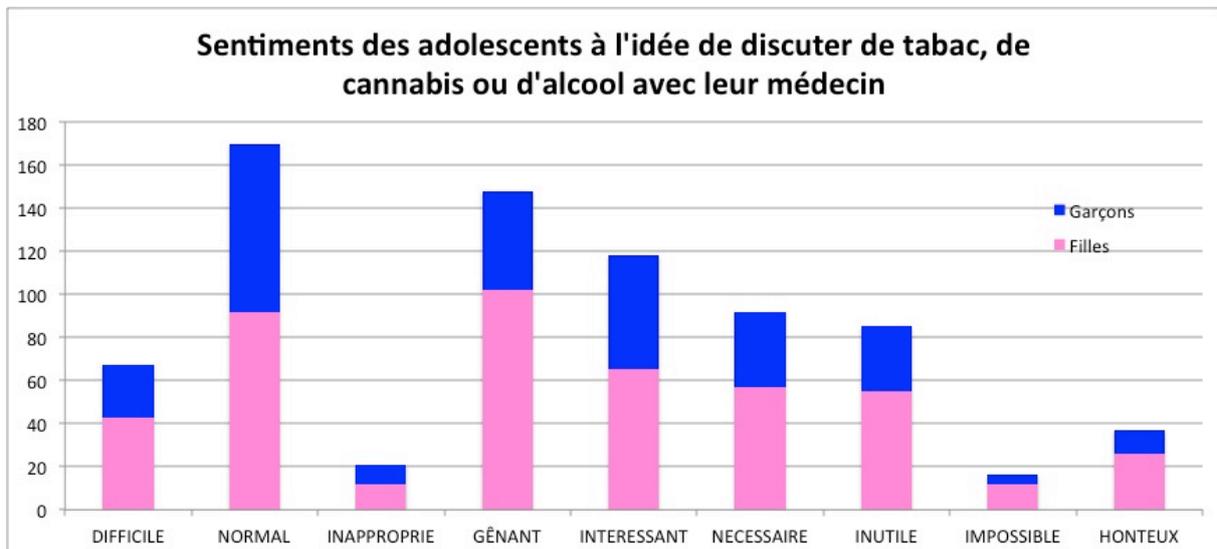


Figure 8

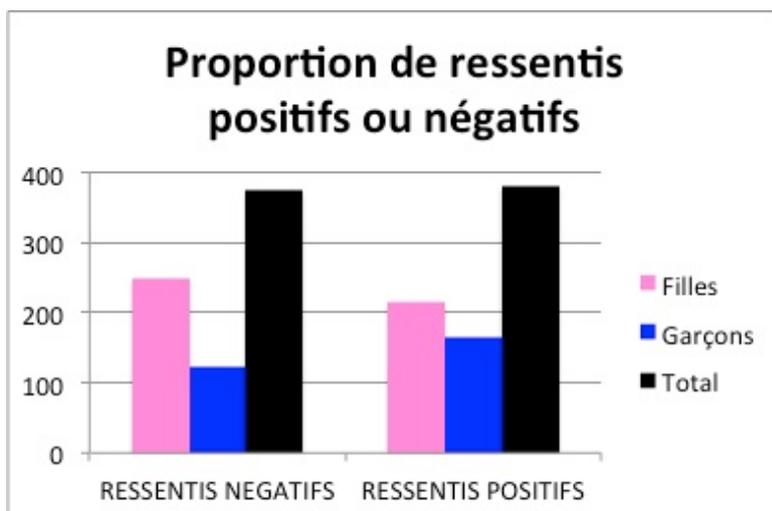


Figure 9

c) Réactions attribuées au médecin par l'adolescent

Face à ce que les adolescents pourraient révéler à leur médecin de leurs consommations de tabac, de cannabis ou d'alcool, ils sont majoritaires à penser que leur médecin peut les comprendre (207 soit 49,2%) ou les aider (228 soit 54,2%). Toutefois, ils sont 110 soit 26,1% à penser que le médecin va leur faire la morale et 131 soit 21,1% à imaginer que leur médecin va leur dire d'arrêter les diverses consommations.

Ils sont 131 soit 31,1% à penser que le médecin va soit leur faire la morale, soit les juger, soit les deux.

Ils sont 299 soit 71% à penser que le médecin peut soit les aider, soit les comprendre soit les deux.

2. Caractéristiques chez les patients consommateurs de tabac, d'alcool ou de cannabis

Dans cette partie, nous allons plus spécifiquement étudier les réponses des adolescents déclarant consommer une de ces trois substances. Nous nous pencherons dans un premier temps sur la place de ces adolescents dans la population générale puis nous tenterons de déterminer si le fait d'être consommateur de tabac, de cannabis ou d'alcool, a une influence sur la relation adolescent-médecin et sur la perception du médecin.

a) *Epidémiologie de notre population*

La **Figure 10** représente la proportion d'adolescents déclarant consommer du tabac, du cannabis ou de l'alcool de manière occasionnelle ou régulière.

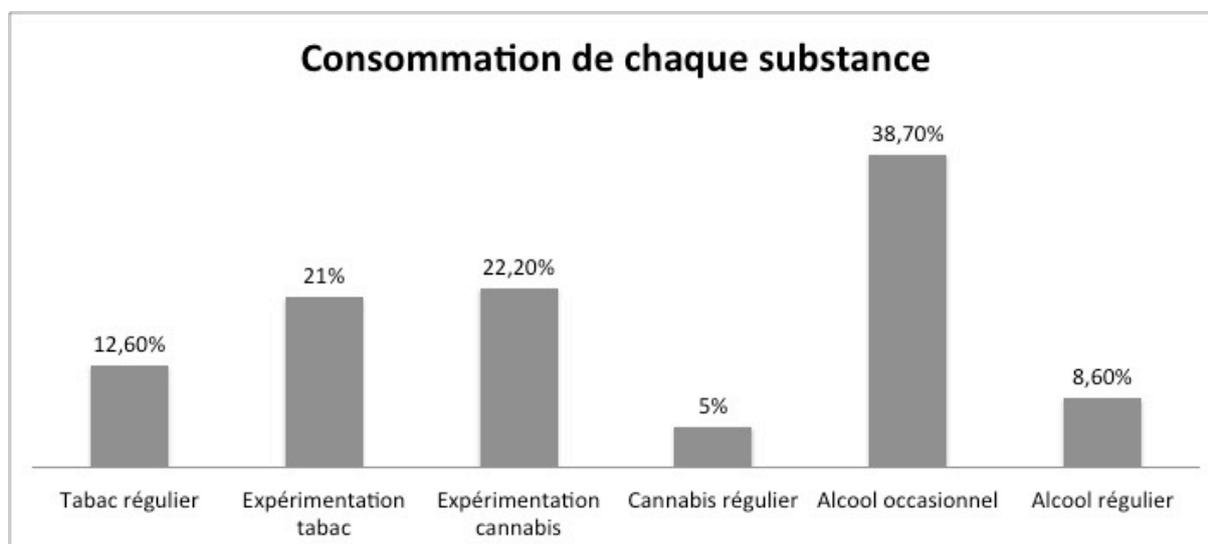


Figure 10

Concernant le tabac

Sur les 420 adolescents qui ont répondu à cette question, seuls 53 soit 12,6% se considéraient comme des fumeurs réguliers. Parmi eux, 40 soit 75,5% étaient des filles.

Ils étaient 88 soit 21% à renseigner un âge de première cigarette et donc une expérimentation.

Concernant le cannabis

Sur les 419 adolescents ayant rempli cette question, 93 soit 22,2% avaient déjà expérimenté le cannabis et 21 soit 5% en consommaient régulièrement. Parmi les adolescents ayant déjà expérimenté le cannabis, 22,6% étaient des consommateurs réguliers et déclaraient consommer en moyenne 2 joints par semaine.

Concernant l'alcool :

Sur le total des adolescents, 36 soit 8,6% déclaraient boire de l'alcool plus d'une fois par semaine. Parmi eux, 33 soit 91,7% consommaient de l'alcool en soirée, 18 soit 50% en famille et 7 soit 19,4% seul. Ils étaient 16 soit 44,4% à boire du vin, 29 soit 80,6% à boire des alcools forts, 24 soit 66,7% à boire de la bière et 11 soit 30,6% à déclarer consommer ces trois types de boissons alcoolisées.

Sur l'ensemble des adolescents, 163 soit 38,7% déclaraient une consommation ponctuelle dont 140 soit 85,9% en soirée, 65 soit 39,9% en famille et 13 soit 8% seul. Parmi ces consommateurs occasionnels, 114 soit 69,9% déclaraient boire des alcools forts, 101 soit 61,9% de la bière et 48 soit 29,4% du vin.

Parmi les 19 adolescents décrivant une consommation en famille uniquement, 11 soit 58,9% buvaient du vin, 2 soit 10,5% buvaient des alcools forts et 9 soit 47,4% buvaient de la bière. (Figure 11).

Parmi les 94 adolescents ne consommant de l'alcool qu'en soirée, 52 soit 55,3% buvaient de la bière, 73 soit 77,7% buvaient des alcools forts et 10 soit 10,6% buvaient du vin. (Figure 11)

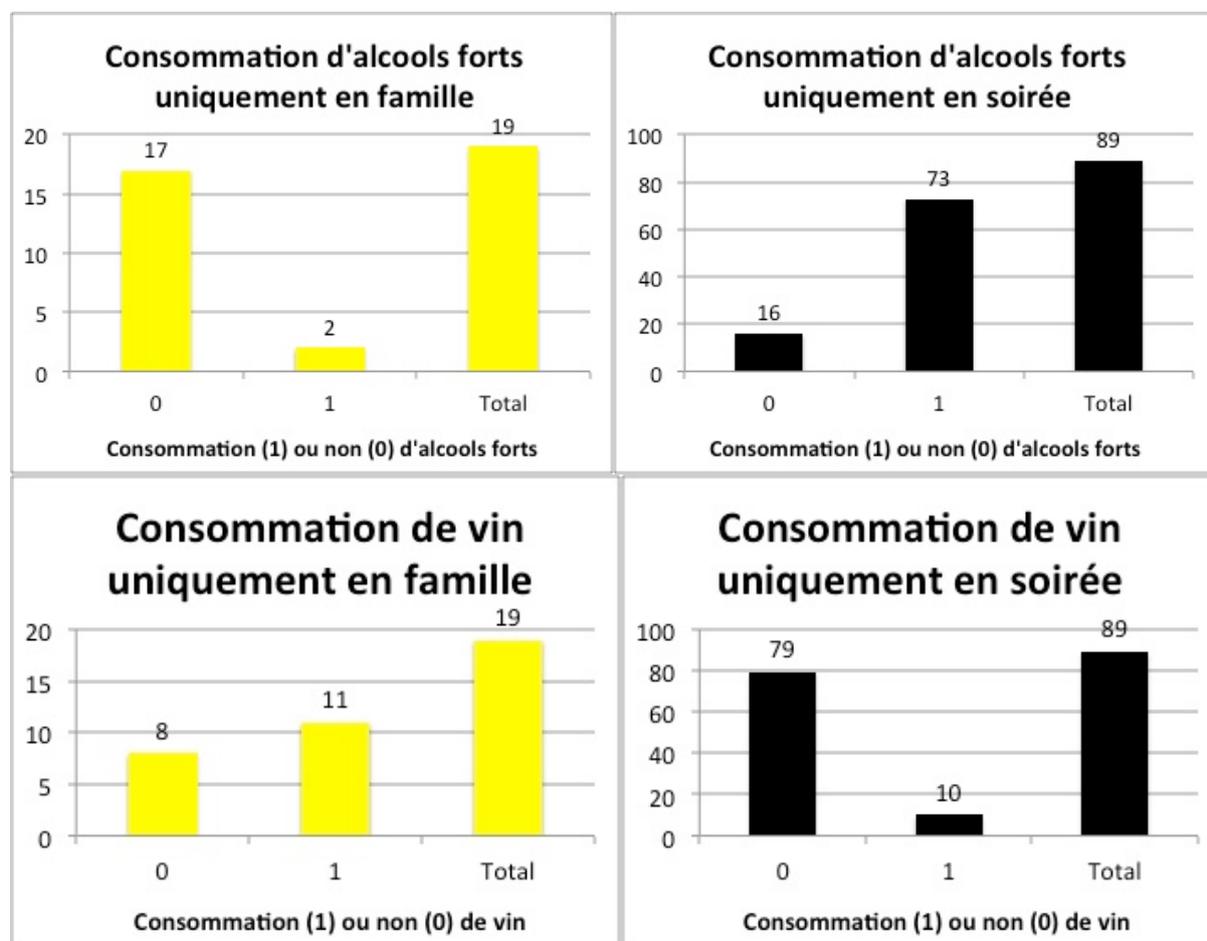


Figure 11

La proportion d'adolescents consommant des alcools forts était significativement plus élevée lorsque la consommation d'alcool se faisait exclusivement en soirée par rapport à en famille ($p < 0,05$). Et inversement la proportion des adolescents consommant du vin était significativement plus élevée lorsque la consommation d'alcool se faisait exclusivement en famille ($p < 0,05$).

Pour la consommation de bière, il n'y avait pas de différence significative selon le cercle de consommation ($p > 0,05$).

Ces résultats sont retranscrits dans le **tableau 5**.

Différences dans les modes de consommation			
Consommation d'alcools forts (n = 114)			
<i>Consommation d'alcool uniquement en soirée (n = 94)</i>	73 (77,7%)	$p < 0,05 (=0,002)$	
<i>Consommation d'alcool uniquement en famille (n = 19)</i>	2 (10,5%)		
Consommation de vin (n = 48)			
<i>Consommation d'alcool uniquement en soirée (n = 94)</i>	10 (10,6%)	$p < 0,05 (=0,02)$	
<i>Consommation d'alcool uniquement en famille (n = 19)</i>	11 (58,9%)		
Consommation de bière (n = 101)			
<i>Consommation d'alcool uniquement en soirée (n = 94)</i>	52 (55,3%)	$p = 0,70$	
<i>Consommation d'alcool uniquement en famille (n = 19)</i>	9 (47,4%)		

Tableau 5 : différences dans les modes de consommation

Sur les 421 adolescents interrogés, 69 soit 16,4% ont déjà été ivres, 49 soit 11,6% ont déjà été somnolents, 46 soit 10,9% ont eu des épisodes d'amnésie et 38 soit 9,0% déclarent avoir déjà regretté avoir bu. Les filles déclaraient plus souvent une amnésie après avoir consommé de l'alcool (14,5% vs 7,4%, $p = 0,037$). Pour les autres effets, on n'observait pas de différence significative entre les sexes (**Figure 12**).

Si on considère uniquement les 163 adolescents déclarant une consommation occasionnelle ou régulière d'alcool, l'ivresse a déjà concerné 42,3% des adolescents, la somnolence 30%, l'amnésie 28,2% et le remords 23%.

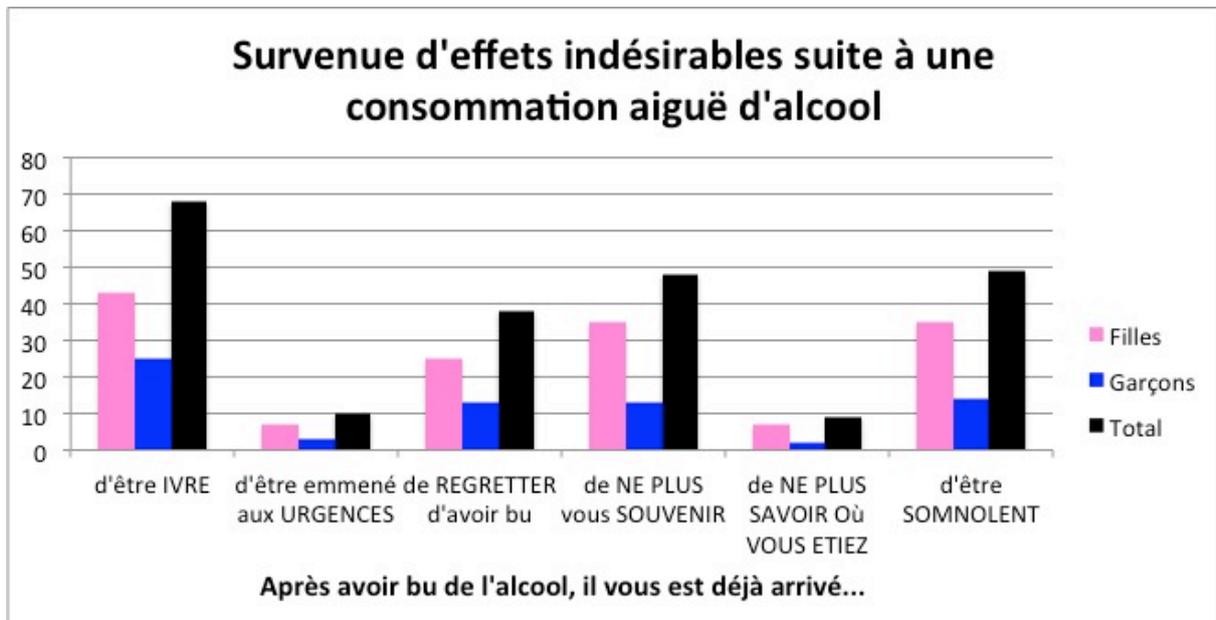


Figure 12

D'après le test du X^2 , il existe une corrélation entre le type d'alcool consommé et la survenue d'une ivresse ou d'une amnésie ($p < 0,05$) comme le montre le **tableau 6**.

On observe plus d'ivresses ou d'amnésies lorsque les adolescents déclarent consommer des alcools forts.

Survenue d'effets indésirables de l'alcool		
Consommateurs occasionnels (n=163)		
Survenue d'ivresse	69 (42,3%)	p < 0,05 (=0,005)
<i>Consommation d'alcools forts (n = 114)</i>	<i>64 (56,1%)</i>	
<i>Pas de consommation d'alcools forts (n = 42)</i>	<i>5 (11,9%)</i>	
Survenue d'amnésie	46 (28,2%)	p < 0,05 (=0,0004)
<i>Consommation d'alcools forts (n = 114)</i>	<i>43 (37,7%)</i>	
<i>Pas de consommation d'alcools forts (n = 42)</i>	<i>3 (7,1%)</i>	

Tableau 6

b) *Existence ou absence d'échanges avec le médecin généraliste et comparaison avec les adolescents non consommateurs*

Nous allons nous intéresser aux 108 adolescents déclarant soit être fumeurs, soit avoir déjà consommé du cannabis soit boire de l'alcool régulièrement. Ils seront nommés les consommateurs.

Nous avons voulu savoir si les adolescents consommateurs et non consommateurs avaient le même type d'échanges avec leur médecin et si les différences observées sont significatives. **(figure 13 et tableau 7)**

Parmi les consommateurs, 5 soit 4,6% ont déjà abordé ces sujets avec leur médecin et 1 a obtenu des réponses satisfaisantes. Chez 18 soit 16,7% d'entre eux, le médecin a déjà parlé de ces sujets avec eux. Il n'y avait pas de différence significative entre les consommateurs et les non-consommateurs.

Ils étaient 45 soit 41,7% à craindre que le médecin révèle des informations à leurs parents ce qui était significativement plus élevé que chez les non-consommateurs (41,7% vs 21,7%, $p < 0,05$).

Ils étaient 58 soit 53,7% à considérer que ces sujets concernaient leur médecin et 39 soit 36,1% aimeraient que ce soit lui qui prenne l'initiative pour aborder de tels sujets. Il n'y avait pas de différence significative avec le groupe des non-consommateurs.

Ils étaient 50 soit 46,3% à estimer qu'il serait plus facile d'aborder ces sujets si le médecin n'était pas aussi le médecin de famille alors que les non-consommateurs n'étaient que 86 soit 27,4% à penser de la sorte. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Par ailleurs, parmi les 84 consommateurs dont les parents assistent à la consultation, ils étaient 32 soit 38,1% à désirer que le médecin les fasse sortir alors que sur les 251 non consommateurs dont les parents assistent à la consultation, ils étaient 39 soit 15,5% à désirer cela ($p < 0,05$, = 0,016). Quand les adolescents consomment du tabac, du cannabis ou de l'alcool, ils sont significativement plus nombreux à vouloir que les parents n'assistent pas à la consultation.

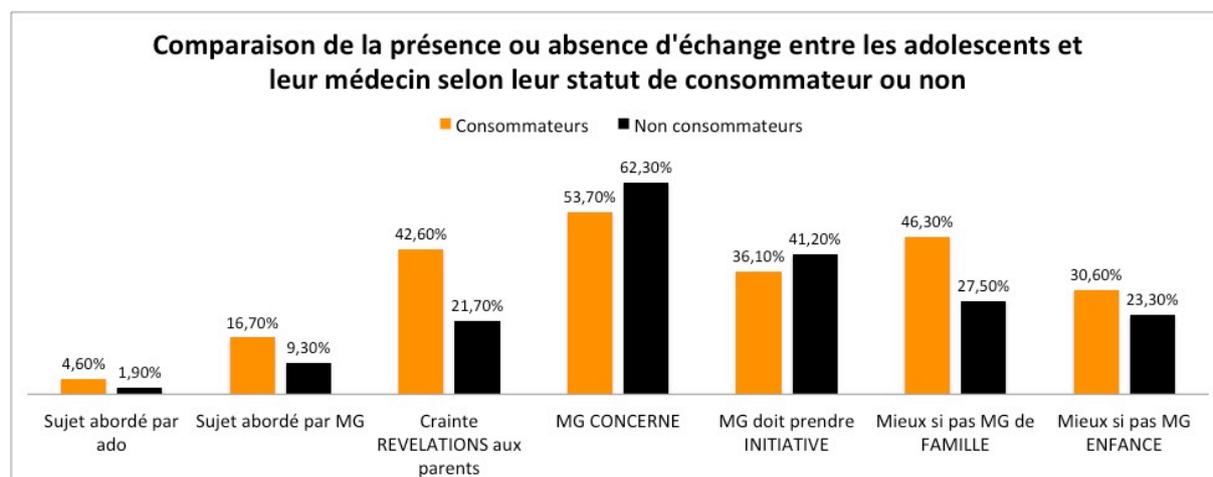


Figure 13

Comparaison de la présence ou absence d'échange entre l'adolescent et son médecin autour du tabac, cannabis ou alcool en fonction du statut de consommateur ou non		
Consommateurs (n = 108)	Non consommateurs (n = 313)	
<i>Ont déjà abordé d'eux-mêmes le sujet avec leur médecin</i>		
5 (4,6%)	6 (1,9%)	p = 0,24
<i>Sujet abordé par le médecin</i>		
18 (16,7%)	29 (9,3%)	p = 0,053
<i>Crainte que le médecin révèle des informations aux parents</i>		
46 (42,6%)	68 (21,7%)	p < 0,05 (0,03)
<i>Estiment que ces sujets concernent le médecin</i>		
58 (53,7%)	195 (62,3%)	p = 0,14
<i>Aimeraient que le médecin prenne l'initiative</i>		
39 (36,1%)	129 (41,2%)	p = 0,41
<i>Pensent que ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de famille</i>		
50 (46,3%)	86 (27,4%)	p < 0,05 (0,0005)
<i>Pensent que ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de leur enfance</i>		
33 (30,6%)	73 (23,3%)	p = 0,17

Tableau 7

c) *Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer ces sujets avec son médecin et comparaison avec les non consommateurs*

Nous avons voulu savoir si le fait d'être consommateur avait une conséquence sur le ressenti que les adolescents pouvaient avoir à l'idée d'évoquer les sujets de tabac, cannabis et alcool avec leur médecin.

La figure 14 représente les proportions de chaque ressenti selon que l'adolescent est consommateur ou non.

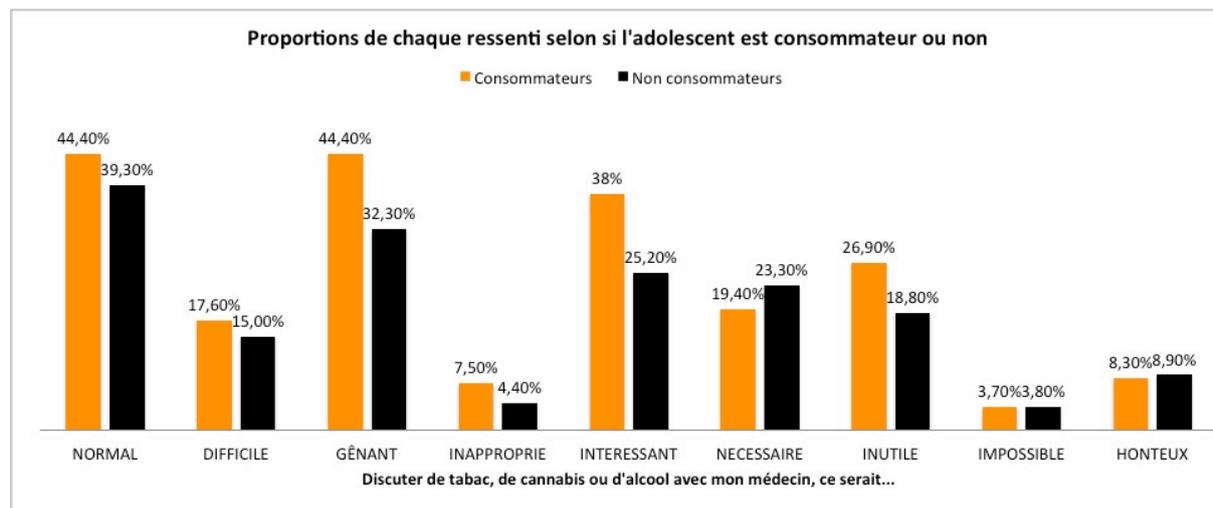


Figure 14

Nous avons voulu savoir si les différences observées étaient significatives ou non.

Le tableau 8 compare les proportions des deux populations pour chaque ressenti et établit ou non un lien entre le fait d'être consommateur ou non et chaque ressenti avec le test du Chi².

Chez les adolescents consommateurs, ils étaient 48 soit 44,4% à trouver qu'il était gênant de discuter de ces sujets avec leur médecin contre seulement 32,3% chez les non consommateurs. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

En revanche, ils étaient aussi statistiquement plus nombreux à trouver cela normal (38% vs 25,2%, $p < 0,05$).

Pour les autres ressentis, il n'existait pas de lien avec le fait d'être consommateur ou non.

Comparaison des ressentis face aux discussions autour du tabac, cannabis ou alcool en fonction du statut de consommateur ou non					
	Consommateurs (n = 108)		Non consommateurs (n = 313)		
Evoquer ces sujets avec votre médecin traitant ce serait :					
<i>Normal</i>	48	(44,4%)	123	(39,3%)	p = 0,41
<i>Difficile</i>	19	(17,6%)	47	(15,0%)	p = 0,63
<i>Gênant</i>	48	(44,4%)	101	(32,3%)	p < 0,05 (= 0,03)
<i>Inapproprié</i>	7	(6,5%)	14	(4,4%)	p = 0,57
<i>Intéressant</i>	41	(38%)	79	(25,2%)	p < 0,05 (= 0,016)
<i>Nécessaire</i>	21	(19,4%)	73	(23,9%)	p = 0,48
<i>Inutile</i>	29	(26,9%)	59	(18,8%)	p = 0,10
<i>Impossible</i>	4	(3,7%)	12	(3,8%)	p = 1
<i>Honteux</i>	9	(8,3%)	28	(8,9%)	p = 1

Tableau 8

d) Réactions attribuées au médecin et comparaison avec les non consommateurs.

De la même façon, nous avons voulu savoir si le fait d'être consommateur avait une influence sur les réactions que les adolescents attribuaient à leur médecin face à de tels sujets.

La Figure 15 représente les proportions pour chaque réaction selon que les adolescents sont consommateurs ou non.

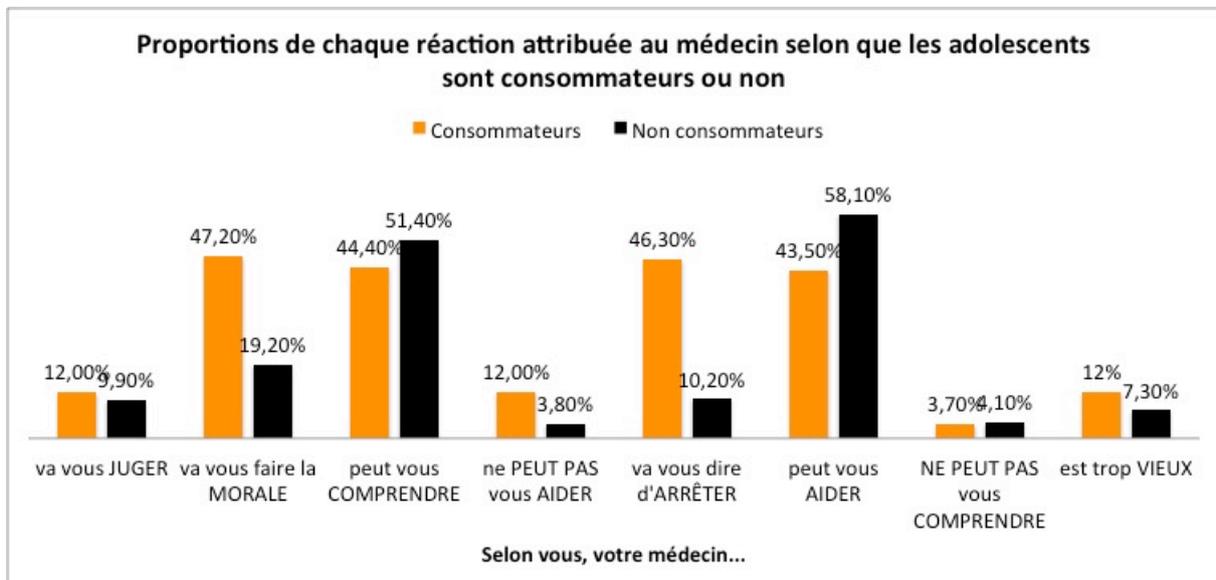


Figure 15

Nous avons alors cherché à savoir si les différences observées sur ce graphique étaient statistiquement significatives. Pour cela, nous avons cherché un lien entre le fait d'être consommateur ou non et chaque réaction attribuée au médecin grâce au test du Chi².

Le tableau 9 présente les résultats.

Presque la moitié des adolescents consommateurs (51 soit 47,2%) imaginaient que leur médecin allait leur faire la morale contre seulement 60 soit 19,2% chez les non consommateurs ($p < 0,05$). Ils étaient 50 soit 46,3% à penser que leur médecin allait leur dire d'arrêter.

Les adolescents consommateurs étaient significativement moins nombreux à penser que le médecin pouvait soit les comprendre (44,4% vs 51,4%, $p < 0,05$), soit les aider (43,5% vs 58,1%, $p < 0,05$). Et inversement, ils étaient significativement plus nombreux à estimer que leur médecin ne pouvait pas les aider (12,0% vs 3,8%, $p < 0,05$).

Pour les autres réactions, nous n'avons pas pu établir de lien avec le fait d'être consommateur ou non.

Comparaison des réactions attribuées au médecin par les adolescents en fonction de leur statut de consommateur ou non			
	Consommateurs (n = 108) : C+	Non consommateurs (n = 313) : C-	Comparaison C+ et C-
<i>Selon vous, votre médecin...</i>	<i>% des C+</i>	<i>% des C-</i>	
<i>Va vous Juger</i>	13 (12%)	32 (9,9%)	p = 0,73
<i>Vous faire la morale</i>	51 (47,2%)	60 (19,2%)	p < 0,05 (0,0008)
<i>Peut vous comprendre</i>	48 (44,4%)	161 (51,4%)	p = 0,25
<i>Ne peut pas vous aider</i>	13 (12,0%)	12 (3,8%)	p < 0,05 (0,004)
<i>Va vous dire d'arrêter</i>	50 (46,3%)	32 (10,2%)	p < 0,05 (10⁻⁷)
<i>Peut vous aider</i>	47 (43,5%)	182 (58,1%)	p < 0,05 (0,01)
<i>Ne peut pas vous comprendre</i>	4 (3,7%)	13 (4,1%)	p = 1
<i>Est trop vieux</i>	13 (12,0%)	23 (7,30%)	p = 0,19

Tableau 9

E. Les adolescents, la sexualité et leur médecin généraliste.

1. Epidémiologie des comportements liés à la sexualité de notre population

a) Existence d'une sexualité

Parmi nos 421 adolescents, ils sont 87 à avoir déjà eu des relations sexuelles soit 20,7%, 41 filles (16,9% des filles) et 46 garçons (26,1% des garçons) et sont âgés de 14 à 18 ans. La proportion de garçons à avoir déjà eu des relations sexuelles était significativement supérieure à celle des filles (p = 0,03).

La moyenne d'âge des adolescents sexuellement actifs est de 16,3 ans alors qu'elle est de 15,0 ans pour les adolescents qui n'ont jamais eu de relations sexuelles. D'après le test de Student, ces moyennes sont significativement différentes avec p < 0,05 (= 0,00005).

b) Connaissance des IST

Il s'agissait de la seule question ouverte du questionnaire. Son analyse en est donc plus compliquée.

La figure 16 représente le nombre de fois que chaque IST a été citée.

Au total, ils étaient 72 soit 17,1% à n'en connaître aucune, 338 soit 80,3% citaient soit le SIDA, soit le VIH soit les deux. Parmi les 349 qui pensaient connaître des infections sexuellement transmissibles, ils étaient 26 soit 7,4% à répondre « IST » ou « MST » ou les deux. Ils étaient 21 soit 5,0% à citer la syphilis, 18 soit 4,3% à citer la chlamydie, 4 soit 1,0% pour l'HPV, 26 soit 6,2% citaient les hépatites (toutes confondues), 18 soit 4,3%

citaient l'Herpès, 17 soit 4,0% la mycose. Ont aussi été cités dans des proportions négligeables : la « chaude-pisse » par un adolescent, la vérole, la mononucléose, la gale, Ebola, Zika, les morpions, le cancer, le rhume.

La moyenne d'âge des adolescents ne connaissant aucune IST et celle de ceux en citant au moins une était respectivement de 14,8 ans et 15,3 ans sans différence significative d'après le test de Student avec $p = 0,10$.

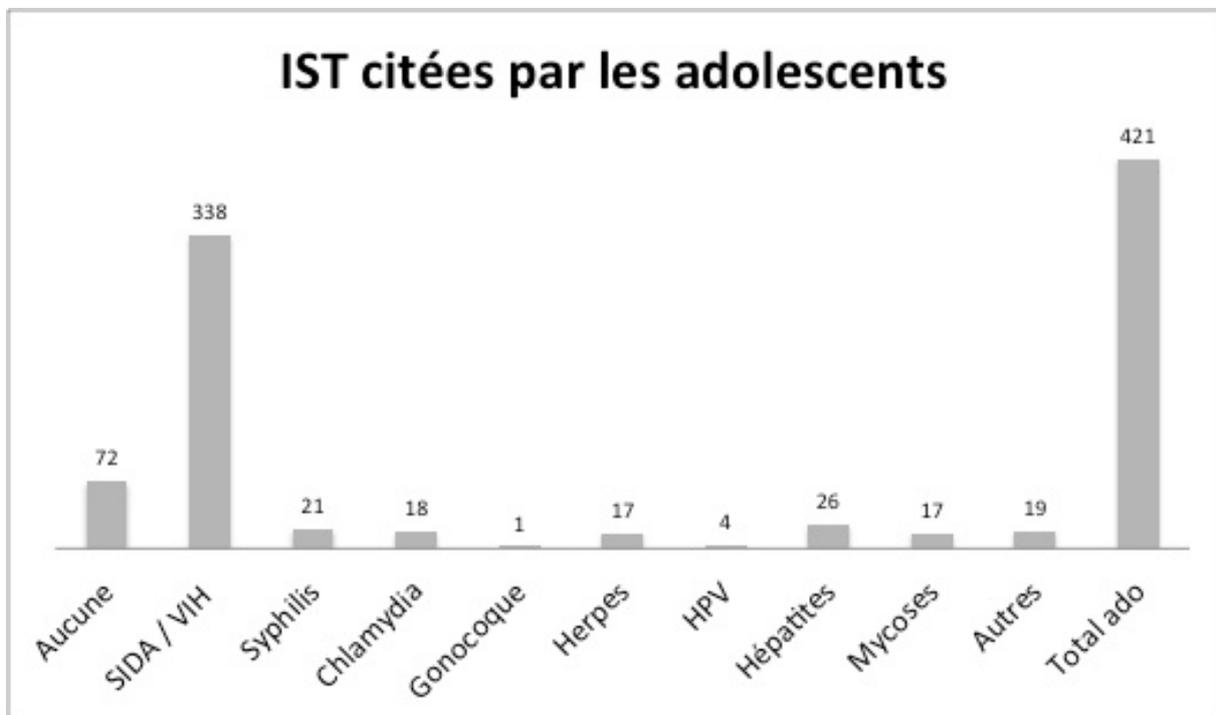


Figure 16

c) Utilisation du préservatif

Parmi les 87 adolescents sexuellement actifs, 42 soit 48,3% déclaraient utiliser le préservatif de façon systématique : 14 sur les 41 filles soit 34,1% et 28 garçons sur les 46 soit 60,9%. La proportion de garçons utilisant le préservatif systématiquement était significativement plus élevée que celle des filles ($p = 0,023$).

d) Place de la pilule contraceptive

Sur les 242 filles, elles étaient 25 soit 10,3% à déclarer prendre la pilule. Parmi les 41 filles ayant déjà eu des relations sexuelles, elles étaient 20 soit 48,8% à prendre la pilule.

Parmi les 21 filles ayant des relations sexuelles et ne prenant pas la pilule, elles étaient 12 soit 57,1% à ne pas utiliser de préservatif.

e) Utilisation de la contraception d'urgence

Sur les 41 filles ayant déjà eu des relations sexuelles, 12 soit 24,4% avaient déjà eu recours à la contraception d'urgence. Parmi elles, aucune n'utilisait le préservatif à titre systématique et 9 soit 75% prenait la pilule (au moment du questionnaire).

f) Réalisation d'une Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Une IVG a déjà été réalisée chez 5 filles soit 2,1% d'entre elles mais 12,2% des filles ayant déjà eu des relations sexuelles. Aucune d'entre elles n'avaient recours au préservatif de façon systématique.

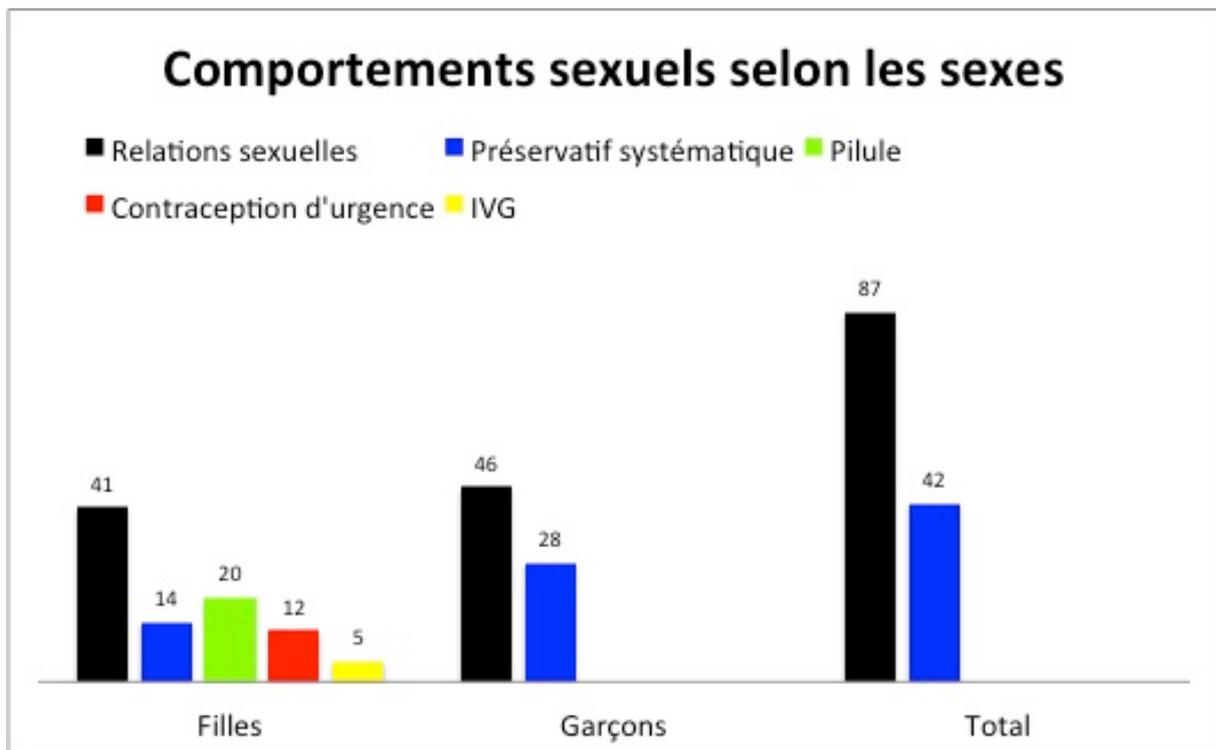


Figure 17

2. Les adolescents face à leur médecin en matière de sexualité

a) Existence ou absence d'échange entre l'adolescent et son médecin

Parmi les 421 adolescents, seuls 28 soit 6,6% avaient déjà abordé d'eux-mêmes le sujet de la sexualité avec leur médecin sans différence entre les deux sexes (18 filles soit 7,4% des filles et 10 garçons soit 5,7% des garçons, $p = 0,61$).

Parmi les 393 adolescents qui n'avaient jamais abordé ce sujet d'eux-mêmes avec leur médecin, le médecin avait pris l'initiative de la discussion chez 59 d'entre eux soit 15,0% : 46

filles soit 20,5% d'entre elles et 13 garçons soit 7,8% d'entre eux. Cette différence était statistiquement significative ($p = 0,0009$).

b) Volonté de l'adolescent de prise d'initiative par le médecin

Le tableau 10 rapporte les résultats de la volonté de prise d'initiative par le médecin en fonction de différents paramètres.

Ils étaient 146 adolescents soit 34,7% à préférer que ce soit le médecin qui prenne l'initiative pour aborder les sujets de sexualité sans différence selon le sexe (92 soit 38% des filles et 54 soit 30,8% des garçons, $p = 0,15$).

Parmi les 87 adolescents qui avaient déjà discuté de sexualité avec leur médecin, que ce soit de leur propre initiative (28 adolescents) ou de celle du médecin (59 adolescents), ils étaient 40 soit 46,0% à préférer que le médecin prenne l'initiative. Alors que dans le groupe des 334 adolescents n'ayant jamais abordé ces sujets avec leur médecin, ils étaient 106 soit 31,7% à désirer que le médecin prenne l'initiative. La différence entre ces deux groupes était statistiquement significative ($p = 0,018$).

Les 109 adolescents de 15 ans ou moins avaient significativement moins envie (23 soit 21,1%) que leur médecin leur parle de sexualité par rapport à leurs aînés (71 sur 160 soit 44,4%) avec $p = 0,0001$.

FACTEURS ASSOCIES A UNE PREFERENCE D'UNE PRISE D'INITIATIVE DU MEDECIN		
Préférence pour une prise d'initiative du médecin (n = 146)		
En fonction du sexe		
Filles (n = 242)	92 (38%)	$p = 0,15$
Garçons (n = 176)	54 (30,7%)	
En fonction de l'âge		
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	23 (21,1%)	$p < 0,05 (0,0001)$
Ado > 15 ans (n = 160)	71 (44,4%)	
Si sexualité déjà abordée ou non		
Oui (n = 87)	40 (46,0%)	$p < 0,05 (0,018)$
Non (n = 334)	106 (31,7%)	
En fonction de l'activité sexuelle		
Oui (n = 87)	34 (39,1%)	$p 0,40$
Non (n = 334)	112 (33,5%)	

Tableau 10

c) *Ressenti de l'adolescent à l'idée d'évoquer la sexualité avec son médecin*

La figure 18 représente la répartition des différents ressentis exprimés par les adolescents à l'idée d'évoquer la sexualité avec leur médecin.

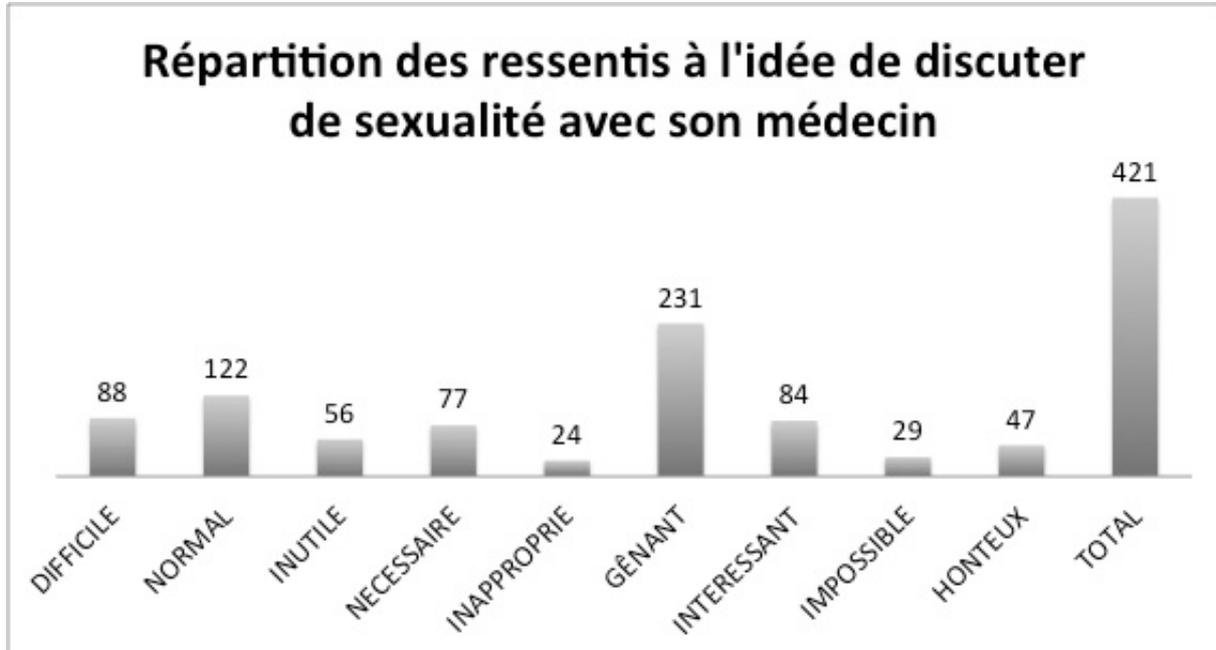


Figure 18

Le tableau 11 résume les proportions de chaque ressenti à l'idée de discuter de sexualité avec le médecin parmi les adolescents et étudie l'existence d'un lien avec le sexe, l'âge ou l'activité sexuelle.

Le ressenti le plus largement partagé par les adolescents est la gêne. En effet ils sont 231 soit 54,9% à trouver gênant de discuter de sexualité avec leur médecin. Les filles sont significativement plus gênées que les garçons (61,6% des filles contre 46,6% des garçons, $p = 0,003$). Aucun âge charnière à partir duquel il deviendrait moins gênant de discuter de ces sujets n'a pu être déterminé.

Ensuite, près d'un adolescent sur trois (122 soit 29%) estimait qu'il était normal d'évoquer ces sujets avec son médecin, ceci était particulièrement vrai chez les adolescents plus âgés (34,4% pour les 16 ans et plus contre 21,1% chez les 15 ans ou moins, $p = 0,027$). On n'observait pas de différence entre les filles et les garçons.

Sur les 421 adolescents, 88 soit 20,9% considéraient comme difficile de parler de sexualité avec leur médecin. Les plus jeunes trouvaient cela plus difficile que leurs aînés (31,2% contre 19,4%, $p = 0,038$).

Ils étaient 84 soit 20% à estimer que ce serait intéressant. Les plus âgés éprouvaient un intérêt plus prononcé pour ce sujet que leurs cadets (23,8% contre 11,8%, $p = 0,023$).

Soixante-dix-sept soit 18,3% trouvaient qu'il était nécessaire d'aborder ce sujet avec leur médecin. On n'observait aucune différence significative selon l'âge, le sexe ou l'existence d'une activité sexuelle.

Au contraire 56 adolescents soit 13,3% considéraient que de discuter de sexualité avec leur médecin était inutile et particulièrement les garçons (17,6% contre 10,3% pour les filles, $p = 0,04$).

Quarante-sept soit 11,2% pensaient que cela était honteux tandis que 29 soit 6,9% estimaient cela impossible.

Enfin, ils étaient 24 soit 5,7% à trouver cela inapproprié et en particulier les plus jeunes (10,1% contre 1,3%, $p = 0,0024$).

Le fait d'avoir déjà eu ou non des relations sexuelles ne semblait pas impacter les différents ressentis des adolescents : on n'observait aucune différence significative entre ces deux groupes.

Discuter de sexualité avec mon médecin, ce serait...					
DIFFICILE (n = 88, 20,9%)					
Filles (n = 242)	52 (21,5%)	$p = 0,89$	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	24 (27,6%)	$p = 0,12$
Garçons (n = 176)	36 (20,5%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	64 (19,2%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	34 (31,2%)	$p < 0,05$ (0,038)			
Ado > 15 ans (n = 160)	31 (19,4%)				
NORMAL (n = 122, 29,0%)					
Filles (n = 242)	70 (28,9%)	$p = 0,98$	RS + (n = 87)	23 (26,4%)	$p = 1$
Garçons (n = 176)	52 (29,5%)		RS - (n = 334)	89 (26,6%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	23 (21,1%)	$p < 0,05$ (0,027)			
Ado > 15 ans (n = 160)	55 (34,4%)				
INUTILE (n = 56, 13,3%)					
Filles (n = 242)	25 (10,3%)	$p < 0,05$ (0,04)	RS + (n = 87)	12 (13,8%)	$p = 1$
Garçons (n = 176)	31 (17,6%)		RS - (n = 334)	44 (13,2%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	17 (15,6%)	$p = 0,81$			
Ado > 15 ans (n = 160)	22 (13,8%)				
NECESSAIRE (n = 77, 18,3%)					
Filles (n = 242)	52 (21,5%)	$p = 0,078$	RS + (n = 87)	20 (23,0%)	$p = 0,26$
Garçons (n = 176)	25 (14,2%)		RS - (n = 334)	57 (17,1%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	19 (17,4%)	$p = 0,54$			
Ado > 15 ans (n = 160)	34 (21,3%)				

INAPPROPRIÉ (n = 24, 5,7%)					
Filles (n = 242)	13 (5,4%)	p = 0,87	RS + (n = 87)	8 (9,2%)	p = 0,19
Garçons (n = 176)	11 (6,3%)		RS - (n = 334)	16 (4,8%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	11 (10,1%)	p < 0,05 (0,0024)			
Ado > 15 ans (n = 160)	2 (1,3%)				
GÊNANT (n = 231, 54,9%)					
Filles (n = 242)	149 (61,6%)	p < 0,05 (0,003)	RS + (n = 87)	46 (52,9%)	p = 0,76
Garçons (n = 176)	82 (46,6%)		RS - (n = 334)	185 (55,4%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	63 (57,8%)	p = 0,90			
Ado > 15 ans (n = 160)	90 (56,3%)				
INTERESSANT (n = 84, 20,0%)					
Filles (n = 242)	47 (19,4%)	p = 0,78	RS + (n = 87)	23 (26,4%)	p = 0,12
Garçons (n = 176)	37 (21,0%)		RS - (n = 334)	61 (18,3%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	13 (11,9%)	p < 0,05 (0,023)			
Ado > 15 ans (n = 160)	38 (23,8%)				
IMPOSSIBLE (n = 29, 6,9%)					
Filles (n = 242)	20 (8,3%)	p = 0,29	RS + (n = 87)	9 (10,3%)	p = 0,23
Garçons (n = 176)	9 (5,1%)		RS - (n = 334)	20 (6,0%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	12 (11,0%)	p = 0,17			
Ado > 15 ans (n = 160)	9 (5,6%)				
HONTEUX (n = 47, 11,2%)					
Filles (n = 242)	31 (12,8%)	p = 0,30	RS + (n = 87)	8 (9,2%)	p = 0,64
Garçons (n = 176)	16 (9,1%)		RS - (n = 334)	39 (11,7%)	
Ado ≤ 15 ans (n = 109)	16 (14,7%)	p = 0,091			
Ado > 15 ans (n = 160)	12 (7,5%)				
¹ RS+ = ayant déjà eu des relations sexuelles ² RS - : n'ayant jamais eu de relation sexuelle					

Tableau 11

Nous avons essayé de déceler s'il existait des obstacles liés au médecin pour aborder ce sujet de la sexualité. Le tableau 12 résume ces résultats.

Chez les 352 adolescents dont le médecin est aussi le médecin de famille, ils sont 112 soit 31,8% à penser que ce serait plus facile s'il ne l'était pas.

Parmi eux, ils étaient significativement plus nombreux à exprimer de la gêne (64,3% contre 49,2% de ceux qui ne pensaient pas que ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de famille, p = 0,011). De même concernant la honte (16,1% contre 7,5%, p = 0,022). On n'observait pas de différence significative entre les sexes ou entre les plus jeunes et les plus âgés.

De même, chez les 220 adolescents dont le médecin est le même depuis leur enfance, ils sont 61 soit 27,7% à estimer que ce serait plus facile de discuter de sexualité avec leur médecin si ce n'était pas le cas.

Parmi eux, ils étaient significativement plus nombreux à ressentir de la gêne (68,9% contre 26,8% de ceux qui ne pensaient pas que ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de leur enfance, $p = 0,013$), de la honte (19,7% contre 4,1%, $p = 0,019$) ou de la difficulté (34,4% contre 17,5%, $p = 0,009$).

OBSTACLES POUR ABORDER LA SEXUALITE AVEC SON MEDECIN					
Le médecin est le médecin de famille (n = 352)					
et ce serait plus facile s'il ne l'était pas : 112 (31,8%)					
Filles (n = 212)	73 (34,4%)	$p = 0,29$	≤ 15 ans (n = 93)	26 (28,0%)	$p = 0,60$
Garçons (n = 137)	39 (28,5%)		> 15 ans (n = 134)	43 (32,1%)	
Et l'ado exprime de la gêne : 190 (54,0%)			Et l'ado exprime de la honte : 36 (6,8%)		
Mieux si pas med parents (n = 112)	72 (64,3%)	$p < 0,05$ (0,011)	Mieux si pas med parents (n = 112)	18 (16,1%)	$p < 0,05$ (0,022)
Pas mieux (n = 240)	118 (49,2%)		Pas mieux (n = 240)	18 (7,5%)	
Et l'ado trouve ça inapproprié : 21 (6,0%)			Et l'ado exprime de la difficulté : 72 (20,5%)		
Mieux si pas med parents (n = 112)	8 (7,1%)	$p = 0,69$	Mieux si pas med parents (n = 112)	29 (26,0%)	$p = 0,11$
Pas mieux (n = 240)	13 (5,4%)		Pas mieux (n = 240)	43 (17,9%)	
Le médecin est le même depuis l'enfance (n = 220)					
Et ce serait plus facile si ce n'était pas le cas : 61 (27,7%)					
Filles (n = 129)	40 (31,0%)	$p = 0,51$	≤ 15 ans (n = 54)	11 (20,4%)	$p = 0,27$
Garçons (n = 90)	21 (23,3%)		> 15 ans (n = 86)	23 (26,7%)	
Et l'ado exprime de la gêne : 120 (54,5%)			Et l'ado exprime de la honte : 24 (10,9%)		
Mieux si pas med enfance (n = 61)	42 (68,9%)	$p < 0,05$ (0,013)	Mieux si pas med enfance (n = 61)	12 (19,7%)	$p < 0,05$ (0,019)
Pas mieux (n = 291)	78 (26,8%)		Pas mieux (n = 291)	12 (4,1%)	
Et l'ado trouve ça inapproprié : 21 (6,0%)			Et l'ado exprime de la difficulté : 72 (20,5%)		
Mieux si pas med enfance (n = 61)	5 (8,2%)	$p = 0,95$	Mieux si pas med enfance (n = 61)	21 (34,4%)	$p < 0,05$ (0,009)
Pas mieux (n = 291)	16 (5,5%)		Pas mieux (n = 291)	51 (17,5%)	

Tableau 12

d) Réactions attribuées au médecin face à la sexualité

Nous allons décrire les réponses données par les adolescents. **La figure 19** représente la répartition des réactions attribuées au médecin.

On remarque que deux réponses prédominent : le fait que le médecin puisse comprendre et celui qu'il puisse aider, respectivement 44,2% et 48,5% des adolescents. Au total, c'est 282 adolescents soit 67,0% qui pensent que le médecin peut soit les comprendre, soit les aider, soit les deux.

Les autres réponses récoltent des taux beaucoup plus faibles.

Ils sont respectivement 11,4% et 14,0% à penser que leur médecin va les juger ou leur faire la morale et au total ils sont 20,7% à craindre l'un ou l'autre ou les deux.

Ils sont 7,8% à considérer que leur médecin est trop vieux pour aborder ce sujet et 6,2% à estimer qu'il ne peut pas les comprendre.

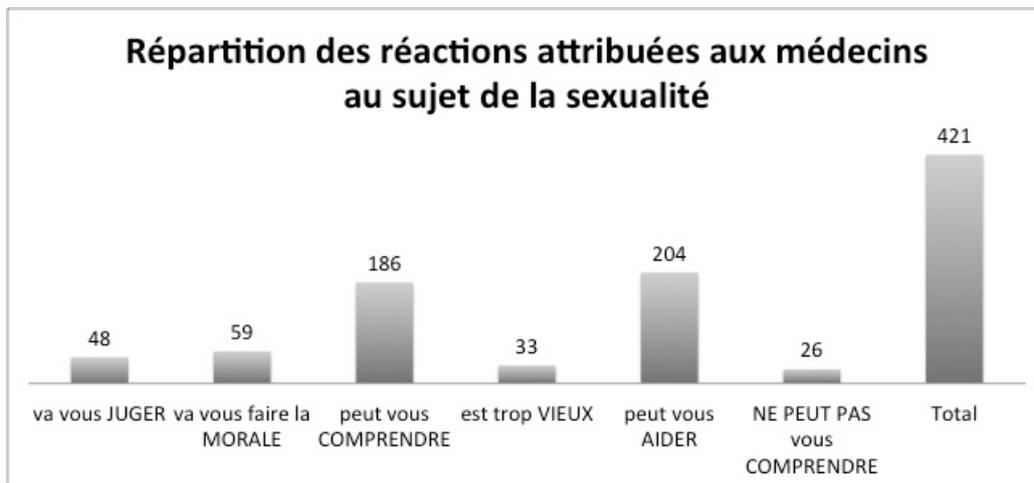


Figure 19

Nous avons cherché à savoir si on pouvait établir un lien entre la nature des réactions attribuées au médecin et différents paramètres : le sexe, l'âge, le fait que le médecin soit le même depuis l'enfance et le fait d'avoir déjà eu ou non des relations sexuelles.

Le tableau 13 récapitule les résultats obtenus.

Pour chaque ressenti, nous n'avons pu établir aucune différence significative que ce soit sur le sexe, l'existence d'une activité sexuelle ou sur le fait que le médecin soit le même depuis l'enfance. Cependant, il semble que les plus jeunes craignent plus d'être jugés par leur médecin que leurs aînés concernant la sexualité (17,4% contre 8,8%, $p = 0,052$) et que les adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles soient plus enclins à penser que leur médecin peut les comprendre (54% contre 41,6%, $p = 0,051$).

A propose de la sexualité, je pense que mon médecin...					
VA ME JUGER (n = 48, 11,4%)					
Filles (n = 242)	33 (13,6%)	p = 0,14	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	13 (14,9%)	p = 0,33
Garçons (n = 176)	15 (8,5%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	35 (10,5%)	
≤ 15 ans (n = 109)	19 (17,4%)	p = 0,052	MG enfance + (n = 201)	20 (9,1%)	p = 0,13
> 15 ans (n = 160)	14 (8,8%)		MG enfance - (n = 220)	28 (13,9%)	
VA ME FAIRE LA MORALE (n = 59, 14,0%)					
Filles (n = 242)	34 (14,0%)	p = 1	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	15 (17,2%)	p = 0,42
Garçons (n = 176)	25 (14,2%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	44 (13,2%)	
≤ 15 ans (n = 109)	14 (12,8%)	p = 1	MG enfance + (n = 201)	27 (12,3%)	p = 0,35
> 15 ans (n = 160)	20 (12,5%)		MG enfance - (n = 220)	52 (15,9%)	
PEUT ME COMPRENDRE (n = 186, 44,2%)					
Filles (n = 242)	111 (45,9%)	p = 0,57	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	47 (54,0%)	p = 0,051
Garçons (n = 176)	75 (42,6%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	139 (41,6%)	
≤ 15 ans (n = 109)	42 (38,5%)	p = 0,10	MG enfance + (n = 201)	91 (41,4%)	p = 0,26
> 15 ans (n = 160)	79 (49,5%)		MG enfance - (n = 220)	95 (47,3%)	
EST TROP VIEUX (n = 33, 7,8%)					
Filles (n = 242)	22 (9,1%)	p = 0,38	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	8 (9,2%)	p = 0,76
Garçons (n = 176)	11 (6,2%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	25 (7,5%)	
≤ 15 ans (n = 109)	10 (9,2%)	p = 0,65	MG enfance + (n = 201)	20 (9,1%)	p = 0,41
> 15 ans (n = 160)	11 (6,9%)		MG enfance - (n = 220)	13 (6,5%)	
PEUT M'AIDER (n = 204, 48,5%)					
Filles (n = 242)	125 (51,7%)	p = 0,21	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	43 (27,6%)	p = 0,93
Garçons (n = 176)	79 (44,9%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	161 (48,2%)	
≤ 15 ans (n = 109)	49 (45,0%)	p = 0,43	MG enfance + (n = 201)	104 (47,3%)	p = 0,68
> 15 ans (n = 160)	81 (50,6%)		MG enfance - (n = 220)	100 (49,8%)	
NE PEUT PAS ME COMPRENDRE (n = 26, 6,2%)					
Filles (n = 242)	15 (6,2%)	p = 1	RS + ⁽¹⁾ (n = 87)	8 (9,2%)	p = 0,29
Garçons (n = 176)	11 (6,2%)		RS - ⁽²⁾ (n = 334)	18 (5,4%)	
≤ 15 ans (n = 109)	6 (5,5%)	p = 1	MG enfance + (n = 201)	12 (5,5%)	p = 0,66
> 15 ans (n = 160)	10 (6,2%)		MG enfance - (n = 220)	14 (7,0%)	
¹ RS+ = ayant déjà eu des relations sexuelles ² RS - : n'ayant jamais eu de relation sexuelle					

Tableau 13

e) *Les adolescentes, la contraception, l'IVG et leur médecin généraliste.*

Prise de contraception d'urgence et consultation du médecin généraliste

Sur les 12 filles ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence, seule une d'entre elles soit 8,3% avait consulté son médecin généraliste à cette occasion.

Réalisation d'une IVG et consultation du médecin généraliste

Parmi les 5 adolescentes ayant déjà réalisé une IVG, 3 soit 60,0% avaient consulté leur médecin généraliste à cette occasion.

Réactions attribuées au médecin face à ces situations

Nous avons étudié les réactions que les adolescentes attribuaient à leur médecin concernant les sujets de contraception et d'IVG.

La figure 20 en récapitule la répartition.

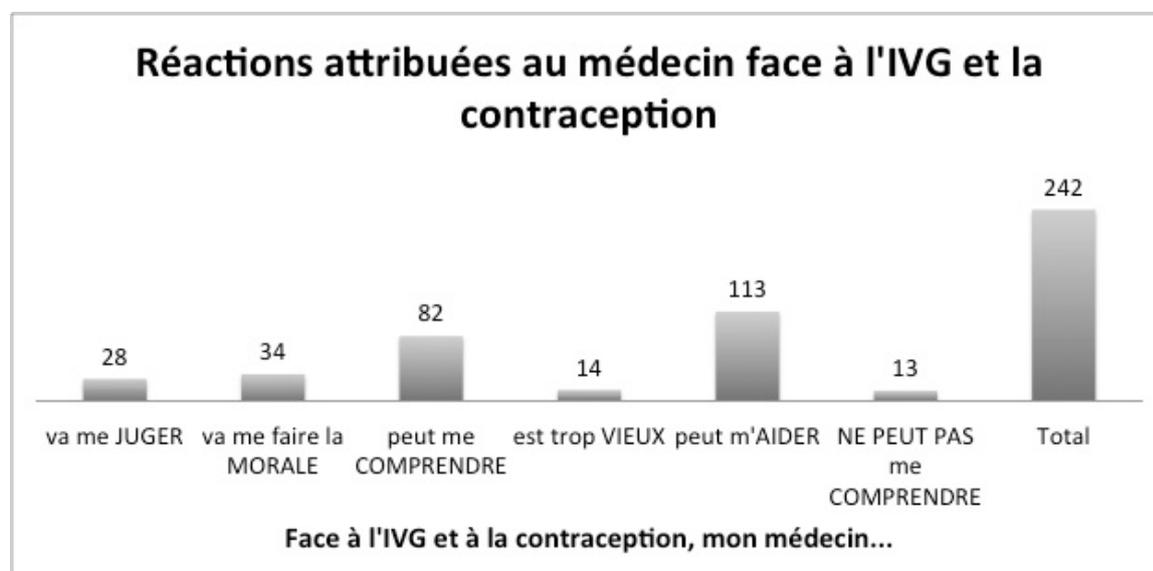


Figure 20

Deux réactions sont nettement prédominantes : 113 adolescentes soit 46,7% pensent que leur médecin peut les comprendre et 82 soit 33,9% estiment qu'il peut les aider. Au total, 163 adolescentes soit 67,4% considèrent que leur médecin peut soit les comprendre, soit les aider, soit les deux.

Les autres types de réactions ont des proportions beaucoup plus faibles : 14% craignent que leur médecin leur fasse la morale, 11,6% qu'il les juge, 5,8% le considèrent comme trop vieux et 5,4% estiment qu'il ne peut pas les comprendre.

Devant ces réactions, nous avons voulu savoir si certains paramètres étaient plus particulièrement liés à certaines réactions : nous avons étudié l'âge, le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles (RS), d'avoir déjà eu recours à une contraception d'urgence (CU) ou à une IVG, de prendre la pilule contraceptive ou d'avoir un médecin du sexe opposé. Les résultats obtenus sont exposés dans le **tableau 14**.

Il semble que le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ou déjà eu recours à l'IVG ou à la contraception d'urgence influence significativement les réactions négatives que les adolescentes attribuent à leur médecin. En effet, concernant le fait d'avoir eu recours à l'IVG, cela augmente significativement l'idée des adolescentes que leur médecin va les juger (60,0% contre 10,5% pour celles qui n'ont jamais réalisé d'IVG, $p = 0,007$), leur faire la morale (60,0%, contre 13,1% avec $p = 0,019$), qu'il est trop vieux (40,0% contre 5,1%, $p = 0,019$) et qu'il ne peut pas les comprendre (80,0% contre 3,8%, $p = 0,0002$). Concernant le fait d'avoir eu recours à la contraception d'urgence, cela augmente significativement l'idée des adolescentes que leur médecin va leur faire la morale (41,7% contre 12,6% pour celles qui n'ont jamais eu recours à la contraception d'urgence, $p = 0,016$), qu'il est trop vieux (25% contre 4,8%, $p = 0,022$) et qu'il ne peut pas les comprendre (41,7% contre 3,5%, $p = 0,0038$). Enfin, concernant le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles, cela augmente significativement l'idée que le médecin est trop vieux (14,6% contre 4,0%, $p = 0,022$) et qu'il ne peut pas les comprendre (17,1% contre 3,0%, $p = 0,0011$).

Concernant les réactions positives attribuées au médecin, il apparaît que le fait que le médecin soit du même sexe augmente significativement le sentiment que le médecin peut les aider (58,8% contre 39,4%, $p = 0,006$). Les autres résultats ne sont pas statistiquement significatifs mais il semble se dégager quelques tendances : moins de réactions négatives attribuées au médecin du même sexe, moins de réactions positives attribuées au médecin par les adolescentes ayant déjà eu des relations sexuelles ou ayant déjà eu recours à la contraception d'urgence ou à l'IVG.

A propos de la contraception et de l'IVG, je pense que mon médecin...					
VA ME JUGER (n = 28, 11,6%)					
RS+ (n = 41)	8 (19,5%)	$p = 0,14$	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	3 (60,0%)	$p < 0,05$ (0,007)
RS- (n = 201)	20 (10,0%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	25 (10,5%)	
≤ 15 ans (n = 67)	10 (14,9%)	$p = 0,43$	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	6 (24,0%)	$p = 0,085$
> 15 ans (n = 103)	10 (9,7%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	22 (10,1%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	3 (25,0%)	$p = 0,30$	Médecin F (n = 85)	5 (5,9%)	$p = 0,063$
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	25 (10,9%)		Médecin H (n = 185)	23 (14,8%)	

VA ME FAIRE LA MORALE (n = 34, 14,0%)					
RS+ (n = 41)	9 (22,0%)	p = 0,18	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	3 (60,0%)	p < 0,05 (0,019)
RS- (n = 201)	25 (12,4%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	31 (13,1%)	
≤ 15 ans (n = 67)	11 (16,4%)	p = 0,77	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	6 (24,0%)	p = 0,23
> 15 ans (n = 103)	14 (13,6%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	28 (12,9%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	5 (41,7%)	p < 0,05 (0,016)	Médecin F (n = 85)	8 (9,4%)	p = 0,21
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	29 (12,6%)		Médecin H (n = 185)	25 (16,1%)	
PEUT ME COMPRENDRE (n = 82, 33,9%)					
RS+ (n = 41)	14 (34,1%)	p = 1	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	1 (20,0%)	p = 0,85
RS- (n = 201)	68 (33,8%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	81 (34,2%)	
≤ 15 ans (n = 67)	84 (35,8%)	p = 0,94	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	12 (48,0%)	p = 0,18
> 15 ans (n = 103)	35 (34%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	70 (32,3%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	3 (25,0%)	p = 0,72	Médecin F (n = 85)	35 (41,2%)	p = 0,098
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	79 (34,3%)		Médecin H (n = 185)	46 (29,7%)	
EST TROP VIEUX (n = 14, 5,8%)					
RS+ (n = 41)	6 (14,6%)	p < 0,05 (0,022)	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	2 (40,0%)	p < 0,05 (0,019)
RS- (n = 201)	8 (4,0%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	12 (5,1%)	
≤ 15 ans (n = 67)	6 (9,0%)	p = 0,46	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	4 (16,0%)	p = 0,063
> 15 ans (n = 103)	5 (6,5%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	10 (4,6%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	3 (25,0%)	p < 0,05 (0,022)	Médecin F (n = 85)	2 (2,4%)	p = 0,16
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	11 (4,8%)		Médecin H (n = 185)	12 (7,7%)	
PEUT M' AIDER (n = 113, 46,7%)					
RS+ (n = 41)	17 (41,5%)	p = 0,57	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	1 (20,0%)	p = 0,45
RS- (n = 201)	96 (47,8%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	112 (46,7%)	
≤ 15 ans (n = 67)	25 (37,3%)	p = 0,10	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	12 (48,0%)	p = 1
> 15 ans (n = 103)	53 (51,5%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	101 (46,5%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	3 (25,0%)	p = 0,21	Médecin F (n = 85)	50 (58,8%)	p < 0,05 (0,006)
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	110 (47,8%)		Médecin H (n = 185)	61 (39,4%)	
NE PEUT PAS ME COMPRENDRE (n = 13, 5,4%)					
RS+ (n = 41)	7 (17,1%)	p < 0,05 (0,001)	IVG+ ⁽¹⁾ (n = 5)	4 (80,0%)	p < 0,05 (0,0002)
RS- (n = 201)	6 (3,0%)		IVG- ⁽²⁾ (n = 237)	9 (3,8%)	
≤ 15 ans (n = 67)	2 (3,0%)	p = 0,84	Pilule+ ⁽³⁾ (n = 25)	3 (12,0%)	p = 0,28
> 15 ans (n = 103)	5 (4,9%)		Pilule- ⁽⁴⁾ (n = 217)	10 (4,6%)	
CU+ ⁽⁵⁾ (n = 12)	5 (41,7%)	p < 0,05 (0,004)	Médecin F (n = 85)	4 (4,7%)	p = 0,95
CU- ⁽⁶⁾ (n = 230)	8 (3,5%)		Médecin H (n = 185)	9 (5,8%)	
(1) Recours à l'IVG		(2) Ou non		(5) Recours à la contraception d'urgence	
(3) Prend la pilule contraceptive		(4) Ou non		(6) Ou non	

Tableau 14

La place du médecin généraliste et du gynécologue

Les résultats sont représentés dans le **tableau 15**.

Parmi les 242 filles, 143 soit 59,1% estiment que le médecin est un bon interlocuteur pour ces sujets. Parmi elles, elles sont significativement moins nombreuses à le penser lorsqu'elles ont déjà eu recours à la contraception d'urgence (16,7% contre 61,3%, $p = 0,0057$) ou à l'IVG (0% contre 60,3%, $p = 0,024$).

Parmi ces 143 filles, 90 soit 62,9% considèrent cependant que le gynécologue est un meilleur interlocuteur.

Au total, elles sont 126 soit 52,1% à penser que le gynécologue est plus adapté pour aborder ces sujets et elles sont d'autant plus convaincues qu'elles ont déjà consulté un gynécologue (77,1% contre 47,8% des filles n'en ayant jamais consulté, $p = 0,0025$). Les autres paramètres explorés : le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ou eu recours à la contraception d'urgence ou eu recours à l'IVG, ne semblaient pas influencer ce sentiment.

Sur les 99 filles qui déclarent que le médecin généraliste n'est pas un bon interlocuteur pour parler de sexualité, 23 soit 23,2% pensent que le gynécologue n'est pas un meilleur interlocuteur.

PLACE ACCORDEE AU MEDECIN GENERALISTE ET AU GYNECOLOGUE					
MON MEDECIN GENERALISTE EST UN BON INTERLOCUTEUR (n = 143, 59,1%)					
RS+ (n = 41)	23 (56,1%)	$p = 0,80$	MG parents ⁽¹⁾ (n = 212)	126 (59,4%)	$p = 0,93$
RS- (n = 201)	120 (59,7%)		MG parents ⁽²⁾ (n = 30)	17 (56,7%)	
IVG+ (n = 5)	0 (0%)	$p < 0,05$ (0,024)	MG enfance ⁽³⁾ (n = 129)	78 (60,5%)	$p = 0,74$
IVG- (n = 237)	143 (60,3%)		MG enfance ⁽⁴⁾ (n = 113)	65 (57,5%)	
CU ⁽⁵⁾ (n = 12)	2 (16,7%)	$p < 0,05$ (0,0057)			
CU ⁽⁶⁾ (n = 230)	141 (61,3%)				
LE GYNECOLOGUE EST UN MEILLEUR INTERLOCUTEUR (n = 126, 52,1%)					
RS+ (n = 41)	24 (58,3%)	$p = 0,46$	Gynéco ⁽⁷⁾ (n = 35)	27 (77,1%)	$p < 0,05$ (0,0025)
RS- (n = 201)	102 (50,8%)		Gynéco ⁽⁸⁾ (n = 207)	99 (47,8%)	
IVG+ (n = 5)	3 (60,0%)	$p = 1$	CU+ (n = 12)	8 (66,7%)	$p = 0,45$
IVG- (n = 237)	123 (51,9%)		CU- (n = 230)	118 (51,3%)	
⁽¹⁾ Même médecin que les parents		⁽²⁾ Ou non	⁽⁵⁾ Recours à la contraception d'urgence		⁽⁶⁾ Ou non
⁽³⁾ Même médecin depuis l'enfance		⁽⁴⁾ Ou non	⁽⁷⁾ A déjà consulté un gynécologue		⁽⁸⁾ Ou non

Tableau 15

IV. DISCUSSION

A. Les enseignements

1. Enseignements généraux sur les modalités de consultation et sur la relation médecin-adolescent

Les adolescents ont le même médecin que leurs parents dans une très grande majorité des cas et ont le même depuis l'enfance pour plus de la moitié d'entre eux. Cela constitue un obstacle pour aborder certains sujets.

Ils viennent accompagnés de leurs parents pour plus de trois quarts d'entre eux ce qui dérange surtout les adolescents de plus de 16 ans qui préféreraient que le médecin les fasse sortir. Cependant, indépendamment de l'âge, ils sont une proportion non négligeable à désirer être seuls avec le médecin.

2. Enseignements concernant la relation des adolescents avec leur médecin généraliste au sujet des conduites addictives

Pratiquement aucun adolescent n'aborde ce sujet par lui-même et neuf adolescents sur dix ne l'ont jamais abordé avec leur médecin et cela, que l'adolescent soit consommateur ou non.

De façon générale, les adolescents consommateurs ont une perception plus négative de leur médecin, ont plus d'attentes mais placent moins d'espoir en lui

La majorité estime que ces sujets sont du ressort de leur médecin et souhaiteraient que celui-ci prenne l'initiative. Ils sont environ la moitié à penser que ce serait normal de discuter de ces sujets avec leur médecin, d'autant plus qu'ils sont consommateurs, et même presque un quart à estimer cela nécessaire.

On a pu identifier des obstacles pour aborder ces sujets : le fait que leur médecin soit le médecin de famille pour les consommateurs, le fait de connaître leur médecin depuis l'enfance, le fait de craindre que des informations soient révélées à leurs parents et cela d'autant plus qu'ils consomment du tabac, du cannabis ou de l'alcool.

Les adolescents sont aussi bloqués par eux-mêmes et ressentent de la gêne pour évoquer ces sujets, encore plus lorsqu'ils sont consommateurs.

Enfin, si deux tiers pensent que leur médecin peut les comprendre ou les aider face à ces sujets, un peu moins d'un tiers craint d'être jugé ou que le médecin lui fasse la morale et

jusqu'à la moitié des adolescents consommateurs. D'ailleurs les adolescents consommateurs sont trois fois plus à penser que leur médecin ne peut pas les aider.

3. Enseignements concernant la relation des adolescents avec leur médecin généraliste au sujet de la sexualité

Les adolescents n'abordent pas ce sujet d'eux-mêmes et peu de médecins le font. Ils sont nombreux à vouloir que leur médecin prenne l'initiative surtout chez les plus âgés d'entre eux. De plus, s'ils ont une bonne connaissance de l'existence du SIDA, les adolescents sont ignorants en matière d'IST.

Dans l'ensemble ils seraient gênés de discuter de sexualité avec leur médecin mais nombreux sont ceux qui trouveraient cela normal. La majorité des adolescents pense d'ailleurs que le médecin peut les comprendre ou les aider surtout s'ils ont déjà eu des relations sexuelles même si une proportion non négligeable estime qu'il va les juger ou leur faire la morale. Il semble que les réactions les plus négatives soient attribuées par les plus jeunes.

Un obstacle important pour parler de sexualité chez les filles est le fait que le médecin soit de sexe masculin.

4. Enseignements concernant la relation des adolescentes avec leur médecin généraliste au sujet de la contraception et de l'IVG.

La majorité des adolescentes estime que le médecin généraliste est un bon interlocuteur pour ces sujets et qu'il peut les comprendre ou les aider surtout si ce médecin est une femme. Cependant, elles sont encore plus nombreuses à penser que le gynécologue est plus adapté et ce, surtout quand elles en ont déjà consulté un.

Le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles ou déjà réalisé une IVG ou eu recours à la contraception d'urgence a un impact négatif sur la perception du médecin généraliste : elles lui attribuent plus de réactions négatives et ne pensent pas qu'il soit un bon interlocuteur.

On observe aussi ces tendances négatives à l'égard des médecins de sexe masculin.

B. Signification des résultats

Il est important de souligner que les adolescents n'abordent pas d'eux-mêmes ce sujet, que très peu de médecins le font. Ce sont des sujets que l'on estime importants, cruciaux pour nos adolescents et pourtant personne n'en parle. Dans cette partie, nous nous contenterons d'essayer d'analyser les résultats principaux sans nous attarder sur la démographie de notre population.

1. Concernant les modalités de consultation et la relation adolescent-médecin

Pour des raisons pratiques évidentes, les adolescents ont le même médecin que leurs parents et souvent depuis l'enfance. Cette donnée a une incidence sur la liberté des adolescents à aborder certains sujets. Cela nous fait réfléchir sur ce que sous-entend le fait d'avoir le même médecin depuis l'enfance. En effet pourquoi connaître son médecin depuis l'enfance constitue-t-il un obstacle à la relation quand vient l'adolescence ?

Avoir le même médecin depuis l'enfance, cela signifie que ce sont les parents qui l'ont choisi et non l'adolescent, le lien s'est donc surtout créé entre les parents et le médecin, le lien créé entre l'enfant et le médecin étant plus du domaine filial. Mais ce qui n'a aucun impact durant l'enfance prend une autre dimension à l'adolescence et ce, sans que le médecin ne s'en rende compte. L'adolescent a du mal à trouver sa place d'individu autonome à part entière, avec sa volonté propre. Par ailleurs, il peut aussi avoir peur de décevoir son médecin au même titre que ses parents ou simplement penser que le médecin continue de le considérer comme un enfant.

Le fait d'être presque systématiquement accompagné de ses parents fait partie de l'ambivalence de l'adolescent : il vient avec un parent car il n'est pas tout à fait un adulte mais il préférerait être seul avec le médecin car il n'est plus tout à fait un enfant. C'est cette ambivalence qui complique la tâche du médecin. Ce besoin d'indépendance s'accroît avec l'âge mais émerge dès le début de l'adolescence. Le médecin doit être à l'écoute de ces besoins pour savoir y répondre de façon adaptée. La capacité du médecin à évoluer et à faire évoluer le déroulé de la consultation montrera à l'adolescent d'une part qu'il est pris en considération comme personne à part entière et non plus seulement comme l'enfant de ses parents et, d'autre part, que le médecin désire établir une relation personnelle avec lui fondée sur la confiance et l'intimité.

2. Concernant les conduites addictives et la relation adolescent-médecin

Les sujets de tabac, d'alcool ou de cannabis sont des sujets extrêmement importants en terme de santé publique et de prévention et les médecins y sont bien sensibilisés. Alors pourquoi si peu d'entre eux les abordent-ils avec les adolescents ? La réponse ne peut être unique mais on peut essayer d'en donner quelques éléments. Lorsqu'on parle de prévention des conduites addictives, le médecin se place souvent sur le terrain de la prévention secondaire : « mon patient fume ou boit, comment vais-je faire pour l'amener à penser à arrêter ? ». Pour la plupart des adolescents, la question est différente : ils ne fument ou ne boivent pas encore, comment faire pour que ça n'arrive pas ?

Certains médecins (en particulier les médecins eux-mêmes fumeurs) pensent que le tabagisme appartient au domaine de la vie privée. Ainsi, environ 50% d'entre eux ignorent si leur patient fume ou non. Par ailleurs, environ un tiers des médecins fume, ce qui risque de diminuer leur crédibilité. Même constat du côté des adolescents avec 40% d'entre eux qui estiment que ces sujets ne concernent pas leur médecin [81]. Par cette affirmation, on peut comprendre que ces adolescents estiment qu'ils ont le droit de choisir de fumer, de boire de l'alcool ou de consommer du cannabis si l'envie leur en dit et que le médecin n'a pas son mot à dire. Ils se placent dans un cadre hiérarchique où le médecin serait là pour leur donner des règles à suivre, des choses permises et d'autres non, un peu comme leurs parents. Si ce besoin d'autonomie dans leurs choix est respectable, il n'en reste pas moins que ces choix ayant une influence sur leur santé physique, psychique voire mentale, le médecin ne peut se soumettre à cette idée et doit s'attacher à aborder ces questions sous l'angle médical.

Il est intéressant de voir que ce ne sont pas les adolescents qui engageront la conversation sur ces sujets. Vu l'importance du sujet, ce sera au médecin de faire la démarche. En effet, le fait que les adolescents n'abordent pas d'eux-mêmes ces sujets ne veut pas dire qu'ils ne souhaitent pas en parler. On peut affirmer cela car les deux tiers d'entre eux estiment que ce serait normal, intéressant ou nécessaire de discuter de ces sujets avec leur médecin. Ces résultats signifient que les adolescents ont des attentes envers leur médecin. Celles-ci sont d'autant plus fortes que les adolescents sont consommateurs. Cela signifie que le fait d'être consommateur ne rend pas ces sujets tabous ou interdits mais au contraire qu'il devient plus pressant et nécessaire de les aborder. Quelque part, le fait que les adolescents consommateurs expriment le besoin de discuter de ces sujets avec leur médecin montre qu'ils ont un besoin d'informations, de conseils et même peut-être d'aide. Mais comment le savoir sans le leur demander ? Et quelle attitude adopter ?

Les résultats concernant leurs ressentis à l'idée de discuter de ces sujets avec leur médecin et les réactions qu'ils lui attribuent nous donnent quelques éléments de réponse.

En effet, un tiers des adolescents ressentent de la gêne pour évoquer ces sujets et de la difficulté. Ils craignent que le médecin les juge, leur fasse la morale ou révèle ensuite des informations à leurs parents surtout lorsqu'ils sont consommateurs. Ainsi les adolescents consommateurs sont-ils plus nombreux à penser que ce serait plus facile d'aborder ces sujets si le médecin n'était pas également celui de leurs parents. Evidemment, ces réponses semblent logiques : lorsqu'un adolescent fume, boit ou consomme du cannabis, c'est rarement avec l'autorisation de ses parents et il a en général bravé l'interdit. Et comme nous l'avons vu dans notre première partie, ces substances sont socialement incorrectes. Aussi ont-ils le sentiment de commettre quelque chose de difficilement avouable à des figures d'autorité. Quant à ceux qui ne sont pas consommateurs, le fait même d'aborder ces sujets pourraient révéler leurs doutes, leurs interrogations voire leur attrait pour certaines substances. Et nombreux sont les adolescents qui n'ont aucune envie que leurs parents pénètrent dans cette intimité de leurs pensées. De plus, le fait que le médecin soit aussi celui des parents donne des occasions au médecin pour révéler des informations concernant l'adolescent, c'est peut-être pour cela que les adolescents consommateurs dont le médecin est aussi celui des parents ont plus de réticences que les non consommateurs. Cependant, à côté de ces perceptions négatives d'une partie des adolescents, une majorité estime que le médecin peut les comprendre ou les aider. Le médecin peut donc s'appuyer sur la confiance et la compétence que l'adolescent lui accorde : marque de confiance mais aussi responsabilité pour le médecin en qui l'adolescent place ses espoirs.

3. Concernant la sexualité et la relation médecin-adolescent

De la même façon que pour les conduites addictives, les adolescents n'abordent qu'exceptionnellement le sujet d'eux-mêmes et le médecin rarement. Il est vrai que la sexualité est un domaine très intime et qu'il n'est évident pour aucune des deux parties d'initier la discussion. C'est sans doute en partie pour cette raison que plus de la moitié des adolescents interrogés ressentent de la gêne à l'idée d'évoquer ce sujet avec leur médecin. Lorsqu'ils ressentent de la gêne, de la difficulté ou de la honte avec leur médecin de famille ou de leur enfance, ils sont beaucoup plus nombreux à penser que ce serait plus facile avec un autre médecin. En d'autres termes, pour ces adolescents, il y a un lien entre leur sentiment de gêne ou de honte et le fait que leur médecin les connaisse depuis l'enfance ou soit celui de leurs parents. On est en droit de penser que ces adolescents perçoivent le lien qui les unit avec

leur médecin presque comme un lien familial par l'intimité que le médecin a avec la famille par sa connaissance des autres membres, de son fonctionnement et de son passé. Une fois cela établi, on comprend la difficulté à parler de sexualité avec son médecin. Un autre obstacle qui lui, semble être plus spécifique des filles, est le fait d'avoir un médecin du sexe opposé. Si on comprend assez aisément la gêne que cela peut occasionner, on peut légitimement se demander pourquoi ce sont les filles qui le ressentent comme tel et pas les garçons. Les données de la littérature sont plutôt vides sur ce sujet mais on peut imaginer que la relation d'une jeune-fille à un homme est plus déséquilibrée que celle d'un jeune-homme à une femme. On peut aussi évoquer le fait que le garçon est probablement déjà habitué à la relation au soin par une femme via sa mère.

Alors, si on s'arrêtait à ces constatations, on serait tenté de laisser tomber et de dire que les adolescents en parleront quand ils seront prêts. Mais ce serait faire fi des souhaits exprimés par une grande part des adolescents et en particulier des plus âgés (16 ans et plus). En effet, ceux-ci sont demandeurs d'une prise d'initiative du médecin

L'âge charnière de 16 ans semble assez bien établi pour le sujet de la sexualité. En effet ils sont plus demandeurs de discussions que leurs cadets, ont moins de ressentis négatifs et attribuent plus de réactions positives à leur médecin. L'âge de 16 ans correspond à l'âge que l'on a lors de la première année du lycée (notre étude se déroulant en juin, les élèves de seconde devaient être environ la moitié à avoir déjà 16 ans). Le passage du collège au lycée constitue une étape importante dans la maturité de l'adolescent. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la première partie, l'âge médian des premiers rapports sexuels est de 17,2 ans, il est donc assez naturel que des adolescents de 16 ans commencent à avoir des questions ou besoin de conseils. Et inversement, ils sont peu à avoir eu des relations sexuelles avant 15 ans (20% des garçons et 10% des filles), il est donc assez naturel que ce sujet ne les intéresse que peu et qu'ils expriment plus de gêne. De plus, le fait d'avoir des relations sexuelles tôt étant un peu « hors-norme » pour la société et intégré comme tel par l'adolescent, celui-ci sera plus enclin à craindre d'être jugé ou que le médecin lui fasse la morale.

Autant, les adolescents naïfs de sexualité semblent avoir une appréhension et une réelle gêne pour aborder ce sujet avec leur médecin, autant les adolescents qui ont déjà eu des relations sexuelles semblent être plus confiants dans l'aide et la compréhension que leur médecin peut leur apporter. Quand on y réfléchit c'est assez logique : ceux qui n'ont pas eu de relations sexuelles peuvent ne pas voir l'intérêt de discuter de cela avec leur médecin, ils doivent estimer que ça ne les concerne pas, du moins pas encore. On peut effectivement avoir du mal à se projeter dans une situation que l'on ne connaît pas. Au contraire, ceux qui ont déjà eu des

relations sexuelles ont eu l'occasion de se poser de multiples questions avant, pendant et après et espèrent trouver des réponses auprès de leur médecin.

4. Concernant la relation des adolescentes avec leur médecin généraliste au sujet de la contraception et de l'IVG.

Concernant ces sujets, les adolescentes estiment que leur médecin généraliste est un bon interlocuteur et ce, qu'elles aient eu ou non des relations sexuelles, mais considèrent que le gynécologue est un meilleur interlocuteur. Ces résultats signifient deux choses : tout d'abord ils réaffirment la place importante du médecin généraliste en gynécologie et témoignent de la confiance et de la compétence que les adolescentes accordent à leur médecin pour de telles situations. Il sera donc habituel en tant que médecins généralistes, d'être confrontés à ces situations en premier recours.

Ensuite, ils placent le gynécologue à son rang de spécialiste et donc de personne plus adaptée à ces situations. Il est remarquable de noter que les adolescents font certes une hiérarchie mais ne dévalorisent absolument pas le rôle du médecin généraliste.

Par contre, les adolescentes qui ont déjà eu recours à la contraception d'urgence ou l'IVG sont beaucoup moins à l'aise avec leur médecin généraliste. Plusieurs interprétations sont possibles : elles peuvent être plus gênées avec leur médecin généraliste avec qui elles ont un lien particulier qu'avec un spécialiste tel le gynécologue ou le médecin du planning familial qui est beaucoup plus anonyme et passager. On peut aussi penser que leurs expériences à l'occasion de leur IVG a été malheureuse et il est vrai qu'un médecin généraliste est moins bien armé face à ces situations qu'un médecin du planning familial. Quelle que soit l'interprétation, ces résultats nous appellent à l'empathie, l'écoute et l'absence de jugement.

C. Limites et biais de notre étude

1. Validité interne

a) Méthodologie

La méthodologie quantitative par questionnaire à questions fermées ou semi-ouvertes est critiquable car il est indéniable qu'on perd en personnalisation des messages. Cependant cette uniformisation des messages permet une analyse chiffrée précise ce que ne permettraient pas des entretiens personnels avec les adolescents. Par ailleurs, cela nous a permis de recueillir le

sentiment de 421 adolescents ce qui aurait été impossible si nous avions réalisé une étude qualitative. La taille de notre échantillon permet de contrebalancer cette perte d'informations.

b) Biais d'information

Nous avons eu un très bon taux de retour de questionnaires. Cependant, comme c'est toujours le cas, tous les questionnaires n'étaient pas entièrement remplis. Notamment concernant l'âge : un tiers n'a pas renseigné son âge. Il faut donc prendre avec prudence les conclusions concernant l'âge. De même certaines « sous-questions » ont été l'objet de nombreuses données manquantes.

Avec autant de données manquantes concernant ces paramètres, on peut légitimement remettre en question la clarté de ces items sur notre questionnaire.

Concernant l'âge, il était demandé sur la page de présentation, en bas avec le sexe et l'établissement (choix entre lycée ou collège). C'était le seul paramètre « ouvert » de la page, il n'y avait pas de case à cocher et il est possible que les adolescents n'aient pas fait attention et n'aient pas vu cette ligne.

Concernant les sous-questions, il est fort probable que les adolescents ayant répondu « non » à la question d'en-tête aient pensé que les sous-questions qui suivaient ne les concernaient donc pas.

Une autre chose nous a interpellés lors du dépouillement des questionnaires. Nous avons remarqué des similitudes de réponses dans des questionnaires consécutifs. On peut forcément s'interroger sur la pleine sincérité des réponses lorsqu'on sait que certains questionnaires ont été distribués en classe pour être remplis durant le cours. L'anonymat envers nous était conservé mais était-il total vis-à-vis de leurs camarades ?

c) Manque de puissance

C'est la principale limite de notre étude et ce malgré la taille relativement importante de notre échantillon. Nous avons fixé deux objectifs à notre étude, le premier était de décrire le ressenti des adolescents dans leur relation avec leur médecin et le deuxième était d'étudier en quoi cette perception influence les opportunités de dialogue et de prévention en ce qui concerne les conduites addictives et l'éducation sexuelle. Pour cela, nous avons initialement l'intention de comparer les adolescents qui avaient déjà abordé les sujets de tabac, d'alcool, de cannabis et de sexualité avec leur médecin traitant avec ceux qui n'en avaient jamais parlé pour voir si les perceptions que les adolescents avaient de leur médecin généraliste différaient. Les résultats des 421 questionnaires ont dû nous faire revoir notre manière de procéder. En

effet, il y avait trop peu d'adolescents qui avaient déjà abordé ce sujet d'eux-mêmes avec leur médecin (16 au total) ce qui rendait impossible une comparaison. Les chiffres étaient comparables concernant la sexualité.

Nous avons pu décrire les ressentis et perceptions de l'adolescent envers son médecin et si nous pouvons émettre des pistes d'amélioration et de réflexion, nous n'avons pas pu, à proprement parler, établir dans quelle mesure ce ressenti et ces perceptions influençaient les opportunités de dialogue autour de ces sujets.

Cependant, cet écueil était difficile à prévoir car les données de la littérature sont très pauvres sur ce sujet : nous n'avons pas trouvé d'information concernant la fréquence de l'abord de ces sujets en médecine générale et on peut être étonnés par de tels chiffres.

Par ailleurs, notre choix d'inclure à la fois dans les lycées et collèges nous a, certes, permis d'observer des différences de comportements et de perceptions en fonction de l'âge mais a aussi influé sur les résultats. En effet, avec un nombre important d'adolescents plus jeunes (11 à 14 ans), nous avons forcément diminué la proportion d'adolescents consommateurs et d'adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles. La faible proportion de ces groupes d'adolescents ne nous a pas permis d'avoir beaucoup de résultats significatifs lorsqu'on les comparait à des groupes beaucoup plus nombreux.

2. Validité externe

a) *Epidémiologie de notre population*

Nous avons essayé de voir si notre population était représentative de la population adolescente.

Le sexe :

En terme de sexe, nous avons une majorité de filles. Elles représentaient 57% de notre effectif contre 42% de garçons. L'INED et l'INSEE nous révèlent que dans la population générale française en 2015, pour les adolescents nés entre 1997 et 2005, les proportions de filles et de garçons étaient respectivement de 48,8% et 51,2% [82]. Notre recueil ayant lieu dans les collèges et lycées, nous avons voulu comparer notre population avec celle des établissements scolaires du secondaire. Au collège, les filles représentent 48,9% des élèves, proportion similaire aux 48,8% cités ci-dessus, ce qui est logique puisqu'en France, l'école est obligatoire jusqu'à 16 ans. Par contre au lycée, la part des filles augmente considérablement pour atteindre 54,4% ce qui se rapproche de nos chiffres. [83]

Malgré tout, notre population est sur-représentée en filles. Cela peut s'expliquer de plusieurs manières : les questionnaires ayant été distribués souvent à des classes entières, il est possible qu'il y ait eu un effet de filière ou de matière. Cela dit, les garçons et les filles n'étant pas égaux devant l'âge de début de consommation de substances addictives ou sur leur quantité ni devant l'âge des premiers rapports sexuels, nos résultats ont pu être impactés par cette sur-représentation féminine.

L'âge

Notre effectif était âgé de 11 à 19 ans mais la répartition des âges n'était pas homogène : 45% des adolescents étaient âgés de 15 à 17 ans, 36% n'avaient pas renseigné d'âge et le reste des âges représentés se partageait les 19% restants. Ceci n'est évidemment pas le reflet de la population générale. Ceci s'explique par le fait que nous avons beaucoup plus de lycéens que de collégiens et par le recrutement par classes. Il est probable que nous ayons eu de nombreuses fois le même niveau et seulement quelques autres niveaux répartis aux extrêmes. Enfin, le nombre très important de données manquantes et ceci de façon inégale selon les établissements peut impacter la représentation de chaque âge.

Ces résultats nous empêchent de comparer à des populations homogènes et nous empêchent de faire des analyses par âge.

Pour pallier à cette faiblesse, nous avons séparé la population en 2 classes d'âge en mettant la limite tantôt à 15 ans et tantôt à 16 ans, la médiane de notre effectif étant de 16 ans. Ceci nous permettait d'avoir des groupes d'effectifs plus similaires.

Les conduites addictives

Tout d'abord, nous ne menions pas une étude épidémiologique sur les conduites addictives des jeunes. Mais pour mieux analyser nos résultats, nous avons voulu avoir quelques éléments sur les habitudes de consommation des adolescents interrogés. Nos questions sur ces sujets étaient assez simples peut-être parfois un peu floues ou laissées à l'appréciation du lecteur. Par exemple, nous n'avons pas spécifié la signification du terme « régulièrement » pour le tabac ou le cannabis alors que des définitions précises existent pour uniformiser les réponses. Ainsi dans les études telles HBSC, ESPAD ou ESCAPAD, lorsqu'on parle de tabac régulier, on parle d'au moins 10 usages au cours des 30 derniers jours. Ce défaut de précision peut interférer avec nos résultats. Un adolescent peut entendre par « régulièrement » le fait de fumer tous les jours par exemple ce qui sous-estimerait notre contingent de fumeurs réguliers. Au total, nous avons 12,6% de notre effectif qui a déclaré être fumeurs réguliers. La proportion moyenne des fumeurs réguliers au collège est de 5,5% selon HBSC [21], la nôtre

était de 4% et elle est de 30% au lycée selon ESCAPAD [19] et ESPAD [22] alors que la nôtre était de 15%. Donc au total, nous avons deux fois moins de fumeurs réguliers au lycée que dans la population adolescente lycéenne française. Lorsqu'on regarde les chiffres régionaux, il y a effectivement moins de fumeurs réguliers au lycée en île de France que dans le reste du territoire avec 22% qui déclarent être fumeurs réguliers [84]. Nos chiffres restent cependant plus bas. Ceci peut être dû à de multiples raisons : une sous-estimation due au problème de définition du terme « régulièrement » ou par une sous-déclaration des adolescents, le problème d'homogénéité des âges peut aussi être une explication.

Concernant le cannabis, nous nous étions surtout intéressés à l'expérimentation. Nous avons 22,2% des adolescents de notre effectif qui avaient déjà expérimenté le cannabis, 3% des collégiens et 28% des lycéens. Cela reste en deçà des chiffres nationaux avec 9,4% des collégiens selon l'enquête HBSC [21] et 48,6% des lycéens selon ESPAD [19] et ESCAPAD [22]. Cependant comme nous avons vu dans notre première partie, ces chiffres sont très différents selon les classes et donc selon les âges. Il est donc fort probable qu'une fois de plus le fait que notre population ne soit pas homogène en terme d'âge ait un impact sur ces chiffres, de même pour le sexe.

La sexualité, la contraception et l'IVG.

La bonne connaissance du SIDA et la très faible connaissance des autres IST sont comparables aux résultats d'études antérieures. [58]

Il est difficile de comparer la proportion des adolescents ayant déjà eu des relations sexuelles dans notre effectif avec l'âge médian des premiers rapports estimé à 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles. Dans notre population, 45% des élèves de 17 ans avaient eu des rapports sexuels et 25% des adolescents de 16 ans pour une moyenne à 21% tout âge confondu de notre population. [55]

En revanche, en ce qui concerne le taux de recours à la contraception d'urgence, il était de 24,5% parmi les filles sexuellement actives alors qu'il est de 20% dans la population générale. Nous savons qu'en île de France le recours à la contraception d'urgence et à l'IVG est augmenté. On peut donc dire qu'en terme de contraception d'urgence, notre population est représentative. [65]

Concernant l'IVG, la comparaison est moins aisée car nous ne disposons pas des chiffres pour les 15-19 ans mais uniquement pour les 15-29 ans, or la réalisation d'IVG est maximale entre 19 et 25 ans. Cependant, on peut avoir un aperçu. En Île de France, 18,1% des 15-29 ans sexuellement actives ont déjà réalisé une IVG [65]. Dans notre population, nous avons 12,2%

des filles sexuellement actives qui avaient déjà réalisé une IVG. On ne peut pas conclure de manière formelle mais on peut imaginer qu'on est relativement représentatif.

Pour conclure, notre population est loin d'être parfaitement représentative de la population adolescente. On note essentiellement une inhomogénéité d'âge, une surreprésentation féminine et un phénomène de sous-déclaration de consommation de substances psychoactives. En revanche, concernant la sexualité, il semble que notre population soit relativement représentative.

b) Résultats

Nos résultats sont difficilement comparables car comme nous l'avons déjà évoqué, il existe peu d'études sur ce sujet dans la littérature. En effet, si la littérature foisonne d'études épidémiologiques sur les diverses consommations ou comportements sexuels des jeunes, très peu sont celles qui s'intéressent à leurs ressentis, à leurs attentes et à la manière dont ils vivent leur relation avec leur médecin.

Mais il existe tout de même plusieurs travaux de thèse qui se sont intéressés à ce sujet.

Dans une thèse de 2004 concernant les jeunes et leur médecin traitant, Elodie Lacotte-Marly montre que le médecin généraliste doit garantir la confidentialité des échanges à l'adolescent et qu'il doit oser poser les questions et amorcer les discussions à propos des conduites à risque. [85]

Dans un travail de thèse réalisé en 2009 concernant le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin, Hélène Boulestreau-Grasset conclut que adolescents craignent pour la confidentialité de leurs échanges avec leur médecin et que le médecin doit les en informer, qu'ils attendent l'initiative du médecin [86]. Nos résultats sont concordants avec ceux-ci.

Dans son travail de thèse de 2013, Virginie Mortain-Gouessant s'interrogeait sur la façon dont les adolescents souhaitaient être informés en terme de contraception. Les résultats qu'elle a obtenus auprès de 264 collégiens et lycéens des Yvelines sont concordants avec ce que nous avons obtenu en terme d'abord de la sexualité. Dans ce travail, environ la moitié des adolescents désiraient aborder ce sujet et ce dès avant leurs premières relations sexuelles, à peu près vers 15 ans. Ils désiraient l'aborder sans la présence des parents et préféraient que ce soit le médecin qui prenne l'initiative de la discussion [87]. Nos résultats sont en adéquation avec ces affirmations.

Il est important de remarquer que malgré ces constats de 2004, il n'y a eu guère d'évolution et nos résultats restent identiques.

D. Applications pratiques

Il est évident que de telles études doivent servir à améliorer nos pratiques pour permettre de mieux répondre aux attentes des adolescents. Nous essaierons d'être concis et pragmatiques.

1. Concernant les modalités de consultation

Même si cela ne concerne pas l'ensemble des adolescents, nous devons tenir compte de ceux qui sont en demande d'intimité avec leur médecin.

- Aussi, pour toute consultation avec un adolescent, il faut réserver un temps où le médecin est seul avec l'adolescent. Il n'est pas forcément nécessaire que ce soit toute la consultation, surtout pour les plus jeunes. Mais il faut que ce temps soit à la demande du médecin.
- Il semble important que le médecin explique aux adolescents ce qui relève du secret médical non opposable à leurs parents et ce qu'il va garder secret. L'adolescent ne pourra pas se sentir en confiance tant qu'il ne saura pas ce qu'il peut confier ou non à son médecin.

2. Concernant l'abord des conduites addictives.

- En premier lieu, il apparaît qu'il faille les aborder. Poser la question « Est-ce que tu fumes ? » de façon systématique permet d'entrer dans la discussion. Parfois un questionnaire de pré-consultation peut aider à aborder le sujet.
- Quel que soit le statut de l'adolescent, il faut l'assurer de la totale confidentialité de ses propos.
- Ecouter semble être le plus important.
- Evidemment ne pas juger ou ne pas moraliser mais plus que de ne pas le faire, il semble judicieux de le verbaliser pour que l'adolescent l'intègre et se sente compris.
- Se placer sur un plan médical pour identifier des conduites à risque (ivresses répétées, conduite de véhicule après avoir bu de l'alcool ou consommer du cannabis, avoir des relations sexuelles non protégées ou après avoir consommé des toxiques) plus que sur

un plan judiciaire « c'est bien ou c'est pas bien ». Le but étant d'abord de ne pas jouer le rôle des parents et ensuite de lui exposer les risques dont il n'a pas conscience et qui sont des conséquences immédiates de son comportement et non des conséquences à très long terme face auxquelles les adolescents ne sont pas en mesure de se projeter et d'agir en fonction d'elles.

- Comprendre ses motivations : les adolescents espèrent que le médecin peut les comprendre.
- Comprendre ses attentes.
- Lui proposer de l'aide, lui proposer de revenir en consultation spécialement pour discuter de cela.
- Ne pas hésiter à en parler de nouveau.

3. Concernant l'abord de la sexualité

- De même, il s'agit déjà d'en parler. Une demande de contraception ou la réalisation du vaccin contre l'HPV chez la fille peut être une bonne occasion. Mais parfois à chercher la bonne occasion, on ne la trouve jamais.
 - Pour les plus jeunes, on peut s'appuyer sur le programme scolaire : reprendre avec eux ce qu'ils ont compris et préciser ce qu'ils n'ont pas compris ou répondre aux questions que ça leur a suscitées.
 - La puberté est un excellent prétexte. En effet, en parlant des transformations physiques et hormonales, on les rassure sur leur normalité et on peut échanger sur l'intérêt de ces changements.
 - Pour les plus âgés, un abord plus direct est envisageable, simplement en posant la question « Avez-vous déjà eu des relations sexuelles ? ». La réponse permettra d'orienter la discussion.
- Savoir dire que l'on comprend la gêne à évoquer ces sujets mais laisser la place à un échange, simplement en proposant son écoute si nécessaire.
- Proposer aux jeunes-filles de changer de médecin ou de consulter un gynécologue femme si on est un médecin homme.

4. Concernant la contraception et l'IVG

- L'utilisation fréquente de la contraception d'urgence chez les jeunes-filles sexuellement actives doit nous interpeller sur l'effort à fournir en terme de contraception.
- Proposer une contraception à une jeune-fille lorsqu'elle se rapproche de l'âge des premiers rapports sexuels ou si on sait qu'elle est sexuellement active n'est pas une démarche très intrusive ou très gênante car elle a l'avantage de pouvoir se placer sur le terrain de la prescription médicale.
- Pour la contraception d'urgence, il est difficile de tirer des enseignements pratiques car les adolescentes ne consultent pratiquement pas à cette occasion.
- Cependant, chez une fille qui a déjà eu des relations sexuelles, c'est une information à rechercher. Il faut savoir accueillir la réponse sans jugement de valeur pour pouvoir engager la conversation et proposer une contraception.
- Concernant l'IVG, disons et redisons à nos patientes, même jeunes, que nous ne les jugeons pas. Ce qui est évident pour nous ne l'est visiblement pas pour elles et notre but est de construire et d'entretenir une relation de qualité basée sur la confiance. N'hésitons pas à leur proposer une aide psychologique.

E. Pour aller plus loin

Notre étude s'est attachée à comprendre la relation de l'adolescent vis à vis de son médecin pour déterminer ce qui pourrait faire obstacle au dialogue autour des sujets de conduites addictives ou de sexualité.

Une relation étant toujours bilatérale, il serait intéressant de comprendre les obstacles rencontrés par les médecins pour parler de ces sujets avec leurs patients adolescents.

Par ailleurs, une fois cet état des lieux fait, il semblerait utile de réaliser une ou plusieurs études visant à déterminer l'impact sur les adolescents des propositions d'amélioration des pratiques : le fait que le médecin aborde ces sujets, le rassure sur la confidentialité, fasse preuve de compréhension et d'écoute a-t-il une incidence sur les conduites à risque et sur la relation avec son médecin ? On pourrait imaginer plusieurs types d'intervention brève systématisée et d'une part, comparer les ressentis des adolescents envers leur médecin et d'autre part, évaluer l'impact sur la prévention de telles interventions.

Nous avons vu que l'adolescent n'abordait pas ce sujet de lui-même, encore moins consulte-t-il uniquement pour ces sujets. Il faut donc que le médecin saisisse les occasions notamment lors des consultations pour vaccination ou certificat médical de sport. On peut légitimement s'interroger sur la suppression de la consultation annuelle pour le certificat médical de sport qui apparaît comme une perte d'opportunité en matière de prévention.

CONCLUSION

L'adolescent est un être en constante évolution qu'il faut appréhender dans sa globalité et dans son processus dynamique. L'adolescence est un enjeu en matière de santé publique, c'est en effet une période cruciale pour le début des conduites addictives et pour la prise de bonnes habitudes en matière de sexualité. Le médecin généraliste a un rôle central puisqu'il est l'interlocuteur privilégié des adolescents. La relation médecin-patient et la perception que l'adolescent a de son médecin peuvent influencer les occasions de dialogue autour de ces sujets. C'est ce que nous nous étions proposés d'analyser. L'étude que nous avons menée auprès de 421 adolescents met en lumière l'absence quasi-totale d'échanges autour des conduites addictives ou de la sexualité lors des consultations entre ces derniers et leur médecin généraliste. Elle permet de faire ressortir quelques obstacles perçus par les adolescents, certains liés au médecin notamment par les liens qui existent avec leurs parents, et d'autres à leur propre histoire. Cependant, ceux-ci expriment aussi des attentes envers leur médecin et placent des espoirs de réponses en lui.

De façon générale, il faut être capable d'adapter les consultations à l'adolescent en lui réservant un espace d'autonomie par un tête à tête avec le médecin.

En ce qui concerne les conduites addictives, il semble important d'aborder le sujet à tout âge de l'adolescence et d'apporter l'assurance de la confidentialité des informations confiées.

Concernant la sexualité, il conviendra d'être plus progressif selon l'âge et d'admettre l'existence d'un inconfort à parler de ces sujets intimes pour pouvoir laisser l'adolescent exprimer ses doutes, ses craintes et ses interrogations. Dans ces diverses situations, verbaliser l'absence de jugement, la compréhension, le secret permettrait à l'adolescent de connaître les réactions du médecin sans avoir à les imaginer.

Mais bien évidemment, on ne saurait donner des recettes magiques, ce sont surtout des repères à avoir en tête et à adapter à l'adolescent que l'on a en face de soi.

Ce n'est qu'en s'astreignant chaque jour à mieux comprendre nos adolescents en consultation, à mieux répondre à leurs attentes, à mieux remplir notre rôle préventif en saisissant chaque occasion (vaccination, certificat) que nous pourrions réellement les accompagner jusqu'à leur état d'adulte autonome et responsable tant sur le plan sexuel que des conduites addictives.

Dans ce contexte, la suppression de la consultation annuelle pour le certificat de sport apparaît comme un frein à ces occasions de dialogue.

Il serait intéressant d'étudier l'impact d'une intervention brève par les généralistes, concernant les conduites addictives ou la sexualité chez les adolescents, sur les conduites à risque et sur la relation entre l'adolescent et son médecin.

Bibliographie

[1] Marcelli D, Braconnier A. Les modèles de compréhension de l'adolescence. In: Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 7th ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents, une période de transition critique. [En ligne].

Disponible sur http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/. (Page consultée le 13/07/2016).

[3] Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. Journal français de psychiatrie. 2001;14, p. 6-8.[en ligne].

Disponible sur www.cairn.info/revue-journal-francais-de-psychiatrie-2001-3-page-6.htm.

[4] Karila L, Coscas S, Benyamina A, Reynaud M. Consommations pathologiques d'alcool à l'adolescence. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-216-G-50, 2007.

[5] Inserm (dir.) Expertise Collective. Conduites addictives chez les adolescents-Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris: Les éditions Inserm; 2014, XVIII-482 p.

[6] Dupont P, Reynaud M. Adolescents et tabac. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), 37-213-B-35, 2007.

[7] Loi relative à la lutte contre le tabagisme, 9 juillet 1976, n° 76-616. [En ligne].

Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000334398. (Page consultée le 17/07/2016)

[8] Santé Publique France. Inpes. La législation antitabac en France. [En ligne].

Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>. (page consultée le 17/07/2016)

[9] Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, 19 janvier 1991, n° 91-32. [En ligne].

Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&categorieLien=id>. (Page consultée le 17/07/2016)

[10] Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, Ministère de la Recherche et des nouvelles technologies. Les 70 mesures du Plan Cancer. In Plan cancer 2003-2007 : mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, p 16-42.

[11] Ministère de la Santé et des solidarités. Décret fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, 15 novembre 2006, n° 2006-1386. [en ligne].

Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000000818309&categorieLien=id>

[12] Le Parlement européen et le Conseil des communautés européennes. Directive relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États

- membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac, 5 juin 2001, 2001/37/CE. [En ligne].
 Disponible sur <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32001L0037>
- [13] Arrêté relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac, 15 avril 2010. [En ligne].
 Disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F91252616E44D5ADE66138DD9F51A6C8.tpdjo08v_3?cidTexte=JORFTEXT000022120525&categorieLien=id
- [14] Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Rev Praticien. 2012 Mar;62(3):325-9
- [15] Chassin L, Presson C, Sherman S, Edwards D. The natural history of cigarette smoking : Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health Psychol. 1990;9(6):701-716.
- [16] Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine Dependence in the United States: Prevalence, Trends, and Smoking Persistence. Arch Gen Psychiat. 2001;58(9):810-816.
- [17] Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ. 2000;321:323-9.
- [18] Beck F, Richard JB, dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé; 2013:344 p.
- [19] Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances, OFDT. 2015 Mai;100:8p
- [20] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lemernier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions. Inpes. 2015 Jan ;(31):1-6
- [21] Spilka S, Ehlinger V, Le Nézet O, Pacoricon D, Ngantcha M, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». Tendances, OFDT. 2015 Dec;106:6p
- [22] Spilka S, Le Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée ». Tendances, OFDT. 2013 Nov;89:8p
- [23] Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) 2011. OFDT. 2012 Mai 31. 17p
- [24] Inserm (dir.). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport. Paris: Les éditions Inserm; 2003, XXII- 536 p – (Expertise collective) -
- [25] Dion R. Histoire du vin et de la vigne en France des origines au XIXe siècle. Flammarion; 1959 et 1979
- [26] Heath DB, Cooper A. The international handbook on alcohol and culture. Greenwood Press, Westport (Connecticut);1996
- [27] Vin et Société. Chiffres clefs de la filière vin. [En ligne].

Disponible sur <http://www.vinetsociete.fr/se-mobiliser-pour-le-vin/chiffres-clefs-de-la-filiere-vin>.
(Page consultée le 26/07/2016)

[28] Alcool info service. L'alcool en France, état des lieux : le poids économique et culturel de l'alcool. [En ligne].

Disponible sur <http://alcool-info-service.fr/alcool/consommation-alcool-france/culture-alcool-consommation-vin#.V-k0ZSOLS0c>.

[29] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Consommation des ménages par fonction en 2015. [en ligne].

Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS05116. (Page consultée le 26/07/2016)

[30] Loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt, 13 octobre 2014, n° 2014-1170, article 22. [en ligne].

Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/10/13/AGRX1324417L/jo/article_22. (Page consultée le 26/07/2016)

[31] Institut Français d'Opinion Publique. Sondage 2014 : Baromètre de l'image du vin. [En ligne].

Disponible sur http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2872.
(Page consultée le 26/07/2016)

[32] Société Française d'Alcoologie. Batel P. Perception des dommages de l'alcool en population générale. 2014. [En ligne].

Disponible sur <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2014mars-Batel.pdf>.

[33] Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. Evolutions, Inpes. 2015 Avr;(32):6p

[34] Bruneton J. Cannabaceae. In: Plantes toxiques. Paris: Lavoisier;1996;211-4.

[35] Jaury P. Cannabis. EMC (Elsevier SAS, Paris). Traité de Médecine Akos, 7-0997; 2006.

[36] Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2016; 13(2):1-14 [Article 37-216-G-40]

[37] Montgomery C, Seddon AL, Fisk JE, Murphy PN, Jansari A. Cannabis-related deficits in real-world memory. Hum Psychopharm Clin. 2012;27:217-25.

[38] Pattij T, Wiskerke J, Schoelffermeer AN. Cannabinoid modulation of executive functions. Eur J Pharmacol. 2008;585:458-63.

[39] Gruber AJ, Pope Jr HG. Cannabis psychotic disorder, does it exist? Am J Addiction. 1994;3:72-83.

[40] Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of evidence. Brit J Psychiat. 2004;184:110-7.

[41] Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet. 1987;2:1483-5.

[42] Arseneault L, Cannon M, Poulton R. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. Brit Med J. 2002;325:1212-3.

[43] Van Os J, Bak M, Bijl RV. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002;156:319-27.

[44] Poutrain V. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. *Education et socialisation*. 2014;(36):1-11. [En ligne].
Disponible sur <https://edso.revues.org/951>. (Page consultée le 05/08/2016).

[45] Loi relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, 28 décembre 1967, n° 67-1176. [En ligne].
Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000880754

[46] Circulaire n°73 299 du 23 juillet 1973 (Circulaire Fontanet)

[47] Note de service n°81-502 du 17 décembre 1981 (Note Savary)

[48] Décret relatif aux relations du ministère chargé de l'éducation nationale avec les associations qui prolongent l'action de l'enseignement public, 6 novembre 1992, n° 92-1200. [En ligne].
Disponible sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000346094&categorieLien=i>
[d](#)

[49] Circulaire relative à l'Éducation à la sexualité et prévention du sida, 19 novembre 1998, n°98-234

[50] Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1), 4 juillet 2001, n° 2001-588. [En ligne].
Disponible sur
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=i>
[d](#).

[51] Circulaire relative à l'éducation sexuelle dans les écoles, les collèges et les lycées, 17 février 2003, n° 2003-027. [En ligne].
Disponible sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1837.pdf.

[52] Circulaire relative à l'Installation des distributeurs automatiques de préservatifs dans les lycées d'enseignement général et technologique et les lycées professionnels, 11 décembre 2006, n° 2006-204. [En ligne].
Disponible sur http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_464.pdf.

[53] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin Officiel n° 9 du 30 septembre 2010 : programme d'enseignement de SVT en classe de première de la série scientifique. [En ligne].
Disponible sur www.education.gouv.fr/cid53328/mene1019701a.html.

[54] Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin Officiel n° 9 du 30 septembre 2010, programme d'enseignement de SVT en classe de première des séries économique et sociale et littéraire. [en ligne].
Disponible sur www.education.gouv.fr/cid53323/mene1019645a.html.

[55] Institut National d'études démographiques. L'âge au premier rapport sexuel. [En ligne].
Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>.

[56] Ministère des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Inserm, anRS, INED. Dossier de presse. Premiers résultats de l'enquête CSF « contexte de la sexualité en France ». 2007 Mar 13. [En ligne].

Disponible sur http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_CSF_-_1er_resultats.pdf.

[57] Samkange-Zeeb F, Spallek L, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. BMC Public Health. 2011;(11):727.

[58] Grondin C, Duron S, Robon F, Verret C, Imbert P. Connaissance et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Arch Fr Pediatr. 2013 Mai 12;20:845-852

[59] Behaghel A. Sexualité et risque d'infections sexuellement transmissibles : le point de vue des adolescents. Enquête auprès des adolescents de Seine Saint-Denis et de Paris. [Thèse de Doctorat, Médecine, Médecine générale]. Paris: Université René Descartes, Faculté de Médecine; 2011

[60] Santé Publique France. Institut de Veille Sanitaire. Infection par le VIH/Sida et les IST. Point épidémiologique du 23 novembre 2015. [En ligne].

Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>.

[61] Santé Publique France. Institut de Veille Sanitaire. Infections sexuellement transmissibles. Bulletin des réseaux de surveillance, données au 31 décembre 2014. [En ligne].

Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>.

[62] Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes;2007. p329-353

[63] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du droit des Femmes. IVG, un droit garanti par la loi. [En ligne].

Disponible sur <http://ivg.social-sante.gouv.fr/un-droit-garanti-par-la-loi.html>.

[64] Santé Publique France. INPES. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes : Analyse du Baromètre Santé 2010. Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans. p145-154. [En ligne].

Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/baro-jeunes.pdf>

[65] Féron V, Beltzer N, Vincelet C, Sauvage C. Contraception, IVG et IST chez les Franciliennes. In Exploitation par l'Observatoire Régional de Santé île de France du Baromètre Santé 2010 (Inpes). [En ligne].

Disponible sur <http://www.ors-idf.org/index.php/fr/publications/69-prevention/sexualite-et-contraception/336-contraception-ivg-et-ist-chez-les-franciliennes-exploitation-par-l-observatoire-regional-de-sante-ile-de-france-du-barometre-sante-2010-inpes-2>.

- [66] INED (Institut National d'Etudes Démographiques). Tout savoir sur la population, chiffres, France, avortements. [En ligne].
Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
- [67] Ménard C, Guignard R. Santé et consommation de soins des 15-30 ans. In : Beck F., Richard J.-B., dir. Les Comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013. p. 174-197
- [68] Choquet M, Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Paris: Inserm; 1998.
- [69] Choquet M, Ledoux S, Menke H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In Les adolescents et leur Santé. Vanves : CNTERHI; 1990 :121-135.
- [70] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, coord. L'Etat de la santé de la population en France. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. Paris : Drees, 2011 : p 113
- [71] Choquet M, Ledoux S, Menke H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In : Les adolescents et leur Santé. Vanves : CNTERHI, 1990 :121-135.
- [72] Code pénal, article 226-13. [En ligne].
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417944&dateTexte&categorieLien=cid>
- [73] Code de la Santé Publique, article L 1110-4. [En ligne].
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031929082&dateTexte=&categorieLien=id>
- [74] Code de la déontologie médicale, article 4. [En ligne].
Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [75] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate. [En ligne].
Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
- [76] Code de la Santé Publique, article L.1111-5. [En ligne].
Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769>
- [77] Hoerni B. Ethique et déontologie médicale. 2nd ed. Paris: Abrégés Masson; 2000
- [78] Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 2005;55:1073-7
- [79] Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Med Suisse. 2008;4:1456-8.

[80] De Tournemire R. L'adolescent en consultation. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pédiatrie, 4-001-C-15, 2010.

[81] Arenes J, Guilbert P, Baudier F. Baromètre santé médecins généralistes 1998-1999. Paris: CFES, CNAMTS, ministère de l'emploi et de la solidarité, mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, Haut Comité de la Santé publique; 2000.

[82] Institut National de Statistiques et d'Etudes Economiques. Pyramide des âges au 1^{er} janvier 2015, France métropolitaine. [En ligne].

Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/irsocsd2014/dd/pyramide/pyramide.htm>. (Page consultée le 15/09/2016)

[83] Ministère de l'éducation nationale, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, dir. Moisan C. Filles et garçons sur le chemin de l'égalité de l'école à l'enseignement supérieur. Paris: Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance; 2014. [En ligne].

Disponible sur : http://cache.media.enseignementsuprecherche.gouv.fr/file/2014/80/2/FetG_2014_407802.pdf (Page consultée le 15/09/2016)

[84] Vincelet C, Drouglazet V, Gautier H, Cheruel F. Le tabagisme en Île-de-France : focus sur les jeunes. Bulletin de santé n°23. Observatoire régional de Santé Île-de-France. 2016 Mai. [En ligne]

Disponible sur http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/2016_Bulletin_de_sante_Tabac_ORS.pdf. (Page consultée le 15/09/2016.)

[85] Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. [Thèse de Doctorat, Médecine, Médecine générale]. Paris: Université René Descartes, Faculté de Médecine Necker-Enfants Malades; 2004.

[86] Boulestreau-Grasset H. Le Point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. [Thèse de Doctorat, Médecine, Médecine générale]. Nantes: Université de Nantes, Faculté de Médecine; 2009

[87] Mortain-Gouessant V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines. [Thèse de Doctorat, Médecine, Médecine générale]. Versailles: Université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines, UFR des sciences de la santé Simone Veil; 2013

Annexes

Annexe 1

« Lettre au Proviseur »

Madame, Monsieur le Principal

Je m'appelle Anne-Sophie BARD et je suis actuellement interne en 11^e année de médecine. Je prépare ma thèse pour obtenir mon diplôme de docteur.

Celle-ci porte sur la perception que les adolescents ont de leur médecin traitant et en quoi cela influe-t-il sur la prévention en matière de conduites addictives et de sexualité.

Le but de mon travail est de mieux comprendre les adolescents, leurs attentes envers leur médecin concernant ces sujets délicats afin de pouvoir adapter les consultations.

Pour ceci, j'aurais aimé pouvoir inclure des élèves de votre établissement (ce qui me permettrait de m'adresser à tout type d'adolescents, même ceux qui n'auraient pas de médecin traitant) par l'intermédiaire de votre professeur.

Il remettrait un questionnaire anonyme à ses élèves qui le lui rendraient sous enveloppe cachetée pour préserver l'anonymat.

Je me permets donc de vous demander votre autorisation en vous joignant le questionnaire anonyme que je destine à vos élèves.

Merci par avance de l'attention bienveillante que vous porterez à ma demande en espérant que vous donnerez votre accord.

Bien cordialement

Anne-Sophie BARD

Annexe 2

Le questionnaire

Je m'appelle Anne-Sophie BARD, je termine mes études pour devenir médecin généraliste.

Pour cela, je réalise un travail consistant à comprendre la perception que les adolescents (vous) ont de leur médecin généraliste et ce qu'ils en attendent, en particulier par rapport aux sujets du tabac, du cannabis, de l'alcool, de la sexualité et des maladies sexuellement transmissibles.

Le but de mon travail est de mieux vous comprendre pour que nous (les médecins) sachions mieux répondre à vos attentes.

*Ce questionnaire est **totale**ment anonyme et aucune autre personne que moi-même n'aura accès à vos réponses. Vous pouvez donc le remplir en toute franchise.*

Une fois rempli, mettez-le dans l'enveloppe et fermez l'enveloppe puis remettez-la à votre professeur.

Merci de votre aide.

Si vous avez des questions ou des remarques, vous pouvez m'envoyer un mail à annesobard@gmail.com

Sexe Fille Garçon

Âge

Vous êtes au : Collège Lycée

A. Concernant votre médecin :

1. Avez-vous un médecin généraliste ?
 Oui Non
2. Si oui, est-ce le même que celui de vos parents ?
 Oui Non
3. Votre médecin est :
 Un homme Une femme
4. Vous connaît-il depuis l'enfance ?
 Oui Non
 - a. Si oui, cela vous dérange-t-il pour aborder certains sujets ?
 Oui Non
5. Combien de fois par an voyez-vous votre médecin ?
6. Lors de la consultation, un de vos parents est-il présent ?
 Oui Non
 - a. Si oui, cela vous pose-t-il problème ?
 Oui Non
 - b. Vous préféreriez que votre médecin les fasse sortir
 Oui Non
7. Savez-vous que votre médecin est soumis au secret médical même envers vos parents ?
 Oui Non

B. Concernant le tabac, le cannabis et l'alcool :

8. Fumez-vous régulièrement ?
 Oui Non
 - a. Si oui, combien de cigarettes par jour ?
 - b. à quel âge avez-vous fumé pour la première fois ?
9. Avez-vous déjà consommé du cannabis ?
 Oui Non
 - a. Si oui, fumez-vous régulièrement ?
 Oui Non
 - b. Combien de joints par semaine ?
10. Consommez-vous de l'alcool régulièrement (> 1 fois par semaine ?)
 Oui Non
 - a. Dans quelles circonstances :
 en soirée seul en famille
 - b. Quel type d'alcool :
 vin alcools forts (vodka, whisky, gin, rhum...) bière
 - c. Il vous est déjà arrivé :
 d'être ivre de ne plus vous souvenir
 d'être emmené aux urgences de ne plus savoir où vous étiez
 de regretter d'avoir bu d'être somnolent
11. Avez-vous déjà abordé de vous-même ces thèmes avec votre médecin généraliste ?
 Oui Non

23. En discuter avec lui, ce serait :
- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> difficile | <input type="checkbox"/> gênant | <input type="checkbox"/> inutile |
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> intéressant | <input type="checkbox"/> impossible |
| <input type="checkbox"/> inapproprié | <input type="checkbox"/> nécessaire | <input type="checkbox"/> honteux |
24. Vous préféreriez que votre médecin prenne l'initiative ?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
25. Selon vous, ce serait plus facile si ce n'était pas le médecin de famille ?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
26. Selon, vous, ce serait plus facile s'il ne vous connaissait pas depuis l'enfance ?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
27. Si vous pouviez choisir, vous préféreriez changer de médecin généraliste ?
- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|
28. Selon vous, votre médecin :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Va vous juger | <input type="checkbox"/> Est trop vieux |
| <input type="checkbox"/> Va vous faire la morale | <input type="checkbox"/> Peut vous aider |
| <input type="checkbox"/> Peut vous comprendre | <input type="checkbox"/> Ne peut vous comprendre |
29. Le fait que votre médecin soit du sexe opposé
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Facilite les choses | <input type="checkbox"/> Complique les chose |
| <input type="checkbox"/> Ne change rien | <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas |
30. **Quelques questions uniquement pour les filles :**
- Prenez-vous la pilule ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - Avez-vous déjà eu recours à la pilule du lendemain ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - A cette occasion, avez-vous consulté votre médecin généraliste ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - Avez-vous déjà réalisé une IVG (avortement) ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - A cette occasion, avez-vous consulté votre médecin généraliste ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - Selon vous, votre médecin :

<input type="checkbox"/> Va vous juger	<input type="checkbox"/> Est trop vieux
<input type="checkbox"/> Va vous faire la morale	<input type="checkbox"/> Peut vous aider
<input type="checkbox"/> Peut vous comprendre	<input type="checkbox"/> Ne peut vous comprendre
 - Pensez-vous que votre médecin soit un bon interlocuteur pour ces sujets ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

 - Avez-vous déjà consulté un gynécologue ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------
 - Pensez-vous qu'il soit un meilleur interlocuteur ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
------------------------------	------------------------------

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

Annexe 3

La Circulaire Fontanet

CIRCULAIRE N°73 299 DU 23 JUILLET 1973

Circulaire Fontanet

aux recteurs, aux inspecteurs d'Académie, aux chefs d'établissement, aux inspecteurs départementaux de l'éducation nationale

Objet : Information et éducation sexuelles

Il a longtemps été admis que les éducateurs devaient tenir les enfants à l'écart des problèmes de l'âge adulte, et plus spécialement à l'égard de ceux qui concernent la sexualité. Mais les fables racontées aux plus petits et le silence opposé aux plus grands paraissent aujourd'hui chargés d'inconvénients très lourds, du double point de vue de l'évolution psychologique et de la relation de l'adolescent à l'adulte. Ils sont devenus inacceptables du fait de la civilisation ambiante, de l'évolution des modes de vie, du recrutement mixte des établissements. La nécessité s'impose donc de substituer à une formule dépassée d'éducation protectrice une formule nouvelle, reposant d'une part, sur la maîtrise de l'information et d'autre part, sur l'éveil de la responsabilité. C'est dans cette double perspective que l'école en association avec les familles, peut contribuer à prémunir les jeunes contre les dangers de l'ignorance et à les aider à accéder à un comportement responsable.

I. L'information

A cet égard l'école qui a dans ses fonctions essentielles la transmission du savoir, a une responsabilité particulière. L'information donnée en classe se différencie de l'information parcellaire diffusée - dans l'environnement de l'élève en ce qu'elle sera scientifique et progressive. Elle viendra s'insérer normalement et tout naturellement dans les programmes de biologie : d'abord simple sensibilisation aux problèmes des commencements de la vie, puis reconnaissance du vivant et discernement des différentes fonctions vitales, enfin, étude du corps humain et de son fonctionnement. Elle sera adaptée aux possibilités de compréhension et au degré de culture scientifique des élèves et sera accompagnée des notions nécessaires d'hygiène et de puériculture. Le temps consacré à l'étude de la reproduction ne devra pas être disproportionné par rapport à celui accordé à l'étude des autres fonctions vitales. Au niveau de l'enseignement élémentaire, cette information trouvera sa place dans le cadre des activités d'éveil pour lesquelles des instructions sont actuellement en préparation. Il sera parlé aux enfants de la transmission de la vie lorsque leur curiosité paraîtra éveillée sur ce point. Le maître donnera à leurs questions des réponses exactes, franches et adaptées à leur niveau de développement. Dans l'enseignement du second degré l'information sera donnée par application des programmes et instructions concernant la biologie, ainsi que la préparation à la vie familiale et sociale. Dans l'immédiat les professeurs utiliseront pleinement les possibilités que leur offrent les programmes dans leur rédaction actuelle. En conséquence :

a) Au niveau des classes de sixième et cinquième : « la reconnaissance du vivant » impliquant la mise en évidence trois groupes de fonctions : nutrition, relation et reproduction. Ils veilleront à ne pas négliger cette dernière fonction. Ils incluront en classe de sixième un thème cohérent et progressif relatif à la reproduction des vertébrés et plus particulièrement des mammifères y compris l'homme, rassemblant ainsi les notions déjà enseignées concernant la procréation à caractère sexuel, gamètes fécondation, oviparité, viviparité (placenta, lactation). Ils réaliseront, à la fin de la classe de cinquième, une synthèse sur les problèmes de la procréation et de la transmission de la vie dans le monde vivant, sans négliger l'espèce humaine. Cette synthèse montrera l'unité des problèmes de la procréation et préparera les élèves aux études ultérieures plus approfondies. Dans les classes de type III, le professeur, répondant à la demande des élèves, intégrera l'information sexuelle parmi les centres d'intérêt choisis, au moment où le besoin s'en fera sentir, et sollicitera dans toute la mesure du possible, le concours des professeurs de biologie pour les questions qui relèvent plus spécialement de leurs compétences. Pour appliquer ces instructions, les maîtres voudront bien attendre la publication, dans les prochains mois, d'un fascicule destiné à leur apporter une aide pédagogique en indiquant les notions à acquérir à chaque niveau, et en donnant des conseils quant à la continuité à observer dans la découverte du monde vivant et à la progression à suivre.

b) Pour l'année 1973-1974, aucune nouveauté ne sera introduite dans les programmes de quatrième et de troisième. Les révisions de programmes actuellement prévues permettront ultérieurement de poursuivre l'information dans ces classes par l'étude du corps humain dans tous les aspects de son fonctionnement.

c) Au niveau du second cycle : en classe de première A et B l'analyse des problèmes de la fécondation doit se prolonger par celle des cycles ovarien et hormonal chez la femme. En classe de terminale D, le titre « les cycles sexuels des mammifères » permet, depuis plus de six ans, un enseignement de physiologie sexuelle de haut niveau. Dans les enseignements technologiques, en ce qui concerne les CET, l'information sexuelle est intégrée dans le programme d'économie familiale et sociale. Dans les préparations au baccalauréat de technicien et au brevet de technicien, on utilisera les ressources d'un programme de préparation à la vie familiale et sociale dont la valeur et l'efficacité ont déjà été éprouvées. Ces possibilités devront être pleinement utilisées. Leurs lacunes seront comblées dans le cadre de la réforme du second cycle en cours d'élaboration.

II. L'éducation sexuelle et l'éveil de la responsabilité dans ce domaine

Dans une période d'évolution des mœurs et de remise en cause de nombreuses notions traditionnelles, un consensus est difficile à établir. En même temps, le besoin et la recherche de valeurs nouvelles sont vifs, et la demande d'éducation est très forte à l'école. La solution du problème ainsi posée semble être dans la préparation de l'élève à une conduite librement assumée et à l'exercice de sa responsabilité. Informé de la réalité l'élève sera amené à percevoir ce qui dépend de lui seul, c'est-à-dire le choix de son comportement. L'Éducation appliquée aux problèmes concernant la sexualité aura donc pour objet de permettre aux adolescents de réfléchir sur le sujet ; de parvenir à des choix raisonnés dans leur conception de la vie personnelle, de la relation à autrui, et d'institutions comme celles du mariage et de la famille ; de prendre conscience des conséquences de leurs actes vis-à-vis d'eux-mêmes vis-à-vis d'autrui, vis-à-vis de la société ; d'arriver par là à une meilleure intelligence des problèmes humains et sociaux qu'ils ne manqueront pas de rencontrer et d'avoir à leur égard une attitude, plus compréhensive et plus responsables. Il y aura lieu également de faire reconnaître que les choix concernant les comportements ont une correspondance dans l'ordre et impliquent des conceptions morales différentes.

Mais pour considérer ces conceptions, l'école ne peut se placer sur un autre plan que celui de la connaissance, et du respect des diverses formes de pensées. En aucun cas, elle n'a le droit de peser sur les consciences. C'est pourquoi, en matière d'éducation sexuelle, un rôle essentiel doit revenir aux familles. Or, l'expérience démontre que, si certains parents préparent remarquablement leurs enfants à se comporter en personnes responsables, d'autres au contraire, les plus nombreux, sans doute, rencontrent de graves difficultés de communication ou d'expression pour bien traiter avec leurs enfants des sujets relatifs à la sexualité. Une forte proportion d'adolescents se trouvent ainsi en relations très libres avec des camarades de l'autre sexe sans être suffisamment avertis et informés.

C'est exclusivement dans le but d'aider les parents dans leur tâche éducative que les établissements pourront intervenir dans ce domaine. Le chef d'établissement fera savoir aux familles que, sur leur demande ou sur celle des élèves du deuxième cycle, des réunions ayant pour objet l'éducation sexuelle pourront être organisées sous son autorité en dehors de l'emploi du temps obligatoire. Il prendra soin à ce sujet, d'informer le conseil d'administration, d'en recueillir l'avis, et d'établir avec les parents des élèves les contacts les plus larges, sans se limiter aux représentants élus. La consultation des familles ne portera pas uniquement sur le principe de l'institution d'une éducation sexuelle, mais concernera le choix des personnes à qui pourrait être confiée la responsabilité de cette éducation et les thèmes que ces personnes se proposeraient d'aborder. Les réunions seront organisées en répartissant les élèves de façon souple, selon leur niveau d'âge et de maturité. Les dates et heures de ces réunions devront être obligatoirement portées à la connaissance des parents. Les élèves du premier cycle ne seront admis que sur autorisation écrite de leurs parents. Ceux du second cycle seront admis sur leur demande, sauf opposition de leurs parents notifiée par écrit au chef d'établissement. En se fondant sur l'expérience déjà acquise en la matière, on peut penser qu'il conviendrait de s'adresser, pour l'action éducative non à des personnes isolées mais à des équipes dont les membres, à des titres divers, auraient eu à connaître des problèmes vécus par les adolescents : éducateurs, médecins, psychologues, assistantes sociales, représentants des mouvements spécialisés, représentants des parents ou d'associations familiales ... ayant tous reçus une formation spécialisée. Il appartiendra au chef d'établissement de prendre toutes assurances sur la qualification des personnes qui seront sollicitées ou proposeraient leur concours. Il est recommandé d'entrer en liaison avec les services départementaux de l'Action sanitaire et sociale qui peuvent apporter une aide efficace en personnel et en documents. Eventuellement, il pourra être fait appel simultanément à plusieurs équipes, au cas où le choix des parents d'élèves, en fonction de leurs convictions philosophiques ou morales différentes conduirait en matière d'éducation, à des conceptions divergentes, rendant nécessaire une formule pluraliste. La première démarche de ces équipes sera une prise de contact avec les parents des élèves concernés qui aura essentiellement pour objet de les informer de la façon dont seront conçues les séances éducatives et de créer à ce propos un dialogue avec eux.

III. Il faut, certes, prévoir que l'information au sujet de la transmission de la vie amène les élèves à formuler des interrogations allant au-delà des notions anatomiques ou biologiques de la procréation humaine, et portant sur des questions personnelles, sociales, morales, liées aux divers aspects de la sexualité. Quelle devra être alors l'attitude de l'enseignant ?

S'il n'est pas dans son rôle de provoquer systématiquement de telles interrogations, il devra, dès lors qu'elles surgiront, y répondre avec franchise et simplicité mais aussi avec tact et prudence. Il aura à tenir compte de l'âge des élèves et prendre soin de demeurer dans les limites que lui trace le respect de leur personnalité naissante et de la pluralité des convictions. Sur le fond, il devra faire apparaître la complexité des problèmes en cause et montrer qu'il n'existe pas, à leur sujet, de solution scientifique, mais des réponses diverses selon les valeurs prises en référence. Leur ayant fait apercevoir ces divers aspects des problèmes posés à fin d'élargir leur compréhension et de les préparer à des choix réfléchis, il ne devra pas manquer de rappeler aux élèves que c'est d'abord auprès de leurs parents qu'ils doivent chercher les conseils les plus personnalisés et les plus adaptés. Il pourra aussi, à cette occasion, évoquer le rôle des séances éducatives éventuellement organisées à l'école, en dehors des heures de cours, dans les conditions précisées ci-dessus. Non seulement les professeurs de biologie et les professeurs d'économie familiale et sociale, mais aussi ceux des diverses disciplines qui, au cours de leur enseignement, seraient confrontés à des questions de leurs élèves relatives aux problèmes touchant à la sexualité auront à tenir le plus grand compte de ces recommandations.

Le ministre de l'éducation nationale
Joseph FONTANET.

Influence de la perception du médecin généraliste par les adolescents sur les opportunités de dialogue autour des conduites addictives et de la sexualité.

Résumé

Contexte : Récemment, on observe une recrudescence des conduites à risque (tabac, cannabis, infections sexuellement transmissibles) à l'adolescence, période clé pour la prévention des conduites addictives et des comportements sexuels à risque. Le médecin généraliste (MG) est l'interlocuteur privilégié des adolescents. La perception que l'adolescent a de lui modifie-t-elle les opportunités de dialogue autour de ces sujets ?

Méthodes : On a mené une étude transversale prospective multicentrique auprès de 421 adolescents âgés de 11 à 19 ans scolarisés dans 4 établissements franciliens. On a étudié leurs ressentis et leurs attentes grâce à un questionnaire

Résultats : Les adolescents consultent accompagnés dans 78% des cas, ce qui gêne 30% des plus de 16 ans. Ils sont 96% à n'avoir jamais discuté des conduites addictives avec leur MG, 40% souhaitent que leur MG prenne l'initiative et 26% (42% des consommateurs (C+), $p < 0,05$) craignent qu'il révèle des informations. Evoquer ces sujets avec leur MG est normal pour 40% et gênant pour 34%, 71% pensent qu'il peut les aider ou les comprendre et 31% (50% des C+, $p < 0,05$) qu'il va les juger ou leur faire la morale. Ils sont 93% à n'avoir jamais parlé de sexualité avec leur MG et 35% souhaitent qu'il prenne l'initiative, 55% trouvent cela gênant et 30% normal, 67% pensent que le MG peut les comprendre ou les aider et 21% craignent d'être jugés ou que le MG leur fasse la morale.

Conclusion : L'abord de ces sujets est rare et nécessite plus d'implication du MG et une adaptation des consultations. La confiance et la confidentialité nécessitent la verbalisation de la confidentialité et de la neutralité. Une formation des MG semble nécessaire.

Mots clés : adolescent, relation médecin-patient, addictions, sexualité, prévention

ENGLISH

Influence of general practitioner perception by teenagers on the dialogue's opportunities about addictive and sexual behaviours.

Abstract

Background : Lately, we observe a new increase of hazardous behaviours (smoking, cannabis, sexually transmitted diseases) at adolescence which is a very essential time about addictive and risky sexual behaviours prevention. The general practitioner (GP) is the chosen intermediary of teenagers. Does the perception they have about him modify the dialogue's opportunities about these themes ?

Methods : We conducted a prospective multicentric study on 421 teenagers between 11 and 19. They came from 4 high school and colleges in Paris suburbs. We analysed their feelings and their hopes through a multiple-choice questionnaire.

Results : Teenagers consult with a parent for 78% of them which is embarrassing for 30% of those who are more than 16. They are 96% who never have spoken about addictive behaviours with their GP, 40% want their GP to take the initiative and 26% (42% of addictive substances users (ASU)) fear that he reveals informations. Mentioning these topics with their GP is normal for 40% and annoying for 34%, 71% think he can either understand or help them and 31% (50% of ASU, $p < 0,05$) believe he will either judge them or tell them off. They are 93% who never have spoken about sexuality with their GP and 35% wish he takes the initiative, 55% consider it is embarrassing and 30% normal, 67% think the GP can either understand or help them and 21% fear GP either judge them or tell them off.

Conclusion : Talking about these themes is rare for teenagers. The GP has to increase his involvement and to adapt his consults. Trust and secret require verbalization of privacy and neutrality. Training program for GPs seems to be necessary.

Keywords : teenager, patient-physician relationship, addiction, sexuality, prevention

**Université Paris Descartes
Faculté de médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de médecine
75270 Paris Cedex 06**