



HAL
open science

Le médecin généraliste et la prévention des comportements sexuels à risque chez les jeunes

Préscillia Ikouebe

► **To cite this version:**

Préscillia Ikouebe. Le médecin généraliste et la prévention des comportements sexuels à risque chez les jeunes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01762527

HAL Id: dumas-01762527

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01762527>

Submitted on 27 Apr 2018

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2017

N° 2017-20

THÈSE

Pour le DOCTORAT en MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par Préscillia IKOUEBE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 Mars 2017

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LA PRÉVENTION DES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE CHEZ LES JEUNES

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Monsieur le Docteur Sami ATTIER

REMERCIEMENTS

- Aux Professeurs membres du jury, d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
- Au Docteur Attier, pour son accompagnement tout le long de la rédaction de ma thèse.
- À Julien, pour m'avoir supporté tout le long de mon Internat de médecine. Je te remercie pour ton écoute, et pour tous les moments où tu as su me motiver. Ta présence quotidienne à mes côtés a embelli ma vie.
- À mes parents, pour m'avoir encouragé tout le long de mes études. Je vous remercie pour l'éducation que vous m'avez donnée et les valeurs que vous m'avez transmises. Je ne serais pas la femme que je suis sans vous.
- À ma sœur Flora, pour sa relecture et ses précieux conseils. Malgré les kilomètres qui nous séparent et une vie professionnelle prenante en Allemagne, tu as toujours été présente.
- À ma sœur Raïssa, merci pour la confiance que tu me portes. Nos discussions m'ont beaucoup aidé lors des moments de doute.
- À mon frère Cédric, pour son soutien permanent. Ta sérénité m'a beaucoup apporté lorsque j'avais besoin d'être apaisée après des heures de travail intense.
- À mon neveu Emery et ma nièce Maelys pour vos sourires et nos moments de complicité. Merci pour l'amour que vous me portez. J'espère que mes études de médecine susciteront en vous une vocation.
- À Marie, Kristel et Élodie, pour votre amitié sans faille depuis toutes ces années. Merci d'être tout simplement là.
- Aux médecins généralistes pour m'avoir accueilli dans leurs cabinets et aux jeunes pour avoir répondu aux questionnaires.
- À tous les autres...

TABLES DES MATIÈRES

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTES DES ABREVIATION

1. INTRODUCTION.....	11
2. CONDUITES SEXUELLES DES JEUNES ET GESTION DU RISQUE DE GROSSESSE ET IST.....	12
<u>2.1 Contexte sociologique et historique de la sexualité des jeunes.....</u>	12
<u>2.2 Usage de la contraception chez la femme jeune.....</u>	16
<u>2.3 Utilisation du préservatif.....</u>	17
<u>2.4 Entrée dans la vie sexuelle.....</u>	18
<u>2.5 Évolution des représentations de la sexualité.....</u>	19
3. LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE.....	20
<u>3.1 Caractéristiques des comportements sexuels à risque.....</u>	20
<u>3.2 Une prédisposition neurobiologique aux conduites à risque chez les jeunes.....</u>	21
<u>3.3 Les facteurs déterminant les comportements sexuels à risque.....</u>	22
<u>3.4 Les conséquences sur la santé.....</u>	23
3.4.1 Une majoration des infections sexuellement transmissibles.....	23
3.4.2 Une surexposition aux Interventions volontaires de grossesse.....	26
4. LES ACTEURS DE PRÉVENTION DES CONDUITES SEXUELLE À RISQUE.....	27
<u>4.1 L'Éducation nationale.....</u>	27
4.1.1 Les différents objectifs pédagogiques.....	27
4.1.2 Les limites de la prévention de l'éducation sexuelle en milieu scolaire.....	28
<u>4.2 Le médecin généraliste.....</u>	28
4.2.1 Le statut du médecin généraliste.....	28
4.2.2 La prévention primaire et secondaire des comportements sexuels à risque.....	30
4.2.3 Les limites de la prévention par le médecin.....	32

5. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	33
<u>5.1 Objectif de l'étude.....</u>	33
<u>5.2 Matériels.....</u>	33
<u>5.3 Méthodes.....</u>	38
<u>5.4 Saisies et analyse des données.....</u>	39
6. RÉSULTATS.....	39
<u>6.1 Profil du jeune et activité sexuelle.....</u>	39
<u>6.2 Connaissance sur la santé sexuelle et risques associés.....</u>	42
<u>6.3 Source d'information sur la santé sexuelle.....</u>	47
<u>6.4 Condition de prévention des conduites sexuelles à risque par le médecin généraliste en consultation.....</u>	52
7. DISCUSSION.....	56
<u>7.1 Qualité et biais de l'étude.....</u>	56
7.1.1 Comparaison aux données épidémiologiques.....	56
7.1.2 Limites et biais.....	58
7.1.3 Qualité de l'étude.....	59
<u>7.2 Des lacunes dans les connaissances des facteurs de risque sexuel.....</u>	59
<u>7.3 Le risque de grossesse non désirée chez les jeunes.....</u>	60
<u>7.4 La place du médecin généraliste comme acteur de prévention des comportements sexuels à risque.....</u>	61
<u>7.5 Condition de mise en place d'un dialogue en consultation.....</u>	62
7.5.1 Profil du médecin.....	62
7.5.2 Initiative de la discussion.....	63
7.5.3 Contexte pour aborder la discussion.....	63
7.5.4 Contenu du discours médical.....	64
8. CONCLUSION.....	66

ANNEXE.....	68
Questionnaire destiné aux patients.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	72

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I. Réponse à la question 3 : Avez -vous déjà eu des rapports sexuels ?.....	41
Tableau II. Nombre de partenaires sexuels des jeunes depuis le début de l'activité sexuelle.....	42
Tableau III. Évaluation des connaissances sur les risques de transmission des IST selon les jeunes en fonction du sexe ?.....	43
Tableau IV. Réponse à la question 10 : une pénétration dans le vagin sans éjaculation peut-elle être à l'origine d'une grossesse ?	44
Tableau V. Réponse à la question 11 : une éjaculation externe à l'entrée du visage peut - elle être à l'origine d'une grossesse ?.....	44
Tableau VI. Réponse à la question 12 : une femme peut-elle être enceinte lors du premier rapport sexuel ?.....	45
Tableau VII. Réponse à la question 13 : Est-il possible de guérir du SIDA ?.....	45
Tableau VIII. Réponses à la question 14 : Une personne infectée par le virus du SIDA paraît-elle toujours malade ?.....	45
Tableau IX. Réponse à la question 15 : Avez – vous déjà eu un rapport sexuel dans les conditions à risque suivantes ?.....	46
Tableau X. Réponse à la question 23 : Si la réponse est « non » pourquoi ?.....	51
Tableau XI. Question 25 : Quel(s) contexte(s) vous paraît approprié pour aborder avec le médecin la notion de comportement sexuel à risque et les moyens de prévention ?.....	52
Tableau XII. Réponse à la question 28 : Quel est le profil du médecin généraliste idéal pour évoquer la sexualité et ses risques ? (Choix multiples possibles)	55
Tableau XIII : Méthodologie d'un dialogue sur les pratiques sexuelles à risque en consultation.	67

Listes des figures

Figure 1. Les grandes dates de la contraception et l'avortement en France.....	14
Figure 2. Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe...	24
Figure 3. Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle.....	25
Figure 4. Distribution des cas de syphilis récents par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle.....	26
Figure 5. Proportion des jeunes participant selon le sexe.....	39
Figure 6. Statut professionnel des jeunes.....	40
Figure 7. Réponse à la question 7 : Consultez-vous toujours le même médecin (médecin généraliste de référence) ou des médecins généralistes différents ?.....	41
Figure 8. Âge du premier rapport sexuel en fonction du sexe.....	42
Figure 9. Principales sources d'information des jeunes sur la sexualité.....	47
Figure 10. Réponse à la question 17 : À qui faites - vous le plus confiance en termes de diffusion d'information sur la sexualité ?.....	48
Figure 11. Réponse à la question 18 : Avec quel(s) parent(s) avez-vous abordé les risques en lien avec la sexualité ?.....	48
Figure 12 Évaluation de l'éducation sexuelle dispensée à l'école sur une échelle de 1 à 10 ?.....	49
Figure 13. Réponse à la question 20 : le médecin généraliste a - il déjà engagé avec vous une discussion autour des comportements sexuels à risque ?.....	49
Figure 14. Réponse à la question 21 : Lors d'une discussion autour de la sexualité avec votre médecin étiez - vous satisfaisant des renseignements donnés ?.....	50
Figure 15. Réponse à la question 22 : Si le contexte le permet accepteriez-vous que votre médecin vous interroge sur votre comportement sexuel ?.....	50
Figure 16 : Réponse à la question 24 : Les informations disponibles sur internet en matière de prévention des comportements sexuels peuvent-elles remplacer une discussion avec le médecin généraliste ?.....	51
Figure 17 Réponse à la question 26 : Qui doit être à l'initiative d'une discussion au sujet des comportements sexuels à risque ?.....	53

Figure 18. Réponse à la question 27 : Comment souhaitez - vous que votre médecin vous délivre des informations relatives à la prévention des conduites sexuelles à risque (choix multiples possibles)	54
Figure 19. Réponse à la question 29 : En termes de sexualité et ces risques, qu'attendez-vous de votre médecin généraliste ?.....	55
Figure 20 : Score de connaissance des jeunes sur le VIH de 1994 à 2010.....	59

LISTES DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence National d'Accréditation et Evaluation en santé

BDSP : Banque de données en santé publique

COCON : Enquête de cohorte sur la contraception

CSF : Contexte de la Sexualité en France

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRESS : Direction de la Recherche des Etudes et d'Evaluation Statistique

ENVEFF : Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

EPICE : Enquête sur la prévention des infections sexuellement transmissible (IST) et la contraception chez les étudiants-e-s

FECOND : Enquête sur la fécondité, la contraception et les dysfonctions sexuelles

FIDL : Fédération Indépendante et Démocratique Lycéenne

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSCP : Haut Conseil de la santé publique

IFOP : Institut français d'opinion publique

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPES : Institut national d'éducation et de prévention pour la santé

INVS : Institut National de veille sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

KABP : Knowledge Attitudes, Beliefs and Pratices

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Réaction en Chaîne par Polymérase

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TAAN : Test d'Amplification des Acides Nucléiques

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

1. INTRODUCTION

La notion de conduite sexuelle à risque fait référence aux comportements sexuels induisant une prise de risque pour la santé. Cette prise de risque peut être délibérée, consciente ou inconsciente plus particulièrement chez les jeunes de 15-25 ans. En effet, à partir de 15 ans, le jeune est en constante évolution. Il est exposé à des bouleversements physiques, psychiques et biologiques qui imposent une éducation et une prévention des conduites sexuelles. L'objectif de cette prévention vise à limiter tout comportement pouvant avoir une incidence néfaste sur la santé. La nature du risque fait référence aux rapports sexuels non protégés avec risque d'infections sexuellement transmissibles (IST), de grossesses non désirées et de rapports sexuels non consentis avec violence ou non.

Il existe actuellement une recrudescence des IST chez les jeunes en France. En effet, les enquêtes sont inquiétantes. Près d'un étudiant sur trois ne se protège pas d'après une étude de la Smerep (mutuelle de santé pour étudiant) réalisée en 2014.

Cette utilisation non systématique du préservatif est révélatrice de comportements sexuels à risque tout comme en témoigne la hausse des interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de moins de 25 ans. [1]. Ce manque de conscience des risques sexuelle est de plus en plus visible chez les jeunes et peut avoir un impact significatif sur la santé.

L'institut de veille sanitaire le confirme dans son dernier bulletin des réseaux de surveillance. Il existe une augmentation considérable de cas de syphilis, de gonococcies, mais aussi une élévation des demandes de dépistages et des diagnostics d'infections à chlamydia [2].

Il est donc urgent de renforcer les mesures de prévention des IST et d'éducation à la sexualité afin de limiter les conduites sexuelles à risque chez les jeunes. Plusieurs acteurs ont leur place, telle que les parents, et l'Éducation nationale.

En effet les parents interviennent dans le cadre éducatif, préventif et relationnel auprès de l'enfant. L'un de leurs rôles est de lui transmettre les valeurs nécessaires afin qu'il devienne un adulte responsable. Mais il n'est pas toujours aisé de parler de sexualité à un adolescent ou un jeune adulte sans avoir l'impression d'empiéter sur son jardin secret. L'éducation nationale tente elle aussi de s'investir sur le sujet, mais le bilan portant sur les cours d'éducation sexuelle dispensés en milieu scolaire reste mitigé. Les médias tels qu'Internet jouent également un rôle majeur. Cependant, qu'en est-il du médecin généraliste ?

Le rôle du médecin généraliste ne peut être réduit au dépistage, à la délivrance de pilule contraceptive et à la prise en charge thérapeutique des IST. Le médecin généraliste devrait introduire un dialogue autour de la sexualité et ses risques dans l'intérêt du patient.

Dans une société où la sexualité est omniprésente, avec notamment une recrudescence de site de rencontres, comment aborder la notion de conduite sexuelle à risque avec les jeunes en consultation ?

Il est évident que nous sommes face à un sujet sensible qui relève de l'intimité du patient et de sa sexualité. Aborder la notion de comportement sexuelle à risque avec un patient jeune en consultation est une démarche délicate qui peut faire face à de nombreux obstacles. Il est complexe d'aborder ce sujet auprès de mineurs sans autorisation parentale, d'où le choix d'exclure les mineurs de cette étude.

Dans quel contexte aborder ces questions en consultation de médecine générale ? Quelles sont les conditions favorables à une discussion autour de la sexualité en consultation selon les jeunes ? Quelles sont leurs attentes ? Sont-ils capables de définir les risques en matière de sexualité ?

Il serait intéressant de mettre en évidence, par le biais de cette étude, le profil du médecin idéal pour le jeune, qui lui permettrait de se confier aisément en cas de prise de risques.

L'analyse des attentes des jeunes et de leurs connaissances des risques sexuels nous permettra d'élaborer une stratégie de prévention adéquate et accessible par le médecin généraliste.

2. CONDUITES SEXUELLES DES JEUNES ET GESTION DES RISQUE DE GROSSESSE ET IST

2.1 Contexte sociologique et historique de la sexualité des jeunes.

La sexualité des jeunes de 15-25 ans a nettement évolué au cours de ces dernières années. Elle a été sous l'influence de nombreux événements historiques tels que le début de la mixité homme femme en milieu scolaire, la révolution sexuelle dans les années 70, la légalisation de la pilule contraceptive ainsi que l'arrivée du SIDA et du préservatif.

1950-1960

Le poids de l'Église était très présent et encourageait une chasteté. Les femmes découvraient la sexualité au cours du mariage et certains hommes à travers la prostitution. En ce qui concerne les garçons, les familles et l'entourage les encourageaient à avoir des expériences sexuelles avant le mariage. Le fait d'avoir un rapport sexuel trop tardif pour un garçon était ridicule, alors qu'une jeune fille qui arrivait « pure » au mariage était une fille bien [3]. Les expériences sexuelles multiples chez les garçons étaient approuvées tandis que chez les filles, les pressions religieuses et familiales restaient fortes.

La France de l'après-guerre symbolise le début de la mixité scolaire qui permet un contact rapproché entre les filles et les garçons. Cette mixité souhaitée par l'État permettait de lutter contre une supposée « démocratisation de l'homosexualité [3]. Pour ces jeunes garçons, cette proximité avec les filles en milieu scolaire était un phénomène inédit. Il était nécessaire de trouver un équilibre entre les rôles sociaux traditionnels qui les encourageaient à une sexualité plus active et virile et une éducation à la mixité.

Dans ce contexte de rapprochement entre les deux sexes, l'État a commencé à se focaliser sur l'éducation sexuelle des jeunes. Le rapport de Louis François (inspecteur général de l'Éducation nationale de 1947 à 1948) illustre bien le besoin pour l'État de fournir une éducation à la sexualité [4]. Ce projet s'effectue à travers un apprentissage des sciences de la reproduction et de l'anatomie, mais aussi par la transmission de valeurs morales. L'État français dans les années 1950 va d'ailleurs interdire toute promotion de la contraception et faire l'apologie d'une sexualité normative et reproductive. La notion de liberté sexuelle et de plaisir est plus visible chez les jeunes garçons, mais pour la jeune fille, la pression sociale reste toujours présente avec notamment la difficulté d'accès à la contraception.

En 1956, le mouvement pour « la maternité heureuse » voit le jour. Il revendique la contraception et le choix pour les femmes d'être mère ou pas [5]. Ce mouvement sera à l'origine d'autres associations telles que le mouvement français pour le planning familial.

1960-1970

En 1967, la loi Neuwirth [6] légalise la contraception et annule les dispositions relatives à la loi de 1920 qui réprimait la promotion et la diffusion de la contraception dans l'espace public. L'arrivée de la pilule contraceptive a eu un impact considérable sur la sexualité des jeunes filles. Libérées du stress engendré par le risque d'une grossesse non désirée, les femmes ont pu se focaliser sur « la

notion de plaisir » [7] et depuis, la maîtrise des grossesses a pu se mettre progressivement en place.

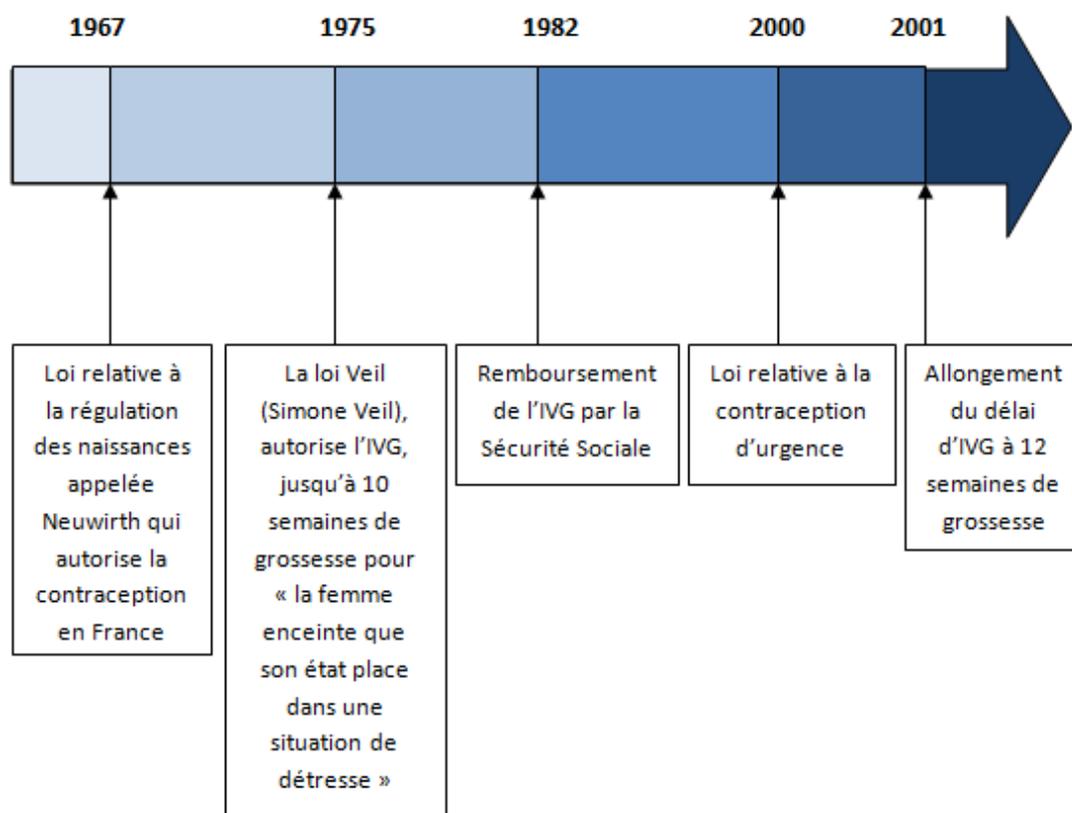


Figure 1 : Les grandes dates de la contraception et de l'avortement en France.

1970-1980

À la fin des années 60 et au début des années 70, la révolution sexuelle apparaît dans les pays occidentaux et se caractérise par des changements de comportements et des mœurs. Cette révolution se manifeste par une émancipation sexuelle de la femme en vue de réaffirmer une égalité entre les sexes. Des communautés libertaires vont jusqu'à expérimenter une promiscuité sexuelle et l'amour libre [8].

Désormais, la sexualité ne se limite plus à une activité procréatrice et conjugale. Cette prise de conscience a d'ailleurs eu une influence sur l'âge du premier rapport sexuel qui va chuter de cinq ans pour les filles et de six ans pour les garçons entre 1968 et 1981. À partir de cette période, 90 % des filles de 18 ans ne sont plus vierges. Aujourd'hui, l'âge du premier rapport sexuel se stabilise autour de 17,2 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles [9].

Cette évolution de l'âge du premier rapport sexuel est étroitement liée à l'évolution de la société. Jusqu'au milieu des années 60, la perte de la virginité et le mariage sont deux éléments indissociables. À ce jour, 70 % des femmes âgées de 60 à 69 ans et plus ont formé une famille avec leur premier partenaire sexuel. Ce taux chute de 20 % aujourd'hui [10]. L'influence du mariage sur le début de l'activité sexuelle des jeunes n'est plus aussi importante.

1980-1990

Les années 1981 marquent un tournant avec l'arrivée des premiers cas du SIDA.

Découverts en 1981 par des chercheurs français, les premiers cas de SIDA apparaissent entre 1981 et 1983. En juin 1983, les agences épidémiologiques à Atlanta déclarent que cinq patients homosexuels à Los Angeles souffrent d'une immunodépression compatible avec le virus isolé par les chercheurs français.

En France, le constat est identique et la communauté homosexuelle est particulièrement stigmatisée. La presse parle même de « peste rose ».

En 1984, le lien entre le sang et le sexe dans la transmission du VIH est parfaitement établi.

L'épidémie du SIDA est en plein essor, mais la société reste très silencieuse. Cette situation suscite des craintes au sein du corps médical. L'arrivée de Michèle Barrault, ministre de la Santé en 1986 a permis de mettre en place les premières mesures de prévention telles que l'autorisation de la publicité du préservatif, seul moyen de se protéger du SIDA.

En 1990, le préservatif est largement diffusé avec l'arrivée de campagnes de prévention massive. Ainsi la découverte de la sexualité des jeunes entre 1981 et 1995 s'est effectuée dans un contexte d'épidémie majeure du SIDA. Les modes de transmission de ce virus étaient désormais connus et les moyens de prévention plutôt bien assimilés.

Aujourd'hui, les idées fausses sur le SIDA restent toujours ancrées dans la jeunesse française.

Six enquêtes KABP ont été réalisées par téléphone entre 1992 et 2010, auprès de plus de 18 000 Français âgés de 18 à 54 ans. L'objectif étant de porter une analyse fine sur l'évolution des connaissances du VIH au cours d'une vingt dernières années. Le constat de ces études fait état de jeunes moins informés que leurs aînés.

En 1994, l'enquête KABP révélait des connaissances particulièrement bien acquises sur les modes de transmission du VIH chez les jeunes de 18 à 30 ans. La quasi-totalité des personnes interrogées savait que le VIH se transmettait lors des rapports sexuels sans préservatif ou lors de l'injection de drogues avec une seringue usagée. Une grande majorité des jeunes admettait qu'utiliser un préservatif restait un moyen efficace pour se protéger du VIH [11].

De nos jours, la protection contre le VIH est de moins en moins perçue chez les jeunes comme un enjeu de santé publique. L'efficacité du préservatif est de plus en plus remise en cause. En 2010, 58,8 % des personnes le considère vraiment efficace contre la transmission du virus contre 73,2 % en 1994 [12]. En 2010, 25 % des personnes interrogées pensent que le virus se transmet par des

piqûres de moustiques contre 14 % en 1994 [12]. En 2010, 58,8 % des personnes le considère vraiment efficace contre la transmission du virus contre 73,2 % en 1994 [12].

2.2 Usage de la contraception chez la femme jeune.

En France, la pilule contraceptive est largement utilisée par les femmes. En 2010, seuls 5 % des 15-19 ans et 5,6 % des 20-24 ans déclarent ne pas utiliser de moyen de contraception [13]. La contraception orale est plébiscitée par les femmes jeunes malgré la diversification des méthodes contraceptives telles que le stérilet, l'implant ou les dispositifs transdermiques. Néanmoins l'usage de la contraception s'appuie sur une idéologie prédéfinie par les jeunes.

En effet selon un rapport de l'IGAS, le préservatif est utilisé en premier temps au début de relations sexuelles et la pilule intervient dans un second temps, lorsque la relation de couple se stabilise [14]. D'autre part, l'usage du préservatif est le plus souvent couplé à la pilule chez les femmes âgées de 15 à 25 ans. Elles sont 12,7 % à utiliser la pilule et le préservatif. Ce chiffre chute à 4,7 % chez les plus de 25 ans [15]. Le couple préservatif - pilule peut être considéré comme un marqueur d'initiation à la sexualité des jeunes.

Cependant, la vie affective de ces femmes n'est pas linéaire. Entre 15 et 25 ans, l'activité sexuelle se caractérise par un caractère bref avec des rapports sexuels espacés dans le temps. En général, à cet âge, les rencontres amoureuses se multiplient et ne se stabilisent pas toujours dans la durée. Dans ce contexte, la pilule peut s'avérer être une méthode moins appropriée. Effectivement, un usage irrégulier de la pilule peu avoir un impact sur l'observance thérapeutique et engendrer un recours à la contraception d'urgence.

En effet, le recours à contraception d'urgence chez les femmes jeunes est en hausse et confirme des prises de risques. En 2010, 11 % des femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence. Cette utilisation est plus marquée chez les filles âgées de moins de 20 ans (une jeune fille sur cinq), et décroît rapidement pour concerner 11,1 % des 20-24 ans, 6,7 % des 25-29 ans et 2,0 % des femmes âgées de 30 à 49 ans [16].

Les principaux facteurs liés à l'échec des méthodes contraceptives regroupent un âge inférieur à 24 ans, un retard ou un oubli de pilule. Les cas de rupture ou glissement de préservatifs sont aussi ciblés [17]

Les représentations relatives à la contraception d'urgence montrent une persistance d'incompréhensions et un manque de connaissance sur les modalités d'utilisation. Des incertitudes collectives persistent sur les effets secondaires et sur l'idée qu'une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité [18].

L'enquête de l'INPES réalisée en 2007 montre que 5 % des jeunes connaissent les délais d'utilisation[17]. Une autre enquête réalisée par la sociologue Amsallem Yaelle en 2009 montre une confusion entre la contraception d'urgence et la pilule abortive (RU486) qui entretient le mésusage de la contraception d'urgence en cas de prise de risque[18].

Les facteurs prédisposant à un recours plus marqué à la contraception d'urgence chez les femmes de moins de 30 ans sont un premier rapport tardif, une situation financière perçue comme précaire, un niveau de diplôme plus élevé que le reste des jeunes femmes du même âge domiciliées en région parisienne [19].

2.3 Utilisation du préservatif.

Le préservatif reste largement utilisé par les jeunes lors du premier rapport sexuel, pour être ensuite délaissé lors des prochains rapports sexuels ou lorsque la relation avec le partenaire se prolonge.

Malheureusement, son usage est en baisse depuis ces dernières années. Parmi les jeunes qui déclarent avoir eu au moins un rapport sexuel ces 12 derniers mois (avec des partenaires réguliers ou irréguliers), 42 % indiquent ne pas avoir utilisé de préservatifs la dernière fois [20].

L'utilisation du préservatif n'est donc pas systématique. Elle est sous la dépendance de la perception du risque et du profil du partenaire. Les jeunes ne se sentent pas toujours concernés par les IST. Une enquête réalisée en 2009 auprès de 2000 étudiants rapporte que 68 % des femmes et 77 % des hommes se disent peu ou non inquiets quant au risque d'être contaminé par une IST [21]. On retrouve ce même constat concernant le risque de grossesse non désirée, « 61 % des femmes et 80 % des hommes ne trouvent aucun intérêt à l'usage du préservatif pour éviter une grossesse [21] ».

Cette baisse de l'utilisation du préservatif est aussi en lien avec les avancées en matière de thérapie dirigée contre le VIH. En effet, les traitements HAART ont montré une efficacité tellement forte qu'ils ont permis de réduire la morbidité de la maladie, mais aussi la perception du SIDA en le transformant en une maladie chronique non mortelle voire curable pour certains. Nous sommes loin des années 1980 où la représentation du sida était caractérisée par une forte image médiatique avec une visibilité du caractère létale de la maladie. L'impact des campagnes de prévention se retrouve à travers le taux d'utilisation du préservatif chez les hommes qui passe de 31,1 % en 1992 à 34,4 % en 1994, 36,5 % en 1998 [22]. En 2001, cette proportion d'hommes utilisant le préservatif est passée à 28,9 % [22].

L'analyse des représentations du VIH et des comportements à risque des jeunes nous permet d'appréhender l'usage du préservatif.

En effet, les jeunes évaluent la potentialité d'un partenaire à risque en fonction du statut social de ce partenaire et de son apparence [23]. Le préservatif est donc réservé aux partenaires qui leur paraissent « peu sérieux », et en qui ils ont le moins confiance. La classe sociale aurait un effet protecteur. Ainsi, le préservatif est réduit à un outil de protection individuel et non pour protéger le partenaire. Un jeune convaincu de ne pas avoir pris de risque ne se sentira pas dans l'obligation d'utiliser un préservatif. Cet usage du préservatif est particulièrement dangereux, car il n'intègre pas la notion de protection de l'autre partenaire.

D'autre part, l'abandon du préservatif (sans test de dépistage au préalable) est vécu comme une preuve de confiance et d'engagement. Investi dans une relation amoureuse, la fidélité est vécue comme une mesure de protection contre le VIH [23].

Le rejet du préservatif est particulièrement présent chez les jeunes issus de milieux défavorisés. Ces derniers sont le plus souvent moins informés sur le VIH. Leur représentation du préservatif s'appuie sur un imaginaire lié à l'homosexualité. Or ces jeunes sont très attachés à leur masculinité et au goût du risque [23].

La représentation du préservatif varie en fonction du sexe. Chez l'homme, son utilisation peut être à l'origine d'un sentiment de perte de virilité et de performance [24]. D'ailleurs, la baisse d'utilisation du préservatif est plus marquée chez les hommes qui sont 29 % à l'avoir utilisé en 2001 contre 37 % en 1998 [25]. Cette baisse est aussi visible dans la population féminine, mais reste moins significative.

Chez certaines femmes, le fait de proposer son utilisation est synonyme de mauvaise réputation [26]. Elles sont peu à prendre l'initiative d'apporter un préservatif lors du rapport sexuel et endurent aussi les pressions du partenaire sexuel vantant les mérites d'un rapport sexuel sans préservatif.

L'accessibilité et le coût du préservatif peuvent être un frein à son utilisation notamment chez les jeunes mineurs. Dans une enquête réalisée en 2013, les jeunes déclarent à 87 % (94 % pour les filles, 83 % pour les garçons) qu'il est indispensable pour eux d'avoir accès à des préservatifs gratuits ou à tarif abordable dans leur établissement [27]. En effet, les préservatifs sont accessibles gratuitement dans les centres de planning familial ainsi que dans les distributeurs placés dans les établissements scolaires.

2.4 Entrée dans la vie sexuelle

Contrairement aux idées préconçues, l'âge du premier rapport sexuel se stabilise depuis ces trente dernières années. En 2010, l'âge médian du premier rapport sexuel est de 17,4 pour les garçons et de 17,6 pour les filles [28]. On remarque un rapprochement de l'âge du premier rapport sexuel entre les hommes et les femmes, qui témoigne de l'évolution des mœurs. En effet, trois mois séparent

l'âge du premier rapport sexuel entre les hommes et les femmes dans les années 2000 [29]. En 1940, cet écart est estimé à 4 ans. De nos jours, le début de la vie sexuelle n'est plus conditionné par le mariage.

Chez les garçons, l'entrée dans la vie sexuelle n'est généralement pas sous l'influence d'une dimension affective ou amoureuse [29]. Elle est plutôt vécue comme une expérience, un apprentissage personnel qui ne correspond pas forcément au début d'une relation affective suivie. D'ailleurs, les garçons déclarent le plus souvent avoir des rapports sexuels avec des femmes plus âgées pour lesquelles ils n'avaient aucun sentiment amoureux.

Chez la fille, la sexualité prend une autre dimension. Elle correspond en général à un investissement affectif qui confirme l'entrée dans une relation amoureuse et non une simple expérience. La plupart des jeunes filles ont d'ailleurs eu leur premier rapport sexuel avec un partenaire plus âgé [29].

En outre, il existe une proportion des rapports sexuels précoces que l'on peut définir comme tout acte sexuel avant 15 ans. Selon la loi française, un mineur de moins de 15 ans ne peut consentir librement à un rapport sexuel ni exercer un choix d'une façon libre [30]. L'idée de se consentement soulève l'importance d'un degré de maturité psychosexuelle avant tout rapport, dans le but de favoriser l'épanouissement psychologique et physique des jeunes. Cependant, 26 % des jeunes de moins de 15 ans ont déjà eu des rapports sexuels plus particulièrement les filles [31].

Le premier rapport sexuel est généralement plus souhaité par l'homme que la femme. D'après une enquête conduite en Île de France en 2010, 92,3 % des Franciliens contre 84,3 % des Franciliennes déclarent que « ce premier rapport était quelque chose qu'il/elle souhaitait à ce moment-là » [32].

2.5 Évolution des représentations de la sexualité.

Les pratiques sexuelles des 15-25 ans ont nettement évolué. Elles sont marquées par une banalisation de procédés considérés autrefois comme des tabous sexuels. Une enquête récente met notamment en évidence une généralisation de la masturbation ainsi qu'un essor des pratiques sexuelles buccales et anales [33]. Dans cette étude, 73 % des 15-25 ans ont recours à la masturbation. Cette pratique reste plus courante chez les garçons (88 % chez les garçons contre 51 % chez les filles.).

D'autre part, on retrouve une ouverture à la bisexualité chez les filles. Même si ce phénomène reste limité, elles sont 18 % des moins de 25 ans à avoir été attirées sexuellement par une fille. Ce taux a doublé en 20 ans chez les 15-17 ans.

L'enquête révèle une majoration de la fréquentation des sites Internet à caractère pornographique. (66 % des garçons versus 35 % des filles).

Pour ces jeunes, les pratiques sexuelles mises en évidence à travers ces images peuvent être représentatives de la réalité de la sexualité. Cet accès facilité aux images à caractère pornographique n'est pas sans conséquence. Pour le pédopsychiatre Clerget Stéphane [34], « le contact précoce et répété à la sexualité des adultes à travers la pornographie est à l'origine de nouveaux comportements chez les jeunes caractérisés par l'absence de gradation ». Selon lui, les jeunes sont directement confrontés à des images qui illustrent une multiplicité des pratiques sexuelles. Ils ne prennent plus le temps de construire leur sexualité.

3. LES COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE.

3.1 Caractéristiques des comportements sexuels à risque.

Les comportements sexuels à risque regroupent tout comportement induisant un risque pour la santé de l'individu et son partenaire sexuel. En effet, la sexualité ne se limite pas au plaisir. Elle implique une notion de responsabilité et de prévention alors que le degré de maturité varie selon le profil des jeunes.

Lors de son entrée dans l'adolescence, le jeune apprivoise sa sexualité dans un contexte pouvant être dominé par une instabilité psychologique. Certains jeunes éprouvent un sentiment d'invulnérabilité qui altère leur jugement. Cette attitude peut les amener à relever des défis et peut engendrer une conduite sexuelle à risque.

On peut donc désigner comme comportement sexuel à risque :

- Les rapports sexuels non protégés. Le risque est en lien avec la transmission d'IST et une possible grossesse non prévue.
- Les rapports sexuels précoces (avant 15 ans). Ces jeunes dépourvus de maturité émotionnelle peuvent être exposés à des situations juridiques sensibles (rapports sexuels avec une personne majeure) et même aux grossesses à risque du fait de l'âge précoce.
- Les rapports sexuels avec partenaires multiples.
- Les rapports sexuels non souhaités ou forcés équivalent au niveau du droit français à un viol.
- Les rapports sexuels avec prise de toxique. L'utilisation de drogues récréatives peut induire des troubles de la vigilance et altérer le jugement. L'état d'ivresse peut rendre difficile un consentement indispensable à la pratique de l'acte sexuel. L'usage de drogue peut exposer les jeunes aux risques de violences sexuelles. L'utilisation de ces substances psychoactives majore le risque de transmission de maladies infectieuses telles que l'hépatite B, l'hépatite C et le VIH.

3.2 Une prédisposition neurobiologique aux conduites à risque chez les jeunes.

Le passage à l'âge adulte suggère une maturation importante de paramètres neurobiologiques qui influence la prise de décision.

Une étude dirigée par la psychologue COHEN Jessica [35] a observé des jeunes jouer aux cartes et leur a proposé deux stratégies. La première stratégie consistait à avoir une attitude de jeu contrôlée, peu risquée, mais peu avantageuse. La seconde stratégie reposait sur une stratégie hasardeuse du jeu, mais qui restait très gratifiante et lucrative. Les résultats nous montrent que les jeunes font le choix de la deuxième stratégie.

Le circuit cérébral relatif aux prises de décision regroupe une zone qui comprend le striatum, le cortex préfrontal ventriculaire. Ce système cérébral correspond à « un circuit de détection des erreurs de prédiction ». Ce circuit nous permet d'exposer les mécanismes neurobiologiques en jeu lors des prises de décision risquées. Cette étude nous révèle que le système de détection des erreurs de prédiction est plus sensible chez les adolescents que chez les adultes ou les enfants. Lorsqu'un jeune prend un risque comme un rapport sexuel non protégé, son cerveau fait une prédiction. Il sait qu'il prend un risque. S'il n'a pas d'incident à la suite de ce rapport non protégé tel qu'une grossesse ou une IST immédiate, son cerveau détecte une erreur de prédiction. Comme le circuit cérébral destiné à la détection de ces erreurs de prédiction est extrêmement sensible, il en résulte un plaisir intense. Cette hypersensibilité du circuit des erreurs de prédiction expose le jeune à un comportement répété de prises de risque.

Le cerveau des adolescents est en développement. L'amélioration des techniques d'imagerie cérébrale nous montre que la maturation du cerveau est complète entre 20-25 ans [36].

Le cortex préfrontal participant au contrôle de nos pulsions et de notre projection à l'avenir est immature avant 25 ans.

Or, sur le plan hormonal, le fonctionnement des ovaires et des testicules atteint son paroxysme vers 12 ans [37]. Les hormones agissent sur le cerveau émotionnel et contribuent au besoin d'affirmation de soi et du dépassement des limites des frontières familiales.

Ainsi, il existe un décalage entre la maturation hormonale qui expose le jeune au risque et la maturation incomplète du cerveau indispensable à une prise de décision qui reflète la conscience de ce risque. L'apport de ces études neurobiologiques confirme qu'il existe une prédisposition aux conduites à risque chez les jeunes.

3.3 Les facteurs déterminant les comportements sexuels à risque.

La prise de conscience du risque fluctue en fonction du degré de maturité, de l'environnement et de l'éducation. En effet, certains déterminants exercent une influence positive ou négative sur la sexualité et la santé des jeunes [38].

Ces déterminants font référence aux facteurs individuels tels que l'estime de soi, les compétences sociales, biologiques (patrimoine génétique). Aussi, on peut noter des facteurs environnementaux qui regroupent l'environnement immédiat (famille, école et soutien social) et l'environnement global (valeurs sociales, culturelles et économiques).

Les facteurs individuels

Le degré de connaissance en matière d'IST et leurs modes de transmissions peuvent permettre aux jeunes d'éviter une prise de risque. En revanche, certains développent une personnalité dans laquelle la recherche de sensation forte prend une énorme place dans plusieurs domaines de la vie (comportement sur la route, alcool et prise d'autre toxique...). Le domaine sexuel n'est pas épargné.

L'environnement amical peut exercer une influence en termes de prise de risque. Plus les amis ont une activité sexuelle active sans protection (absence d'utilisation du préservatif et de contraceptif), plus le jeune par mimétisme sera lui aussi enclin aux pratiques à risque dans le domaine sexuel. Chez le jeune, le degré d'appartenance à un groupe a une valeur très importante.

La stabilité familiale (famille biparentale) est aussi considérée comme un facteur protecteur chez les jeunes. Elle permettrait de limiter la prise de risque sexuel en retardant l'âge du premier rapport.

D'autre part, l'usage de drogue n'est pas sans effet sur la sexualité. L'impact sur le comportement sexuel varie en fonction de la substance psychoactive consommée. L'alcool de par son effet désinhibiteur et enivrant exerce une influence sur les pratiques sexuelles à risque.

Enfin, une mauvaise estime de soi peut révéler un comportement à risque. Un jeune ayant une image de lui dévalorisante aura tendance à banaliser l'acte sexuel et n'intégrera pas la notion de risque pour se protéger d'IST voire d'une grossesse non désirée. Certains jeunes ont malheureusement peu d'exigence pour eux même et réduisent la sexualité au plaisir immédiat sans se projeter sur les conséquences de leurs actes.

Les facteurs environnementaux

Les valeurs culturelles qui appartiennent à la société du jeune ont un impact considérable sur la prise de risque en matière de sexualité. En effet, l'accès facilité aux images à caractère pornographique et l'hyper sexualité véhiculée à travers les médias ont un retentissement sur le jeune et sa représentation de la sexualité.

La place de la communication au sein de la famille peut avoir un rôle protecteur en termes de prise de risque sexuel. En effet, l'écoute d'un parent peut accompagner le jeune dans la découverte de la sexualité. Les parents ont un rôle de référence et participent à la transmission de valeurs, parfois en opposition totale avec leur propre éducation.

Une étude nous montre que la majorité des adolescents (79 %) se sont dits influencés par ce que leurs parents leur avaient transmis au sujet de la sexualité et des relations amoureuses. Ils les considèrent comme une source d'information importante. [39]

Cela suppose qu'en cas d'absence de communication au sein de la famille, le jeune est contraint de chercher une autre source d'information.

3.4 Les conséquences sur la santé.

3.4.1 Majoration des infections sexuelles transmissibles chez les jeunes de 15 à 25 ans.

Depuis les années 2000, on observe une augmentation des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes de 15 à 25 ans sauf pour le VIH avec un nombre annuel de nouveaux cas toujours stable depuis 2007. [40]

En France, l'institut de veille sanitaire permet une analyse des caractéristiques épidémiologiques des IST et le suivi de leur évolution. Elle se fonde sur les données issues de différents organismes tels que RESIST (réseau clinicien pour la syphilis et la gonococcie), RENAGO (gonocoque), RENACHLA (chlamydia), ainsi que les centres nationaux de référence et réseaux de laboratoires volontaires. L'analyse de la progression des IST chez les jeunes varie en fonction de l'agent infectieux incriminé.

➤ Infection à chlamydia

L'infection à chlamydia représente l'IST la plus répandue chez les 15-25 ans, plus particulièrement chez la femme. Les facteurs de risque retrouvés regroupent chez les femmes l'arrivée d'un nouveau partenaire, des partenaires multiples, un faible niveau d'éducation ainsi que des pratiques bisexuelles. Cela pose un réel problème de santé publique lorsque l'on sait que le risque de stérilité tubaire est de 20 % après une infection à chlamydia. L'INVS nous informe qu'en 2014 « les femmes porteuses d'une infection uro-génitale à chlamydia restent plus jeunes que les hommes avec un âge médian de 23 ans contre 27 ans chez les hommes »

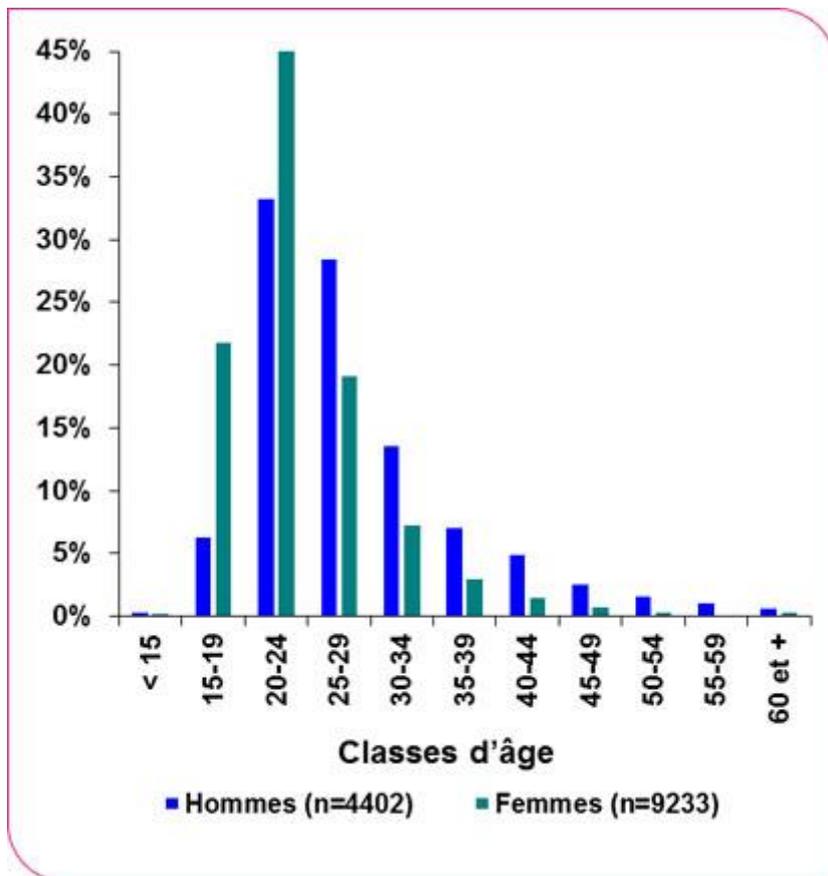


Figure 2 : Distribution des infections uro-génitales à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau RENACHLA, France, 2014.

➤ Infection à gonocoque.

L'évolution des infections à gonocoque se caractérise par une progression fulgurante avec une atteinte particulière des hommes homosexuels de 20-29 ans. Cette augmentation reflète une baisse des mesures de prévention. En effet, en sachant que la fellation est un mode de contamination très efficace dans la gonococcie, l'INVS nous informe que l'usage du préservatif lors des contacts oro-génitaux, quelle que soit l'orientation sexuelle est inférieur à 2 %. À partir de 30 ans, on retrouve une diminution du nombre de cas d'infection à gonocoque, ce qui renforce l'idée d'une vulnérabilité des 15-25 ans en matière de prise de risque. Quant aux femmes, elles ne restent pas moins concernées par cette infection qui malheureusement reste le plus souvent asymptomatique. Celles porteuses d'une gonococcie restent plus jeunes que les hommes (22 ans contre 28 ans d'après

l'analyse effectuée par le réseau RENAGO).

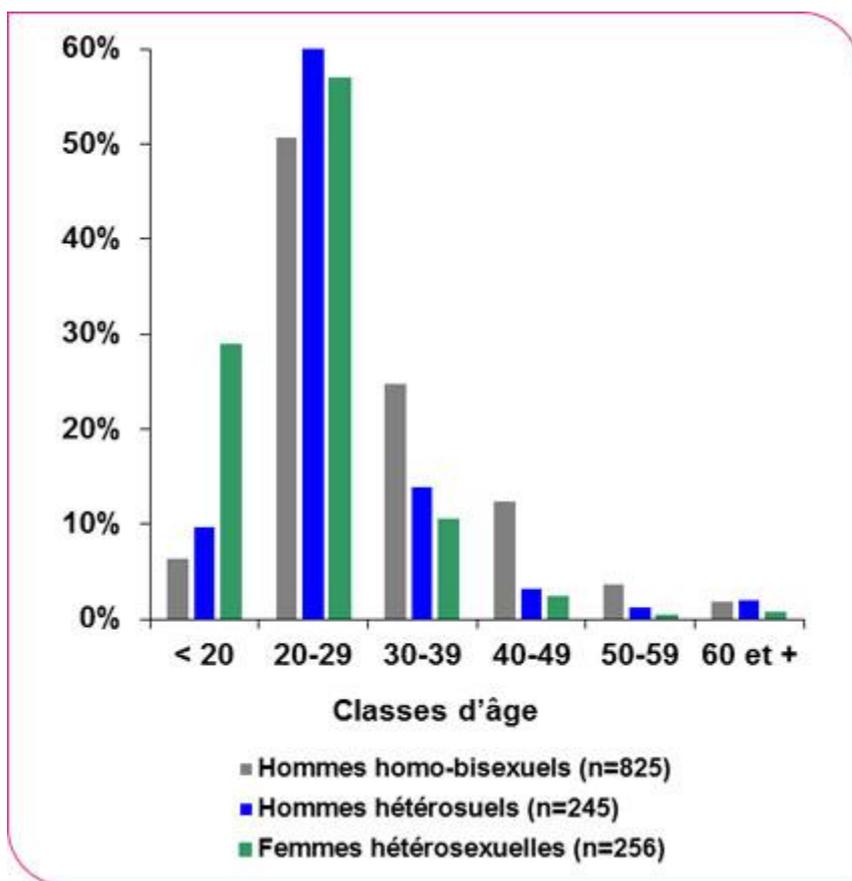


Figure 3 : Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2014

➤ Infection à syphilis.

Depuis 2009, on constate une réapparition de cette maladie sexuellement transmissible que l'on pensait pourtant éradiquée. En effet, la Syphilis continue de toucher préférentiellement les hommes homosexuels résidant plutôt en région parisienne avec une notion de co-infection à VIH [41]. En 2014, le réseau RESIST nous montre une majoration du nombre de cas de syphilis chez les femmes hétérosexuelles âgées de 20 à 29 ans. Cependant, les enquêtes épidémiologiques nous montrent que les jeunes de moins de 25 ans sont plutôt épargnés avec un âge médian situé autour de 36 ans chez les hommes en 2004 versus 29 ans chez les femmes.

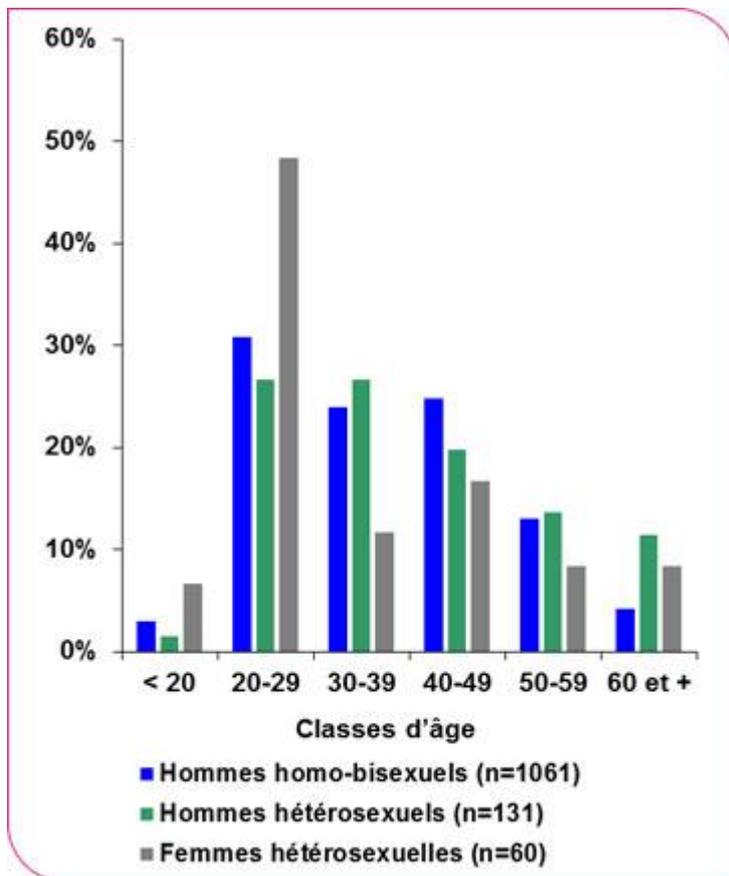


Figure 4 : Distribution des cas de syphilis récents par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2014.

3.4.2 Une surexposition aux interventions volontaires de grossesse.

Les comportements sexuels à risque ont pour conséquence une exposition des jeunes femmes au recours à l'avortement. En effet, les facteurs motivant le recours à l'intervention volontaire de grossesse (IVG) sont en lien avec un oubli de pilule ou une rupture de préservatif [42]. Le nombre d'IVG est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015 [42].

Néanmoins, les femmes de 20 à 24 ans sont les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes. Ce taux est moindre chez les femmes de moins de 20 ans (7,6 pour 1 000 chez les 15-17 ans et 19,5 pour 1000 chez les 18-19 ans) [42].

Ces femmes jeunes constituent un groupe particulièrement vulnérable. Certaines sous-estiment le risque de grossesse après un échec de contraception par méconnaissance ou immaturité. Chez ces femmes, l'impact de la sexualité sur la santé est occulté. Pour d'autres, l'avortement peut être le reflet d'un désir de maternité refoulé qui pourrait leur offrir un véritable statut de mère et donc une place dans une société où elles se sentent globalement perdues [43].

De plus, les données concernant les conséquences de l'avortement sur la santé psychique des femmes sont très pauvres. Il paraît légitime de se questionner sur les effets psychologiques de l'IVG chez des femmes jeunes et leurs retentissements sur leur maternité future, leur sexualité et leurs relations affectives. Plusieurs études réalisées au cours de ces dix dernières années évoquent l'expression « d'un syndrome post - avortement ».

Ce syndrome est plutôt reconnu outre-Atlantique, mais en France, il reste controversé et partiellement admis par le corps médical. Ce syndrome est caractérisé par une peur, une culpabilité intense, un état dépressif, une perte de l'estime et du contrôle de soi. Ces troubles de l'humeur sont en lien avec l'expérience abortive vécue de façon trop traumatisante. [44]

4. LES ACTEURS DE PRÉVENTION DES CONDUITES SEXUELLES À RISQUE.

4.1 L'Éducation nationale

4.1.1 Les différents objectifs pédagogiques.

L'enseignement d'une éducation sexuelle vise à promouvoir une information autour de la sexualité en véhiculant des recommandations et des valeurs indispensables à l'épanouissement physique et moral des jeunes. Elle peut également s'articuler autour d'un dialogue sur le thème du sentiment amoureux, des pratiques sexuelles et du respect dans la relation entre une fille et un garçon. En effet, le rôle de l'enseignant en matière de sexualité ne peut être réduit à une approche biologique avec l'apprentissage des sciences de la reproduction et l'anatomie des organes génitaux.

L'évolution des différentes circulaires de l'Éducation nationale nous montre une volonté de s'adapter au contexte social et aux mentalités des jeunes pour définir les objectifs pédagogiques en matière d'accompagnement des jeunes en milieu scolaire.

En 1998, la circulaire 98-237 vise à promouvoir une approche globale de la santé des jeunes.

L'Éducation nationale a pour objectif de développer les compétences utiles pour comprendre et agir sur la santé. Elle participe aux développements d'attitudes telles que l'estime de soi, le respect des autres, la solidarité, l'autonomie et la responsabilité [45]. Ces objectifs étaient plutôt centrés sur l'alimentation, la posture, les mesures de sécurité notamment routière, les consommations nocives et la sexualité à travers la prévention du sida.

En 2001, l'article 22 de la loi n ° 2001 -588 s'articule autour de l'intervention volontaire de grossesse et de la contraception [46]. Il décrit également les modalités de délivrance de la contraception d'urgence au sein des établissements.

En 2003, l'Éducation nationale franchit une nouvelle étape. La circulaire n ° 2003 -27 confirme une nouvelle approche de l'éducation sexuelle. L'école a un rôle spécifique dans la construction

individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Elle a la possibilité de leur donner les moyens de s'approprier progressivement les données essentielles de leur développement sexuel et affectif. Elle peut aider les jeunes à mieux analyser et appréhender les multiples messages médiatiques et sociaux qui les assaillent quotidiennement [47]. L'Éducation nationale intervient en tenant compte des représentations et acquis des jeunes et les invite à mener une réflexion qui insiste sur la notion des responsabilités individuelles et collectives.

L'éducation sexuelle en milieu scolaire ne se substitue pas au rôle des parents qui restent les principaux garants de l'éducation globale de leurs enfants. L'Éducation nationale doit tenir compte de la dimension éthique que suppose l'abord de la sexualité auprès des jeunes en respectant leur intimité et vie privée.

4.1.2 Les limites de la prévention de l'éducation sexuelle en milieu scolaire.

Depuis la mise en application de la loi du 17 février 2003 rendant obligatoire l'éducation sexuelle en milieu scolaire, il existe sur le terrain un constat plutôt mitigé.

Beaucoup de jeunes inscrits dans l'enseignement secondaire ne bénéficient pas de ces trois journées spécifiques. D'après le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), « l'organisation et le financement des actions demeurent aléatoires [48] ». De ce fait, il existe des difficultés économiques avec un coût financier qui n'est pas toujours intégré aux provisions budgétaires des établissements. Des difficultés logistiques sont aussi rapportées en lien avec l'organisation de la vie scolaire (mise en place des créneaux horaires, disponibilité des salles de classe). Les enseignants ont parfois des difficultés à harmoniser le projet avec les intervenants extérieurs éventuels. Le rapport pointe aussi une inefficacité de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. L'IGAS souligne que « 2/3 des filles inscrites en classe de 3e pensent qu'il n'est pas possible de tomber enceinte lors du premier rapport sexuel. » Ce triste constat est partagé par le centre de planning familial et expliquerait une stagnation des IVG à environ 200 000 par an. Aussi, il existerait un manque d'implication des établissements et des enseignants en termes d'accompagnement des élèves, et ce depuis l'école primaire comme l'impose la loi de 2001.

4.2 Le médecin généraliste.

4.2.1 Le statut du médecin généraliste

Selon la définition européenne WONCA de 2002 [49], le médecin généraliste est le premier contact dans le parcours de soins. Il contribue à la prise en charge d'actes médicaux globaux et continus pour tous les patients qui en font la demande indépendamment de leur âge, leur culture ou leurs types de pathologie. Il exerce son activité en faisant intervenir d'autres professionnels de santé en cas de nécessité. Il doit tenir compte de la dimension individuelle, familiale et communautaire et

utiliser un mode de communication adapté. L'objectif du médecin spécialisé en médecine générale est d'avoir un impact sur la prévalence et l'incidence des maladies en intervenant à un stade précoce.

Le médecin généraliste est un acteur de santé publique qui intègre la dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle du patient dans la dispense des soins.

Cette définition confirme la complexité du rôle du médecin notamment lorsque l'on aborde la sexualité des jeunes. Elle met en évidence 3 axes principaux de réflexion :

- 1-Des capacités de communication et d'adaptation.
- 2-Une formation médicale adéquate.
- 3- La place du médecin généraliste dans le parcours de soins.

Capacité de communication et d'adaptation du médecin généraliste

Le médecin généraliste est une personne à part entière. Sa capacité à communiquer avec les jeunes et à s'adapter à des situations jugées sensibles, dépendent de sa personnalité, de son éducation, de sa culture et de son histoire personnelle. Face à chaque profil de patient, le médecin doit parvenir à construire une relation de confiance motivant à consulter lors de problèmes médicaux intimes. C'est en créant un lien avec ses patients jeunes que le médecin peut espérer leur venir en aide non pour les juger, mais pour leur offrir un avis impartial. À travers cette relation de confiance, le médecin devient le dépositaire du secret de son patient. Or il est très souvent confronté à l'entourage de son patient. La difficulté est de rassurer son patient et lui garantir le caractère confidentiel d'une consultation notamment lors d'une demande d'IVG ou de diagnostic de MST. Néanmoins, la mise en place d'une communication de qualité peut être chronophage.

En effet, un certain temps peut être nécessaire pour mettre le patient en confiance et créer les conditions adéquates à une discussion approfondie. Le temps est indispensable pour saisir la demande du patient et répondre à ses attentes. Avec des consultations toutes les 15 minutes, l'activité de médecin peut être réduite à un aspect strictement technique.

Formation médicale du médecin généraliste.

L'enseignement médical actuel s'appuie sur une connaissance du fonctionnement des organes à travers une analyse sémiologique en association avec la réalisation d'examen complémentaire (bilan biologique, examen d'imageries ou test génétique). La psychologie du patient jeune est très peu abordée. Hormis une maîtrise des pathologies psychiatriques communes, le médecin n'est pas

formé aux discernements des différents traits psychologiques d'un patient ne relevant pas d'une prise en charge psychiatrique. Or les patients jeunes peuvent consulter le médecin généraliste pour un temps d'écoute, un besoin d'être rassuré ou soutenu après à une expérience sexuelle.

La place du médecin généraliste dans le parcours de soins

Le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours. Il a la responsabilité d'orienter son patient vers un confrère spécialisé si nécessaire. Cependant la démographie médicale caractérisée par une baisse du nombre de médecins généralistes ne facilite pas toujours l'accès à une consultation rapide[50]. Les jeunes pourraient être amenés à consulter les services des urgences hospitalières par défaut.

4.2.2 La prévention primaire et secondaire des comportements sexuels à risque.

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladie ou d'incapacité. On distingue la prévention primaire qui agit en amont de la maladie telle que la vaccination et toutes actions sur les facteurs de risques. La prévention secondaire agit à un stade précoce et fait référence aux dépistages.

Le dépistage

Le dépistage des MST est un motif de consultation fréquent chez les jeunes lors d'une prise de risque sexuel ou lors d'une symptomatologie évocatrice d'IST. Il permet d'identifier les personnes non diagnostiquées pour diminuer le retard du diagnostic et permettre une prise en charge thérapeutique précoce. Le dépistage global des MST cible le VIH, les chlamydias, les gonocoques, les hépatite B et C et la syphilis.

En 2016, la société française de dermatologie a publié des recommandations diagnostiques et thérapeutiques des MST en tenant compte des propositions de la HAS.

Il est recommandé d'effectuer un dépistage global [51] :

- En cas de suspicion ou de diagnostic de MST ou infection par VIH
- En cas de diagnostic de MST ou infection à VIH chez la partenaire.
- Lors d'une demande de contraception
- Lors d'une découverte de grossesse
- En cas de rapport sexuel forcé
- En cas de rapports sexuels non protégés avec :
 - Un(e) partenaire porteur d'IST documentée
 - Un(e) partenaire homosexuel ou transgenre
 - Plusieurs partenaires
 - Une utilisation de substance psycho- active
 - Un(e) partenaire « de passage »

- Un(e) prostitué(e)
- Un(e) migrant(e)
- Un(e) partenaire ayant des rapports sexuels non protégés

Certaines recommandations de dépistage ciblent particulièrement les jeunes. En effet, il est demandé de réaliser des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le dépistage des chlamydias par auto prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25 ans. Ce test est à renouveler tous les ans en cas de rapport sexuel non protégé avec un nouveau partenaire. Les hommes de moins de 30 ans répondent aux mêmes indications de dépistage en réalisant un prélèvement urinaire.

Le dépistage du papillomavirus s'effectue par un frottis cervico vaginal. Ce frottis est indiqué chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. Il doit être renouvelé tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle [51].

La vaccination

Le médecin généraliste détient un rôle privilégié dans la promotion des vaccins dirigé contre les MST.

En effet le papillomavirus (HPV) est à l'origine de lésion précancéreuse pouvant évoluer en cancer avec atteinte de la muqueuse du col de l'utérus. La vaccination contre le HPV doit être proposée à toutes les jeunes filles, à partir de 14 ans en l'absence d'activité sexuelle. Une vaccination reste possible pour toutes les jeunes filles de 15 à 23 ans qui n'ont pas encore démarré leur activité sexuelle ou au plus tard un an après le premier rapport.

En France, la couverture vaccinale est de 18 %, bien inférieure à nos voisins européens (80 % au Danemark).

La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée aux patients exposés tels que les hommes homosexuels.

La capacité d'ouvrir un dialogue autour des risques sexuels est indispensable pour expliquer et poser les indications des vaccins. Le professionnel de santé devrait savoir si le patient a déjà eu une expérience sexuelle avant de proposer une vaccination contre le HPV. Néanmoins les possibilités d'un dialogue autour de la sexualité peuvent être limitées chez les mineurs consultant le plus souvent avec les parents.

4.2.3 Les limites de la prévention par le médecin.

Prévenir les conduites sexuelles à risque chez les jeunes suppose des capacités à aborder la sexualité en consultation et à identifier des facteurs de risque. La mission du médecin généraliste consiste à proposer des dépistages d'IST et à répondre aux interrogations éventuelles du patient.

Cependant, les médecins généralistes n'ont pas tous la même capacité à aborder la sexualité dans leurs consultations. En effet, il n'existe pas de formation spécifique intégrée dans la formation universitaire du médecin généraliste au dehors de ce qui relève du domaine pathologique (prise en charge thérapeutique des infections sexuelles transmissibles, dysfonction érectile...). Giami Alain, chercheur en sciences sociales, évoque dans une étude la notion de « spécialisation informelle du médecin généraliste en matière de sexualité. »

En fonction de l'expérience du médecin et de ses représentations, l'étude met en évidence quatre groupes aux approches bien diverses [52] :

- Le premier groupe se caractérise par une posture d'évitement. La sexualité en consultation n'y est pas abordée par manque de temps. Pour ces professionnels, la sexualité relève de l'intime et aborder ce thème en consultation porterait atteinte à la pudeur des patients. La sexualité repose sur une dimension psychologique qui ne relèverait pas de leurs fonctions. Aussi, les gestes techniques tels que les frottis cervico-vaginaux sont peu pratiqués par crainte « d'une érotisation de la relation médecin-malade ». Les médecins de ce groupe ont tendance à se surinvestir dans un autre domaine de la médecine.
- Le deuxième groupe se définit par une posture d'évitements relatifs. L'abord de la sexualité n'est autorisé que dans une dimension strictement médicalisée, lors de la prise en charge de syndromes spécifiques tels que des leucorrhées ou des dysfonctions érectiles.

Le troisième groupe a une approche globale du patient qui intègre une discussion autour de la sexualité. Le médecin parvient à concilier une dimension physiologique, fonctionnelle à une dimension psychologique et relationnelle. Il tient compte du contexte social du patient, ce qui leur confère une pratique de la médecine plus satisfaisante. Ces professionnels pratiquent un examen somatique tout en mettant en place une écoute du patient. Ils ne se limitent pas aux traitements des symptômes d'origines sexuelles. En termes de profil, il s'agit de médecins formés en psychologie, présentant des histoires personnelles spécifiques (abus sexuels dans l'enfance, divorce...) ou investies dans le militantisme (planning familial, lutte contre le VIH, droit à l'avortement).

- Le quatrième groupe réunit les sexologues qui peuvent être des médecins généralistes formés en sexologie. Ces professionnels privilégient la sexualité par rapport à la médecine générale. Pour ces médecins, la sexualité a une place centrale dans la santé et le bien-être des individus. D'ailleurs, la sexualité est abordée en consultation par leur propre initiative.

Cette étude nous montre combien l'abord de la sexualité en médecine de ville est sensible et permet de différencier les médecins dans leur pratique et leur relation avec les patients. Ces différentes postures peuvent avoir une incidence dans la capacité du médecin à s'investir comme acteur dans la prévention des conduites sexuelles à risques.

Aussi, la vulgarisation du discours médical sur internet et les dernières polémiques concernant le danger potentiel de la vaccination limite fortement l'action du médecin [53].

5. MATÉRIEL ET MÉTHODES

5.1 Objectif de l'étude

Les dernières données épidémiologiques confirment une majoration des IST chez les jeunes de 15 à 25 ans, ainsi qu'une surexposition des IVG chez les femmes de 20 à 24 ans. Il est noté une baisse d'usage des outils de prévention tels que le préservatif et la contraception malgré les programmes d'éducation sexuelle dispensés en milieu scolaire. Le médecin généraliste pourrait avoir un rôle majeur en matière de prévention des conduites sexuelles à risque en dialoguant avec les jeunes. Nous savons que le positionnement des médecins varie en fonction de leur profil et de leur degré d'investissement sur cette thématique.

Dans cette étude, nous avons porté notre attention sur les niveaux de connaissance des jeunes sur la transmission des IST et les comportements sexuels à risque, mais surtout nous tenterons de décrire les modalités d'un dialogue autour de la prévention des risques sexuels en consultation.

L'objectif est de mettre en évidence les attentes des jeunes en matière de prévention des comportements sexuels à risque en consultation afin de proposer une stratégie de prévention adéquate et accessible par le médecin généraliste.

5.2 Matériels

Nous avons élaboré un questionnaire regroupant 29 questions. Il comporte :

- **19 questions fermées à réponse unique.**
- **10 questions fermées à réponse multiple**

La question 9 interroge le jeune sur les circonstances pouvant constituer un risque de transmission des IST.

La question 10 interroge le jeune sur les conditions de risque de transmission des IST telles que les rapports sexuels sans préservatifs, les partenaires sexuels multiples, l'utilisation de drogues récréatives. L'objectif est également d'évaluer si le jeune a conscience que l'absence de sang lors d'un contact sexuel ne constitue pas une protection contre la transmission d'une IST.

La question 15 interroge le jeune sur l'éventualité d'une prise de risque dans sa vie sexuelle tel que l'absence de port de préservatif, la non-réalisation du dépistage du VIH. La pratique de rapport sexuel avec trouble de la vigilance témoignant de l'usage de drogue était aussi recherchée. La notion de rapport sexuel non consenti permettait d'évoquer la problématique des violences sexuelles chez les jeunes.

La question 16 interroge le jeune sur ses principales sources d'information sur la sexualité.

La question 25 interroge le jeune sur le contexte qui lui paraît le plus approprié pour aborder les questions relatives au comportement sexuel à risque en consultation. Les contextes proposés prennent en compte les situations les plus couramment visibles en consultation de médecine générale telles que les demandes d'IVG, de contraception, de dépistage ou de symptomatologie évocatrice d'une IST.

La question 27 interroge le jeune sur la modalité de délivrance d'information relative à la prévention des conduites sexuelles à risque par le médecin. Il s'agit de savoir si la préférence des jeunes est portée sur des échanges directs avec le médecin, des brochures ou si le jeune préfère être dirigé vers des sites internet certifiés.

La question 28 interroge le jeune sur le profil du médecin « idéal » avec qui il souhaite évoquer la sexualité et ses risques en consultation. Les profils proposés prennent en compte le sexe du médecin, et son âge (médecin de la génération des parents ou médecin « jeune » correspondant à la génération du patient). Le degré de connaissance du médecin a également été pris en considération afin de distinguer le médecin traitant suivant régulièrement le jeune du médecin consulté pour la première fois ou récemment.

La question 29 interroge le jeune sur le rôle du médecin généraliste en matière de sexualité afin d'identifier les domaines qui méritent une attention particulière. Les domaines proposés mettent en relief plusieurs rôles à la portée du médecin généraliste. Le rôle thérapeutique est décrit par la recherche du diagnostic et la mise en place d'un traitement. Un rôle éducatif lorsque le médecin transmet des informations sur les symptômes évocateurs des IST et leurs modes de transmission. Enfin, un rôle préventif caractérisé par la délivrance d'une contraception ou la réalisation de dépistage des IST selon les recommandations actuelles. Il est également question de distinguer les jeunes ne portant aucun niveau d'exigence particulier à l'égard du médecin sur la sexualité.

➤ **2 questions ouvertes à réponses libres :**

La question 1 interroge le patient sur l'âge du patient

La question 4 interroge le jeune sur l'âge de son premier rapport sexuel

Ce questionnaire est fractionné en 4 chapitres

➤ **Profil du jeune et activité sexuelle**

La question 1 repose sur l'âge

La question 2 repose sur le sexe du jeune

La question 3 repose sur la notion d'une expérience sexuelle

La question 4 repose sur l'âge du premier rapport sexuel

La question 5 repose sur l'évaluation du nombre de partenaires sexuels connus chez le jeune

La question 6 repose sa situation professionnelle

La question 7 cherche à vérifier si le jeune est suivi par un médecin traitant de référence

La question 8 repose sur la connaissance du sexe du médecin traitant

Ce chapitre permet d'identifier le profil du jeune à travers un analyse de son expérience sexuelle et son suivi médical.

➤ **Connaissances sur la santé sexuelle et les risques associés**

La question 9 porte son intérêt sur la capacité du jeune à définir les situations à risques de transmission des IST.

La question 10 cherche à évaluer le jeune sur ces connaissances en matière de risque de grossesse lors d'une pénétration vaginale sans éjaculation.

La question 11 permet d'analyser la connaissance d'un risque de grossesse lors d'une éjaculation externe à l'entrée du vagin.

La question 12 permet d'évaluer les connaissances des jeunes sur la potentialité d'être enceinte lors du tout premier rapport sexuel.

La question 13 permet d'évaluer les connaissances du jeune sur l'impossibilité de guérir du SIDA.

La question 14 cherche à connaître les représentations des jeunes sur un individu atteint du SIDA à savoir si celui-ci paraît malade.

La question 15 cherche à évaluer l'expérience en ce qui concerne les prises de risque sexuel. Les pratiques à risque font référence aux rapports sexuels sans consentement, sans préservatif, sous la pression du partenaire ou dans un contexte de trouble de la vigilance engendré par la prise de toxique.

Ce chapitre permet d'évaluer l'expérience et les connaissances des jeunes sur la santé sexuelle à travers l'analyse du risque de transmission des IST ainsi que le risque de grossesse en cas de rapport non protégé avec ou sans éjaculation.

➤ **Sources d'information sur la santé sexuelle**

La question 16 interroge le jeune sur ses principales sources d'information.

La question 17 demande aux jeunes d'identifier la personne ou le support de référence en qui il a le plus confiance en matière de diffusion d'information sur les risques sexuels

La question 18 permet d'évaluer la fréquence de discussion sur la sexualité avec l'un de ses parents.

La question 19 interroge le jeune sur son niveau de satisfaction concernant l'éducation sexuelle dispensée en milieu scolaire.

La question 20 permet de savoir si le jeune a déjà fait l'expérience d'une discussion autour des comportements sexuels à risque à l'initiative du médecin.

La question 21 permet d'évaluer le degré de satisfaction des jeunes en cas d'éventuelle discussion avec le médecin sur la sexualité et ses risques

La question 22 cherche à savoir si le jeune est disposé à accepter une discussion autour des comportements sexuels à risque initié par le médecin.

La question 23 interroge le jeune sur les causes d'un refus d'un dialogue avec le médecin sur la sexualité et ses risques.

La question 24 cherche à savoir si le jeune suggère que le contenu de certains sites internet spécialisés a le pouvoir de remplacer une discussion directe avec le médecin.

➤ **Les conditions de prévention des conduites sexuelles à risque par le médecin généraliste**

La question 25 cherche à identifier le contexte le plus approprié pour aborder les conduites sexuelles à risque

La question 26 interroge le jeune sur l'initiative d'une discussion autour des comportements sexuels à risque à savoir si celle-ci doit être engendrée par le médecin ou le jeune.

La question 27 interroge le jeune sur les modalités de réception d'information centrée sur la sexualité et ses risques en consultation.

La question 28 demande au jeune de décrire le profil idéal du médecin pour se confier et échanger autour du thème de la sexualité et ses risques

La question 29 interroge le jeune sur ces attentes en termes de sexualité auprès de son médecin généraliste en consultation.

Ce chapitre concerne plus particulièrement les modalités d'application d'une prévention des conduites sexuelles à risque auprès des jeunes en mettant en évidence leurs attentes en termes de profil du médecin, et de contexte pour amorcer une conversation. Ce chapitre vise à identifier le rôle privilégié que le jeune souhaite attribuer au médecin. Ce rôle peut être caractérisé par la diffusion

d'information sur les connaissances et les symptômes évocateurs d'une IST ainsi que la conduite à tenir en cas de prise de risque. Ce rôle peut être défini par la délivrance d'information sur les moyens de prévention des IST et des grossesses non désirées. Le rôle du médecin peut être réduit au diagnostic et la prise en charge thérapeutique d'une IST.

5.3 Méthodes

Population d'étude et méthode de recueil des données.

La population d'étude regroupe des jeunes âgés de 18 ans à 25 ans. Les questionnaires sont laissés à disposition des patients dans les salles d'attente de deux cabinets de médecine. L'un des cabinets regroupe 4 médecins généralistes (3 femmes et 1 homme). L'autre cabinet regroupe 4 médecins généralistes exclusivement masculins. Afin de préserver l'anonymat des participants, les patients sont invités à remplir le questionnaire en salle d'attente et à le remettre dans une boîte laissée dans le cabinet pour une durée de 3 mois.

À l'issues de ces 3 mois, nous récupérons les questionnaires.

Les critères d'inclusion retenus sont l'âge du patient compris entre 18 et 25 ans. Les 15 -18 ans qui font pourtant partie intégrante du groupe des jeunes au sens sociologique ont été exclus de l'étude. Le caractère "sensible et intime" de ce sujet rend difficilement applicable une distribution du questionnaire en présence des parents, les mineurs étant le plus souvent accompagnés. Aussi, un questionnaire rempli en présence des parents même avec leur autorisation risque de biaiser les réponses des jeunes interrogés. Les autres critères d'inclusion retenus font référence à la capacité du jeune à savoir lire et écrire le français. Les patients sélectionnés devaient avoir suivi une scolarité en France au moins jusqu'en enseignement secondaire. Les patients présentant un déclin cognitif significatif n'ont pas été retenus. Les questionnaires devaient être remplis uniquement en salle d'attente sans la présence du médecin pour éviter le risque de biais.

Lieux de recrutement et durée de l'étude

Le recrutement des jeunes s'est effectué au sein de deux cabinets médicaux. L'un des cabinets regroupe 4 médecins généralistes (3 femmes et 1 homme). L'autre cabinet regroupe 4 médecins généralistes exclusivement masculins. Le profil de la patientèle diffère selon les cabinets. Le cabinet médical situé à Massy dans l'Essonne regroupe une population issue de la classe moyenne et ouvrière. Le second cabinet situé à Villepreux dans les Yvelines est composé d'une population issue d'un milieu plus aisé. L'objectif étant d'avoir un échantillon représentatif de jeunes.

L'étude s'est déroulée du 1^{er} juillet 2016 au 1^{er} septembre 2016.

5.4 Saisie et analyse des données.

Une fois recueillies, les questionnaires manuscrits ont été automatiquement retranscrits dans le logiciel Google Form.

Les données ont été saisies dans le logiciel EXCEL 12.2.0 à deux reprises par deux personnes différentes qui ont comparé et réalisé les calculs des moyennes et des pourcentages.

Les analyses descriptives des données ont été faites à l'aide du test du Chi deux. Ce test nous permet de conclure qu'il existe une dépendance entre le sexe du jeune et les réponses obtenues. La valeur renvoyée du test de Chi deux correspond au seuil de significativité du test (valeur p). Le test est considéré comme significatif lorsque p est inférieur à 0,05.

6. RÉSULTATS

6.1 Profil des jeunes et activité sexuelle.

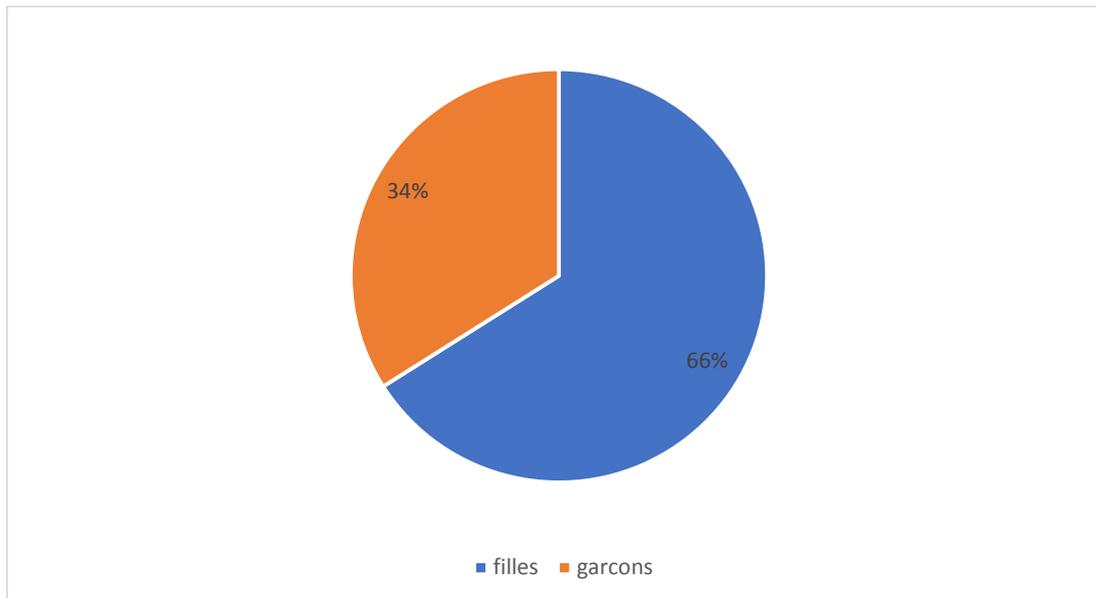
La population de cette étude est composée de 98 jeunes âgés de 18 à 25 ans.

L'âge moyen des participants est de 21,8 ans.

Ils sont 93 % à déclarer être suivi par un médecin généraliste de référence

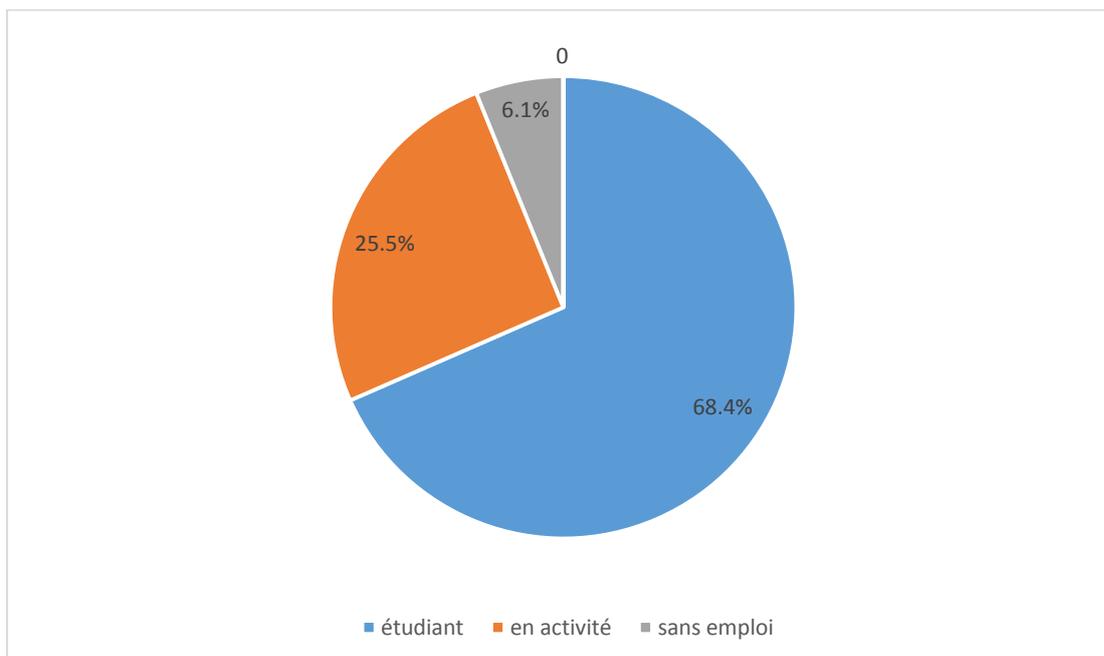
Les femmes sont majoritaires par rapport aux hommes (65 contre 33).

Figure 5 : Proportion des jeunes participants selon le sexe



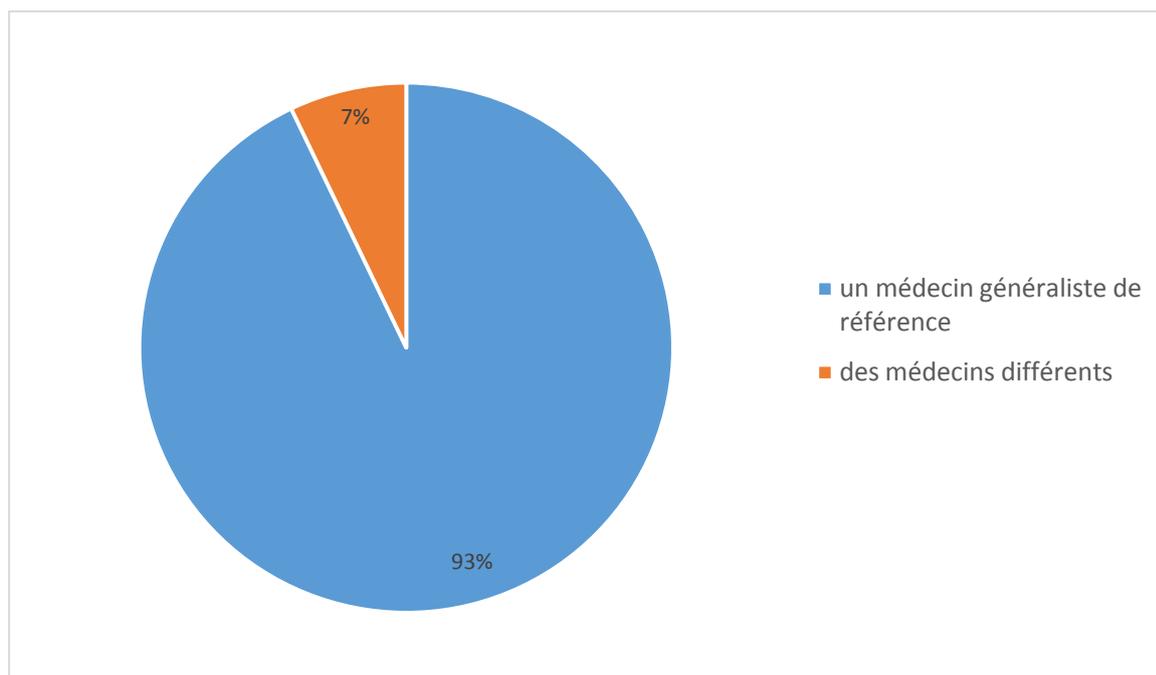
Les jeunes participants sont majoritairement étudiants.

Figure 6 : Statut professionnel des jeunes



Sur le plan médical, 93 % déclarent être suivi par le même médecin généraliste. Ces jeunes ne pratiquent pas un nomadisme médical et restent fidèles à leur médecin traitant.

Figure 7 : Réponse à la question 7 : Consultez-vous un médecin identique (médecin généraliste de référence) ou des médecins généralistes différents.



Parmi les participants, 85 ont déclaré avoir eu une ou plusieurs expériences sexuelles.

Seuls 10 jeunes ont déclaré ne pas avoir eu de rapport.

Tableau I : Réponse à la question 3 : Avez - vous déjà eu des rapports sexuels ?

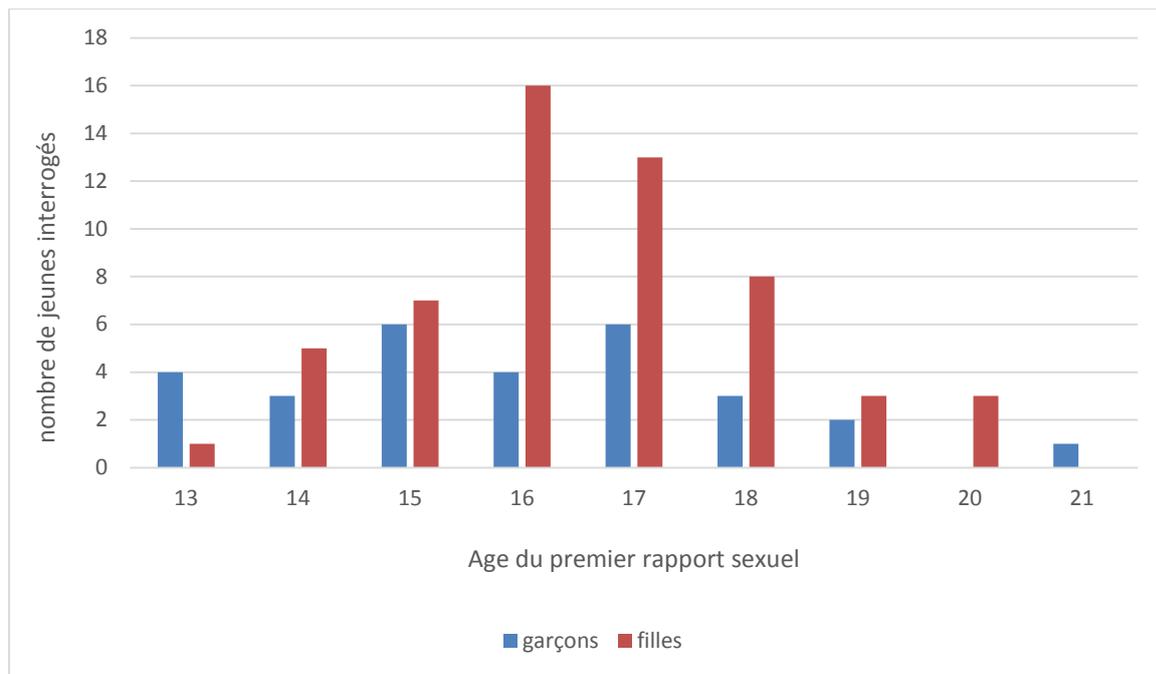
	« OUI »	Exprimé en %	« NON »	Exprimé en %	Ne souhaite pas répondre	Exprimé en %
Total des jeunes (98)	85	86,7	10	10,2	3	3,1
Filles (65)	56	86,1	6	9,2	3	4,6
Garçons (33)	29	87,9	4	12,1	0	0

$p : 0,8$

L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16,3 ans

Les rapports sexuels précoces (avant l'âge de 15 ans) sont visible chez 24 % des garçons participant à l'étude contre 10,7 % chez les filles.

Figure 8 : Âge du premier rapport sexuel en fonction du sexe.



Depuis le début de leur activité, 58,8 % des jeunes ont déclaré avoir eu moins de 5 partenaires sexuels plus particulièrement les filles. Les garçons sont les plus nombreux à avoir eu plus de 10 partenaires depuis le début de leur activité sexuelle.

Tableau II : Nombre de partenaires sexuels des jeunes depuis le début de l'activité sexuelle.

	Total des jeunes (85)	<i>Exprimé en %</i>	Filles (56)	<i>Exprimé en %</i>	Garçons (29)	<i>Exprimé en %</i>
Inférieur à 5	50	58,8	42	75	8	25,6
Entre 5 et 10	19	22,4	10	17,9	9	31
Supérieur à 10	16	18,8	4	7,1	12	41,4

6.2 Connaissance sur la santé sexuelle et les risques associés.

Les jeunes ont parfaitement intégré le rôle protecteur du préservatif dans le risque de transmission des IST. Ils sont 95,9 % à considérer que l'absence de préservatif lors d'un rapport sexuel constitue une prise de risque.

83,7 % des jeunes reconnaissent qu'une rupture du préservatif induit une prise de risque.

Ils sont moins nombreux (65,3 %) à admettre que des rapports sexuels avec de multiples partenaires constituent un risque de transmission.

En outre, 25,8 % des jeunes ne font pas de lien entre la prise de drogues récréative ou d'alcool avant un rapport sexuel et le risque de transmission des IST.

Tableau III : Évaluation des connaissances sur les risques de transmission des IST selon les jeunes en fonction du sexe ?

	Total des jeunes (98)	<i>Exprimé en %</i>	Filles (65)	<i>Exprimé en %</i>	Garçons (33)	<i>Exprimé en %</i>	<i>p</i>
Rapports sexuels sans préservatif	94	95,9	63	96,9	31	93,9	0,44
Partenaires sexuels multiples	64	65,3	43	66,1	21	63,6	0,82
Utilisation de drogues récréatives ou alcool avant un rapport sexuel	25	25,5	14	21,5	11	33,3	0,20
Une rupture du préservatif	82	83,7	56	86,1	26	78,8	0,27

Tableau IV : Réponse à la question 10 : une pénétration dans le vagin sans éjaculation peut être à l'origine d'une grossesse ?

34,7 % des jeunes pensent que l'absence d'éjaculation les protège du risque de grossesse.

	« OUI »	<i>Exprimé en %</i>	« NON »	<i>Exprimé en %</i>	PAS DE RÉPONSE	<i>Exprimé en %</i>
Total des jeunes (98)	61	62,2	34	34,7	3	3
Filles (65)	44	67,7	19	29,2	2	3
Garçons (33)	17	51,5	15	45,4	1	3

$p : 0,12$

Tableau V : Réponse à la question 11 : une éjaculation externe à l'entrée du vagin peut - elle être à l'origine d'une grossesse ?

	« OUI »	<i>Exprimé en %</i>	« NON »	<i>Exprimé en %</i>	PAS DE RÉPONSE
Total des jeunes (98)	68	69,3	30	30,6	0
Filles (65)	56	86,1	9	29,2	0
Garçons (33)	12	36,3	21	63,6	0

$p : 0,00019$

Il existe un lien entre le sexe des sujets et le fait de savoir si l'éjaculation à l'entrée du vagin constitue un risque de grossesse. En effet, les garçons participant à l'étude ont le plus de difficulté à reconnaître la potentialité du risque de grossesse lors d'une éjaculation à l'entrée du vagin.

Tableau VI : Réponse à la question 12 : une femme peut-elle être enceinte lors du premier rapport sexuel ?

	OUI	<i>Exprimé en %</i>	NON	<i>Exprimé en %</i>	PAS DE RÉPONSE	<i>Exprimé en %</i>
Total des jeunes	87	88,8	10	10	1	1
Filles	59	90,7	5	7,6	1	1,5
Garçons	28	84,8	5	15,1	0	0

$p : 0,38$

Tableau VII : Réponse à la question 13 : Est-il possible de guérir du SIDA ?

	« OUI »	<i>Exprimé en %</i>	« NON »	<i>Exprimé en %</i>	PAS DE RÉPONSE
Total des jeunes (98)	9	9,2	89	90,8	0
Filles (65)	4	6,1	61	93,9	0
Garçons (33)	5	15,1	28	84,9	0

$p : 0,14$

90,8 % des jeunes interrogés ont parfaitement intégré le fait qu'à ce jour on ne peut guérir du SIDA.

Tableau VIII : Réponses à la question 14 : Une personne infectée par le virus du SIDA paraît-elle malade ?

	OUI	<i>Exprimé en %</i>	NON	<i>Exprimé en %</i>	PAS DE RÉPONSE	<i>Exprimé en %</i>
Total des jeunes (98)	14	14	80	82	4	4
Filles (65)	5	7,7	59	90,8	1	1,5
Garçon (33)	9	27,3	21	63,6	3	9

$p : 0,008$

90,8 % des filles versus 63,6 % des garçons interrogés n'ont pas de représentation négative d'une personne atteinte du SIDA. La connotation létale de l'infection par le VIH est plus marquée chez les garçons.

Tableau IX : Réponse à la question 15 : Avez – vous déjà eu un rapport sexuel dans les conditions à risque suivantes :

	Total des jeunes (98)	<i>Exprimé en %</i>	Filles (65)	<i>Exprimé en %</i>	Garçons (33)	<i>Exprimé en %</i>	<i>P</i>
Sans consentement	4	4,1	2	3,1	2	6,1	0,52
Sans préservatif en l'absence de dépistage du VIH chez l'un des partenaires ou les deux	51	52,1	33	51,6	18	54,5	0,73
Sans préservatif sous la pression du partenaire	7	7,1	5	7,7	2	6,1	0,74
Dans un contexte de trouble de la vigilance (état d'ivresse, prise de toxiques...)	14	14,3	11	16,9	3	9,1	0,30

Les rapports sexuels sans préservatif se révèlent être la principale conduite sexuelle à risque chez les jeunes tous sexes confondus. En effet, cette pratique sexuelle à risque est visible aussi bien chez les filles que chez les garçons. ($p : 0,73$)

Les filles ont été plus nombreuses à déclarer avoir eu des rapports sexuels sous l'emprise des troubles de la vigilance. Une faible proportion de cas de rapports sexuels sans consentement et sans préservatif sous la pression du partenaire a été rapportée.

6.3 Sources d'information sur la santé sexuelle.

Internet et les amis représentent les principales sources d'information sur la sexualité. Le médecin généraliste est le dernier consulté. En revanche, les jeunes ont un niveau de confiance élevée envers leur médecin généraliste dans la diffusion d'informations concernant la santé sexuelle. Le professionnel de santé surpasse les parents, les amis, les frères et sœurs et Internet.

Figure 9 : Principales sources d'informations des jeunes sur la sexualité.

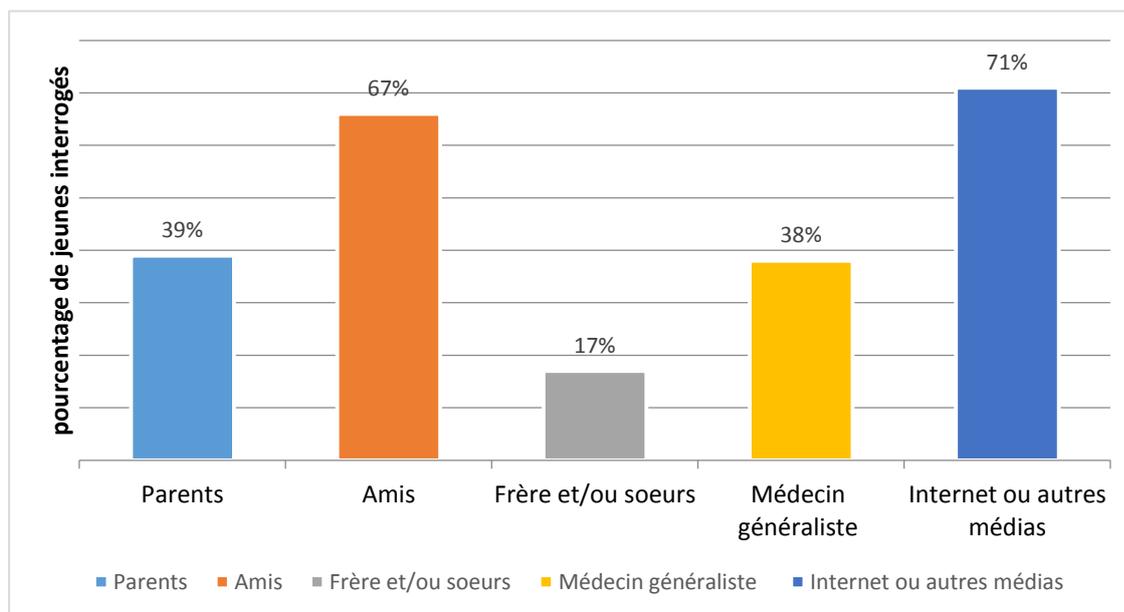


Figure 10 : Réponse à la question 17 : À qui faites - vous le plus confiance en termes de diffusion d'information sur la sexualité ?

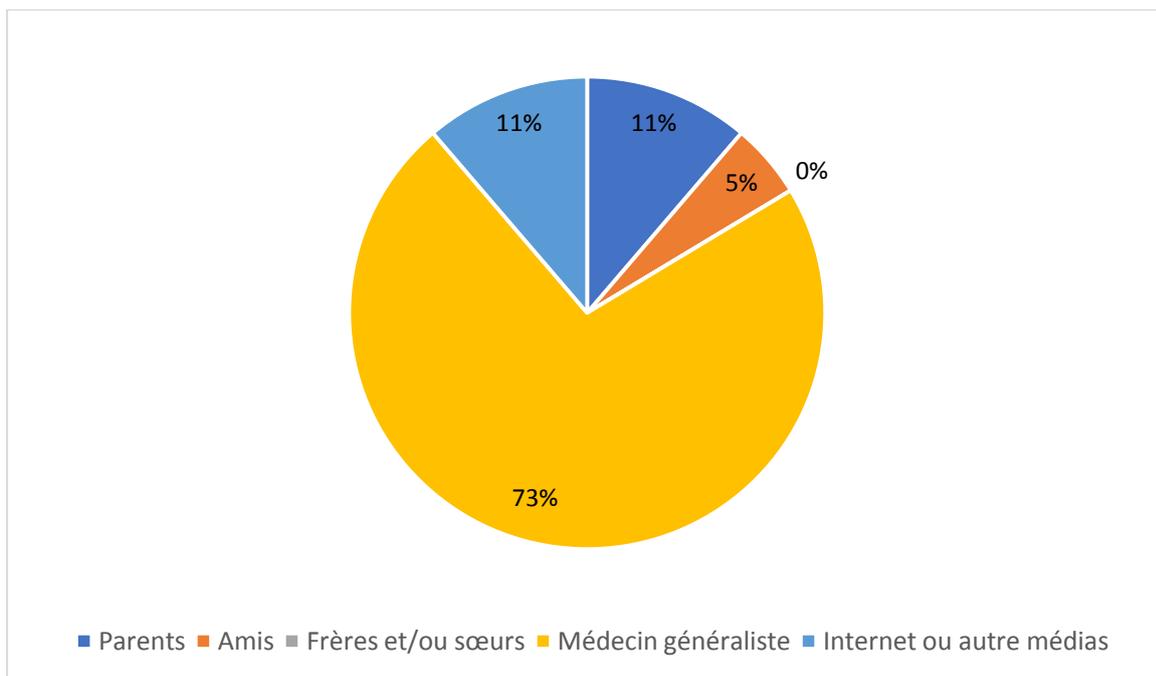
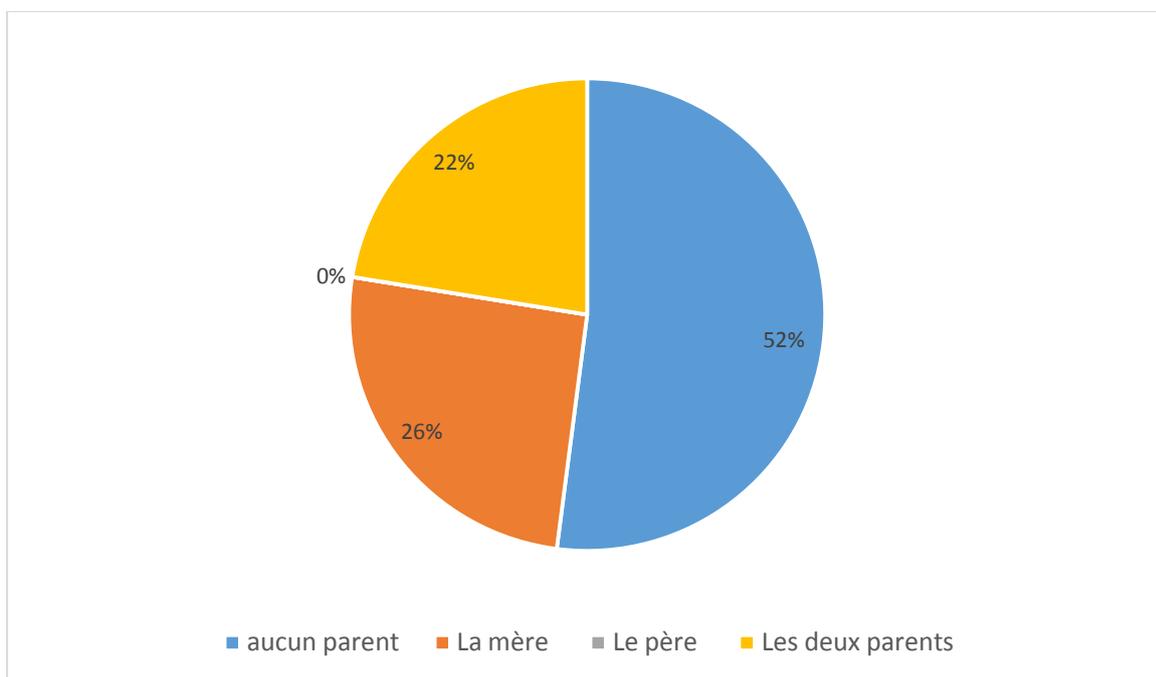


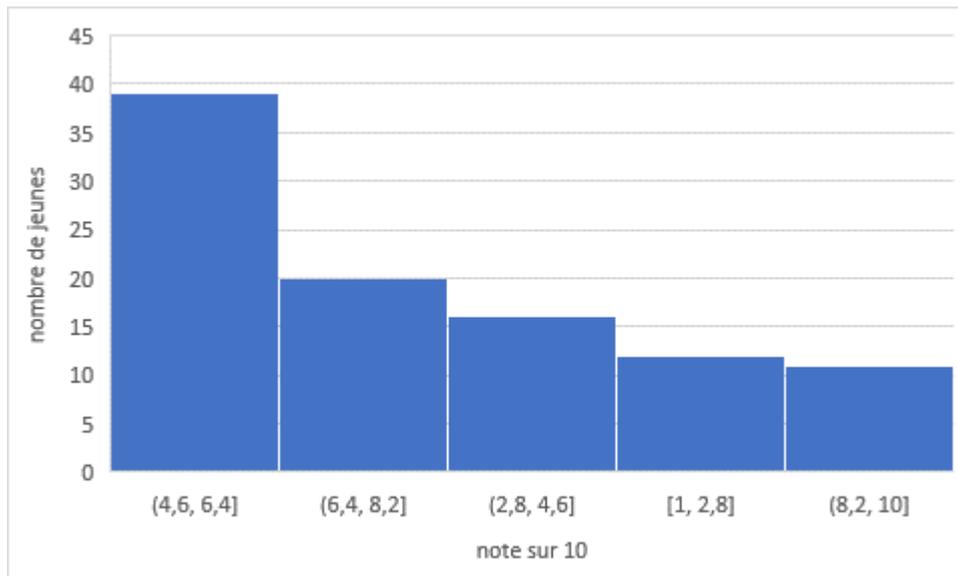
Figure 11 : Réponse à la question 18 : Avec quel(s) parent(s) avez-vous abordé les risques en lien avec la sexualité ?



52 % des jeunes n'abordent pas la sexualité avec leurs parents.

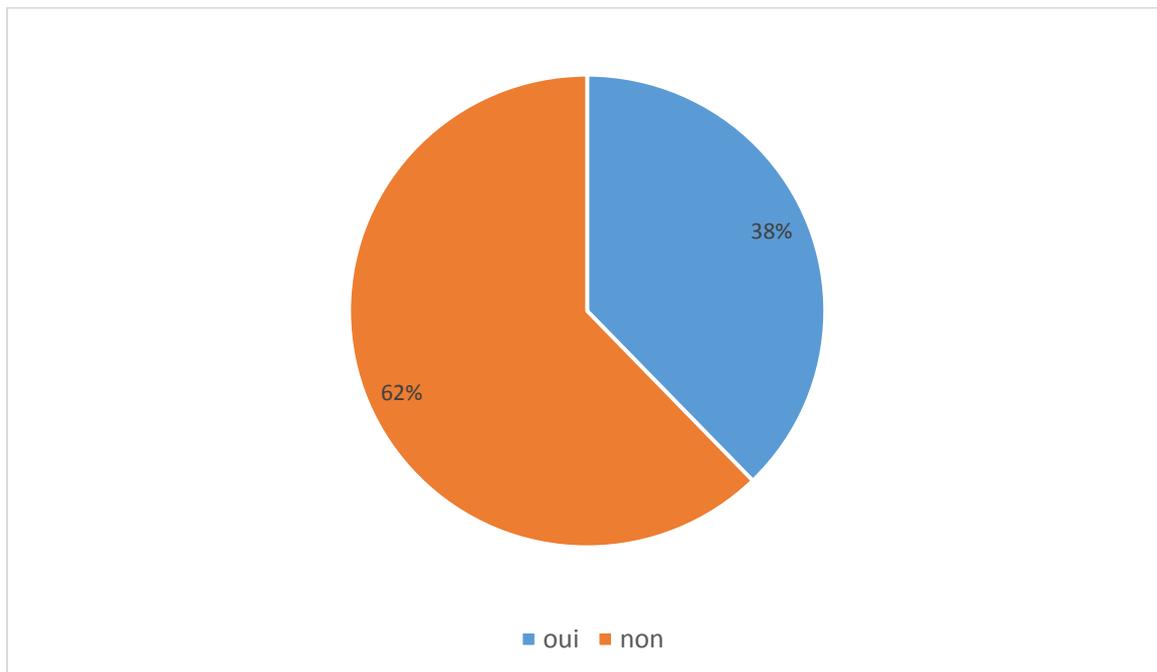
22 % des jeunes abordent la sexualité avec les deux parents alors que 26 % des jeunes privilégient une discussion uniquement avec leur mère. Un dialogue exclusif avec le père n'a pas été évoqué.

Figure 12 : Évaluation de l'éducation sexuelle dispensée à l'école sur une échelle de 1 à 10 ?



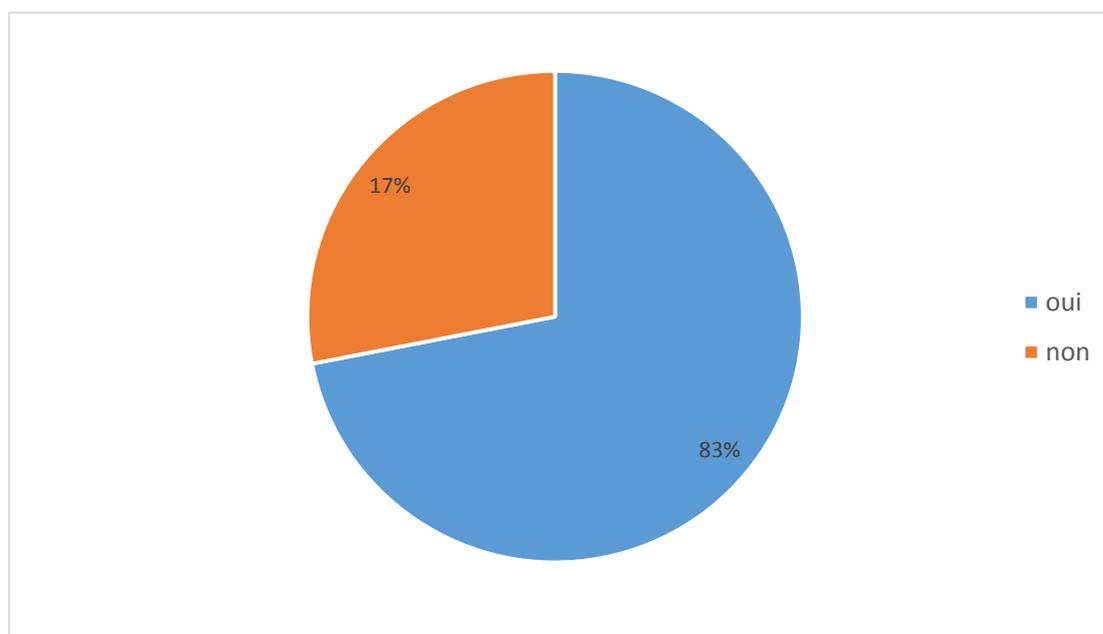
L'évaluation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire portée par les jeunes obtient une moyenne de 5,4 sur 10, confirmant ainsi un bilan mitigé.

Figure 13 : Réponse à la question 20 : le médecin généraliste a-t-il déjà engagé avec vous une discussion autour des comportements sexuels à risque ?



38 % des médecins généralistes ont pris l'initiative d'aborder une discussion autour des conduites sexuelles à risques.

Figure 14 : Réponse à la question 21 : Lors d'une discussion autour de la sexualité avec votre médecin, étiez - vous satisfaits des renseignements donnés ?



47 jeunes ont déclaré avoir discuté de sexualité avec leur médecin et 83 % d'entre eux ont été satisfaits des réponses données.

Figure 15 : Réponse à la question 22 : Si le contexte le permet, accepteriez-vous que votre médecin vous interroge sur votre comportement sexuel ?

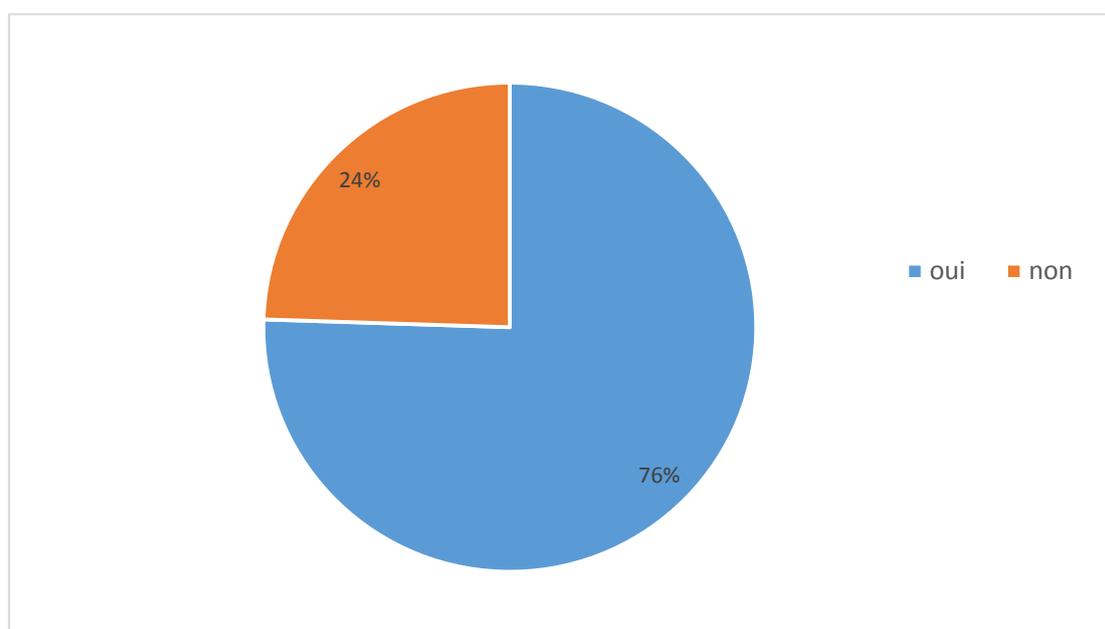
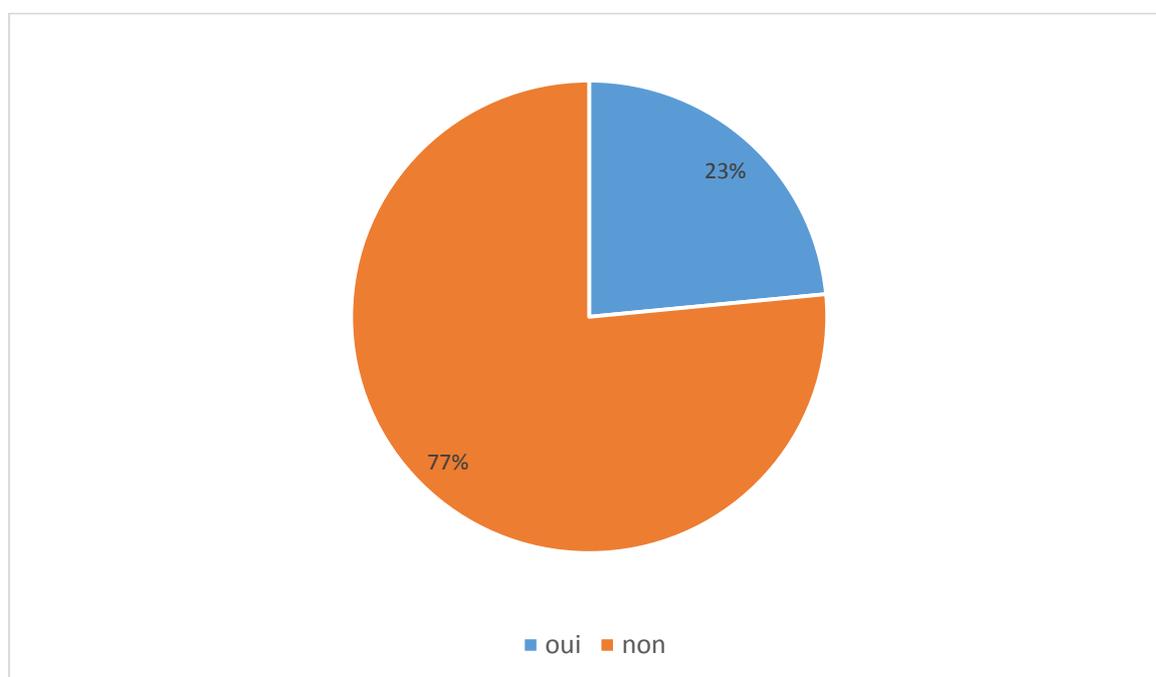


Tableau X : Réponse à la question 23 : Si la réponse est « non » pourquoi ?

	Total des jeunes (24)	Filles (13)	Garçons (11)
Pudeur	16	10	6
Ce n'est pas le rôle du médecin	2	0	2
Peur d'être jugé	2	1	1
Pas de réponse	4	2	2

Les femmes refusent majoritairement un dialogue sur la sexualité avec leur médecin. Elles sont nombreuses à justifier leur choix en raison de leur pudeur.

Figure 16 : Réponse à la question 24 : Les informations disponibles sur Internet en matière de prévention des comportements sexuels peuvent-elles remplacer une discussion avec le médecin généraliste ?



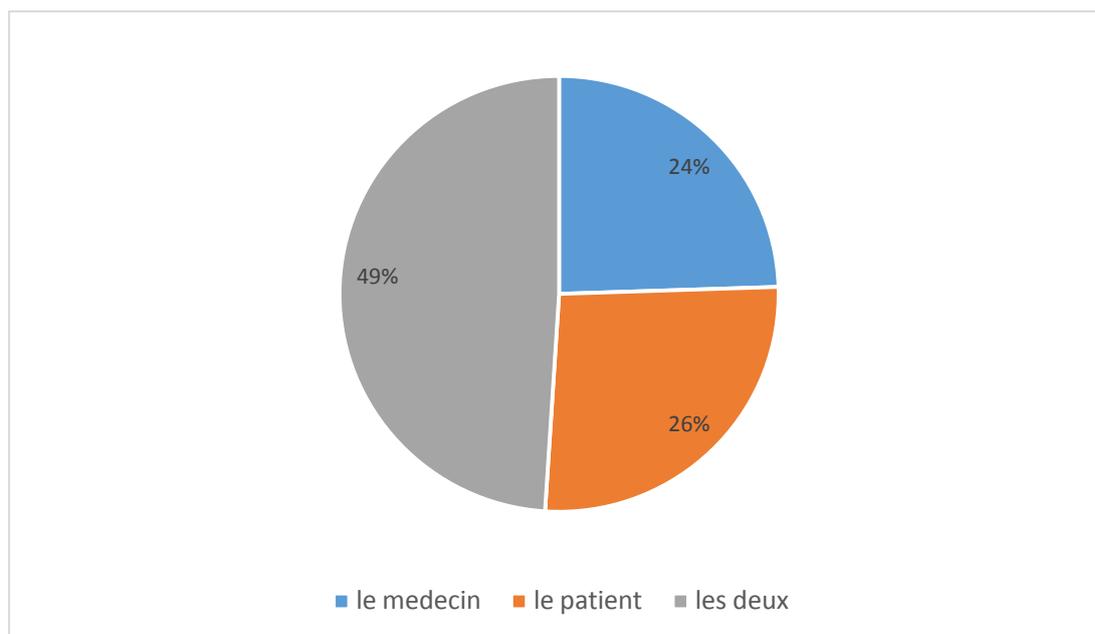
75 % des jeunes estiment que les informations accessibles sur Internet ne peuvent se substituer à une discussion avec le médecin généraliste.

6.4 Conductions de prévention des conduites sexuelles à risque par le médecin généraliste en consultation.

Tableau XI : Question 25 : Quel contexte vous paraît approprié pour aborder avec le médecin la notion de comportement sexuel à risque et les moyens de prévention (choix multiples possibles) ?

	Total des jeunes (98)	<i>Exprimé en %</i>	Filles (65)	<i>Exprimé en %</i>	Garçons (33)	<i>Exprimé en %</i>	<i>p</i>
Lors d'une demande d'IVG	48	49	38	58,5	10	30,3	0,008
Lors d'une demande de contraception	73	74,5	59	90,8	14	12,1	1,9
Lors d'une demande de dépistage ou diagnostic d'une IST	79	80,6	55	84,7	24	72,7	0,16
Aucun contexte	7	7	1	1,5	6	18,1	0,002

Figure 17 : Réponse à la question 26 : Qui doit être à l'initiative d'une discussion autour des comportements sexuels à risque ?



49 % déclarent que le médecin et le patient sont tous deux légitimes pour initier une discussion autour de la sexualité.

24 % des jeunes pensent que c'est au médecin d'initier cette conversation.

26 % des jeunes estiment que c'est au patient de prendre l'initiative.

Figure 18 : Réponse à la question 27 : Comment souhaitez - vous que votre médecin vous délivre des informations relatives à la prévention des conduites sexuelles à risque (plusieurs réponses possibles)

Une discussion en tête à tête avec le médecin est le moyen plébiscité par les jeunes pour recevoir des informations concernant la prévention des conduites à risque.

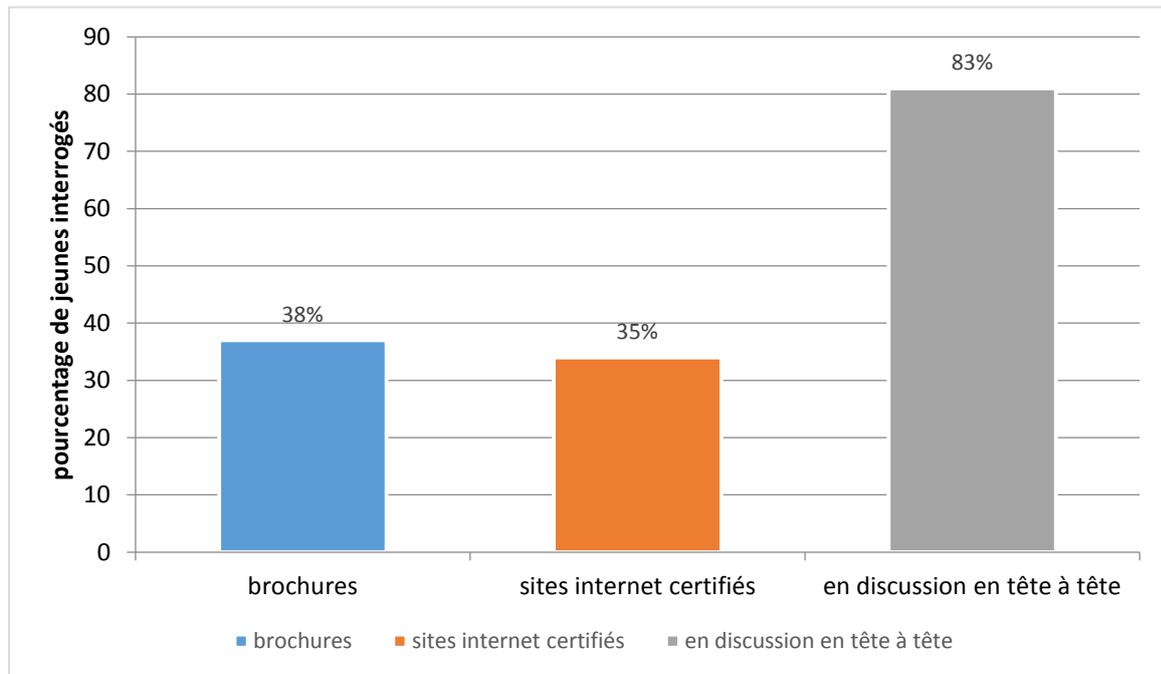


Tableau XII : Réponse à la question 28 : Quel est le profil du médecin généraliste idéal pour évoquer la sexualité et ses risques ? (Choix multiples possibles).

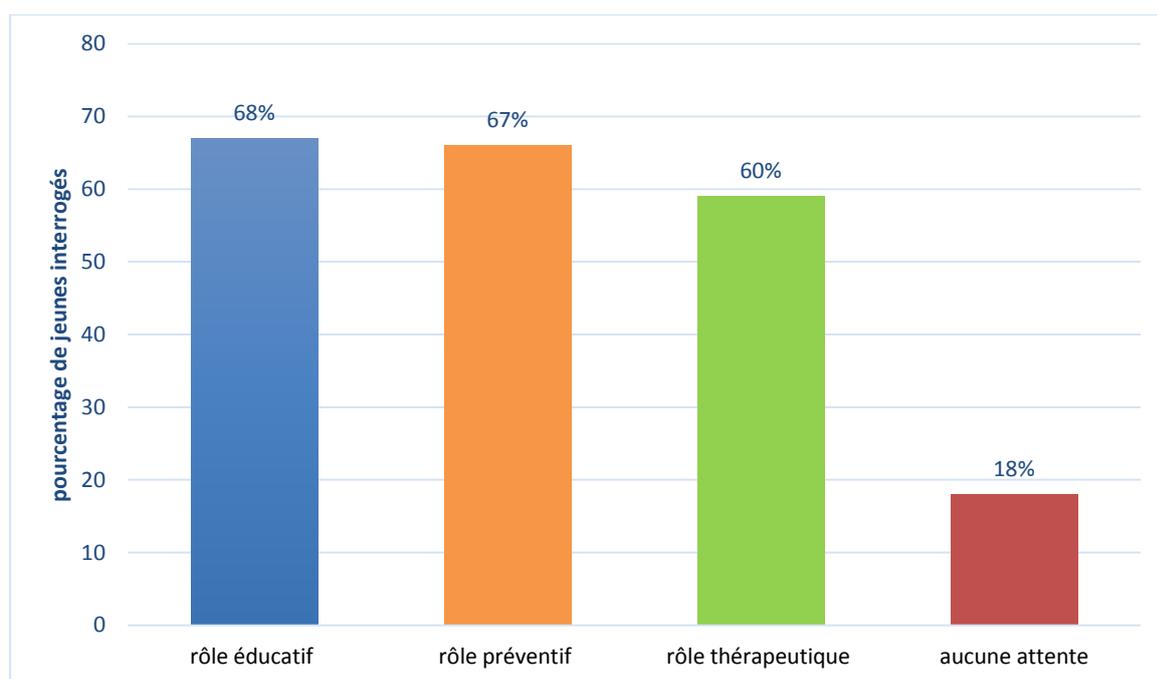
Un médecin généraliste :

	Total des jeunes (98)	<i>Exprimé en %</i>	Filles (65)	<i>Exprimé en %</i>	Garçons (33)	<i>Exprimé en %</i>	<i>p</i>
De même sexe	69	70,4	48	73,8	21	63,4	0,28
De sexe opposé	22	22,4	11	19,9	11	33	0,06
De ma génération	37	37,8	23	35,4	14	42,4	0,50
De la génération de mes parents	17	17,3	10	15,4	7	21,2	0,46
Que je connais depuis peu	25	25,5	18	27,7	7	21,2	0,49
Que je connais depuis longtemps	52	53	35	53,8	17	51,5	0,83

Parmi les jeunes interrogées, 69 % préfèrent discuter de sexualité avec un médecin de même sexe. Le sexe du jeune n'a pas d'influence significative sur les attentes en termes de profil du médecin. ($p > 0,05$ dans tous les profils suggérés)

Le fait de connaître son médecin depuis longtemps est un critère idéal pour 53 % des jeunes. L'âge du médecin n'a pas d'influence majeure.

Figure 19 : Réponse à la question 29 : En termes de sexualité et de ses risques, qu'attendez-vous de votre médecin généraliste ?



Les jeunes souhaitent que le médecin exerce en premier lieu un rôle éducatif sur la sexualité et ses risques ainsi qu'un rôle préventif. Le rôle thérapeutique du médecin a été évoqué au troisième plan. Seuls 18 % des jeunes déclarent ne pas avoir d'attente particulière.

7. DISCUSSION

7.1 Qualité et biais de l'étude.

7.1.1 Comparaison aux données épidémiologiques.

Un profil de jeunes dominé par les étudiants.

L'étude a été réalisée en Île-de-France, une région qui rencontre une forte concentration de jeunes diplômés. En 2012, ils sont 47 % de jeunes âgés de 18 à 25 ans résidant en Île-de-France des études contre 36 % en province [54]. Le profil des jeunes participant à notre enquête est majoritairement représenté par les étudiants (68,4 %) et 25 % des jeunes ont intégré le marché du travail. Seuls 6,1 % des jeunes ont déclaré être sans emploi.

En effet, les 18-25 ans en Île-de-France sont moins frappés par le chômage par rapport aux autres régions françaises. À titre de comparaison dans le nord Pas-De-Calais, 19,1 % des demandeurs d'emploi ont moins de 25 ans alors qu'ils sont 11,5 % Île-de-France [55].

L'âge du premier rapport sexuel

L'âge moyen du premier rapport sexuel des jeunes de notre enquête est évalué à 16,2 chez les filles contre 15,9 chez les garçons. Les garçons sont en avance par rapport aux filles et ont plus d'expériences sexuelles. 41,4 % des garçons ont déclaré avoir eu plus de 10 partenaires depuis le début de leur activité sexuelle contre 12,2 % des filles. La majorité des filles ayant participé à l'étude (73,6 %) ont eu moins de 5 partenaires sexuels.

En effet, l'enquête Baromètre santé en 2010, met en évidence une expérience sexuelle plus importante chez les garçons. Entre 15 et 29 ans, 75,1 % des femmes et 78,3 % des hommes déclarent avoir eu un rapport sexuel [56].

Un rapport à la santé qui diffère selon les sexes.

Notre étude regroupe une proportion plus élevée de filles que de garçon (65 filles contre 33 garçons). Cette surexposition des filles participant à l'étude suggère qu'elles consultent plus que les garçons. Leur niveau d'exigence sur la santé est plus important.

En cas de symptômes médicaux invalidants, elles auront davantage à consulter que les garçons. Une enquête réalisée par le réseau partenariat de l'observatoire régional de la santé Provence - Alpes - Côte d'Azur confirme cette tendance. En 2003, le nombre moyen de recours à un médecin généraliste était plus élevé chez les filles que chez les garçons, quelle que soit la tranche d'âge [57]. Le nombre de recours à un médecin généraliste augmente même avec l'âge chez les filles alors qu'il reste stable chez les garçons. On retrouve cette tendance dans toute la France.

L'opportunité d'une discussion autour des conduites sexuelles à risque se présente davantage chez les filles que chez les garçons, car elle consulte beaucoup plus. Il en résulte une inégalité de prise en charge selon le sexe. Les transformations physiques telles que l'arrivée des règles ou la demande de contraception sont autant d'opportunités pour la jeune fille de s'orienter vers son médecin généraliste à l'inverse des garçons.

Caractéristiques des comportements sexuels à risque.

Les comportements sexuels à risque sont dominés par le non-port du préservatif, peu importe le sexe des jeunes. En effet, l'enquête nous montre que 53 % des garçons n'utilisent pas de préservatifs en l'absence de sérologie du VIH contre 51 % des filles. Ce comportement à risque est confirmé par de nombreuses études récentes et reflète une baisse de la vigilance face au risque de

transmission du VIH et des autres IST. Une étude réalisée par une mutuelle étudiante révèle que 33 % des jeunes n'utilisent pas de préservatif [58].

D'autre part, les résultats révèlent des cas de rapports sexuels sous l'emprise de toxique et de rapports sexuels sans préservatifs suite à la pression du partenaire. En effet, les données des études KABP confirment l'impact défavorable de l'alcool sur les comportements de prévention des risques sexuels. Parmi les personnes ayant eu une relation avec un nouveau partenaire au cours des 12 derniers mois, 9, 8 % déclarent avoir consommé de la drogue avant le premier rapport sexuel avec ce nouveau partenaire [59]. Les conséquences de cette consommation entraînent un relâchement des conduites préventives avec une baisse de l'usage du préservatif. D'ailleurs le port du préservatif a été moindre parmi les répondants reconnaissant avoir été en état d'ivresse lors du premier rapport sexuel.

Une étude suisse réalisée en 2006 nous montre que les adolescents présentant une dépendance à l'alcool ont plus de rapports à risque que les autres [60].

D'autre part, le port du préservatif chez les jeunes peut être soumis à une négociation qui entraîne certains à aller à l'encontre de leurs principes. En effet, 8 % des filles contre 6 % des garçons ont déclaré avoir eu un rapport sexuel sans préservatif à la demande du partenaire. Elles sont 17 % à reconnaître avoir eu des rapports sexuels en état d'ivresse ou sous l'influence de drogue contre 9 % des garçons.

La population d'étude a des caractéristiques conformes aux principales données épidémiologiques récentes. La plupart des jeunes interrogés sont étudiants et ont déjà eu une activité sexuelle. L'âge du premier rapport sexuel est compris entre 16 et 17 ans. Les garçons ont une plus grande expérience sexuelle que les filles en tenant compte du nombre de partenaires sexuel. Le port non systématique du préservatif en l'absence de dépistage du VIH a été couramment cité par les jeunes, tous sexes confondus. Bien que marginaux, des cas de rapport sexuel sous l'emprise de toxiques ont été cités.

7.1.2 Limites et biais.

Le questionnaire a été rempli par une faible proportion de garçons. La comparaison des résultats selon les sexes est difficilement significative.

Les conditions propices au remplissage du questionnaire n'étaient pas toujours optimales. Lorsque le jeune est assis en salle d'attente, il peut se retrouver confronté au regard extérieur d'un autre jeune ou d'une personne de son entourage. En effet, la crainte d'être jugé et la pudeur face à un sujet aussi intime ont pu constituer un biais de recrutement pour des jeunes initialement désireux de participer à l'étude.

7.1.3 Qualité de l'étude.

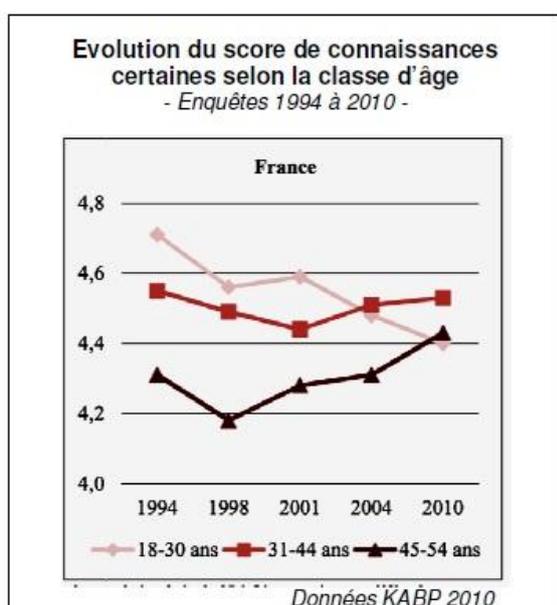
Cette étude repose sur des questionnaires auto administrés ou le répondant n'est pas interrogé par l'enquêteur. Ce mode de recrutement permet de préserver l'anonymat et de laisser le jeune s'exprimer librement sur un sujet sensible comme la sexualité et ses risques.

7.2 Des lacunes dans la connaissance des facteurs de risques sexuels chez les jeunes.

Notre enquête révèle des difficultés à définir les comportements sexuels à risque chez les jeunes. Ils ont globalement intégré le fait que le préservatif les protège des IST et des grossesses non désirées. Ils sont 95,9 % à considérer qu'une absence de préservatifs constitue une prise de risque sexuel. En revanche, ils sont moins nombreux (84%) à admettre qu'une rupture de préservatif entraîne une prise de risque sexuel. Il existe une faille dans les connaissances du rôle protecteur du préservatif.

Ce manque de connaissance est confirmé par les enquêtes KABP. Depuis plusieurs années ces enquêtes évaluent le degré de connaissance des jeunes sur le VIH sur une échelle de 1 à 5. Plus le chiffre se rapproche de 5, plus les jeunes maîtrisent les différents modes de transmission du VIH. Malheureusement de 1994 à 2010, le score de connaissance des jeunes de 18-30 ans est en chute libre [12].

Figure 20 : Score de connaissance des jeunes sur le VIH de 1994 à 2010



D'autre part, les jeunes participant à l'étude n'ont pas établi de lien significatif entre l'alcool et la prise de risque. Seuls 25 % considèrent que l'utilisation d'alcool ou de drogues récréatives avant un rapport sexuel constitue une prise de risque. Et pourtant, la consommation d'alcool chez les 15-25 ans est un enjeu de santé publique. Un rapport de l'INPES [61] confirme une tendance à la hausse des ivresses chez les 15-17 ans. À 15 ans, 58 % des jeunes déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois. Cette consommation de l'alcool est plus visible chez les garçons. Les cas d'ivresse touchent plus de 1 jeune sur 2 à 15 ans. La prise d'alcool s'effectue le plus souvent dans un contexte festif. Les cas de consommation solitaire restent marginaux. L'alcool chez les jeunes n'est pas sans conséquence. Elle entraîne une levée d'inhibition ainsi qu'une baisse de contrôle de soi. Les réflexes et la vigilance sont fortement altérés et peuvent contribuer à des rapports sexuels non désirés ou non protégés. En effet, l'alcool a un effet défavorable sur l'adoption des comportements de prévention. L'enquête KABP révèle que 82,6 % des personnes n'ayant pas consommé d'alcool ont utilisé un préservatif lors du premier rapport avec leurs nouveaux partenaires contre 73,3 % pour celles ayant consommé de l'alcool sans être ivre et 53,8 % des personnes qui déclarent avoir été un peu ou très ivre. [59]

7.3 Des lacunes dans la connaissance des risques de grossesse.

Notre enquête nous montre qu'il persiste des failles sur les pratiques en lien avec la maîtrise du risque de grossesse. Une pénétration dans le vagin sans éjaculation peut être à l'origine d'une grossesse. Malheureusement, 34,7 % des jeunes interrogés pensent le contraire et s'expose ainsi à un risque de grossesse non voulu. Cette incompréhension du risque de grossesse touche plus particulièrement les garçons de l'étude (45,4 % de garçons contre 29,2 % des filles). Cette représentation de l'éjaculation est extrêmement dangereuse, car elle donne l'illusion que « le retrait du partenaire » constituerait une méthode de contraception efficace.

Les garçons sont particulièrement affectés par les fausses informations. Ils sont 63,6 % à penser qu'une éjaculation externe à l'entrée du vagin les protège du risque de grossesse contre 29,2 % des filles ($p : 0,00019$).

En outre, les représentations autour du premier rapport sexuel et le risque de grossesses sont globalement maîtrisés. Seuls 10 % des jeunes interrogés considèrent qu'une femme peut être enceinte lors de son premier rapport sexuel.

Les lacunes visibles chez les jeunes en matière de risque de grossesse nécessitent de porter une attention particulière sur l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire. Le bilan des jeunes participants à l'étude est mitigé avec une moyenne de 5,4 sur 10.

De plus, l'investissement des parents dans l'éducation sexuelle de leurs enfants est variable. Dans notre enquête, 52 % des jeunes n'abordent pas la sexualité avec leurs parents.

Ce triste constat conforte l'idée que l'investissement massif du médecin généraliste dans la prévention des pratiques sexuelles à risque est nécessaire.

7.4 La place du médecin comme acteur dans la prévention des comportements sexuels à risque.

La place du médecin généraliste comme acteur investi dans la prévention des comportements sexuels n'est pas évidente. Les jeunes ont un niveau de confiance élevée envers leur médecin généraliste. Dans notre enquête, ils sont 72,4 % à accorder une confiance absolue à leurs praticiens dans la diffusion d'information sur la sexualité. Cette confiance surpasse celle accordée aux autres sources d'information telles que les parents, amis, frères et sœurs ou les médias dont Internet. Et pourtant, le médecin n'est pas reconnu comme étant une source d'information principale chez les jeunes qui privilégient plutôt Internet (72,4 %) et les amis (67,3 %). Seuls 38,8 % des jeunes interrogés considèrent leur médecin comme source d'information. Il existe une dichotomie entre un niveau de confiance élevée envers le médecin généraliste et le fait que celui-ci soit peu consulté par les jeunes.

D'autre part, les jeunes sont disposés à dialoguer avec leurs médecins. Ils sont 75,5 % à accepter que le médecin les interroge sur leurs comportements sexuels. Seuls 24,5 % y sont opposés pour des raisons principalement liées à la pudeur surtout chez les filles. La majorité des jeunes (75,5 %) considèrent que les informations disponibles sur Internet ne peuvent remplacer une discussion avec le médecin.

Ces résultats nous montrent que les jeunes accueillent de façon positive tout discours préventif sur la sexualité avec le médecin. L'ensemble de jeunes ayant eu l'opportunité d'échanger avec leur médecin est satisfait des réponses. Ils ne sont que 37,7 % à avoir un médecin ayant pris l'initiative d'aborder le sujet.

Notre étude nous montre que les jeunes sont disposés à accorder une place à leur médecin dans la prévention des comportements sexuels à risque. Mais cela ne peut être réalisé sans un investissement massif du professionnel de santé. En effet, l'abord de la sexualité n'est pas largement diffusé dans la pratique médicale courante. Selon une étude américaine [62], moins de 2/3 des médecins abordent la sexualité avec leurs jeunes patients. Au cours de cette étude, les chercheurs ont enregistré les conversations de manière anonyme des patients jeunes âgés de 12 à 17 ans chez leur médecin. Les consultations duraient en moyenne 22,6 minutes. Lorsque la sexualité

était abordée, le temps accordé sur le sujet était en moyenne de 36 secondes. La qualité de l'échange est donc limitée pour répondre aux attentes des jeunes. Les résultats de cette étude pourraient être élargis aux jeunes de 15 à 25 ans en France.

La stratégie de préventions des comportements sexuelles doit s'appuyer sur une approche globale de la sexualité qui réunit différents acteurs. Le médecin généraliste a toute sa place pour répondre aux questions relatives aux risques sexuels en diffusant les informations nécessaires sur la contraception, les modes de transmission des IST, et l'intérêt du dépistage. Il assure également une écoute attentive visant à accompagner le jeune dans ses questionnements. L'éducation à la vie sexuelle et affective doit être améliorée par l'école, les milieux associatifs et des parents motivés. L'ensemble de ces acteurs peut intervenir à travers une réflexion sur les relations entre jeunes, les violences sexuelles, l'impact de la pornographie et la lutte contre les préjugés sexistes et homophobes.

7.5 Condition de mise en place d'une prévention des conduites sexuelles à risques en consultation.

7.5.1 Profil du médecin.

Les jeunes se confient plus facilement avec un médecin de même sexe connu depuis longtemps. Le fait que le médecin soit considéré comme étant « jeune » n'a pas été reconnu comme un critère privilégié.

En effet, 70,4 % des jeunes interrogés considèrent qu'un médecin de même sexe est idéal pour aborder une discussion autour de la sexualité. Le fait de connaître son médecin depuis plusieurs années est un élément primordial pour 52 % des jeunes.

Cette préférence vers un médecin de même sexe soulève un risque d'inégalité de prise en charge, car les garçons ne pourront pas bénéficier des mêmes opportunités que les filles.

Effectivement, la démographie médicale actuelle est en faveur d'une féminisation de la profession. Les femmes médecins sont plus nombreuses que les hommes chez les moins de 45 ans et représentent 58 % des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins [50]. Cette présence féminine profite à la médecine libérale. En effet, 60 % des médecins généralistes installés, âgés de moins de 40 ans sont des femmes.

7.5.2 Initiative de la discussion.

L'initiative de l'abord de la discussion sur le comportement sexuel à risque est mitigée.

En effet, 48,9 % des participants à l'étude n'ont pas de préférence particulière concernant l'initiative de la discussion. Parmi les jeunes interrogés, 24 % préfèrent que cette discussion s'effectue sous l'impulsion de médecin et 26 % considèrent que c'est au patient de prendre l'initiative. Ces résultats nous prouvent qu'aucune approche standardisée n'est possible. L'initiative de la discussion peut dépendre de plusieurs facteurs tels que la personnalité du jeune, sa pudeur, le niveau de complicité et de confiance à l'égard du médecin.

Le degré d'investissement du professionnel de santé peut constituer un frein à l'initiative de cette discussion. Comme nous l'avons décrit plus haut, l'étude du sociologue Giami Alain nous montre que les médecins ne partagent pas la même approche sur ce sujet. Quand d'autres s'investissent sur la sexualité du patient, d'autres préfèrent adopter une approche plus minimaliste.

Cependant, le débat autour de l'initiative du patient ou du médecin ne doit pas être un motif d'esquive. La discussion autour de la prévention des comportements sexuels à risque devrait être systématique en cas de contexte favorable. Lorsque pour des raisons qui lui sont propres, le jeune ne souhaite pas s'exprimer sur le sujet ou lorsque le médecin éprouve des difficultés à initier la discussion, il est préférable d'avoir recours à un autre mode de communication.

Face à une génération de jeunes « hyper connectés », la diffusion de brochure informative où figure la liste de sites Internet certifiés pourrait être un moyen supplémentaire d'aboutir à une prévention des comportements sexuels à risque notamment chez les jeunes réfractaires à un échange avec le médecin. Néanmoins, pour 76,5 % des jeunes interrogés les informations disponibles sur Internet ne peuvent remplacer une discussion autour des comportements sexuels à risque.

7.5.3 Contexte pour aborder la discussion.

A moins que le jeune n'aborde le sujet de façon spontanée, un contexte favorable est indispensable pour engager la discussion. Certains motifs de consultation peuvent faciliter la discussion. Il est nécessaire que le médecin porte une attention particulière aux motifs de consultations et profite de la situation pour diffuser un discours préventif centré sur les comportements sexuels à risques.

Dans notre étude, les résultats de l'enquête nous montrent que deux situations sont plébiscitées par les jeunes : le dépistage des IST avec ou sans présence de symptôme évocateur d'une affection génitale (80,6 %) et la demande de contraception (74,5 %).

En France, le dépistage des IST est plutôt bien accueilli par les jeunes. Les jeunes sont les plus exposés. Les données des dernières enquêtes KABP confirment une augmentation de la réalisation des tests de dépistage de 1992 à 2010.

Néanmoins, les 18-30 ans sont les plus nombreux (24 %) à avoir effectué un dépistage dans les douze derniers mois. L'enquête Baromètre santé 2010 révèle que les jeunes (89,6 % en 2010) considèrent le dépistage comme une bonne stratégie de prévention.

De plus, notre étude nous montre que les demandes de contraception constituent un contexte favorable à la prévention des comportements sexuels à risque. En effet, les contraceptifs oraux représentent le mode de contraception plébiscité par les jeunes. En île de France, elle est utilisée chez 78,6 % des 15-29 ans [13].

Cependant, seuls 49 % considèrent une demande d'interruption de grossesse comme un contexte favorable à une discussion. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce faible résultat. D'une part, la détresse psychologique potentiellement présente lors d'une demande d'IVG peut être un frein au dialogue. Évoquer les raisons de l'absence de contraception ou de préservatif pourrait davantage culpabiliser la patiente. D'autre part, certains jeunes auraient tendance à banaliser l'avortement au point de ne pas l'affilier à un échec de contraception. Face à ce déni, certaines femmes jeunes pourraient ne pas être réceptives aux discours préventifs du médecin.

Le médecin généraliste ne devrait pas faire l'impasse sur ces deux opportunités d'ouvrir un dialogue avec les jeunes d'autant plus que les demandes de dépistage d'IST et de contraception sont des situations potentiellement récurrentes dans cette population.

7.5.4 Contenu du discours du médecin.

Les jeunes souhaitent recevoir un discours centré sur la prévention des comportements sexuels à risque associé à un renforcement des connaissances sur la symptomatologie et les modes de transmission des IST. Les attentes des jeunes ne sont pas limitées à une prise en charge strictement thérapeutique.

En effet, ils sont 68,4 % à attendre du médecin un rôle éducatif qui consiste à diffuser des informations sur les MST et transmettre des informations essentielles. Le rôle préventif du médecin dans le dépistage des IST a été plébiscité pour 67,3 % des jeunes. Enfin, 60 % des jeunes ont insisté sur le rôle thérapeutique du médecin dans le diagnostic et l'initiation d'un traitement en cas d'IST. Seuls 18,4 % des jeunes déclarent n'avoir aucune attente particulière envers leur médecin en termes de sexualité.

Lorsque le contexte le permet, le médecin devrait développer une approche pédagogique innovante visant à renforcer les connaissances des jeunes sur les IST. Il est indispensable qu'en recevant une ordonnance de dépistage ou de traitement d'une IST, le patient soit capable de connaître la pathologie infectieuse traitée ou recherchée et les différents modes de transmissions.

En prenant le temps d'expliquer aux jeunes notre démarche de soins, le professionnel de santé peut déclencher une prise de conscience chez le jeune. L'initiation à la sexualité impose une responsabilité sur sa santé et celui du partenaire. C'est ce message clé qui doit être largement diffusé en consultation et qui légitime l'investissement et la place du médecin dans la prévention des comportements sexuels à risque.

D'autre part, le contenu du discours doit viser à abolir les idées préconçues sur le risque de grossesse non désirée. Il existe de fortes lacunes chez les jeunes plus particulièrement chez les garçons. De nombreuses études font état d'un niveau de connaissances variable en fonction du sexe. L'enquête baromètre Santé de 2010 confirme un niveau d'information sur la santé sexuelle variable selon le sexe et le thème. Les femmes se sentent plutôt bien informées que les hommes sur la contraception (94,6 % contre 83,4 %) et les IST en dehors du SIDA (94,6 % versus 83,4 %). Il faudrait davantage impliquer les garçons lors d'une demande de dépistage d'IST en insistant sur le fait qu'entreprendre un rapport sexuel sans préservatif impose de connaître le mode de contraception de sa partenaire en cas de rapport sexuel régulier.

Le médecin devrait rappeler qu'un rapport sexuel sans éjaculation ne protège en rien d'une grossesse. Cette information doit être largement diffusée tout comme la potentialité du risque de grossesse lors du premier rapport sexuel surtout chez les garçons.

Le discours médical doit renforcer le travail porté par l'éducation nationale en insistant sur l'intérêt du préservatif et de la contraception, mais aussi sur la potentialité du risque d'une consommation de toxique (drogues et alcools). Dans notre étude, peu de jeunes ont fait un lien direct entre les comportements sexuels à risque et la prise de toxique. Seuls 25 % considèrent que l'alcool ou les drogues peuvent être à l'origine d'une prise de risque.

8. CONCLUSION

La prévention des comportements sexuels à risque constitue un enjeu de santé publique majeur chez les 15-25 ans. Le bilan mitigé porté par l'éducation nationale nous confirme que des efforts sont à fournir. Le médecin généraliste doit affirmer sa place en tant qu'acteur dans la prévention des pratiques sexuelles à risque d'autant plus que les jeunes y sont favorables.

L'abord de la sexualité et ses risques s'effectue de manière plus aisée si le médecin est du même sexe et est connu depuis longtemps. Les jeunes accordent peu d'importance à l'âge du médecin. Quant à l'initiative de la discussion, l'étude ne retrouve pas de consensus. Elle peut dépendre de la personnalité du jeune et ses attentes tout comme du degré d'investissement du professionnel de santé.

Les jeunes souhaitent aborder la sexualité et ses risques lors des consultations de dépistages des IST, avec ou sans signes cliniques compatibles avec une affection génitale ou lors d'une demande de contraception. De ce fait, les filles sont largement favorisées. Elles sont plus focalisées sur leur état de santé et se sentent directement concernées par la contraception. La féminisation de la profession médicale les avantage, car elles ont plus l'opportunité de dialoguer avec un médecin de même sexe.

L'état des connaissances actuelles des jeunes révèle des lacunes en termes de risque sexuel plus particulièrement chez les garçons. L'Éducation nationale devrait réaliser des enquêtes qui évaluent l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle selon les attentes des jeunes.

Face à ce constat, le médecin généraliste ne peut que s'investir davantage.

Pour répondre aux attentes des jeunes, le discours médical doit consolider les connaissances sur les modes de transmission des IST et les symptômes évocateurs, tout en insistant sur l'intérêt du dépistage et les différents modes de prévention. L'usage de brochures peut être un complément d'information ou une alternative à la discussion chez les jeunes réfractaire à tout échange.

Enfin, l'apport de cette étude nous permet de proposer une stratégie facilement applicable en consultation de médecine générale.

Tableau XIII : Méthodologie d'un dialogue sur les pratiques sexuelles à risque en consultation.

Axes d'intervention possibles	Exemples
Favoriser l'expression en proposant une écoute	Favoriser l'expression sur le vécu d'un diagnostic ou une suspicion d'IST : <ul style="list-style-type: none"> - Comment pensez-vous avoir attrapé cette infection ? - Avez-vous eu récemment des rapports sexuels à risque ?
Aborder et évaluer une situation	Pourquoi souhaitez-vous prendre une contraception ? Pourquoi souhaitez-vous réaliser un dépistage ?
Informier et expliquer	Expliquer l'intérêt de la contraception et du dépistage chez les deux partenaires avant d'envisager l'abandon du préservatif. Décrire les différentes IST prescrites sur l'ordonnance du bilan biologique Rappeler les modes de transmission des IST. Insister sur le risque de grossesse lors de rapport sans éjaculation
Accompagner la réflexion sur les risques sexuels.	Quelles seraient les conséquences si vous continuez à avoir des rapports sexuels sans préservatif ?

Annexe

Questionnaire destiné aux patients

VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE !

QUESTIONNAIRE RÉSERVÉ AUX 18-25 ANS AYANT ÉTÉ SCOLARISÉ DANS UN COLLÈGE OU LYCÉE FRANÇAIS

Étudiante en médecine, je souhaiterais connaître vos attentes en matière de prévention des conduites sexuelles à risque par un médecin généraliste en consultation. Votre avis me permet de réaliser ma thèse de médecine générale.

Ce questionnaire est strictement anonyme, aucune information ne sera communiquée à votre médecin.

Profil du jeune et activité sexuelle

- 1- Âge :
- 2- Sexe : F M
- 3- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?
Oui Non Ne souhaite pas répondre
- 4- Si oui, âge du premier rapport sexuel :
- 5- Depuis le début de votre activité sexuelle quel est le nombre de partenaire sexuels :
Inférieur à 5 Entre 5 et 10 Supérieur à 10
- 6- Situation professionnelle :
Etudiant
Sans emploi
Emploi stable
- 7- Consultez-vous un médecin généraliste de référence ou des médecin différents ?
Médecin de référence Médecin généraliste différents
- 8- Sexe du médecin traitant : F M

Connaissance sur la santé sexuelle et les risques associée

9- Selon vous, qu'est ce qui constitue un risque de transmission d'IST (infection sexuellement transmissible) ?

- Rapports sexuels sans préservatif
- Partenaires sexuels multiples
- L'utilisation de drogue récréatives ou boissons alcoolisées avant un rapport sexuel
- Un rapport sexuel non traumatique sans saignement
- Une rupture du préservatif

10- Une pénétration dans le vagin sans éjaculation peut-elle être à l'origine d'une grossesse ?

Oui Non

11- Une éjaculation externe à l'entrée du vagin peut-elle être à l'origine d'une grossesse ?

Oui Non

12- Une femme peut être enceinte dès le premier rapport sexuel (lorsqu'elle perd sa virginité) ?

Oui Non

13- Est-il possible de guérir du sida ?

Oui Non

14- Une personne infectée par le virus du SIDA paraît-elle toujours malade ?

Oui Non

15- Avez-vous déjà eu un rapport sexuel :

- Sans consentement
- Sans préservatif (en l'absence de dépistage du VIH chez les deux partenaires)
- Sans préservatif sous la pression du partenaire
- Dans un contexte de trouble de la vigilance (sous l'emprise de drogues, en état d'ivresse)

Sources d'information sur la santé sexuelle

16- Quelles sont vos principales sources d'information sur la sexualité ?

- Parents
- Amis

- Frères et/ou sœurs
- Médecin généraliste
- Internet ou autres médias

17- A qui faites-vous le plus confiance en termes de diffusion d'information sur la sexualité ?
(Une seule réponse possible)

- Parents
- Amis
- Frères et/ou sœurs
- Médecin généraliste
- Internet ou autres médias

18- Avec quels parents avez-vous abordé les risques en lien avec la sexualité ?

- Aucun parents
- La mère
- Le père
- Les deux parents

19- Que pensez-vous de l'éducation sexuelle dispensée à l'école sur une échelle de 1 à 10 ?

20- Le médecin généraliste a -t-il déjà engagé avec vous une discussion autour des comportements sexuels à risque ? Oui Non

21- Si oui, étiez-vous satisfait des renseignements donnés ? Oui Non

22- Si le contexte le permet, accepteriez-vous que votre médecin vous interroge sur votre comportement sexuel ? Oui Non

23- Si non, pourquoi ?

- Pudeur
- Ce n'est pas le rôle du médecin
- Peur d'être jugé

24- Les informations disponibles sur internet en matière de prévention des comportements sexuels à risque peuvent-elles remplacer une discussion avec le médecin généraliste ?
Oui Non

Conditions de prévention des conduites sexuelles à risque par le médecin généraliste en consultation

25- Quel contexte vous paraît approprié pour aborder avec le médecin la notion de

comportement sexuel à risque et les moyens de prévention ? (Réponses multiples possibles)

- Lors d'une demande d'interruption volontaire de grossesse
- Lors d'une demande de contraception
- Lors d'une demande de dépistage ou de doute sur la présence d'une IST
- Aucun contexte (je ne souhaite pas parler de sexualité avec mon médecin)

26- Qui doit être à l'initiative d'une discussion autour des comportements sexuels à risque ?

- Le patient
- Le médecin
- Les deux

27- Comment souhaitez-vous que votre médecin vous délivre des informations relatives à la prévention des conduites sexuelles à risque ?

- En discussion en tête à tête
- Brochures
- Site internet certifié par votre médecin

28- Quel est le profil du médecin généraliste idéal pour évoquer la sexualité et ses risques ?
(Plusieurs réponses possibles)

- Médecin de même sexe que moi
- Médecin de sexe opposé
- Médecin qui me paraît être de ma génération
- Médecin de la génération de mes parents
- Médecin qui ne me connaît que depuis récemment
- Médecin que je connais de longue date

29- En termes de sexualité, qu'attendez-vous de votre médecin ? (Réponses multiples possibles)

- Rôle thérapeutique (me diagnostiquer et me soigner une IST)
- Rôle éducatif (me donner des informations sur les IST, leurs symptômes évocateurs ainsi que la conduite à tenir en cas de prise de risque)
- Rôle préventif (m'informer sur les moyens de prévention des IST et des grossesses non désirées)
- Pas de rôles prédéfinis (répondre uniquement à mes interrogations)

BIBLIOGRAPHIE

1. M. Mazuzy, L. Toulemon, E. Baril, Le nombre d'IVG est stable , mais moins de femmes y ont recours , Ined, Population, n°69 (3), 2014
- 2 Institut National de veille sanitaire . Bulletins des réseaux de surveillance des IST. Données au 31 décembre 2015. Bulletin n°5. Page 1
- 3 Regis Revenin , Une histoire des garçons et des filles .Amour , genre et sexualité dans la France d' après -guerre , Paris, Vendémiaire,2015,352 p ., ISBN 97823635581747
- 4 Jacquet-Francillon, « MARTIN Jean-Paul & PALLUAU Nicolas (dir.). Louis François et les frontières scolaires. Itinéraire pédagogique d'un inspecteur général (1904-2002) », Revue française de pédagogie, 192 | 2015, 153-154.
- 5 Marie-Françoise Lévy Le Mouvement français pour le planning familial et les jeunes. Vingtième Siècle. Revue d'histoire. 2002/3 (n° 75) p 210 . 210 ISBN : 9782724629736
- 6 Sophie Chauveau, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », in Clio, numéro 18-2003, Mixité et coéducation, p. 223-239.
- 7 Armelle Andro, Laurence Bachmann, Nathalie Bajos, Christelle Hamel, « La sexualité des femmes : le plaisir contraint », Nouvelles Questions féministes, vol. 29, N° 3, 2010, 128 p., Éditions Antipodes, ISSN : 0248-4951, ISBN : 9782889010400.
- 8 Achille Weinberg. La libération sexuelle et ses lendemains. « La sexualité aujourd'hui » Mensuel N°130 - août/septembre 2002.
- 9 Baromètre Santé 2010, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- 10 Étude "Contexte de la Sexualité en France « réalisée par l'Inserm et l'Ined par téléphone entre octobre 2005 et mars 2006 auprès de plus de 12.000 hommes et femmes âgées de 18 à 69 ans à l'initiative de l'Agence nationale de recherches sur le Sida (ANRS).
- 11 Institut National de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire DU 1er décembre 2012 / n° 46-47 5 (Conclusion de l'enquête ANRS-KABP de 2010).
- 12 Enquête KAPB sida 2010 (Connaissances, attitudes, croyances et comportements) Observatoire régional d'Île-de-France et l'Inpes, en partenariat avec l'InVS et l'Inserm.
- 13 Beck , Richard J-B , Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010, INPES, 2013, 337 p

- 14 Inspection générale des affaires sociales RM2009-104A .Octobre 2009 .Rapport établi par Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger, avec la participation du Dr Laurent Chambaud , membres de l'Inspection générale des affaires sociales . « La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence » page 9
- 15 Méthode de contraception utilisée en France en 2010 selon l'âge des femmes. Enquête FECOND 2010. Inserm - Ined
- 16 Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010.
- 17 Recommandations pour la pratique clinique. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004 . p 149-150
- 18 Contraception : que savent les Français ? (enquête BVA) .Saint-Denis : INPES, 2007, 10 p.
- 19 Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010.Sous la direction de François Beck Jean-Baptiste Richard. « Pratiques contraceptives des jeunes femmes de moins de 30 ans »
- 20 Institut français d'opinion publique (IFOP) Les jeunes et la prévention contre le VIH / Sida. Mars 2015.Sondage Ifop pour Sidaction.
- 21 . Enquête E.P.I.C.E. Enquête sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.) et la contraception chez les étudiants-es. Tarik Chraïbi et les étudiants-es de Master Professionnel « expert démographe » .Sous la direction d'Elizabeth Brown, Magali Mazuy et Armelle Andro
- 22 Isabelle Grémy et Nathalie Beltzer de l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France. AIDS, vol. 18 n°5, p. 805-10
- 23 Représentation du VIH -SIDA et comportements à risque chez des adolescents scolarisés en banlieue parisienne . Marta Antunes Maia, Docteur en anthropologie sociale
- 24 La contraception, prévalence, prévention et enjeux de société. Charton Laurence, Joseph Josy Levy. page 187-188
- 25 Plaquette KABP 2001 « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2001 ». Observatoire régional de santé d'Ile-de-France.
- 26 Amsellem ,Mainguy , Dumollard. Santé et sexualité des jeunes pris en charge par la PJJ. Entre priorité et évitement, Rapport d'étude/INJEP, octobre 2015.

- 27 Évaluation du programme d'interventions de prévention et d'éducation à la vie affective et sexuelle réalisée par le Crips Paca.2013
- 28 Enquête Fecond 2010 réalisée par l'Ined et l'Inserm.
- 29 Fiche pédagogique « l'âge au premier rapport sexuel » INED
- 30 Article 227-25 et 227-27 du Code pénal
- 31 Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens en France en 2014. Dans Agora débats/jeunesse 2016/4 (N° Hors-série)
- 32 Nathalie Beltzer , Leïla Saboni, Claire Sauvage et Cécile Sommen . Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010 , Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Chapitre 6- L'activité sexuelle et les comportements de prévention .
- 33 Enquête sur l'influence des nouvelles technologies sur les comportements sexuels des jeunes. IFOP, octobre 2013. Disponible sur http://www.ifop.com/media/poll/2367-1-study_file.pdf
- 34 Stéphane Clerget. Ils n'ont de yeux que pour elle. Les enfants de la télé. Paris .Fayard 2002.
- 35 Jessica R Cohen, Robert M Bilder, Susan Y Bookheimer, Barbara J & Knowlton Russell A Poldrack. Département de psychologie, Université de Californie à Los Angeles, Los Angeles, Californie, États-Unis. « Une réponse adolescente unique pour récompenser les erreurs de prédiction ».
- 36 Jay Giedd "Brain Development During Childhood and Adolescence : à Longitudinal MRI Study", in "Nature Neuroscience", 1999.
- 37 Michel L, Cain, Hans Damman, Robert A. Lue, Carol Kaeseuk Yoon. Découvrir la biologie. page 543
- 38 Hame Marthe. Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire
- 39 Hélène Romano. École, sexe et vidéo. Dunod, 8 janv. 2014 - 256 pages
- 40 Institut de veille sanitaire - Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005.
- 41 Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles, janvier 2017. (Donnée au 31 décembre 2015).
- 42 Études et résultats. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. Juin 2016 . Numéro 0968

43 Joëlle Berrewaerts, Florence Noirhomme-Renard .Les grossesses à l'adolescence :quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?Juin 2006 Réf. : 06-40

44 François Volff, « Un syndrome traumatique répandu : le Syndrome post-avortement », Nervure : journal de psychiatrie., vol. XVII, no 5

45 Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 relative aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 45 du 3 décembre 1998. En ligne :

<http://www.education.gouv.fr/botexte/bo981203/SCOE9802899C.htm>

46 Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Article 22 . JORF n°156 du 7 juillet 2001 .

47 Ministère de l'Éducation nationale. Circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 9 du 27 février 2003

48 Claire Aubin,Danièle Jourdain Menninger. Avec la participation du Dr Laurent Chambaud. Inspection générale des affaires sociales RM2009-112P. Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.

49 Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, rôle du médecin généraliste et description des compétences fondamentales du médecin généraliste préparé par la WONCA Europe (Société européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. En ligne :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

50 Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016.Conseil National de l'Ordre des médecins. En ligne : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

51 Recommandations diagnostiques et thérapeutiques des MST. Section MST /SIDA de la société française de dermatologie.

52 Singulier généraliste : Sociologie de la médecine générale. Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer. Année : 2010. ISBN : 9782810900213. chapitre 8 : spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité .Alain Giami

- 53 Cécile Méadel ,Madeleine Akrich .Les tribunes de la santé (2010) numéro 2 « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin »
- 54 L'Ile-de-France, capitale des étudiants et des diplômés du supérieur. Céline Calvier, Lynda Pichard, Insee Analyses Ile-de-France numéro 19.
- 55 La France et ses territoires. Edition 2015.INSEE
- 56 Nathalie Beltzer, Valérie Féron, Catherine Vincelet. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France :résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010Côte d'Azur.2006
- 58 Enquêtes santé des étudiants – Smerep 2013-2014.
- 59 Nathalie Beltzer. Histoire sexuelle d'une relation entre deux partenaires : comment est géré le risque du VIH .Paris : ORS Ile-de-France, ANRS, 2000, 104 p.
- 60 Kuntsche E.; Gmel G. & Annaheim B. Alcool et violence chez les jeunes -Lausanne : SFA/ISPA, 2006, 97 p.
- 61Juliette Guillemont , François Beck Dossier " jeunes et alcool : quelle prévention ? " La santé de l' homme 398 .Novembre-Décembre 2008 page 10-12.
- 62 Etude de chercheurs de l'école de médecine de l'université Duke, en Caroline du Nord.Jama Pediatrics
- 63 Atlas de la démographie médicale en France .Situation au 1^{er} janvier 2016.Conseil national de l' ordre des médecins .

RÉSUMÉ

Le médecin généraliste et la prévention des conduites sexuelles à risque chez les jeunes.

Introduction : Les comportements sexuels à risque sont visibles chez les jeunes. En effet, l'utilisation du préservatif chez les étudiants et de la contraception chez les jeunes femmes est en baisse. L'impact des comportements sexuels est caractérisé par une augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) et expose les jeunes femmes à l'avortement. Le médecin généraliste est un acteur de prévention de santé publique. Il est le premier contact dans le parcours de soins.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les attentes des jeunes en matière de prévention des comportements sexuels à risque à travers un dialogue en consultation avec le médecin.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive quantitative qui s'appuie sur le mode de questionnaires auto administrés et disponibles en salle d'attente des cabinets médicaux. Les questionnaires sont réservés aux jeunes âgés de 18 à 25 ans.

Résultats : La majorité des jeunes (75 %) souhaitent aborder les comportements sexuels à risque avec leur médecin. Les contextes privilégiés sont les demandes de dépistage avec ou sans suspicion d'IST pour 81 % des jeunes ainsi que les demandes de contraception pour 74 % des participants. Le profil idéal recherché est un médecin de même sexe que le jeune consulte depuis longtemps. Il persiste des lacunes dans les connaissances des risques sexuels que les jeunes souhaitent corriger.

Conclusion : Les jeunes sont ouverts au dialogue sur la prévention des risques avec leur médecin généraliste. Ils souhaitent une prise en charge globale qui encourage la diffusion des connaissances sur les IST tels que les modes de transmission et les symptômes évocateurs. Les attentes des jeunes confirment la place privilégiée du médecin généraliste dans la promotion et l'éducation pour la santé.

Mots clés : prévention, risques sexuels, médecin généraliste, les jeunes.