

**Evaluation des connaissances et des représentations des adolescentes
dans le domaine de la sexualité et de la contraception.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2017

Par Madame Mélanie CHASTEL

Née le 23 septembre 1989 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline

Directeur

**Evaluation des connaissances et des représentations des adolescentes
dans le domaine de la sexualité et de la contraception.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2017

Par Madame Mélanie CHASTEL

Née le 23 septembre 1989 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Monsieur le Professeur AGOSTINI Aubert

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

MM FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean

PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, le Professeur Ludovic CRAVELLO

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. J'ai apprécié suivre votre formation en gynécologie-obstétrique et vous remercie pour votre disponibilité au cours de ces derniers mois dans le cadre de ce travail de recherche.

Je vous présente mes sincères remerciements pour votre engagement dans l'enseignement de la gynécologie auprès des médecins généralistes.

A ma directrice de thèse, le Docteur Céline CALVET-MONTREDON

Vous avez accepté de diriger sans aucune hésitation ce travail de thèse et par la suite mon mémoire de DES. Je ne saurai vous être assez reconnaissante pour votre aide et votre soutien depuis maintenant plus d'un an et demi. Malgré des complications de parcours, j'ai pu réaliser grâce à vous une thèse sur un sujet qui me tenait réellement à cœur.

Merci pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A mon juge, le Professeur Aubert AGOSTINI

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites d'accepter de juger mon travail. Merci pour votre sympathie lors de nos échanges et l'intérêt que vous portez à la gynécologie sociale.

Soyez assuré de ma réelle gratitude et de mon profond respect.

A mon juge, le Professeur Patrick Gerbeaux

A l'un de mes séniors préférés de la grande famille des urgences de la Conception et du BMT (il va y avoir des jaloux dans la salle). Je ne saurai jamais assez te remercier d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ta simplicité. Ce fût un grand plaisir de travailler à tes côtés au cours de mon semestre d'urgences Adultes.

Un grand merci à Aurélie, mon binôme de codage.

Aux patientes qui ont accepté de participer à mon étude avec sympathie et générosité.

Aux meilleurs parents,

A mon Père JEAN-LUC CHASTEL, mon Papou, le Meilleur cuisinier et le plus grand pêcheur du monde (et surtout de Martigues !) Merci pour l'éducation que tu m'as donnée et les valeurs que tu m'as inculquées. Merci pour la fierté que je lis dans tes yeux.

A ma Mère, VIRGINIE CHASTEL, ma Mamounette, celle qui a mis au monde une fille si géniale (non je ne parle pas de toi Julie) ; la meilleure des Mamans instit qui a corrigé mes fautes d'orthographe ! Merci pour tes précieux conseils concernant ma vie personnelle comme professionnelle.

Merci pour votre soutien durant mes 28 années d'existence et ces dix années d'études de médecine.

Je vous aime. Fière de mes parents.

A ma petite sœur JULIE,

Celle qui me connaît le mieux. Merci pour ta présence sans faille en toute circonstance. J'avoue parfois me demander qui est la sœur aînée... Cette relation de confiance carrément fusionnelle dont je ne saurai jamais me passer ! Ta danse de la victoire le jour de mon concours en P1 en sautant sur le lit.

Merci pour notre complicité et ton soutien. Sans oublier mon beau-frère Maxime que j'adore.

Je t'aime. Fière de ma petite sœur.

A mes grands-parents,

A mon Pépé Jojo et ma Mémé Doudou,

Merci pour tout l'amour que vous m'avez apporté depuis ma plus tendre enfance, tous les week-ends passés chez vous et les vacances en España.

Fière de mes grands-parents.

A toute ma famille,

Mes tantes et oncles : Ma Marraine Christine pour les vœux prononcés sur mon berceau et les crises d'amour ! Mimi pour ton soutien et tes encouragements, Carole et Jean-Pierre.

Mes cousins et cousines : Mon cousin Quentin pour tous les moments de notre enfance passés ensemble, mon cousin Tristan globe-trotter qui explore le continent Australien, ma cousine Manon qui doit avoir froid au Canada et mes cousins germains Aurore et Kevin.

Merci pour tous les moments passés à vos côtés.

Ceux qui sont loin de Marseille mais que je n'oublie pas... Ginette et ma couz Camille

A mon arrière-grand père, mon petit Pépico qui me manque tant. Fière d'avoir été ta petite-fille et ton docteur pendant six mois.

A mes chefs et séniors,

Mon mentor en gériatrie et mon Papa de la médecine,

Monsieur le Docteur Bernard DIADEMA, merci pour vos précieux conseils et l'apprentissage de la médecine dont j'ai pu bénéficier au cours de mon premier semestre avec vous à l'hôpital d'Allauch. Merci pour m'avoir formé, pour m'avoir toujours écouté et accordé votre confiance dans la gestion de votre service et de vos patients. Fière d'avoir travaillé à vos côtés.

Mon mentor en médecine générale et Proprio de ma petite maison sur la colline de Château-Gombert,

Monsieur le Docteur Bernard CHIAUSA, merci pour m'avoir tout simplement donné le goût de la médecine générale. Merci pour ta sympathie, ta bonne humeur et ta pédagogie lors de mes deux stages d'interne en maîtrise de stage et en SASPAS. Merci pour ton investissement auprès de la faculté et du DUMG pour assurer une bonne formation universitaire aux internes en médecine générale.

Mon mentor en gynécologie et ma future associée au cabinet à Aubagne,

Madame le Docteur Hélène PICLET, merci pour tout ce que tu m'as appris. Tu m'as transmis tes connaissances et ton savoir en matière de gynécologie. Merci pour ta générosité, ton écoute et ton humanité. Fière de travailler avec toi et de poursuivre cette aventure !

L'équipe de l'hôpital d'Allauch,

Romain, Marie-Claude, Lilit, Roxane, Céciline... ainsi que l'équipe paramédicale de l'USLD et tous ceux avec qui j'ai travaillé. Merci pour votre encadrement et votre accessibilité.

L'équipe des urgences de la Timone,

Ma Lolo, le Pr Thibaut Markarian alias Didier, Anne-So, Gilles, Joëlle, Domi et la réflexo plantaire. Sans oublier Mr Michelet. Les supers IDE pour mes gardes DISNEY au DECHOC Jeremy et Manue. Un bonheur d'avoir réalisé mon stage d'urgence avec vous dans la bonne humeur !

L'équipe du Cabinet des Marronniers,

Gisèle, Lise et Alain. Sans oublier ma super secrétaire Véro et Michel Piclet pour ses petites visites. Merci pour l'accueil que vous m'avez fait, c'est un plaisir de travailler avec vous.

Le Docteur Malika Zian, mon médecin traitant qui a connu mon rêve de devenir docteur depuis la maternelle.

Le Docteur Benoît Cotrel. Merci pour ta sympathie et ta simplicité.

Aux plus anciennes amies,

Marjorie, Tiffany et Audrey. Pour les étés au camping, toutes ces années passées et les souvenirs. Merci les girls, car le temps passe mais rien ne change.

A mes amis du collège et du lycée,

Ma Zè et mon Trutus, il est bien loin le temps de la seconde 14 et des cours d'Espagnol. Jérémy, Emeline sans oublier ton Yoyo, merci pour tout. Votre amitié m'apporte beaucoup.

A Julie Barbie,

Merci pour cette relation d'amitié dont je ne pourrai me passer. Merci pour ta présence dans les moments difficiles, certaines choses ne s'oublient pas. Un réel coup de foudre amical! Sans oublier le plus beau de tous Guets !

A Marion,

Tu es vite devenue une personne indispensable. A tous nos moments. Ainsi que bébé Tom et Gillou ! Je suis tellement contente de vous avoir dans ma vie. Merci tout simplement.

A mon Cafou,

Mon principal soutien psychologique (gratuit 7/7 ; 24/24). Merci pour toutes les fois où tu as réussi à me redonner le sourire et ton impartialité dans des situations qui ont été parfois délicates.

A mon Chaton,

En espérant que tu seras dans la salle avec nous et non pas en salle d'accouchement sous péridurale! Une jolie amitié que j'apprécie énormément. Sans oublier Polmi et tes bébés.

A Mon trio infernal,

Steph et Damien, à toutes nos réunions du trio ; Merci de supporter mes harcèlements par texto et de m'avoir toujours donné de bons conseils.

A ma Carlotta Banana,

De l'hôpital d'Allauch aux soirées chez Pierrot. Toujours à l'écoute, merci pour ces moments partagés.

Les meilleurs co-internes des plus grandes urgences de France

Lulu, ma gâtée, merci pour cette année d'internat ensemble.

Marine ma copine depuis l'externat ! Nos sous-colles en D4 et les petits plats de Ju !

Carmenita Bonita qui nettoie les box et notre passion pour lancer des rumeurs

Ma Soraya alias Abdelkader de l'externat en réa au fan club de brancardiers

Ma Mérout et notre équipe ZAC/SAS chorégraphiée : Box, Box, Box.

Ma beauté Romain pour notre duo de folie et nos disputes de vieux couple.

Le Pr Cayux et sa visite matinale avec le café... qu'il est beau !

Sans oublier, Jordan, Fannouch, Fred et Svet, Charlotte Spiterus, Mika, Elena...

A nos jeudis Mélanie au Glamrock ! BMT LOVE STORY

Marianne Ma Conchita, merci d'avoir toujours été présente et ce soutien mutuel que l'on a toujours su s'apporter.

Monsieur le Dr Nassim Guerroui pour tes conseils depuis plusieurs années.

Julien et Caro, Karen et Sabine, Cocoyo, Valou d'Allauch, Sophie, Aurélia et les cop de la Gym!

Enfin, à ceux que je ne cite pas mais qui ont été là...et que je n'oublierai jamais

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODE.....	6
I. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	6
1. LES THEMES ABORDES	6
2. EXPERIMENTATION DU GUIDE	7
II. CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON	8
III. RECUEIL DES DONNEES.....	8
IV. TRIANGULATION DES CODAGES	9
RESULTATS.....	10
I. POPULATION ETUDIEE	10
II. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES	12
1. IMAGE ET REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE FEMININE.....	13
A. REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE FEMININE DANS LES MEDIAS	13
B. REPRESENTATIONS PERSONNELLES DE LA SEXUALITE	16
2. LES ACTEURS DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE ET A LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES.....	22
A. LES MEDIAS.....	22
B. LE MILIEU SCOLAIRE	24
C. LE LIEN AVEC L'ENTOURAGE.....	25
D. LA PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE	28
3. « LA SANTE SEXUELLE » DES ADOLESCENTES.....	34
A. LA CONTRACEPTION	34
B. LA VACCINATION ANTI-HPV	39

4. SITUATIONS SEXUELLES A RISQUE : GESTION ET CONSEQUENCES	44
A. L' OUBLI DE PILULE	44
B. LE RISQUE D' INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES.....	46
C. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSES (IVG)	47
5. RESSENTIS AUTOUR DU RAPPORT SEXUEL NON CONSENTI.....	55
A. VERS UNE APPROCHE POSITIVE ET RESPECTUEUSE DE LA SEXUALITE	55
B. SENTIMENTS NEGATIFS.....	56
C. LE COMPORTEMENT RELATIONNEL.....	58
DISCUSSION	62
I. INTERPRETATION DES RESULTATS.....	62
1. L' EDUCATION A LA SEXUALITE DES ADOLESCENTES	62
2. CONCERNANT LA CONTRACEPTION	64
3. LE CAS DE L' IVG CHEZ L' ADOLESCENTE	66
4. A PROPOS DE LA VACCINATION ANTI-HPV	68
II. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE	70
III. FORCES ET LIMITES DE L' ETUDE	73
1. LES FORCES DE L' ETUDE	73
2. LES LIMITES ET FAIBLESSES DE L' ETUDE.....	74
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES	82
ABREVIATIONS.....	89

INTRODUCTION

L'OMS définit l'adolescence comme une période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte c'est-à-dire entre 10 et 19 ans. Il s'agit d'une période de transition critique dans la vie qui se caractérise par un rythme important de changements (1). A cette définition statique, il s'ajoute l'aspect évolutif implicite aux transformations observées à l'adolescence. Parmi ces dernières, on retrouve par exemples des transformations biologiques, psychologiques, comportementales et sociales. Ces notions s'intègrent à la définition plus globale des « jeunes 14-25 ans » (2).

En 2002, l'OMS développe le concept de « santé sexuelle », il s'agit d'un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité (3). Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ces dernières devant apporter du plaisir en toute sécurité, sans contrainte ni discrimination ou violence (4).

En février 2015, Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a rendu une nouvelle définition de la Santé Sexuelle en intégrant la notion que la « santé sexuelle » englobe la santé reproductive et le développement sexuel. Il est rappelé le respect des droits sexuels de chacun, le respect de la dignité des personnes, de leur consentement, le principe d'autonomie ainsi que le principe de bienveillance. La sexualité est donc un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie et comprends trois axes principaux : le plaisir, l'affection et la procréation. Elle est vécue à travers les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes ou encore les valeurs ainsi que le comportement relationnel (5).

Dans cette définition plusieurs thèmes sont retenus : les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), les grossesses non désirées (IVG), les violences sexuelles, la santé sexuelle des jeunes et l'éducation à la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité et enfin la promotion d'expériences sexuelles sans danger «safe» et satisfaisantes (6).

L'évolution culturelle et environnementale de notre société conduit à une modification des ressources d'informations et de la qualité de ces dernières en matière de sexualité. L'information sur la sexualité et la réception de ces messages se fait à l'adolescence, elle est multifactorielle et complexe mais toujours tabou et influencée par du sexe de plus en plus banalisé dans les médias. De plus, les médecins véhiculent malgré eux une image négative et dangereuse de la sexualité, ciblant les grossesses non désirées et les IST.

Le développement de la santé sexuelle s'inscrit dans une prise en charge globale des patientes. Située au carrefour entre la pédiatrie et la gynécologie. L'éducation à la santé sexuelle des adolescentes s'intègre dans le champ des compétences du médecin généraliste. Avec la disparition de la spécialité de gynécologie médicale et la diminution du nombre de pédiatres libéraux (3 550 en 1995 à 2 570 en 2007 et 2 500 actuellement) (7), l'implication des médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité des adolescentes est croissante. De plus, s'ajoute à ce phénomène de démographie médicale le fait que les consultations pédiatriques sont de plus en plus assurées par le médecin généraliste au fur et à mesure que l'enfant grandit. Le généraliste constitue la source principale de soins, les pédiatres ne jouant, surtout à partir de l'adolescence, qu'un rôle très limité (moins de 5% des consultations des pédiatres concernent les enfants de 15ans et plus) (8).

En 2009, plus de 50% des contraceptifs remboursés par la Sécurité Sociale ont été prescrits par des médecins généralistes (9). De plus, le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées au cabinet de médecine générale est en constante progression, atteignant plus de 36000 IVG en 2015 en France Métropolitaine, soit 18 % du total des IVG (10).

La couverture contraceptive en France est l'une des meilleures d'Europe avec un taux approchant 92%. Pourtant nous sommes paradoxalement un des pays Européen avec le plus fort taux d'IVG (11) . Selon la DRESS en 2010, on comptait en moyenne en France 1 IVG pour 4 naissances. Le recours à l'IVG a augmenté depuis l'adoption de la loi Veil en 1975 jusqu'en 1990 puis s'est stabilisé avant de repartir de nouveau à la hausse de 1995 à 2006 (12). La problématique n'est donc pas tant celle de la disponibilité de méthodes contraceptives efficaces

que celle des difficultés que les femmes rencontrent dans l'information et la gestion de leur contraception.

En 2015, plus de 218000 IVG ont été réalisées en France. Le taux de recours à l'IVG était de 14,5 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 27 IVG pour 1 000 femmes, tandis que les taux ont tendance à légèrement décroître chez les femmes de moins de 20 ans (19,5 parmi les 18-19 ans).

Depuis une dizaine d'années, notre région possède le plus fort taux de recours à l'IVG des régions de France métropolitaine avec un taux estimé à 24000 IVG en 2015 soit 20,4 IVG pour 1000 femmes entre 15 et 45ans, cette tendance se confirme pour les adolescentes âgées de 15 à 17ans avec 10,6 IVG pour 1000 en PACA contre 7,6 pour 1000 en France Métropolitaine (13).

Ce travail de thèse a donc pris naissance autour d'une réflexion sur les représentations de la sexualité et de la contraception en se plaçant du point de vue des patientes. Nous avons choisi de cibler une population d'adolescentes car c'est à cette période que se produit la rencontre avec la sexualité et implicitement les filles sont plus directement concernées par la contraception et l'IVG.

Réaliser un état des lieux et comprendre quelles sont leurs représentations de la sexualité est la première étape afin d'améliorer les axes de prévention et d'information. Il n'existe pas à ce jour d'étude qualitative Française ayant étudié ces aspects hors du champ de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire.

Le but principal de cette étude est d'étudier ce que pensent et ressentent les adolescentes dans ces domaines. Après avoir détaillé la revue de la littérature, nous détaillerons la rédaction du guide d'entretien, puis nous exposerons nos résultats et nous les discuterons avant de proposer une conclusion à ce travail d'étude.

MATERIEL ET METHODE

Pour étudier les connaissances et les représentations des adolescentes, nous nous sommes appuyés sur une méthode qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs avec codage thématique semi-manuel et analyse phénoménologique.

Le thème de la sexualité et de la contraception étant un sujet personnel et subjectif, il nous a paru approprié de nous orienter vers un recueil qualitatif pour la réalisation de notre étude, afin de recueillir au mieux les ressentis et les émotions des adolescentes.

La première étape de ce travail de recherche a été d'établir une revue de la littérature dans le but de préciser la question étudiée et de construire le guide d'entretien. Nous avons donc utilisé les bases de données (Pub Med, Sudoc, Google Scholar) ainsi que la littérature grise (HAS, OMS, INPES, DRESS, INSEE, CNGE, CNGOF ou encore le HCSP).

Les principaux mots-clés recherchés étaient : représentation/ perception/ attentes/ adolescentes/ sexualité/ contraception / IVG/ médecine générale.

I. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

1. LES THEMES ABORDES

Grâce à la revue de la littérature effectuée en amont, plusieurs thèmes importants dans le champ de la sexualité et de la contraception nous ont paru indispensables dans le guide d'entretien.

Il a été élaboré autour de 9 thèmes principaux résumés chacun par une question ouverte :

- L'image de la sexualité féminine dans les médias
- Les pensées et ressentis que font évoquer le terme « sexualité »
- Les sources d'information concernant la sexualité
- La contraception et les moyens contraceptifs
- Les aspects positifs de la sexualité
- Les aspects négatifs de la sexualité (grossesse non désirée et IST)
- Le ressenti sur les relations forcées
- La vaccination contre le cancer du col de l'utérus
- Les IVG

L'ordre des thèmes abordés a été pensé de manière à introduire un climat de confiance en commençant l'entretien avec une question « brise-glace » assez générale pour ensuite discuter de sujets plus intimes et personnels.

Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes pour favoriser le discours et était orienté sur le ressenti et le vécu des adolescentes. Nous n'avons pas cherché à réaliser un contrôle des connaissances.

2. EXPERIMENTATION DU GUIDE

Le guide d'entretien a été testé avec deux personnes de l'entourage proche de l'investigateur. Le premier a été fait avec une adolescente de 19ans, le second avec une plus jeune de 17ans en décembre 2015. Le but était de vérifier la compréhension des questions, la fluidité de l'ordre des questions et la pertinence des thèmes choisis. Il a par ailleurs évolué et soumis à nouvelle validation de la directrice de thèse.

Le but de ces ajustements a été de conserver au maximum la neutralité bienveillante implicite au bon déroulement des entretiens. De plus, il était nécessaire de modifier certaines questions et relances afin d'éviter de tomber dans un contrôle de connaissances.

Les deux versions du guide d'entretien sont consultables en Annexe 1 et 2.

II. CONSTRUCTION DE L'ECHANTILLON

La population que nous avons choisi d'étudier est celle d'adolescentes mineures et majeures âgées de 15 à 19 ans révolus dans l'année car c'est à cette période que se fait la rencontre et l'abord avec la sexualité. L'échantillon a été construit sur un mode raisonné dans le but d'obtenir des profils de patientes variées afin d'observer une diversité de perceptions et de représentations. Afin d'avoir un échantillonnage d'âges le plus large possible dans le but d'obtenir une diversité suffisante au sein de la population étudiée, un relevé socio-économique a été tenu tout au long des entretiens.

Le recrutement s'est fait par « effet boule de neige » c'est-à-dire tout venant, par le biais de connaissances personnelles et professionnelles ou de patientes provenant de différents cabinets libéraux dans plusieurs quartiers Marseillais et ses alentours (Plan-de-Cuques, Allauch, Aubagne, La Ciotat...) ainsi qu'en milieu hospitalier au sein des urgences pédiatriques et gynécologiques des CHU Marseillais de l'hôpital Nord et de la Conception.

III. RECUEIL DES DONNEES

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels par questionnaire semi-dirigé, les entretiens individuels favorisant la relation de confiance et permettant une discussion plus naturelle et intime. Lorsqu'il s'agissait d'adolescentes mineures il leur était remis une

autorisation parentale à faire signer et à ramener le jour de l'entretien. Cette autorisation est consultable en annexe.

Les entretiens ont tous été recueilli par enregistrement vocal. Nous avons procédé à un enregistrement vocal des entretiens puis à une transcription intégrale des verbatims anonymisés. Il était pris en compte la ponctuation, les pauses et silences ainsi que les éventuelles émotions liées au discours. Pour cela, nous avons tenu un cahier journal où étaient notés les éléments du discours non verbal identifiés au décours de l'entretien, le langage corporel exprimant parfois mieux les ressentis et émotions que les mots.

IV. TRIANGULATION DES CODAGES

Nous avons procédé à un codage semi-manuel avec logiciel de traitement de texte puis à une analyse phénoménologique des entretiens.

La triangulation des codages a été effectuée par le thésard ainsi qu'une autre interne de médecine générale formée à la recherche et à l'analyse qualitative. La supervision des codages et des interviews ont été assurées par le directeur de thèse. Les 2 premiers entretiens ont bénéficié d'un triple codage par le thésard, la seconde interne et le directeur de thèse.

Nous avons donc réalisé un premier codage qui a été incrémenté et modifié au fil des entretiens suivants. Pour cela, nous avons procédé à l'encodage des verbatims sous forme d'idées puis nous les avons regroupés en catégories pour enfin faire ressortir les thèmes principaux selon une approche inductive. Le nombre d'entretiens n'a pas été défini à l'avance mais conditionné par la saturation des données. Afin de s'assurer d'avoir atteint ce phénomène, nous avons réalisé deux entretiens supplémentaires.

Puis dans le but de comprendre les phénomènes décrits, nous avons procédé à une analyse interprétative phénoménologique des données.

RESULTATS

I. POPULATION ETUDIEE

Dix adolescentes ont participé aux entretiens, entre Avril 2016 et Juin 2017 sur Marseille et ses communes proches (Allauch, Plan-de-Cuques, Aubagne).

Une saturation des données a été ressentie par l'interviewer vers le 8^{ème} entretien, afin de confirmer cette tendance, nous avons procédé à deux entretiens supplémentaires.

Les entretiens ont duré en moyenne 32 minutes, le plus court enregistré a duré 24 minutes et le plus long 41 minutes. La moyenne d'âge des patientes était de 17,3 ans (de 15 à 19 ans). L'enregistrement vocal de l'entretien commençait avant le discours de présentation et était interrompu après la réponse de l'adolescente à la dernière question du guide.

Six entretiens se sont déroulés au domicile des patientes, deux entretiens au domicile du thésard et les deux derniers au sein du cabinet médical de leur médecin généraliste. La moitié des patientes étaient mineures au moment de l'entretien et ont donc fait remplir une autorisation parentale pour participer à l'étude.

	Age	Fratrie	Cadre Familial	Catégorie socio-professionnelle des parents ¹
E1	19ans	1 sœur	Mariés	4
E2	18ans	1 frère 1 sœur	Divorcés	3
E3	17ans	1 frère	Mariés	3
E4	16 ans	1 sœur	Monoparentale Mère	5
E5	15 ans ½	Fille unique	Mariés	3
E6	16 ans	1 sœur, 1 demi- frère, 1 demi- sœur	Divorcés	5
E7	19 ans	1 frère	Monoparentale père	6
E8	18 ans	1 sœur	Mariés	2
E9	17 ans	1 sœur	Mariés	2
E10	18 ans	1 sœur	Séparés	4

Tableau 1 : Données sociodémographiques des patientes sélectionnées

¹ Professions (selon la PCS de l'INSEE) : 1 Agriculteur exploitant 2 Artisans, commerçant, chef entreprise 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures 4 Professions intermédiaires 5 Employés 6 Ouvriers 7 Retraités 8 Autres personnes sans activité professionnelle

II. ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES

Nous avons procédé à une analyse phénoménologique des entretiens, nous exposerons dans un premier temps les principaux thèmes conceptualisés à l'aide de la carte mentale représentée ci-dessous. Nous développerons ensuite chaque thème et sous-thèmes avec les verbatims des patientes interviewées ainsi qu'une carte euristique.

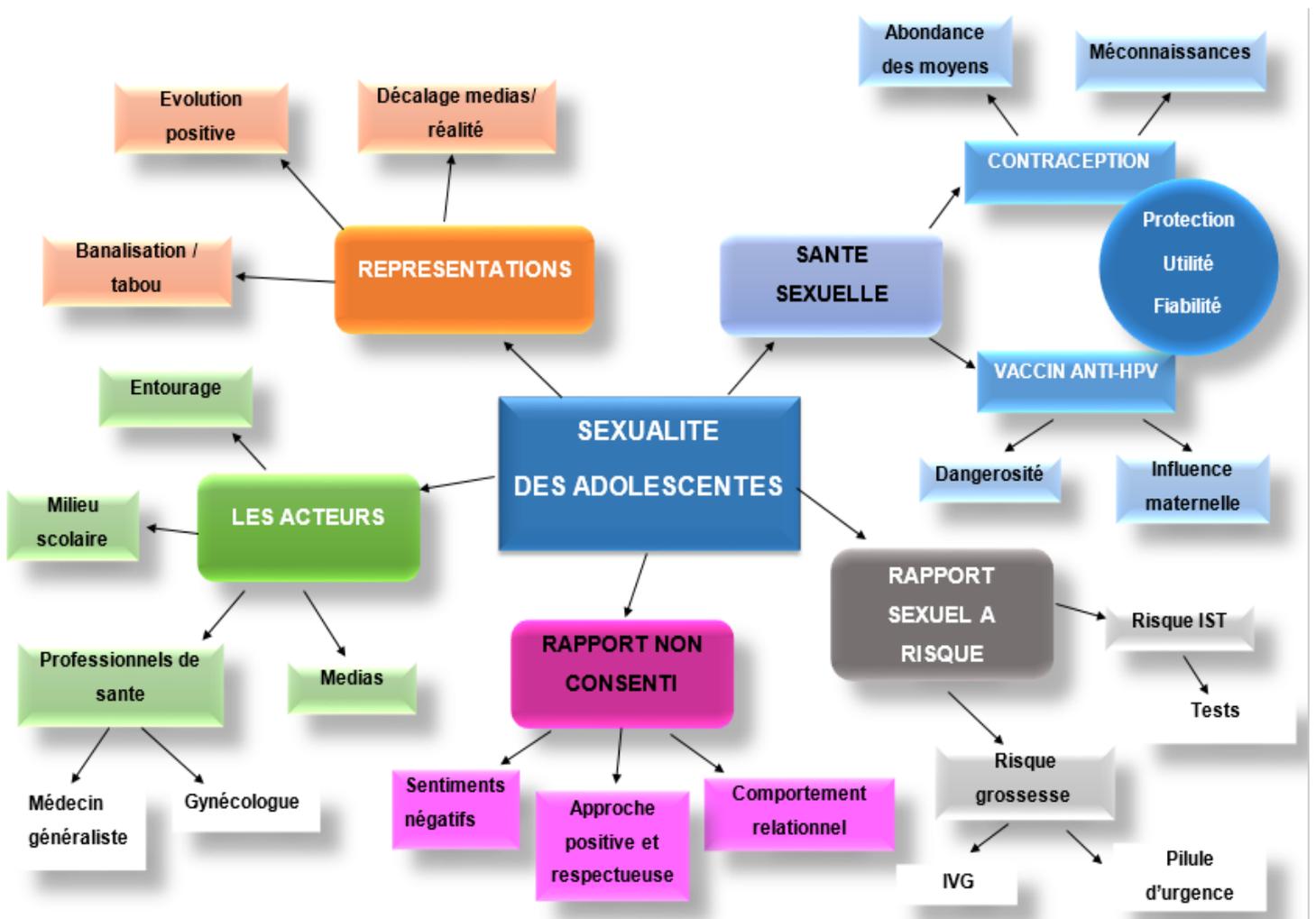


Figure 1 : Carte mentale illustrant l'image et les représentations des adolescentes dans le domaine de la sexualité et de la contraception

1. IMAGE ET REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE FEMININE

Au cours des entretiens, les adolescentes nous ont confié leurs ressentis concernant l'image de la sexualité féminine. Nous avons mis en évidence deux thèmes principaux: la sexualité féminine dans les médias et d'autre part les représentations personnelles de la sexualité.

A. REPRESENTATIONS DE LA SEXUALITE FEMININE DANS LES MEDIAS

➤ VISION POSITIVE DE LA SEXUALITE FEMININE DANS LES MEDIAS

Pour la plupart des adolescentes interviewées, on assiste à une **évolution positive de l'image de la sexualité féminine dans les médias**.

« Elle a quand même évoluée, pour beaucoup maintenant elle a changé en bien, l'homme et la femme sont égaux, enfin beaucoup de gens pensent comme ça maintenant. » (A9)

Parmi celles qui pensent qu'il existe une évolution positive de cette image, quelques-unes ajoutent la notion de **libération de la parole** autour de la sexualité. En effet, nous semblons plus habitués à être confronté à la sexualité dans les médias ce qui entraîne selon elles une communication plus facile dans la vie quotidienne.

« A l'époque je pense que lorsqu'on parlait de sexualité avec d'autres personnes, même avec nos parents c'était plus gênant et beaucoup plus tabou que maintenant. Je veux dire qu'on a plus l'habitude, c'est moins gênant et plus libre. Je dirai que c'est moins tabou... » (A10)

Il apparaît pour l'une d'elle que le **mouvement féministe** serait également un moyen d'**amélioration** de l'image de la sexualité des femmes dans les médias.

« Après bon, voilà il y a le mouvement féministe donc ça va petit à petit se détendre... (Silence) »
(A3)

➤ **REPRESENTATIONS NEGATIVES DE LA SEXUALITÉ FÉMININE DANS LES MÉDIAS**

Paradoxalement, toutes les adolescentes ayant participé aux entretiens pensent que les médias renvoient une **image négative de la sexualité féminine**.

« Ben parce qu'après les gens en parle négativement et cela peut-être mal vu à cause de l'image dans les médias. » (A10)

Plusieurs adolescentes pensent que les médias utilisent les femmes comme des **objets sexuels** entraînant une dégradation de l'image de la femme. Il ressort la notion de « **femme objet** » pour plusieurs d'entre elles.

« Un homme qui fait un clip avec pleins de femmes en maillots de bain ou à moitié nues, elles sont rabaisées (silence) on dirait que ce sont des femmes objets et je ne suis pas d'accord avec ça. » (A9)

On retrouve la notion de **banalisation et d'omniprésence** de la sexualité féminine dans les médias.

« Des fois c'est assez choquant, quand elles se mettent en culottes et qu'elles dansent sur les podiums à la télé, des fois c'est un peu bizarre... c'est accessible à tout le monde... » (A4)

Enfin, il semble exister une **influence** négative des médias sur les adolescents liée aux comportements des **célébrités**, parfois prises pour modèle.

« ...après je ne suis pas d'accord avec l'image que les médias renvoient des femmes et surtout des stars, cela a forcément des répercussions sur les gens, sur les jeunes surtout. On a toujours une star modèle... (A6)

➤ **DECALAGE PAR RAPPORT A LA REALITE**

La plupart des adolescentes jugent qu'il existe un décalage entre l'image de la sexualité féminine dans les médias et la réalité.

« Elle ne représente rien, c'est pas du tout le reflet de la réalité je trouve... » (A7)

« Il y a toujours cette différence dans les médias, mais pas dans les familles ou au lycée on est égaux, en fait c'est entre les médias et la réalité qu'il y a une différence. » (A9)

➤ **INEGALITE HOMME/FEMME DANS LES MEDIAS**

Si plusieurs des adolescentes interviewées trouvent qu'il existe une évolution positive, l'image de la sexualité féminine dans les médias est jugée comme négative, de plus il semble persister **une inégalité** entre les sexes puisque toutes les adolescentes nous ont confié le sentiment d'une persistance **d'inégalité entre les hommes et les femmes.**

« Ben parce que moi je suis pour l'égalité entre filles et garçons et je trouve que ce n'est pas normal. Cela ne devrait pas être comme ça en fait... » (A2)

« Non, je pense qu'elle devrait être la même, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. » (A10)

➤ **BANALISATION DE L'IVG DANS LES MEDIAS**

Il apparaît pour l'une d'entre-elle que l'image de la sexualité dans les médias entraînent une **banalisation de l'IVG**, thème abordé plus loin dans l'entretien émergeant dès la première question de manière spontanée par une des adolescentes.

« ...je trouve que maintenant avec toutes les stars, les médias, tout ce qu'on voit et qu'on entend j'ai l'impression que l'avortement devient un moyen de contraception... » (A6)

B. REPRESENTATIONS PERSONNELLES DE LA SEXUALITE

Les représentations personnelles de la sexualité sont différentes de l'image de la sexualité féminine dans les médias. La plupart des adolescentes interviewées se représentent la sexualité d'un point de vue **RELATIONNELLE**, la notion de relation entre les personnes apparaît comme un point clé des représentations personnelles de la sexualité.

*«Alors pour moi ça représente des relations entre deux personnes, des relations sexuelles.»
(A1)*

➤ REPRESENTATIONS POSITIVES DE LA SEXUALITE PERSONNELLE

A la question « quels sont pour toi les aspects positifs de la sexualité ? », il ressort en premier lieu la notion de **plaisir physique** pour la plupart des adolescentes.

« Hum... le plaisir. » (A2)

« C'est du plaisir, ça doit être du plaisir. » (A7)

La majorité d'entre-elles insiste également sur la notion de « **partage** ».

« Pour se rapprocher, c'est un moment intime, de partage. » (A1)

On retrouve dans le discours de certaines adolescentes **le lien avec le sentiment amoureux** qui doit être présent dans le cadre d'une relation sexuelle.

« Cela peut être bien quand on est avec quelqu'un qu'on aime et avec qui on est bien... » (A2)

« ... la sexualité a de très bons côtés, c'est très beau, être amoureux et être bien avec quelqu'un c'est magnifique et l'humain est bien fait pour ça. » (A8)

Quelques adolescentes ont également exprimé l'importance de la sexualité dans le cadre d'un couple.

« Les sentiments...je ne sais pas comment expliquer...c'est fort, la sexualité, je ne sais pas...On est fusionnels, c'est important dans un couple et c'est positif. » (A6)

« Ça rend heureux, et ça renforce des relations, c'est très important dans un couple. » (A10)

La grande majorité des adolescentes décrivent que l'un des points les plus importants est **la maternité désirée**, en effet pour certaines le fait d'avoir un enfant au moment voulu est le premier point positif de la sexualité féminine.

«Il y a les grossesses, lorsqu'on veut des enfants...» (A1)

« En premier je pense qu'on peut avoir un enfant, et mettre au monde c'est la plus belle chose je pense... » (A4)

Plusieurs autres aspects positifs ont été décrits au cours des entretiens :

Pour certaines adolescentes, on retrouve la découverte et **l'évolution du corps** ainsi que **la première fois** qui semblent marquer le début de la vie de femme.

« ... ça fait se sentir plus grande je trouve, je compare par rapport aux garçons, quand ils l'ont fait, ils sont supers contents « on est des hommes » (rires) alors que pour les femmes ça dépend, personnellement la femme ressent ça peut-être à l'intérieur mais les gens ne le perçoivent pas comme ça... » (A5)

« L'adolescence, la puberté aussi. Le développement du corps. » (A10)

Pour d'autres, **la séduction**, **le sentiment d'apaisement** ainsi que **les fantasmes** sont des points positifs clefs de la sexualité féminine.

« Partenaire, fantasme, amour, désir, des trucs comme ça... » (A3)

« Cela agit un peu comme un antidépresseur et ça fait du bien ! » (A7)

« ... le fait de charmer, comment dire, tout ce qui se rapporte à la séduction. Lorsqu'on charme une personne on a cette idée de sexualité dans la tête, c'est assez évident. » (A8)

Enfin, pour l'une des adolescentes **l'expérience acquise** au fil des relations est une facette de la sexualité féminine.

« Ce serait plutôt la vie sexuelle que l'on peut avoir intimement...son parcours. Je dirai plutôt ça... »

I « Que veux-tu dire par là ? »

E8 « Euh...ben les expériences en fait, les souvenirs. » (A8).

➤ REPRESENTATIONS NEGATIVES AUTOUR LA SEXUALITE PERSONNELLE

Alors qu'elles avaient toutes exprimé le sentiment d'image négative de la sexualité féminine dans les médias, d'un point de vue personnel, les aspects négatifs de la sexualité semblent nombreux et intimement liés.

Pratiquement toutes les adolescentes évoquent en premier lieu **le risque de maladie sexuellement transmissible**. Pour certaines il s'agit de l'aspect le plus négatif de la sexualité, associé à un sentiment de gravité lié au risque de maladie potentiellement mortelle.

« Le pire c'est d'attraper une maladie, tomber malade...Si on ne se protège pas...c'est le pire je pense. » (A6)

Il ressort également des entretiens que **les grossesses non désirées** sont pour la plupart des adolescentes un aspect négatif majeur de la sexualité.

« Euh...tomber enceinte lorsqu'on ne le souhaite pas... » (A6)

« Les maladies, le fait de pouvoir tomber enceinte enfin de manière non désirée... » (A9)

On note de manière répétée au fil des entretiens la notion de **rapports sexuels non consentis**, développée comme un aspect profondément négatif de la sexualité, on retrouve le viol mais également tout ce qui peut être rapporté à une relation forcée.

« ..., et après si c'est contraint et forcé aussi...les viols ou les trucs comme ça...c'est négatif pour moi » (A3)

« Les viols, clairement...c'est le mauvais côté de la sexualité, et ça arrive malheureusement assez souvent... » (A6)

Parmi ces dernières, il ressort les sentiments négatifs de **manque de respect** ainsi que **pression du partenaire**.

« ... quand on fait du chantage, par exemple si tu fais pas ça je te quitte etc... » (A4)

« ... ou après même se jouer de la personne, ils vont sortir les plus belles phrases pour avoir ce qu'ils veulent et une fille, elle est toute là...toute gentille au final elle se fait avoir alors qu'elle ne mérite pas ça...on mérite le respect comme tout le monde en fait. » (A4)

Concernant les émotions négatives liées à la sexualité, plusieurs adolescentes ont évoqué **la frustration** et **la peur**.

« Voilà, les mauvaises expériences, la frustration... » (A8)

« De ne pas être à la hauteur, de prendre des risques... » (A5)

Pour plusieurs adolescentes, l'intolérance vis-à-vis de **l'homosexualité** fait partie intégrante des aspects négatifs de la sexualité.

« Ce qui est négatif c'est la différence de perception de la sexualité entre l'homme et la femme, si tu es lesbienne ou gay, il y a des gens qui peuvent mal te percevoir même au niveau professionnel, l'intolérance face à la sexualité... » (A9)

➤ **L'INEGALITE DES SEXES PERSISTANTE DANS**

LA REALITE

Tout comme dans les médias, on retrouve pour plusieurs adolescentes le sentiment **d'inégalité entre les hommes et les femmes** dans le domaine de la sexualité.

« Ben je ne vois pas pourquoi une fille se ferait insulter pour ce qu'elle fait et pas un garçon. Je ne trouve pas ça normal. Je trouve qu'il y a vraiment un décalage en fait. » (A2)

« Beaucoup de gens pensent que...enfin encore... même si ça change, que la femme est inférieure à l'homme et que du coup elle ne doit pas forcément avoir les mêmes droits, son image n'est pas la même concernant la sexualité. » (A9)

➤ LE JUGEMENT EXTERIEUR

La **notion de jugement extérieur** fait suite au ressenti d'inégalité entre les hommes et les femmes. En effet, pour plusieurs adolescentes il existe une vision négative extérieure sur la sexualité des femmes et à fortiori sur la sexualité des adolescentes.

« Oui mais les filles c'est toujours moins bien vu, même si c'est un peu mieux qu'avant c'est toujours comme ça. » (A2)

« -Et tu penses que les gens voient ça comment ?

-Mal. Ils jugent, après pas à un certain âge, pas à 25ans mais avant d'être adulte ils le voient mal. » (A5)

➤ UN SUJET DIFFICILE A ABORDER

Pour la quasi-totalité des adolescentes interviewées il était **difficile d'exprimer** ce que représentait la sexualité, en effet il paraissait compliqué de développer leurs ressentis et d'appréhender le sujet d'une manière plus personnelle, au cours de plusieurs entretiens la question étant restée sans réponse ou précédée de longs silences. Le langage non verbal prenant alors une place importante ainsi que la notion de « **Tabou** » entrant dans le discours de plusieurs adolescentes.

« -Pour toi, quels sont les aspects positifs de la sexualité ? (I)

-Positifs ? (silence)...C'est compliqué là... rires » (A2)

(I) « - Si tu devais définir l'image de la sexualité ? Qu'est-ce que cela te renvoie comme image ?

(A3) -Euh, je ne vois pas trop, (rire), je ne sais pas quoi dire...silence » (A3).

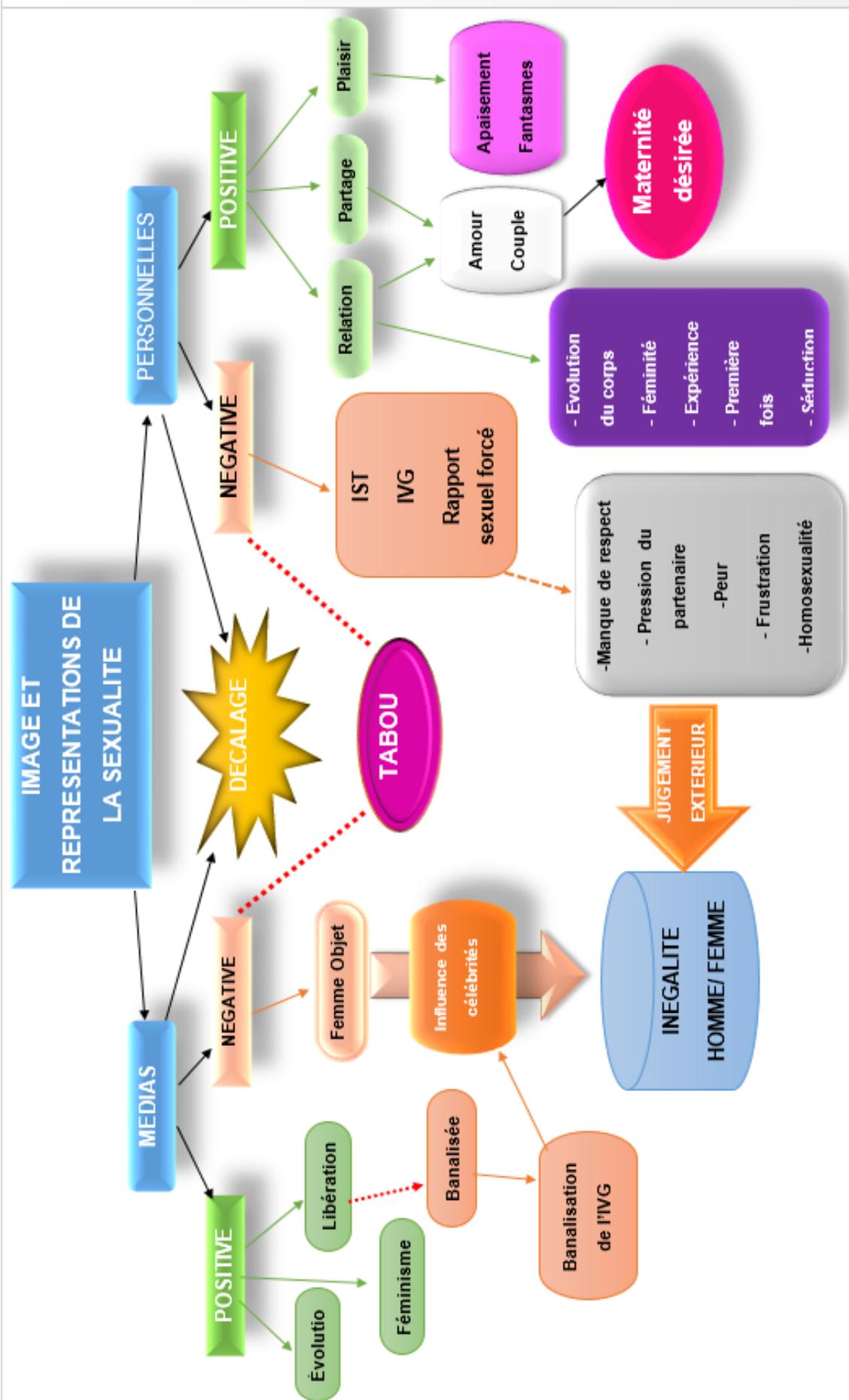


Figure 2 : Carte mentale illustrant l'image et les représentations de la sexualité par les adolescents

2. LES ACTEURS DE L'EDUCATION A LA SEXUALITE ET A LA CONTRACEPTION DES ADOLESCENTES

Dans les domaines de la sexualité et de la contraception des adolescentes, nous avons mis en évidence de nombreux acteurs dans le discours des interrogées, il semble exister un sentiment de ressources diverses et variées. Quatre thèmes principaux se sont dégagés des entretiens: les médias, le milieu scolaire, l'entourage et enfin les professionnels de santé.

« Il y a tout maintenant. » (A1)

A. LES MEDIAS

➤ LES SOURCES

❖ INTERNET

Pour la plupart des adolescentes, internet est une source d'informations majeures dans le domaine de la sexualité et de la contraception. Si pour certaines il s'agit prioritairement des forums de discussion, pour d'autres il s'agit de sites d'informations. Cependant, plusieurs adolescentes pensent que la facilité et la multiplicité des informations sur internet ne doivent pas être directement perçues comme une source de fiabilité. Plusieurs ont d'ailleurs spontanément cité le corps médical comme source de vérification fiable des informations trouvées sur les sites internet.

« Je me suis renseignée sur internet surtout, sur les forums, sur des sites d'infos » (A2)

« Sur internet, en prenant les infos avec des pincettes, je pense qu'il faut trier et ne pas tout croire... [...] Internet peut rassurer sur le moment mais c'est toujours mieux de confirmer par un avis médical. » (A8)

❖ LA TELEVISION

La moitié des adolescentes ont cité la télévision comme source d'information sur la sexualité et la contraception. Certaines précisant qu'elles avaient reçu des informations par le biais d'émissions ou de documentaires, par exemple concernant le développement pubertaire.

« Il y a la télé aussi, il y a des émissions sur ça, des reportages, des histoires enfin des documentaires ou des histoires rapportées de personnes ayant vécu des choses comme ça... »
(A5)

❖ LA SOCIETE

Dans un des discours, nous avons retrouvé également la société comme source d'information, directement lié selon elle à la démocratisation et à une exposition plus médiatique autour de ces thèmes.

« Quand les gens en parlent autour de toi, sans forcément poser de questions. » (A1)

❖ LES LIVRES

Quelques-unes citent la documentation écrite comme moyen d'information, pour l'une d'entre elle il s'agissait d'ailleurs de la source principale.

« Alors ado c'était essentiellement un petit livre « le carnet des filles », que ma belle-mère m'avait offert à l'époque et franchement c'était très intéressant...et un autre plus jeune mais il était plus orienté humour avec Titeuf, c'est connu mais mine de rien c'était pleins d'infos et surtout très adapté pour comprendre la sexualité... » (A8)

➤ UN TABOU PERSISTANT

Devant le sentiment d'omniprésence de la sexualité dans les médias, plusieurs adolescentes ont confié qu'il s'agissait d'un moyen anonyme pour obtenir des informations sur leur propre sexualité.

« Je pense que je chercherai sur internet, sur les forums...après ça dépend quoi comme info. Si c'est par rapport à la contraception tout ça, peut-être que je demanderai à ma sœur ou à des amies mais si c'est une situation personnelle je chercherai sur internet. » (A2)

B. LE MILIEU SCOLAIRE

➤ LES COURS D'EDUCATION A LA SEXUALITE

La quasi-totalité des interrogées estiment avoir été clairement informées et ce de manière répétée au cours de leur scolarité. Pour certaines, dès le **primaire** avec des cours sur le développement pubertaire et la reproduction, pour d'autres il s'agit des cours d'éducation à la sexualité et à la contraception en particulier au **collège**.

Une adolescente n'a pas cité l'école ou le milieu scolaire comme source d'information.

« - C'est vraiment au collège que j'ai reçu les informations... »

- (I) Tu peux m'en dire plus ?

- (E6) Oui, on a vraiment détaillé la reproduction, les différents moyens de contraception, la pilule du lendemain, l'avortement aussi...silence jusqu'à combien de semaines c'était possible tout ça... » (A6)

« L'école...Je crois que c'est au collège on apprend le déroulement de la grossesse, les cycles menstruels, les règles et tout ça...On apprend aussi tout ce qui tourne autour du corps de la femme et de l'homme et après pour les maladies...non on ne le voit pas trop, cette année ils nous ont parlé rapidement du VIH mais c'est tout. » (A9)

➤ DIFFUSION DE L'INFORMATION TROP TAR-

DIVE

Pour certaines, les séances d'éducation à la sexualité sont proposées trop tard aux adolescents.

« Ben après on était en troisième du coup... peut-être que c'était tard parce qu'il y avait des filles dans ma classe qui l'avait déjà fait tout ça. Donc euh, après pour nous expliquer le fait,

ce n'était pas spécialement tard mais voilà, peut-être qu'on aurait pu nous en parler avant je pense que cela aurait été mieux » (A3)

➤ LE MANQUE DE PREVENTION

Enfin, il ressort de plusieurs entretiens un sentiment de « **manque de prévention** » et d'informations auprès des adolescentes en milieu scolaire.

« Enfin c'est grave ça quand même, se protéger c'est important et il faudrait en parler plus au collège, faire plus de prévention... » (A6)

C. LE LIEN AVEC L'ENTOURAGE

➤ LA FAMILLE

Nous avons retrouvé la famille comme source d'information dans le discours de plusieurs adolescentes.

« ...puis les proches enfin je veux dire la famille aussi. » (A1)

❖ LA MERE

La plupart des interrogées accorde une place particulière et privilégiée à **leur mère**. Certaines insistent sur la liberté de communication et l'importance de leur avis en cas de situation à risque (IST, IVG) ou pour la réalisation du vaccin anti-HPV.

Une des adolescentes vivant seule avec son père confiait alors qu'elle demanderait à la mère d'une amie en priorité si besoin de conseil ou d'aide.

« Ma mère... Euh oui j'en ai parlé avec elle, elle est relativement ouverte là-dessus donc c'est surtout elle qui m'a le plus parlé de ça... » (A3)

« La première personne à qui j'en parlerai serait ma mère, après je demanderai conseil à mon médecin. » (A9)

❖ LA FRATRIE

La plupart des adolescentes ayant **une sœur** ont confié qu'elles leur demanderaient conseil en cas d'interrogation ou de problème concernant la sexualité ou la contraception. Le lien entre sœurs représentant pour certaines d'entre-elle une source de fiabilité et une relation « sans tabou ».

« ... même avec ma petite sœur du coup c'est pas du tout tabou. Elle a abordé le sujet il y a un moment et vraiment on n'a aucun problème pour en parler... » (A4) concernant la sexualité

« Euh...j'en parlerai à ma sœur en premier. » (A10)

➤ LES AMIS

On retrouve dans le discours de pratiquement toutes les adolescentes une place importante **des amis** en matière de sexualité. Qu'il s'agisse de conseils ou de demande d'aide pour plusieurs d'entre elles il s'agit de la première source citée.

« Parfois je peux poser des questions à mes copines, si jamais...silence...oui à mes copines je pense. » (A9)

« Mes amies...en premier mes amies, et après peut-être la maman d'une amie, l'entourage en fait...silence. » (A7)

➤ LE PARTENAIRE EVOQUE EN DERNIER

Paradoxalement, peu d'interrogées ont cité leur partenaire, ce dernier ayant été évoqué uniquement par quelques jeunes filles dans le cas de rapport sexuel à risque, par exemple pour la réalisation de tests sanguins.

« Toujours pareil, quelqu'un en qui j'ai confiance et à qui je peux parler en étant sûre qu'il n'en parlera pas si je n'ai pas envie...puis mon copain quand même je pense, c'est important aussi. (Rires). » (A10)

➤ LA PAROLE FAMILIALE LIBEREE

Pour la plupart des adolescentes, il existe une réelle **libération de la parole familiale autour de la sexualité**, en particulier pour quelques-unes des jeunes filles il semble plus simple et moins tabou de discuter de sujets tels que les problèmes de contraception ou encore la grossesse non désirée avec ses parents.

« Après avec ma mère on en parle très librement... » (A4) concernant la sexualité

« I : Comment as-tu reçu des informations sur la sexualité sans que tu aies besoin de les chercher ? »

« Oui...Plutôt des échanges que des infos, la famille, mes tantes...ça peut aller dans l'intimité, il n'y a pas vraiment de sujet tabou dans ma famille.» (A8)

➤ DIFFICULTES DE COMMUNICATION

Même parmi les adolescentes qui pensent qu'il y existe une évolution positive et une libération de la parole familiale, la quasi-totalité des interrogées jugent qu'il persiste des sujets toujours tabous. Pour certaines il s'agit de pudeur vis-à-vis de leurs parents, pour d'autres il existe une crainte de décevoir et un sentiment de honte lors de situations gênantes, par exemple si problème de préservatif.

Une adolescente nous a exprimé son impossibilité de parler de sexualité avec ses parents en lien avec la pratique de leur religion.

« Pour la religion par exemple c'est mal vu... » (A5)

« (I) A qui tu n'oserais pas en parler ?

(A5) A ma mère, à mes parents... ce n'est pas possible... » (A5)

« Parce que sans que nos parents soient au courant c'est compliqué, tes parents même s'ils sont au courant de ta sexualité, c'est toujours gênant de leur dire « j'ai oublié ma pilule ou la capote a craqué ». (A10)

D. LA PLACE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

➤ LE MEDECIN GENERALISTE

Une adolescente n'a pas cité le médecin généraliste lors de l'entretien.

❖ LE PREMIER RECOURS

Pour plusieurs d'entre elles, le médecin généraliste représente le premier recours en cas de problème ou de nécessité d'informations.

« ... en premier mon médecin de famille, si ce n'est pas possible j'irai au planning familial... »
(A5)

❖ FIABILITE DE L'INFORMATION

On retrouve le sentiment de fiabilité des informations données par leur médecin généraliste concernant la sexualité et la contraception.

« J'en ai pas mal parlé avec mon docteur de famille. » (A7)

« Pareil, j'irai sur internet mais si peur que les réponses ne soient pas juste quand je viens chez le médecin je lui pose directement les questions. [...] je préfèrerai me fier à mon médecin.
(A9)

❖ LA CONFIANCE

Parmi celles ayant cité leur médecin généraliste, un grand nombre explique qu'il existe une **relation privilégiée, de confiance et de proximité** entre le médecin généraliste et sa patiente adolescente. En effet, pour certaines il s'agit d'une relation de soins durable, parfois un suivi depuis l'enfance qui peut permettre une meilleure éducation à la sexualité et à la contraception.

« Ben parce que c'est lui en qui j'ai le plus confiance...je pense que c'est le mieux placé pour me conseiller sur ça...Je serais plus rassurée... » (A5)

« Hum...ouais j'en parlerai peut-être avec ma mère ou ma sœur, mais je ne serai pas à l'aise...je pense vraiment que j'en discuterai avec mon docteur je serai plus en confiance... » (A6)

❖ *PRESTATAIRE D'ORDONNANCES*

Pour plusieurs adolescentes, le médecin généraliste a un rôle de **technicien**. Il n'a d'ailleurs pas été cité par toutes les adolescentes.

Pour plusieurs jeunes filles, le médecin généraliste était consulté non pas pour obtenir des informations sur la sexualité ou la contraception mais pour un besoin d'ordonnances ou de médicaments dans les situations à risque.

« J'irai voir mon docteur pour la prise de sang ou si je crois que je suis enceinte. » (A1)

« Je pense qu'il faut faire une prise de sang donc j'irai voir mon docteur...voir s'il faut faire des examens plus complets... » (A5)

❖ *LA PEUR DU NON-RESPECT DU SECRET MEDICAL*

Paradoxalement au sentiment de relation privilégiée et de confiance, la crainte principale de plusieurs adolescentes est le non-respect du secret médical, en particulier lorsque le médecin généraliste assure le suivi des parents ou de l'entourage proche. Selon certaines adolescentes, la consultation chez le médecin généraliste est compliquée dès lors que l'un des parents assiste à la consultation, empêchant un discours libre et ouvert aux sujets délicats que sont la sexualité et la contraception.

« Parce que c'est gênant, quand on est jeune en général on va chez le médecin avec nos parents, donc comme ils nous accompagnent c'est difficile de parler de ce sujet avec le médecin. » (A10)

➤ **LE GYNECOLOGUE**

La plupart des adolescentes interrogées nous ont confié avoir déjà bénéficié d'une consultation avec un gynécologue sans que leur soit posé la question. Ce spécialiste a donc été cité comme

source d'information majeure qu'il s'agisse de sexualité, de contraception ou bien encore du vaccin contre le Papilloma virus.

❖ *L'AVIS SPECIALISE*

Pour quelques adolescentes, la place du gynécologue en tant que spécialiste de la sexualité et la contraception font de lui le principal interlocuteur lorsque qu'il existe des questionnements.

« Avec mon médecin, ma gynéco je pense, en premier, c'est elle qui sait le plus de choses... » (A4)

❖ *SOURCE D'INFORMATION SUR LA SEXUALITE*

Plusieurs jeunes filles pensent que le gynécologue est une source d'informations fiables et un recours en cas de situation d'urgence ou de stress.

« J'irai chez ma gynécologue en urgence pour en discuter, avoir des informations claires, prendre du recul. » (A10)

❖ *EDUCATION A LA CONTRACEPTION*

Parmi celles nous ayant parlé de leur propre sexualité de manière spontanée, plusieurs jugent que le gynécologue est un pilier de l'éducation à la sexualité. Alors que pour certaines il y a une réelle complémentarité entre le médecin généraliste et le gynécologue, pour d'autres il existe une préférence pour le gynécologue lors de questions spécifiques sur la contraception.

« La gynéco m'a posé des questions sur ma sexualité, parce que ma mère voulait que je prenne la pilule, elle m'a expliqué comment la prendre, ce qu'il fallait faire etc... » (A2)

En parlant de l'information sur les contraceptions : « Je suis allée voir mon docteur puis par la suite une gynécologue. » (A6)

➤ LE PLANNING FAMILIAL

❖ *L'AVANTAGE DE L'ANONYMAT*

Le planning familial a été cité par plusieurs adolescentes, en particulier dans le contexte de la grossesse non désirée et du désir de recours à l'IVG. La première raison de la consultation au planning est l'anonymat. En effet, pour plusieurs d'entre elles le planning familial apparaît comme la solution de choix si elles ne veulent pas que leur entourage ou leur médecin généraliste soit informé de la situation.

« Si je ne veux pas qu'on le sache, je pense que j'irai au planning familial ou un truc comme ça, on peut y aller directement ou appeler...silence. » (A1)

❖ *DERNIER RECOURS*

Si certaines adolescentes évoquent le planning familial pour l'avantage de l'anonymat, plusieurs précisent qu'il s'agirait d'une solution de secours et qu'elles préféreraient consulter un médecin qu'elles connaissent.

« ..., sinon je pense que j'irai dans un centre médical ou au planning familial en dernier recours. » (A3)

« Et si vraiment je ne sais pas où que j'ai des questions j'irai au planning familial, ils nous ont dit qu'on pouvait y aller et avoir des infos... » (A4)

➤ LE PHARMACIEN

Peu d'adolescentes ont évoqué le pharmacien, ce dernier ayant un rôle de conseiller en particulier lors de l'achat d'une pilule du lendemain dans le cadre d'un rapport sexuel à risque.

I « Vers qui te tournerais-tu pour avoir des conseils ? »

E8 « Je pense la pharmacie, en même temps que je vais acheter une pilule du lendemain, si elle est là devant moi je lui demanderai conseil. » (A8)

➤ **LE CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT**

Une adolescente nous a également parlé du centre de dépistage anonyme et gratuit en cas de nécessité de réalisation de tests sanguins.

« Je pense que j'irai directement dans un centre de dépistage sans rendez-vous. » (A8)

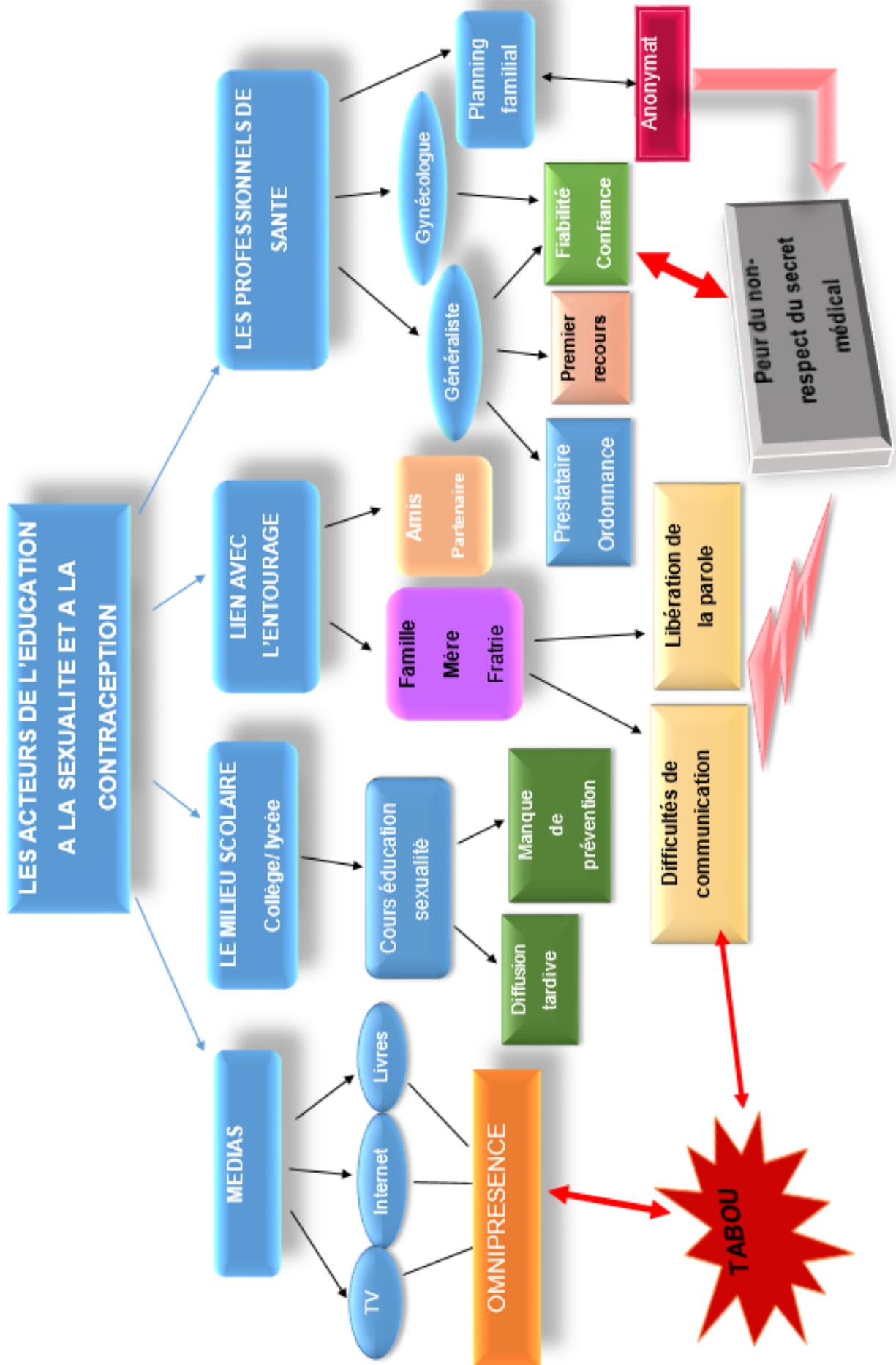


Figure 3 : Carte euristique représentant les acteurs de l'éducation à la santé sexuelle des adolescentes

3. « LA SANTE SEXUELLE » DES ADOLESCENTES

Le concept de « santé sexuelle » consiste à promouvoir des stratégies qui favorisent des comportements sains en matière de sexualité. Entre autres, deux thèmes principaux ont été mis en évidence dans le cadre de nos entretiens : la contraception et la vaccination anti-HPV. Il semble exister un **réel intérêt** des adolescentes pour l'**information** dans le cadre de l'éducation à la sexualité.

« Oui (rires), c'est très important ! Je pense que c'est important d'en parler jeune, et que cela devienne presque une obligation en fait...ce n'est pas un objet de mode, un accessoire, ça doit être un truc obligatoire, déjà le préservatif c'est sûr... On est jeune, je comprends qu'aller chez la gynécologue peut être gênant mais c'est comme ça, cela ne doit pas être pris à la légère, ni un truc qu'on achète en libre-service, pour moi c'est très important. La sécurité c'est le plus important... » (A8)

A. LA CONTRACEPTION

Nous n'avons pas cherché à établir un contrôle des connaissances des adolescentes concernant les différents types de contraception. Afin de recueillir au mieux leurs représentations autour de la contraception, nous leur avons posé la question ouverte suivante : « Peux-tu me parler de la contraception ? »

➤ ABONDANCE DES MOYENS CONTRACEPTIFS

Pour la plupart des adolescentes ayant participé à l'étude, il existe de nombreux moyens de contraception à disposition, cette sensation **d'abondance des moyens contraceptifs** entraîne un sentiment de fiabilité et pour certaines de confort en matière de choix d'une contraception adaptée.

« C'est pour éviter d'avoir un bébé, après il y en a pleins... » (A2)

« Il y en a plusieurs, on peut choisir et cela s'adapte aussi à nous. » (A10)

➤ CATEGORISATION DES MOYENS

Toutes les adolescentes ont répondu à la question « Peux-tu me parler de la contraception ? » par **une catégorisation des moyens contraceptifs**.

En premier, elles évoquent le préservatif masculin comme source de protection, contre la grossesse et surtout unique protecteur contre la transmission de maladies.

« Ben il y en a beaucoup, moi je trouve qu'il en a deux différentes... Une plus pour protéger de la grossesse, et une pour les maladies en fait » (A1).

« Déjà ça sert à ne pas tomber enceinte, mais aussi avec le préservatif à ne pas attraper de maladie... » (A9)

➤ LES DIFFERENTS MOYENS CONTRACEPTIFS

❖ PRESERVATIFS

Le premier moyen de contraception évoqué par toutes les adolescentes est le préservatif, en particulier le préservatif masculin qui est associé à une protection contre la grossesse et des IST.

« Déjà ça sert à ne pas tomber enceinte, mais aussi avec le préservatif à ne pas attraper de maladie... » (A9)

« ... c'est des moyens de contraception qui empêchent d'avoir des enfants mais cela ne protège pas des maladies, il n'y a que le préservatif. » (A10)

❖ CONTRACEPTION ORALE

La totalité des adolescentes évoquent également la pilule, ou plus largement la **contraception par voie orale**, moyen de contraception le plus répandu chez les adolescentes.

Certaines ont développé la méthode de prise, en insistant sur l'heure de prise régulière et quotidienne.

« Il y a la pilule, il faut la prendre à heure régulière tous les jours, enfin cela dépend des pilules je crois mais selon il faut la prendre 21 jours puis arrêter ou sinon on l'arrête pas... » (A1)

« La pilule c'est des hormones, prise de manière régulière elle envoie des hormones puis tu peux l'arrêter à la fin ou ne pas l'arrêter et cela déclenche tes règles si tu l'arrêtes mais tu es protégée tout le long du cycle si tu ne l'oublies pas... » (A9)

❖ CONTRACEPTION D'URGENCE

Plusieurs adolescentes ont cité la **contraception d'urgence** ou pilule du lendemain en cas de rapport sexuel à risque ou d'oubli de pilule. Certaines adolescentes ont insisté sur la gratuité de ce dispositif en pharmacie pour les mineures ainsi que la nécessité de se la procurer le plus rapidement possible après le rapport à risque.

« La pilule du lendemain, elle marche jusqu'à trois jours je crois mais cela marche moins bien. Elle est gratuite pour les mineures dans les pharmacies... » (A1)

« Ben par exemple si la personne a oublié de prendre son moyen de contraception, ou si le préservatif a craqué ou d'autre soucis...on peut la prendre... » (A4)

❖ DIU

La plupart des adolescentes ont parlé du **DIU**, toujours connu sous le nom de stérilet. Si certaines ont développé leur connaissance sur le DIU,

« ... le stérilet je sais que cela se mets dans l'utérus... » (A2)

D'autres adolescentes ont fait part de leurs doutes et de leurs incertitudes liées au manque de connaissance de ce moyen de contraception.

« Ah oui il y a le stérilet aussi, cela me revient, c'est le médecin ou le gynécologue qui doit le mettre je crois ? Oui, Je pense que c'est le médecin, et il me semble que cela se garde cinq ans c'est ça ? (interrogative) mais apparemment on avait plus nos règles et je me demande si ce n'est pas dangereux de ne pas les avoir... » (A3)

« Le stérilet au cuivre est placé dans l'utérus et le cuivre tue les spermatozoïdes je crois. » (A9)

❖ *IMPLANT*

La plupart des adolescentes ont discuté du dispositif de **l'implant sous-cutané**. Si certaines savaient la durée d'utilisation ainsi que les modalités de pose, quelques-unes évoquaient le point positif de ne plus avoir la sensation de contrainte liée à l'heure régulière de prise de la pilule, effaçant le risque d'oubli et majorant donc la fiabilité de ce moyen de contraception.

« Et après l'implant il dure trois ans, c'est dans le bras; c'est le docteur qui te le mets, et qui l'enlève aussi. » (A1)

« Et comme l'implant on m'en a parlé et je ne connaissais pas...c'est comme la pilule mais sans le risque d'oubli, j'ai trouvé ça pratique. Il n'y a plus à penser à la prendre, donc plus de risque... » (A7)

❖ *LES AUTRES MOYENS DE CONTRACEPTION*

Quelques adolescentes ont développé d'autres moyens de contraception, il s'agissait de **l'anneau contraceptif**, du **diaphragme** ou encore de la **contraception définitive**.

« L'anneau j'ai regardé, parce que je pensais que c'était quelque chose qu'on ne gardait pas ; d'après ce que j'ai compris c'est un peu comme la pilule... Il faut le garder et le changer. Au départ j'avais compris que c'était un peu comme une sorte de préservatif, qu'on le mettait et qu'on le changeait à chaque fois...mais je crois que non...(silence, me regarde, air interrogateur) » (A3)

« ...diaphragme mais je ne connais pas trop... » (A6)

« ...je ne sais pas si on peut parler de la ligature, c'est définitif...Voilà. » (A8)

➤ **DEFINITIONS PERSONNELLES DE LA CONTRACEPTION**

A la question « Peux-tu me parler de la contraception ? », plusieurs adolescentes nous ont confié leur définition propre du terme contraception, il s'agissait de manière générale d'une protection

contre la grossesse et les maladies, pour certaines il s'agit d'un progrès notable dans le cadre de la santé sexuelle.

« Cela protège de la grossesse, il peut y avoir des maladies sexuelles aussi, si on ne met pas de préservatif, cela peut être dangereux selon le partenaire qu'on a... » (A6)

« C'est bien, ça permet d'avoir des rapports sans risque de grossesse et sans risque d'attraper une maladie et je trouve que c'est un progrès... » (A9)

➤ LA FIABILITE DE LA CONTRACEPTION

Peu d'adolescentes ont abordé la fiabilité de la contraception, en effet si pour certaines il existe une réelle fiabilité dans la mesure d'une bonne observance, par exemple pour la pilule, pour d'autres il semble persister un sentiment d'incertitude vis-à-vis de certains moyens.

« Parce je crois qu'on m'avait dit que ce n'était pas efficace à 100%, bon après rien n'est totalement sûr... » (A2)

« Enfin il y en a plusieurs, il n'a pas 100% d'efficacité, cela arrive qu'on tombe enceinte sous contraception mais c'est rare... » (A6)

➤ MECONNAISSANCE ET INTERROGATIONS AUTOUR DE LA CONTRACEPTION

On retrouve dans la plupart des discours plusieurs méconnaissances et interrogations autour de la contraception, en effet il semble que le préservatif féminin, le diaphragme, le patch ou encore l'implant par exemple, restent des moyens contraceptifs peu connus des adolescentes.

« Ben les préservatifs, le préservatif féminin je ne connais pas... » (A1)

« L'implant c'est un truc bleu, un petit bâtonnet qu'on met dans le bras, et donc ça libère des hormones. Mais je me demande comment on fait pour l'enlever... » (A3)

➤ LES IDEES REÇUES SUR LE DIU

Si toutes les adolescentes ont parlé du DIU dans leur discours, plusieurs d'entre elles semblent avoir des à priori concernant ce dispositif, le DIU souffrant d'une mauvaise image auprès des jeunes femmes. Ces dernières ont exprimé leurs doutes et craintes, on retrouve par exemple la notion de dangerosité ou encore une utilisation uniquement réservée aux multipares.

« Ah oui il y a le stérilet aussi, (...) mais apparemment on avait plus nos règles et je me demande si ce n'est pas dangereux de ne pas les avoir... » (A3)

« Il me semblait que c'était après l'accouchement, enfin après le dernier accouchement que la femme voulait on lui proposait un stérilet...silence » (A4)

« ... ah oui le stérilet, c'est le médecin qui le met dans le vagin, qui le pose, c'est pour les femmes plus vieilles. » (A4)

B. LA VACCINATION ANTI-HPV

➤ DEFINITION

La plupart des adolescentes savaient à quoi servait le vaccin anti-HPV, en effet il s'agissait pour ces dernières du vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

« C'est le vaccin contre le cancer du col de l'utérus » (A1)

➤ MODALITES

Un grand nombre de jeunes filles nous ont décrit les modalités d'utilisation et d'injection de ce vaccin. Certaines précisant le nombre d'injection ou encore l'âge recommandé.

« C'est un vaccin contre le cancer du col de l'utérus, en trois injections je crois... Il vaut mieux le faire avant d'avoir des rapports sexuels ou plus de deux partenaires... » (A10)

➤ COMMUNICATION AUTOUR DE LA VACCINATION

❖ *Influence maternelle sur le statut vaccinal*

Pour la plupart des adolescentes, il existe **une influence maternelle** sur la réalisation ou non du vaccin contre le Papilloma virus. En effet, ce sont pour la plupart l'avis maternel qui prime sur toute autre information.

«Ma mère m'a dit de le faire » (A1)

« Ma mère avait eu des mauvais échos du coup on ne me l'a pas fait... » (A6)

❖ *Influence négative des medias*

Plusieurs adolescentes pensent qu'il existe une **communication négative** sur le vaccin anti-HPV, ciblant les effets indésirables et une potentielle dangerosité. Cette image négative influençant directement l'avis maternel comme nous l'avons vu précédemment et entraînant donc pour plusieurs adolescentes le refus du vaccin.

« ... et je sais qu'il en avait parlé à la télé, que cela pouvait donner une maladie, ils montraient plusieurs filles qui avaient eu de lourds effets secondaires après le vaccin, et du coup ma mère avait peur de ça... » (A4)

❖ *Communication positive des médecins*

Si pour les jeunes filles interrogées le vaccin contre le Papilloma virus souffre d'une image clairement négative portée par les médias, la plupart explique que le corps médical (médecin généraliste et gynécologue) joue **un rôle positif** dans l'information et la communication autour du vaccin.

« On en avait entendu parler à la télé, du coup ma mère n'avait pas voulu que ma sœur le fasse à cause des effets secondaires donc la gynéco lui a expliqué et du coup elle a accepté. » (A2)

« J'ai eu les informations par mon médecin, ma mère en a parlé avec des amies pour avoir leur avis, je crois qu'au départ il y avait eu des soucis avec des effets secondaires...mais voilà après on a accepté de le faire. » (A9)

➤ UTILITE

Un grand nombre d'adolescentes pense que le vaccin contre le cancer du col de l'utérus est **utile** pour la femme. Pour plusieurs d'entre-elles il paraît **important** de se faire vacciner dans le cadre de la promotion de la santé sexuelle.

« Finalement on se rend compte que c'est utile, on ne va pas forcément l'avoir mais c'est pour prévenir, ils en parlent à la télé, mon docteur m'en a parlé et ma mère m'a dit de le faire.» (A1)

« Ben moi je dis que s'il y a un vaccin il vaut mieux le faire, s'il existe tant mieux, il faut l'utiliser...Après si on a ce cancer c'est moyen quoi... » (A2)

« Je pense que c'est très important, tous les cancers sont importants mais celui-là c'est particulier pour une femme comme le cancer du sein, cela touche une partie très importante du corps de la femme... » (A10)

➤ PROTECTION

On retrouve de nombreuses fois la notion de « protection », la plupart évoquant clairement la nécessité de se faire vacciner à l'adolescence dans un but de **protection** contre le cancer du col de l'utérus.

« Ben normalement je ne suis pas censée avoir ce cancer plus tard, il protège les filles du cancer du col de l'utérus. » (A2)

➤ FAUSSES IDEES AUTOUR DU VACCIN ANTI-HPV

Il persiste cependant pour quelques jeunes filles des idées reçues ou encore des idées faussées sur le vaccin anti-HPV et ses modalités.

Si pour certaines il faut le réaliser avant tout rapport sexuel et être vierge, pour d'autres il existe un âge limite à 17ans.

❖ *Age*

« C'est à faire vers 15ans, enfin entre 14 et 17ans je crois... qu'il ne faut pas avoir eu plus que deux partenaires.» (A1)

❖ *Virginité*

« Je sais que c'est un vaccin à faire avant les premiers rapports... » (A6)

« . Il me semble que c'est en 3 fois et comme je n'étais plus vierge on m'a dit que cela ne servait à rien alors je n'ai pas fait les autres. » (A8)

➤ **DANGEROSITE**

Plusieurs adolescentes ont clairement exprimé le sentiment de dangerosité du vaccin contre le Papilloma virus, lié à la communication négative autour de ce dernier. La notion d'effets secondaires et de maladies comme conséquences négatives du vaccin ressortent d'ailleurs dans le discours de quelques adolescentes.

« J'en ai entendu vaguement parce que ma mère elle ne veut pas que je le fasse, donc j'en connais pas plus que ça quoi... Mais je sais qu'apparemment ça a pas mal d'effets secondaires, c'est ce qu'on a dit donc il y a peu de chance de l'avoir et y'a pas mal d'effets secondaires. » (A3)

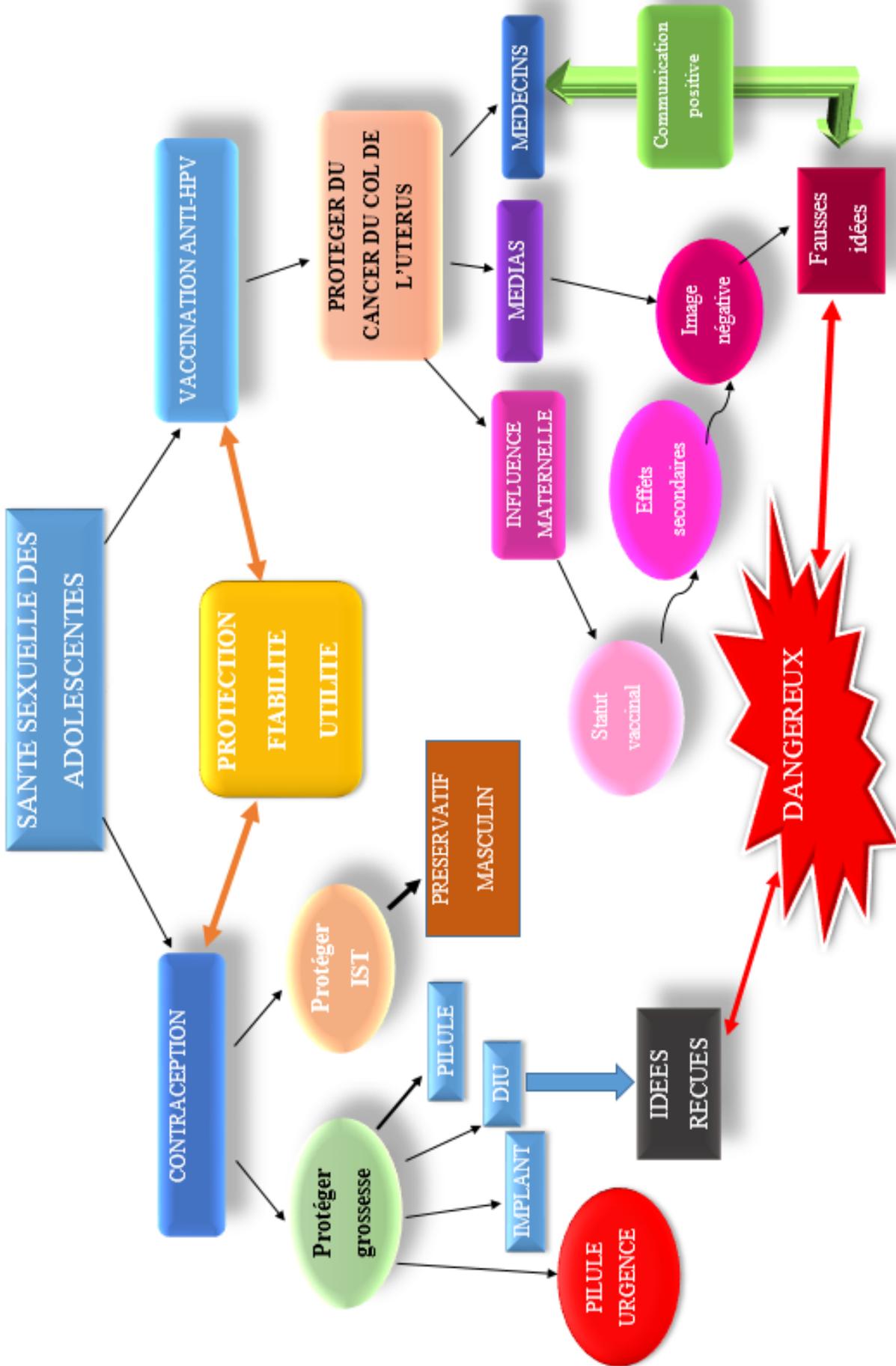


Figure 4 : Carte euristique illustrant les représentations autour de la santé sexuelle des adolescentes

4. SITUATIONS SEXUELLES A RISQUE : GESTION ET CONSEQUENCES

A. L'OUBLI DE PILULE

➤ LA PILULE DU LENDEMAIN

La première réaction pour toutes les adolescentes ayant participé aux entretiens est de se procurer une pilule du lendemain en cas de rapport sexuel à risque. On retrouve pour la plupart la notion « **d'urgence de la grossesse non désirée** » avec une nécessité de prise la plus rapprochée possible du rapport sexuel.

« Je demanderai la pilule du lendemain, et si c'est trop tard je me ferai avorter... » (A4)

« Si j'oublie ma pilule et que j'ai dépassé le délai pour prendre le comprimé oublié je vais directement à la pharmacie et j'achète une pilule du lendemain. » (A9)

➤ REACTIONS FACE A UNE SITUATION STRESSANTE

❖ *Panique*

La plupart des adolescentes décrivent un sentiment de **panique** et de stress dans ce genre de situation, en effet il s'agit d'une situation à risque de maladie et de grossesse non désirée, ce qui à l'adolescence est la principale crainte des jeunes filles. Certaines évoquent clairement cette situation comme **source d'angoisse principale dans leur sexualité**.

« Je serai en panique je pense... » (A9)

« Je ne sais pas en fait...silence. C'est moins ? Oui c'est peut-être moins...je ne sais pas en fait...Je ne me sentirai pas bien ! » (A7)

❖ *Demande d'aide*

Si pour une adolescente il s'agit d'une situation personnelle dont elle n'aimerait pas parler à son entourage, pour la plupart des autres jeunes filles il s'agit d'une situation de stress pour laquelle elles demanderaient de l'aide. Certaines citent en premier lieu les amies, ou leur sœur, d'autres leur médecin généraliste en premier recours.

« Je pense que là je demanderai à des amies...je leur dirai la vérité, je leur demanderai honnêtement... voir même des membres de ma famille mais pas qui habitent ici, pas mes parents...je me vois pas leur parler de ça...mais vraiment pas même mon frère ce n'est pas possible... »
(A5)

❖ *Sentiment de honte*

La mère est citée comme source d'aide pour plusieurs adolescentes uniquement en cas de confirmation de grossesse non désirée, en effet il semble persister un sentiment de honte et de tabou concernant la famille proche et en particulier les parents.

« Hum...ouais j'en parlerai peut-être avec ma mère ou ma sœur, mais je ne serai pas à l'aise...je pense vraiment que j'en discuterai avec mon docteur je serai plus en confiance... » (A6)

« Euh... ben j'hésite...soit j'en parle autour de moi, soit j'en parle pas et je me débrouille... (Rires) » (A2)

➤ **HESITATIONS SUR LA GESTION DE L'OUBLI DE PILULE**

Toutes les adolescentes citent la prise de la contraception d'urgence en premier lieu dans le cadre d'un rapport sexuel à risque, cependant plusieurs d'entre-elles ne savent pas quelle attitude adoptée vis-à-vis de leur contraception, en particulier dans le cas de la pilule. Nous avons noté que cette question a laissé beaucoup d'adolescentes perplexes et interrogatives, il semble exister un réel sentiment d'incertitude concernant l'oubli de pilule. Certaines pensent qu'il faut alors arrêter la plaquette en cours alors que d'autres confient clairement ne pas savoir quel comportement adopter dans cette situation.

«...et si j'ai oublié ma pilule j'attends d'avoir mes règles pour la reprendre...s'arrête, me regarde d'un air interrogateur...enfin non parce que sinon ça marchera plus. Je crois que je la continue normalement. Rougit» (A1)

« Ben ça dépend... Je crois qu'on continue le cycle normal et après je ne sais vraiment pas comment ça marche...silence » (A3)

B. LE RISQUE D'INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

➤ LA PLACE DU PRESERVATIF

Dans le cadre d'un rapport sexuel à risque d'IST, toutes les adolescentes citent le préservatif comme seul moyen de protection efficace.

« C'est des moyens de contraception qui empêchent d'avoir des enfants mais cela ne protège pas des maladies, il n'y a que le préservatif. » (A10)

➤ LE NOMBRE DE PARTENAIRE

Pour quelques adolescentes, l'évolution culturelle de la sexualité conduit à une multiplicité de partenaires sexuels et notamment à l'adolescence avec la nécessité d'insister sur l'importance de l'utilisation du préservatif devant la recrudescence de maladies sexuellement transmissibles.

« Pour la sécurité, les MST encore bien trop présentes aujourd'hui et le changement de partenaires, notre génération a plus de partenaires, on le sait, donc il faut être vigilant. On ne sait pas avec qui elle était avant, elle-même peut ne pas savoir d'ailleurs et comme faire les tests sanguins à chaque fois cela peut-être difficile, il vaut mieux se protéger pour ne prendre aucun risque. » (A8)

➤ LES AIDES

Pour la plupart des adolescentes, dans le cadre d'un rapport sexuel à risque d'IST le premier recours est le médecin généraliste ou le gynécologue afin d'obtenir une prescription pour la réalisation des tests sanguins.

Pour plusieurs adolescentes on retrouve une recherche d'informations et d'aide auprès de l'entourage, peu d'adolescentes citent leur partenaire ou alors il est évoqué en dernière position.

« Ma sœur, ou mes amis, et mon docteur pour la prise de sang ou si je crois que je suis enceinte. »

(A1)

« J'en parlerai à lui aussi, il faudra qu'il les fasse du coup sinon ça sert à rien... (Silence) »

(A2)

➤ LE MOMENT

La plupart des adolescentes explique qu'en cas de rapport sexuel à risque ou de problème de préservatif il est nécessaire de réaliser des tests sanguins le plus rapidement possible.

« Dès que je m'en rends compte, immédiatement. » (A2)

« Il faut faire les tests, il n'y a rien qui protège, une fois que c'est fait c'est fait il faut faire les tests le plus rapidement et s'il y a un problème prendre des médicaments. » (A10)

C. LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSES (IVG)

➤ CONNAISSANCES SUR L'IVG

La plupart des adolescentes connaissent le terme d'interruption volontaire de grossesse, certaines émettent tout de même quelques doutes concernant le délai légal de recours ou encore les modalités de chaque technique.

« Je crois que ça veut dire interruption volontaire...de grossesse, il me semble que c'est jusqu'à 3 mois de grossesse, il y a 2 techniques il me semble médicamenteuse et...l'autre ! » (A2)

« Alors... L'IVG je sais qu'il y a deux types, le premier mois à peu près on peut faire par médicaments, il faut aller chez le médecin qui prescrit une pilule qui arrête la grossesse et entraîne la perte du fœtus par exemple en allant aux toilettes et ensuite si ça fait plus longtemps, jusqu'à trois mois de grossesse il y a les IVG par aspiration, on aspire le bébé avec un tuyau. » (A10)

➤ TECHNIQUES DES IVG

Plusieurs adolescentes ont décrit les deux techniques d'IVG utilisées en France. Elles préféreraient avoir recours à la méthode médicamenteuse, plus facile d'accès et moins épouvante psychologiquement que l'IVG chirurgicale, qui reste associée à une opération avec la notion d'aspiration citée plusieurs fois au cours des entretiens.

« Je sais qu'entre cinq ou sept semaines c'est par médicaments, sinon c'est une opération et c'est autorisé jusqu'à 3 mois. » (A3)

« Alors l'ivg c'est les avortements, il y en a deux types avec les médicaments mais il ne faut pas dépasser une certaine date, sinon cela ne marche pas ; c'est le docteur qui le prescrit, on prend un cachet et il part naturellement, enfin tout seul dans les toilettes par exemple. Et sinon les ivg chirurgicaux c'est avec une aspiration.» (A1)

« Et je sais aussi qu'on peut l'aspirer...le fœtus. » (A7)

➤ EMOTIONS NEGATIVES

❖ Epreuve psychologique

Pour la quasi-totalité des adolescentes, l'IVG est associé à un terme difficile, chargé d'émotions négatives. Pour la plupart il s'agit d'une **épreuve psychologique** en particulier à l'adolescence.

« Il me semble qu'en France c'est interdit à partir d'une certaine date, pour les grossesses non voulues au début on peut prendre un médicament en pharmacie qui peut nous le faire partir, du coup on a des saignements et donc cela veut dire qu'il est parti et sinon c'est le médecin qui le

sort...silence, hésite...qui nous l'enlèvent...le, ...(silence...) ben le bébé...(visage plus fermé, se touche les mains posées sur la table)...je ne connais pas les délais... » (A4)

❖ *L'IVG médicamenteuse plus supportable*

Comme nous l'avons décrit précédemment, pour plusieurs adolescentes il semble plus facile et supportable de recourir à l'IVG médicamenteuse car il n'y a pas d'hospitalisation ou de notion de chirurgie avec aspiration.

« Déjà j'aurai peur, après je crois qu'on peut avorter par médicament au début mais aller à l'hôpital et devoir être aspirée, je pense que j'aurai très peur... » (A9)

❖ *Traumatisme*

Au cours de plusieurs entretiens, il ressort la notion de « **traumatisme** » associé à l'IVG. En effet, pour plusieurs d'entre-elles il s'agit d'un moment difficile à passer pouvant laisser des séquelles psychologiques dans les suites de l'IVG et sur de longues périodes.

« ... parce que je pense que c'est un traumatisme pour les filles... » (A4)

« ..., je pense que ça laisse des séquelles physiques et morales... » (A10)

❖ *Tristesse*

Pour la plupart des adolescentes, le terme d'IVG renvoie à un sentiment de **tristesse**.

«Même si c'est voulu au fond cela doit être dur. Silence, ton triste» (A1)

❖ *Sujet difficile à aborder*

Lors de plusieurs entretiens nous avons noté un langage non verbal important lorsque nous discutons de l'IVG. Certaines adolescentes semblent gênées, le discours laissant place à **de longs silences reflétant une difficulté à aborder ce sujet délicat**.

« - Que ferais-tu si tu en avais besoin ? (I)

« Je ne sais pas trop... mais je pense que cela doit être horrible... (Silence)...franchement je pense que tu n'oublies jamais...ça doit être vraiment dur...(Silence)... » (A4)

❖ *La culpabilité*

Pour quelques adolescentes, le recours à l'IVG est associé à un sentiment de **culpabilité**, sentiment pouvant persister sur de longues périodes et rejoignant le ressenti de traumatisme et d'épreuve psychologique cités précédemment.

« Je pense qu'on s'en veut toute sa vie après, on s'en veut de pas avoir fait attention, de ne pas avoir pris ses précautions et d'avoir dû tuer son enfant...silence. » (A5)

« ... mais je pense que quand tu le vis ce n'est pas pareil, je pense qu'on y pense toujours, cela marque à vie d'avorter... » (A9)

❖ *La peur de la réaction parentale*

Pour quelques adolescentes, leur jeune âge entraîne une sensation de «sujet tabou», elles décrivent alors un sentiment de honte et de **Crainte de la réaction de leurs parents** en cas de grossesse et de nécessité de recours à l'IVG.

« J'aurai peur, peur de leur réaction je pense, peut-être que j'aurai honte aussi, je ne sais pas, parce que si je tombe enceinte à mon âge je pense qu'ils seraient déçus, j'aurai peur de décevoir mes parents... Parce que à mon âge ce n'est pas anodin...silence. » (A2)

➤ **AMBIVALENCE CONCERNANT LE RESPECT DE LA VIE**

Pour plusieurs adolescentes il ressort une **ambivalence entre le droit et l'importance de pouvoir recourir à l'IVG et le respect de la vie**. Il existe pour certaines une **notion de conscience du fœtus** rendant encore plus difficile l'acceptation de l'IVG.

Pour l'une des adolescentes, l'IVG s'apparente d'ailleurs à un **meurtre**.

« Ben on enlève une vie quand même...silence » (A4)

« Parce que c'est quand même un être vivant, c'est un fœtus oui mais c'est un petit bébé quand même et qu'on le veuille ou non...on le tue. On tue quelqu'un... » (A6)

➤ LES RAISONS DU CHOIX

Pour toutes les adolescentes, il existe plusieurs raisons pouvant justifier le recours à l'IVG.

❖ *L'âge*

Pour certaines, une **grossesse à l'adolescence** est une raison suffisante pour se faire avorter.

« Parce que tu n'es pas censé avoir un enfant à 15ans, tu as des études à faire, tu n'es pas prête à 15ans, et si ce n'est pas à 15ans il faut que ça soit désiré, un minimum... » (A2)

❖ *Le manque de moyen*

Pour d'autres, l'existence de **difficultés financières** et l'impossibilité d'assumer un enfant peuvent justifier un recours à l'IVG, qu'il s'agisse d'une adolescente ou pas. Dans ce cas précis, quelques adolescentes ont d'ailleurs exprimé **un sentiment paradoxal de « bien faire » pour l'enfant à naître que de recourir à l'IVG.**

« ...on ne devrait pas interdire à des femmes, leur imposer d'avoir un enfant (ton sévère, visage fermé), alors que c'était un accident et qu'elles se trouvent dans la galère à cause d'un bébé... » (A3)

« Ben je ne sais pas, si par exemple elle a déjà des enfants et pas beaucoup de sous, assez de revenus pour le nourrir je comprends, c'est tout à fait compréhensible d'avorter, plutôt que d'avoir un enfant et le laisser mourir ou mal s'en occuper, ça sert à rien... » (A4)

❖ *Le mauvais moment*

Pour quelques adolescentes, **l'importance d'une grossesse désirée** au moment choisi de sa vie est primordiale.

« Un couple qui est ensemble depuis des années qui n'utilise plus le préservatif et qui a un accident de pilule ou un oubli c'est concevable si ce n'est pas le moment pour eux... » (A6)

➤ LE DROIT A L'AVORTEMENT

Pour la plupart des adolescentes, il est important de souligner le « **droit** » à l'**avortement des femmes**. Il s'agit d'un progrès important et primordial dans le droit des femmes.

« C'est normal, c'est le droit de la femme de pouvoir intervenir sur ce début de grossesse et l'arrêter. Je suis entièrement d'accord avec ça et je trouve ça très bien. » (A8)

« Je trouve que c'est un progrès pour la femme, c'est un droit qu'elle a acquis et qui est important... » (A9)

➤ UN SUJET TABOU

Pour quelques adolescentes, l'IVG est toujours associée à un sentiment de « **sujet tabou** » malgré l'évolution des mentalités et la communication autour de ce sujet. Il existe un sentiment de honte et de difficulté de communication persistante pour plusieurs adolescentes.

« ... parce que moi j'ai la chance d'avoir une mère qui est vachement ouverte, comparé à certaines copines qui ont du mal à en parler. » (A3)

« ...mes parents je ne suis pas sûre...on est cools mais peut-être pas au point de parler de ça...j'aurai honte... » (A8)

➤ CONFUSION IVG / INFECTIONS SEXUELLE- MENT TRANSMISSIBLES (IST)

Si toutes les adolescentes connaissaient l'interruption volontaire de grossesse après quelques échanges, quelques-unes ont répondu de premier abord et spontanément à la question : « Peux-tu me parler de l'IVG ? » que **le sigle IVG se rapportait aux IST**.

« - C'est le SIDA ?...non... » (A4)

« Infection...non c'est IST ça, silence... » (A7)

➤ L'IVG CHEZ L'ADOLESCENTE : ABUS ET BANALISATION

De manière générale au cours de nos entretiens, les adolescentes ont exprimé le ressenti d'**une banalisation de l'IVG** ces dernières années.

Plusieurs adolescentes nous ont confié le sentiment d'un **recours trop simplifié** ayant pour conséquence des abus et des adolescentes qui utilisaient **l'IVG comme moyen de contraception** pourtant il ne s'agit en aucun cas d'un geste anodin et aucune ne le considérait comme tel dans notre étude.

Pour ces dernières, l'IVG doit **rester l'exception** avec une importance de l'éducation à la contraception pour limiter le nombre d'IVG en particulier chez l'adolescentes.

« Après je trouve que parfois c'est abusé, quand ce n'est juste pas le moment mais que 6 mois après elle le gardera je trouve que c'est la facilité, avec tous les moyens de contraception qu'on a... » (A4)

« Je pense que ce ne doit pas être un moyen de contraception, sous prétexte qu'on peut se faire avorter, ne pas se protéger et se dire que ce n'est pas grave. Cela reste quelque chose qu'il ne faut pas banaliser, même si ce n'est pas une « grosse » opération, je pense que ça laisse des séquelles physiques et morales, il faut le faire en cas d'urgence uniquement et occasionnellement. » (A10)

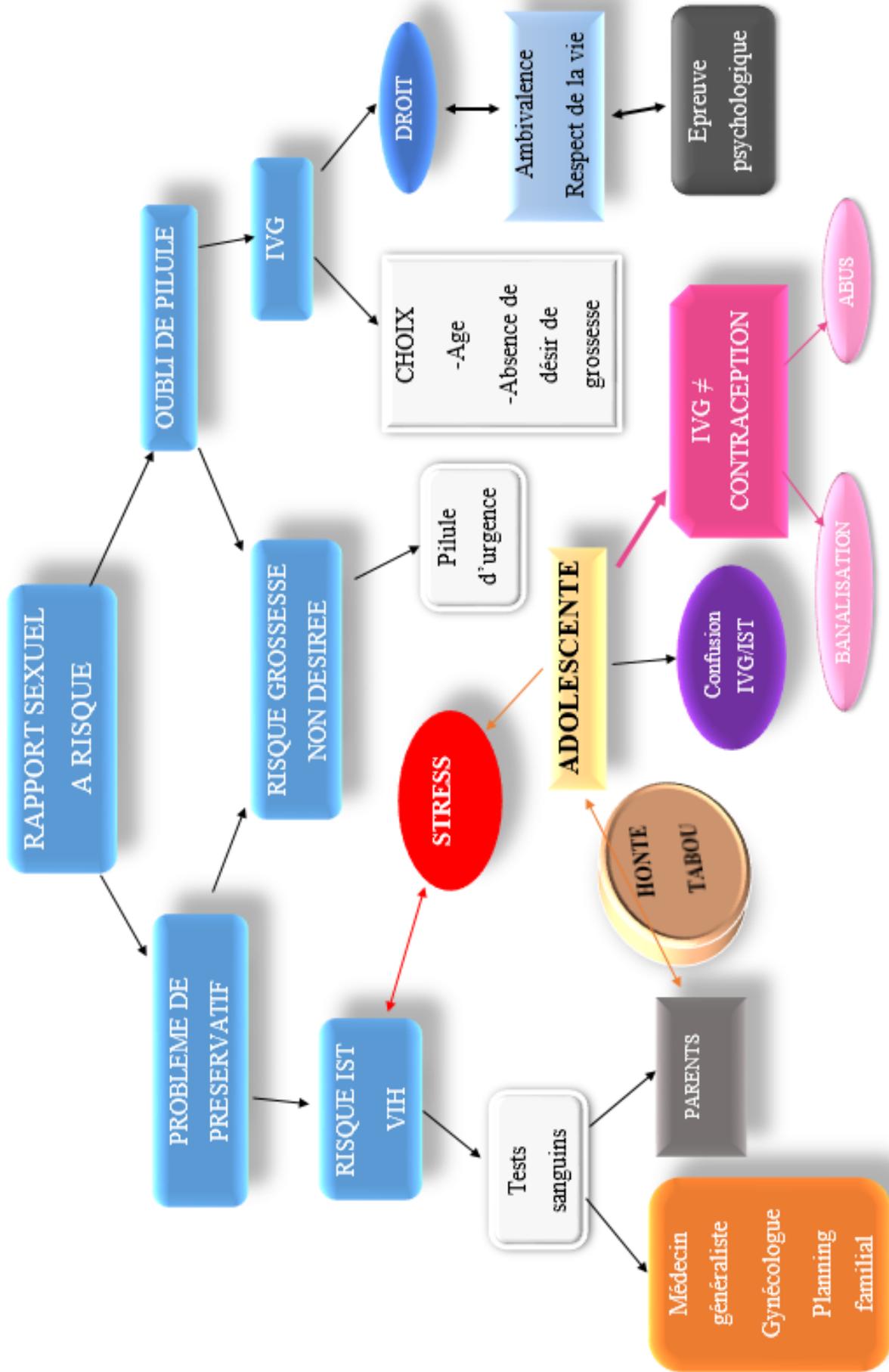


Figure 5 : Situations sexuelles à risque, gestion et représentations par les adolescentes

5. RESSENTIS AUTOUR DU RAPPORT SEXUEL NON CONSENTI

A. VERS UNE APPROCHE POSITIVE ET RESPECTUEUSE DE LA SEXUALITE

Dans l'analyse du discours des adolescentes de notre étude, nous avons pu mettre en évidence plusieurs ressentis concernant le rapport sexuel non consenti, le premier étant **l'importance d'une vision positive et respectueuse de la sexualité.**

Afin de recueillir au mieux leurs représentations nous les avons confrontés à la situation d'une amie soumise à un rapport sexuel forcé, cependant cette thématique était ressortie de manière spontanée au cours du discours de plusieurs adolescentes.

➤ LA LIBERTE SEXUELLE

Plusieurs adolescentes estiment qu'il est primordial de respecter la **liberté** de chacun en matière de sexualité, et surtout de profiter de cette liberté.

« ...on est libre de faire ce qu'on veut il faut qu'elle en profite de ça justement. » (A4)

➤ IMPORTANCE DU PREMIER RAPPORT SEXUEL

Un certain nombre d'adolescentes estiment qu'il existe une majoration de la gravité des répercussions physiques et surtout psychologiques d'un rapport sexuel non consenti s'il s'agit d'une fille et à fortiori de **son premier rapport sexuel.**

« ... parce que chez une fille je trouve que c'est quelque chose d'assez important... On passe de la petite fille à la grande fille, et on n'a pas à te l'imposer... » (A4)

« C'est important et surtout si c'est sa première fois, c'est important dans la vie d'une fille, ça reste dans la mémoire. » (A6)

➤ UN CHOIX PERSONNEL

Outre la notion de « liberté » citée précédemment par plusieurs adolescentes, certaines ont insisté sur l'importance du « **choix** » de chacun en matière de sexualité, choix qui doit se décider de manière personnelle et en accord avec ses volontés propres.

« ... et on n'a pas à te l'imposer, c'est toi qui décide de ce que tu fais de ton corps. » (A4)

« Je pense qu'il faut prendre le temps de le faire quand on en a envie, c'est un choix personnel cela ne doit pas être fait en fonction de quelqu'un... » (A5)

B. SENTIMENTS NEGATIFS

A la question « Qu'est-ce que tu ressentirais à sa place ? » dans le cadre d'un rapport sexuel non consenti, toutes les adolescentes nous ont confié ressentir des émotions négatives.

➤ LE MECONTENTEMENT

Le premier ressenti évoqué par la quasi-totalité des adolescentes est le mécontentement associé à un sentiment de colère pour certaines adolescentes. En effet, pour ces dernières il s'agit d'un manque de compréhension de la part de leur partenaire.

« Je lui dirai que ce n'est carrément pas normal de penser ça comme ça et que...en fait je m'énerverai je pense... » (A5)

➤ LA DECEPTION

La plupart des jeunes filles déclarerait ressentir de la déception envers leur partenaire dans le cas où ce dernier leur imposerait une relation sexuelle forcée.

« De la déception, c'est ton copain tu es censée pouvoir lui faire confiance, je serai un peu énervée aussi quand même, je trouve que c'est un manque de respect. » (A10)

➤ LA FRUSTRATION

La frustration a également été évoquée par une adolescente.

« Je serai frustrée, choquée, qu'on me prenne comme ça sans se préoccuper de mon ressenti, je serai limite gênée...Je serai déçue et dégoutée de lui. » (A8)

➤ PERTE DE L'ESTIME DE SOI

Nous avons perçu dans le discours de plusieurs adolescentes le sentiment de « perte de l'estime de soi » dans le cas d'un rapport sexuel forcé. En effet, les jeunes filles avouent qu'il s'agit d'une situation dégradante avec une position de femme objet, une adolescente ayant même fait allusion à l'image de la prostitution.

« J'aurai ressenti du dégoût, de la déception. Je l'aurai pris pour un homme qui ne voulait que ça. Juste coucher avec moi et au revoir. C'est dégradant. » (A7)

« Ben je ne me sentirai pas intéressante comme fille. Juste intéressante pour ça, je me sentirai dévalorisée, c'est vexant... ça baisserait l'estime que j'ai de moi-même. » (A3)

➤ LA MANIPULATION

Quelques adolescentes ont clairement exprimé la notion de « manipulation » de la part du partenaire afin d'obtenir ce qu'ils souhaitent sexuellement.

« Enfin il la manipule un peu pour qu'elle soit d'accord... » (A6)

➤ LE MANQUE DE RESPECT

De manière générale, il ressort de l'ensemble des discours un sentiment de « **manque de respect** » et de rabaissement de la femme dans ces situations.

« Parce que s'il la force c'est qu'il veut juste ça donc ce n'est même pas la peine, s'il veut juste ça de toi il vaut mieux le laisser tomber, il ne la respecte pas maintenant donc il ne la respectera pas après. » (A2)

C. LE COMPORTEMENT RELATIONNEL

➤ L'ABSENCE DE SENTIMENT AMOUREUX

Pour la plupart des patientes, la relation sexuelle en particulier chez l'adolescente est intimement liée au sentiment amoureux. Pour ces dernières, les rapports sexuels non consentis ne concernent en aucun cas le domaine de l'amour.

« Si elle a peur qu'il la quitte par rapport à ça c'est qu'il ne l'aime pas et qu'il ne s'intéresse à elle que pour avoir des rapports sexuels. » (A3)

« ...enfin moi je pars du principe que pour le faire avec quelqu'un il faut être amoureuse, donc si notre copain réagit comme ça c'est qu'il n'est pas amoureux de nous... » (A5)

➤ LA CONTRAINTE

A la question « Pourquoi lui conseillerais-tu cela ? », la grande majorité des adolescentes insistent sur le fait de devoir **résister à la contrainte** et à la pression de leur partenaire. Le fait « **de ne pas avoir à se forcer** » ressort plusieurs fois dans leur discours comme moyen de convaincre leur amie.

« Parce qu'elle n'a pas à se forcer de faire quelque chose qu'elle n'a pas envie. Lui non plus il n'a pas à la forcer. Appuyée sur le dos de la chaise, bras croisés, visage fermé. » (A1)

« Je lui dirai que si elle n'est pas prête à avoir des rapports sexuels maintenant il ne faut pas qu'elle se force. » (A9)

➤ LE VIOL

Pour l'une des adolescentes, la notion de rapport sexuel non consenti se résume au **viol** alors que pour d'autres il existe de nombreuses formes de relations non consenties telle que les agressions de manière plus générale ou le harcèlement qu'il soit moral ou physique.

« Le principe d'avoir une relation sexuelle c'est que les deux personnes sont d'accord, sinon c'est un viol. » (A6)

« Ben ce n'est pas forcément que du plaisir, par exemple j'ai une amie qui s'est faite agresser il n'y a pas longtemps...silence » (A2)

➤ LA SEPARATION

De manière unanime dans les entretiens, nous retrouvons **la séparation** comme solution première dans le cadre d'un rapport sexuel non consenti.

« Je lui dirai de le quitter. Enfin de ne pas le faire avec lui si elle n'est pas prête. Et que ben si il veut rester avec elle, il attend, ou sinon qu'il la quitte ou elle le quitte directement. Ton sévère » (A1)

« Ce n'est pas normal de rester avec un homme qui veut te forcer à coucher avec lui alors que tu n'es pas prête. » (A7)

➤ LE DIALOGUE

Pour plusieurs adolescentes, il est nécessaire d'utiliser le **dialogue** pour conseiller une personne victime d'une relation forcée.

« Je lui dirai qu'il faut qu'elle se respecte. Qu'elle ne se laisse pas marcher dessus tout simplement. » (A7)

« Je lui ferai prendre conscience que s'il se passe ce qu'il veut qu'il se passe, et qu'il part, qu'il la laisse tomber, comment elle ferait ? » (A4)

➤ LE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

Lorsque nous avons posé la question « Que lui conseillerais-tu ? » dans la situation où une amie se trouvait dans une relation forcée, plusieurs adolescentes ont déclaré leur besoin de soutenir leur amie avec une importance majeure accordée au soutien de l'entourage dans ce genre de situation difficile.

« Pour mon amie... je parlerai avec elle, pour essayer de la rassurer et de parler éventuellement à ce garçon pour voir qu'elles sont ses intentions. » (A3)

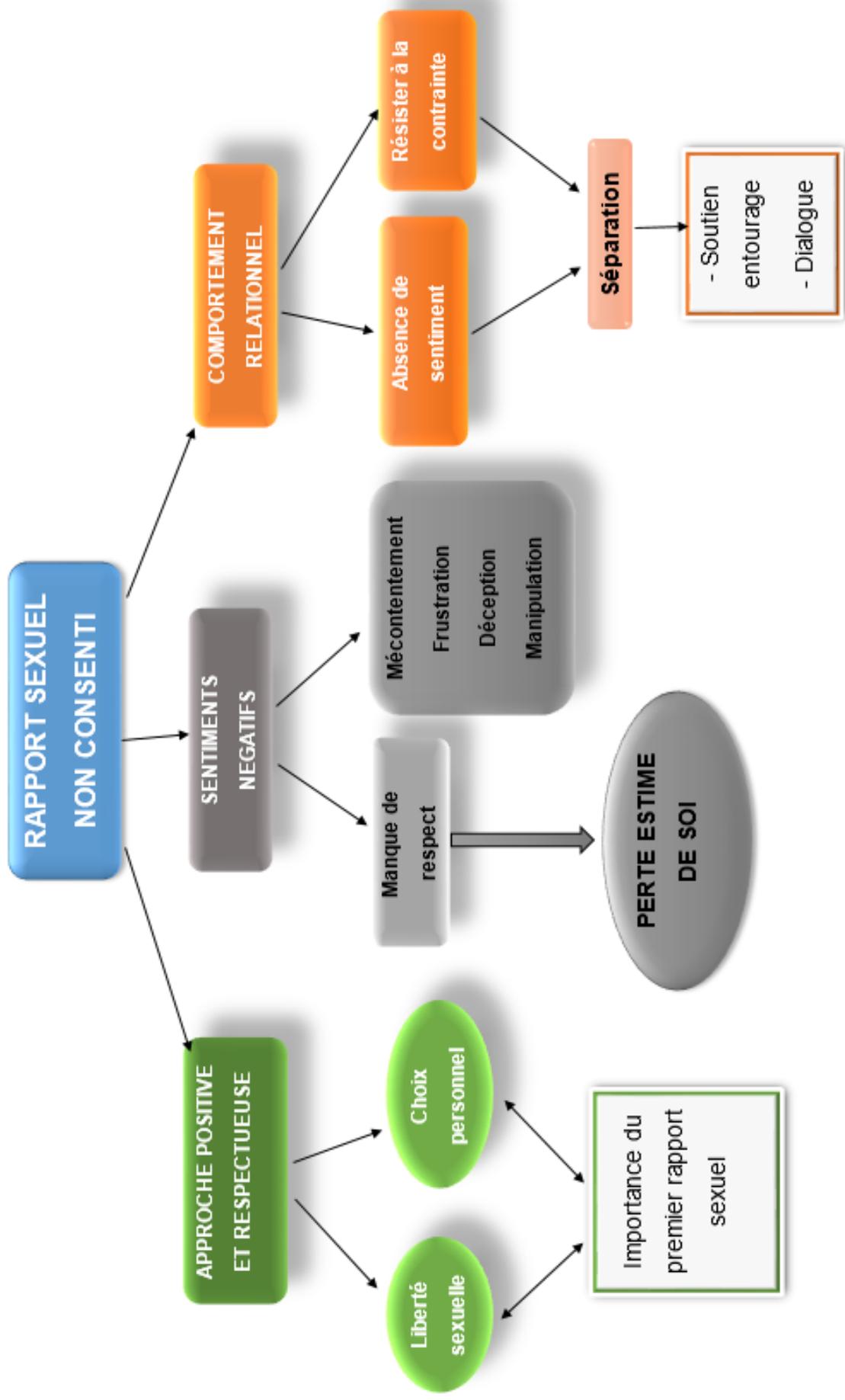


Figure 6 : Carte euristique illustrant les représentations autour du rapport sexuel non consenti

DISCUSSION

Dans un premier temps nous tenterons de comprendre et expliquer nos résultats et plus précisément la complexité des perceptions de la sexualité et de la contraception par les adolescentes, en nous appuyant sur des données de la littérature. Puis, nous chercherons quels peuvent être les apports de nos résultats pour la pratique de la médecine générale. Enfin, nous discuterons des forces et limites de l'étude.

I. INTERPRETATION DES RESULTATS

1. L'EDUCATION A LA SEXUALITE DES ADOLESCENTES

En 2014, un travail de recherche quantitatif a étudié les connaissances des adolescents et la place du médecin généraliste dans l'information et la prévention concernant la sexualité et la contraception (14). Il n'existait pas d'étude qualitative Française étudiant les connaissances et les représentations des adolescentes dans ces domaines. Nous avons choisi de réaliser une recherche bibliographique ciblée sur des travaux Français car notre sujet est intimement lié à l'histoire culturelle du pays. Seul un travail de thèse qualitative réalisée en 2012 à Toulouse s'était penché sur le point de vue des adolescents concernant l'éducation à la sexualité et la contraception dans le milieu scolaire (15).

Dans leur analyse, plusieurs sujets étaient ressortis au fil des entretiens comme des « thèmes » clefs à aborder au cours des séances d'éducation tels que la pornographie ou la fellation, thèmes que nous n'avons pas retrouvés au cours de l'analyse du discours des adolescentes de notre étude. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les garçons adolescents ont des préoccupations

différentes en matière de sexualité. De plus, notre guide d'entretien ne cherchait pas à connaître les pratiques sexuelles et le vécu personnel des interviewées mais plutôt leurs représentations et ressentis autour de la sexualité. Ceci pourrait expliquer le fait que ces thèmes ne soient pas ressortis au cours de nos entretiens.

Par contre, de manière concordante à leurs résultats, la majorité des adolescentes de notre étude estimaient qu'il fallait renforcer l'éducation à la sexualité et à la contraception par le biais des séances réalisées au collège et au lycée. En effet, concernant les sources d'informations des adolescentes, le milieu scolaire était cité dans la majorité des entretiens en premier lieu avec internet et les médias, l'entourage et les professionnels de santé intervenant secondairement dans le discours de la plupart des adolescentes.

L'éducation à la sexualité est inscrite dans le code de l'éducation depuis 2001 et a été récemment révisée en Avril 2016 (16). L'école possède une mission éducative en matière de sexualité et de contraception ; elle est responsable de la formation des élèves à leur future vie d'adulte. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire s'articule autour de trois champs de connaissances et de compétences : biologiques, sociales et psycho-affectives. Ceci rejoignant la définition de la sexualité de l'OMS et le concept de santé sexuelle de l'HCSP précédemment décrits (3)(6). L'enjeu principal étant d'apporter aux adolescents une approche globale, positive et bienveillante de la sexualité (17).

La médiatisation de la sexualité et le développement des réseaux sociaux et de la pornographie ont modifié la façon d'appréhender la sexualité, notamment chez les adolescents. La sexualité et ses nouvelles normes sont omniprésentes dans tous les moyens de communication entraînant une réelle évolution sociétale et comportementale dans ce domaine. La protection des adolescents vis-à-vis des programmes susceptibles de nuire à leur épanouissement physique, mental et moral est l'une des missions du CSA (Conseil supérieur de l'audiovisuel). La violence, l'érotisme, la pornographie présents de plus en plus fréquemment dans les médias, ainsi que la pression publicitaire, sont des préoccupations constantes dans ce domaine.(18)(19)

Dans notre étude, plusieurs adolescentes ont confié leur sentiment de « manque d'information », paradoxalement à une sexualité surexposée dans les médias. Pour elles, si la sexualité féminine y était bien plus présente qu'auparavant, il s'agissait d'une image fautive, souvent négative et banalisée. Concernant les ressentis personnels, leurs représentations de la sexualité étaient globalement positives. Nous avons retrouvé dans l'analyse des discours les notions de « plaisir », « partage », « la maternité désirée », « le respect du partenaire » ou encore « l'importance de la sexualité dans un couple ». Elles souhaiteraient justement un abord plus juste et plus positif de la sexualité féminine dans les médias, se rapprochant de la réalité et s'éloignant des clichés des télé-réalités, omniprésents sur nos écrans.

2. CONCERNANT LA CONTRACEPTION

Plusieurs études quantitatives ont étudié les connaissances des adolescents en matière de contraception ou de sexualité. Une étude de l'INPES de 2007 intitulée « les Français et la contraception » rapportait que plus de la moitié des femmes ayant eu recours à l'IVG utilisaient des contraceptifs théoriquement efficaces (23,1 % prenaient la pilule, 19,3 % utilisaient un préservatif). Parmi les femmes utilisant actuellement la pilule, plus d'une sur cinq (21 %) déclarait l'oublier au moins une fois par mois et seules 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité reconnue de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence. Cette étude montrait la persistance de fausses croyances, en effet parmi leurs résultats on note que 50% des interrogés pensaient que le DIU ne pouvait être posé chez une nullipare ou bien encore que 21% des Français déclarait que la pilule rendait stérile. En 2007, un adolescent sur dix (15-20ans) pensait que la pilule protégeait du VIH (20). Ces résultats montraient qu'il existait de nombreuses lacunes sur ces sujets.

Dans notre étude, nous n'avons pas cherché à réaliser un contrôle des connaissances des adolescentes autour de la contraception. Les questions de notre guide d'entretien avaient pour objectif d'analyser et de percevoir leurs représentations. Au fil des entretiens, nous avons vu émerger des notions de connaissances, de méconnaissances et de fausses croyances. Ainsi, elles disaient connaître de manière globale les principaux moyens de contraception utilisés en France. Par contre, de manière concordante aux études précédemment décrites, plusieurs adolescentes

déclaraient ne pas savoir comment prendre la pilule et comment réagir en cas d'oubli. Plusieurs jeunes filles associaient toujours le DIU à un moyen de contraception réservé aux femmes multipares, on retrouvait également la notion de « dangerosité » et le risque de stérilité. Concernant l'implant, il était assez bien connu des adolescentes mais était associé à des craintes concernant sa pose en sous-cutané, considérée comme invasive en comparaison à la prise d'une contraception par voie orale.

Toutes les jeunes filles décrivaient qu'il fallait utiliser un préservatif comme double protection contre les IST et la grossesse non désirée. Les adolescentes de notre étude pensaient majoritairement qu'il existait une abondance des moyens contraceptifs permettant un choix libre et adapté de leur contraception. La gestion du rapport sexuel à risque était un thème clef de nos entretiens. Pour les adolescentes il existait une notion « d'urgence de la grossesse non désirée » et pour certaines le risque d'une grossesse à l'adolescence était rapporté comme une situation très stressante.

Dans notre étude, toutes les adolescentes expliquaient l'importance de la réalisation des tests sanguins en cas d'accident de préservatif. La contraception d'urgence, encore connue sous le nom de « pilule du lendemain » pour la plupart des adolescentes, a été citée au cours de nos entretiens, mais plusieurs d'entre elles nous ont confié ne pas savoir comment se la procurer ni dans quel délai.

De manière plus générale, les jeunes filles ne savaient pas quand considérer qu'il s'agissait d'une situation à risque de grossesse. Pour la plupart, il s'agissait uniquement d'un rapport sexuel non protégé le jour de l'oubli du comprimé, dans ce cas, le réflexe de la prise de la pilule d'urgence et de la réalisation des tests sanguin dès que possible était rapporté de manière récurrente dans les entretiens.

Par ailleurs, aucune ne pensait qu'il existait un risque de grossesse s'il y avait eu un rapport sexuel non protégé dans les cinq jours précédant l'oubli ou encore la nécessité de protéger les rapports avec un préservatif durant les sept jours suivant un oubli de pilule. De même, lors d'un

oubli de pilule, il existait de nombreux doutes quant à la gestion de la contraception usuelle, aucune n'ayant parlé de la prise du comprimé oublié ou la poursuite de la plaquette.

Ces hésitations sur la gestion de la contraception semblaient témoigner de la persistance d'une mauvaise compréhension des informations données lors de la prescription et la nécessité de répéter et d'adapter notre discours aux patientes adolescentes au cours des consultations. Cependant, ces résultats sont à interpréter avec prudence puisque nos questions étaient ouvertes et les thèmes du guide d'entretien couvraient des sujets larges. On peut donc penser que certaines adolescentes avaient des connaissances sur la contraception ou la gestion de l'oubli de pilule mais ne les ont pas spontanément citées. De même, certaines adolescentes pouvaient tout simplement ne pas avoir encore reçu d'informations concernant la contraception si elles n'en utilisaient pas et donc ne pas avoir de réponses à nous confier.

3. LE CAS DE L'IVG CHEZ L'ADOLESCENTE

En 2016, 211 900 IVG ont été réalisées en France soit 6000 IVG de moins qu'en 2015. Ce nombre est en légère baisse pour la troisième année consécutive. Le taux de recours est de 13,9 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 26,0 IVG pour 1 000 femmes. Les taux continuent de décroître chez les moins de 20 ans, atteignant 6,7 recours pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et 17,8 parmi les 18-19 ans contre 7,6 et 19,5 en 2015 comme précédemment décrit en introduction. Par ailleurs, un tiers des adolescentes entre 15 et 19 ans attestaient avoir eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence (21). Ces résultats laissaient penser qu'une meilleure information était nécessaire, en ciblant les jeunes filles de moins de 20 ans.

Dans notre étude, l'avortement était une thématique issue du discours avant induction par le guide d'entretien. L'IVG chez l'adolescente avait plusieurs particularités : elle était perçue comme une épreuve particulièrement difficile psychologiquement pour des jeunes filles parfois mineures et il existait un sentiment de honte avec une crainte majeure de la réaction parentale.

Il convient de rappeler que le secret médical s'applique aux mineures dans le cadre de l'accès à l'IVG comme le précise le code de santé publique (22) en ces termes : « *Si la femme mineure désire garder le secret sur l'intervention, le médecin doit s'efforcer d'obtenir à nouveau son accord pour que le titulaire de l'autorité parentale ou le représentant légal soit consulté. S'il n'y parvient pas ou que le consentement du représentant légal n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux (cela vise notamment l'anesthésie) et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de la femme mineure, assistée d'une personne majeure de son choix.* »

Si la plupart des jeunes filles interrogées reconnaissaient l'importance du droit à l'avortement et le fait que l'on pouvait y recourir librement en France comme quelque chose de positif, la simplification de l'accès à l'IVG faisait craindre une banalisation. En effet, pour plusieurs d'entre elles l'IVG ne devrait pas être considéré comme un moyen de contraception et sa répétition devait alerter sur le problème de gestion de la contraception chez l'adolescente.

Au cours de nos entretiens, nous avons relevé un paradoxe : aucune des jeunes filles ne semblait penser que l'IVG était un moyen contraceptif et elles semblaient s'insurger de ce comportement pourtant clairement répandu chez les adolescentes selon elles. Il pourrait y avoir deux explications possibles : il se peut que notre échantillon ne soit pas assez varié ou bien que les IVG ne sont jamais réellement le fait d'une banalisation mais d'actes manqués, d'accidents ou de problèmes de connaissances et de maîtrise de leur contraception. Nous avons vu émerger dans l'analyse du discours plusieurs motifs de recours à l'IVG ; il s'agit pour la plupart d'avortements « *life styles* » de manière concordante aux données de la littérature, à savoir : le mauvais moment pour une grossesse, l'âge jeune ou bien encore la précarité. (23) (24)

Il convient de noter que dans le cadre des données sociodémographiques que nous avons choisies, nous n'avons pas recueilli l'existence d'antécédents d'IVG chez les adolescentes de notre étude et aucune n'en a spontanément parlé au cours des entretiens. Il aurait donc été intéressant d'interviewer une adolescente qui avait déjà eu recours à l'IVG dans le cadre de la recherche de variabilité maximale de l'échantillon. Cependant, il est important de prendre en compte qu'aucune des dix jeunes filles de notre étude ne considérait l'IVG comme une contraception

ou une solution de facilité contrairement au sentiment de banalisation de l'IVG rapporté par ces dernières. Par ailleurs, il existait une confusion entre les termes d'IVG et d'IST pour plusieurs adolescentes, semblant témoigner d'un manque d'informations. (25) (26) (27)

4. A PROPOS DE LA VACCINATION ANTI-HPV

Certains virus de la famille des papillomavirus (HPV) sont la principale cause du cancer du col de l'utérus. Il s'agit d'un virus se transmettant par contact sexuel et même le préservatif n'assure pas de protection complète contrairement aux autres IST que sont le VIH ou encore les hépatites virales (28). Depuis plusieurs années, il existe à disposition un vaccin qui protège contre ce virus.

Nous avons mis en évidence dans l'analyse du discours des adolescentes de notre étude une ambivalence entre des représentations négatives, un sentiment de dangerosité et un réel sentiment d'utilité du vaccin anti-HPV.

Le taux de couverture vaccinal contre les virus HPV en France est très faible (aux alentours de 14%) (29). Il s'agit d'un des taux les plus bas d'Europe malgré une communication positive et une promotion de la part de la plupart des professionnels de santé, en particulier des médecins généraliste, des gynécologues et des pédiatres (30). Il semble en effet indispensable de réaliser une prévention primaire par la vaccination des jeunes filles en complémentarité du frottis cervico-utérin de dépistage (31). En effet, les vaccins commercialisés protègent contre plusieurs souches du virus HPV potentiellement oncogènes (retrouvés dans 70 % des cas) mais n'assurent pas une protection totale contre le cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi, réaliser un frottis tous les trois ans à partir de 25 ans et ce jusqu'à 65ans reste important quel que soit le statut vaccinal de la patiente (32) (33).

Il convient par ailleurs de relever qu'aucune des adolescentes n'a parlé du FCV au cours des entretiens. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les jeunes filles de notre étude étaient trop jeunes pour en avoir déjà entendu parler (15 à 19 ans), ou bien qu'elles en avaient connaissance mais que la question du guide d'entretien était trop axée sur le vaccin anti-HPV, ne permettant pas à cette notion d'émerger de manière spontanée.

La cause principale de ce faible taux de couverture vaccinal est clairement liée à la crainte d'effets indésirables de la part des adolescentes et de leurs mères. En effet, de manière concordante à certains échos négatifs apparus dans la presse ou sur les réseaux sociaux (34) contre le vaccin anti-HPV GARDASIL, plus de la majorité des adolescentes de notre étude craignait une dangerosité du vaccin avec un risque de survenue de maladie (par exemple la sclérose en plaques) et quelques une avaient de fausses idées concernant sa réalisation, par exemple la nécessité d'être vierge.

Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus a été l'objet de nombreuses polémiques dans notre pays, en particulier avec le dépôt d'une plainte en 2012 par une patiente contre le laboratoire responsable de sa commercialisation SANOFI et contre l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Le motif de cette plainte était l'apparition de symptômes évocateurs d'une sclérose en plaques après s'être faite vaccinée (35). Par la suite, les sociétés savantes (HAS, HCSP) et les Agences Nationales (ANSM) et Européenne (EMA) de Sécurité des Médicaments ont rendu de nouveaux avis positifs et rassurants concernant les vaccins contre HPV, ne mettant pas en évidence de lien de causalité entre les deux éléments et renforçant l'intérêt et la nécessité de la vaccination des adolescentes (36) (37) (38) (39).

Les ressentis exprimés par les adolescentes de notre étude semblent en accord avec une étude récemment publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'assurance maladie, portant sur 2,2 millions de jeunes filles. Cette étude ne montrait pas d'augmentation de la survenue de maladie auto-immune consécutive à ces vaccinations. L'ANSM et l'assurance maladie estiment ainsi que les bénéfices attendus de la vaccination contre les HPV sont plus importants que ses risques éventuels (40).

Dans notre étude, la plupart des adolescentes avaient connaissance de l'existence de ce vaccin. Cependant, il existait des lacunes concernant les modalités de réalisation ou le mode d'action du vaccin. Les jeunes filles nous ont avoué n'avoir reçu que peu d'informations sur ce sujet, par ailleurs aucune n'a cité le papillomavirus. Si un grand nombre nous ont expliqué son objectif, à savoir : protéger contre un cancer, certaines ne savaient pas qu'il protégeait du cancer du col de l'utérus et regrettaient de ne pas avoir reçu d'information claire sur le sujet, notamment par le corps médical.

II. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE

Le travail de thèse qualitative réalisée en 2012 à Toulouse avait également étudié la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la contraception des jeunes garçons (14). Dans leur étude, le médecin généraliste n'était pas cité comme interlocuteur de choix, en particulier par souci d'anonymat. Nos résultats allaient également dans le même sens que des études quantitatives ayant étudié le rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la contraception des adolescents. (41) (42)

En effet, nous avons retrouvé de manière récurrente la crainte du non-respect du secret médical et le fait que le médecin généraliste connaissait souvent l'entourage familial proche. Il s'agissait des deux freins majeurs à l'abord de la sexualité ou la contraception des adolescentes avec leur médecin de famille.

Pour plusieurs jeunes filles, le médecin généraliste était considéré comme un prestataire d'ordonnances dans les cas de rapport sexuel à risque ou d'une grossesse non désirée (43). Paradoxalement, la majorité des adolescentes estimaient tout de même qu'il existait une relation privilégiée de confiance avec leur médecin traitant. Cette relation forte et particulière, évoluant

parfois depuis l'enfance, pourrait permettre d'aborder de manière plus libre et sans tabou des sujets considérés comme délicats ou gênants.

Nous retrouvons par ailleurs une certaine complémentarité entre le gynécologue et le médecin généraliste comme sources fiables d'informations dans les domaines de la sexualité et de la contraception.

Afin de guider les médecins, l'HAS a proposé une fiche récapitulative de la consultation de prescription de contraception chez l'adolescente. La consultation avec un adolescent fait l'objet de plusieurs particularités, nos résultats semblent montrer l'intérêt de recevoir le mineur seul en consultation, en assurant le respect du secret médical. En effet, il existe une confidentialité qui doit être garantie aux adolescentes afin de pouvoir discuter librement, sans crainte de délivrer le contenu de la discussion aux parents (44).

Le conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle ainsi l'article 4 du code de Santé publique en ces mots (45) : « *Il est important, surtout à l'adolescence, qu'un mineur puisse trouver en son médecin un confident qui n'ira pas révéler à ses parents les secrets qui lui sont confiés. Mais lorsque l'intérêt du mineur l'exige, ou qu'une décision importante est à prendre, le médecin doit tout faire pour le persuader de tenir ses parents au courant, en sachant garder le secret sur ce qu'il n'est pas nécessaire de révéler.* »

Actuellement, le PASS santé Jeunes permet aux adolescents et aux adolescentes de moins de 26 ans résidant dans notre région d'accéder de façon autonome, confidentielle et gratuite à un ensemble de prestations médicales concernant la prévention et l'accès à la contraception. Il se présente sous la forme d'un chéquier avec des coupons permettant l'accès gratuit à une consultation médicale, un bilan sanguin ou encore la délivrance gratuite en pharmacie d'un moyen de contraception (pilule, implant, DIU) sur présentation d'une ordonnance médicale. (46)

En complémentarité du PASS SANTE, la nouvelle convention médicale prévoit depuis 2016 la création d'une nouvelle consultation anonyme et gratuite.

Afin de faciliter l'accès à la contraception, l'application du tiers-payant doit être systématiquement réalisée pour les adolescentes mineures d'au moins 15 ans concernant les consultations de prescription ou d'information autour de la contraception. Ce dernier s'applique aux actes de pose, retrait ou changement d'un implant contraceptif ou d'un DIU, aux examens biologiques nécessaires et à la délivrance des contraceptifs remboursables en pharmacie sur prescription médicale.

Le tiers-payant permet l'absence d'avance des frais mais ne garantit pas le secret médical vis-à-vis des parents. Dans ce cas, l'adolescente mineure de plus de 15 ans peut demander au médecin généraliste l'anonymisation. Il suffit pour cela de remplir la feuille de soins avec le NIR (numéro de sécurité sociale) Anonyme complété par la date de naissance exacte de la mineure. Ceci assure le secret médical sur l'ensemble du parcours contraceptif (consultation médicale, frais de biologie et de pharmacie) et peut également s'appliquer à la délivrance de la contraception d'urgence en pharmacie d'officine. (47) (48) (49)

Les consultations médicales sont également anonymes et gratuites dans les Centres de Planification ou d'Education Familial (CPEF), l'aspect financier étant, comme nous l'avons vu, l'un des principaux facteurs limitant l'accès à la contraception des jeunes filles mineures (50). Dans notre étude, le planning familial était cité par plusieurs adolescentes comme acteur majeur de l'éducation à la sexualité et à la contraception, en particulier pour cet aspect anonyme et gratuit.

Au vu de l'ensemble de nos résultats, de la littérature précédemment citée et des nouvelles dispositions entrées en vigueur récemment dans ces domaines, il semblerait que nous devrions informer de manière systématique les adolescentes et leurs parents du respect du secret médical de la part du médecin généraliste concernant la sexualité et la contraception.(46) Il faudrait également insister sur la possibilité pour elles de venir consulter seule avec leur médecin de manière anonyme et gratuite. Il est donc primordial pour le médecin traitant d'expliquer qu'il est possible de consulter pour obtenir des informations et discuter de sexualité ou de contraception et non pas uniquement en cas de situation sexuelle à risque de grossesse non désirée, de maladie ou encore pour obtenir une ordonnance.

III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Afin de s'assurer d'une méthodologie rigoureuse, nous nous sommes efforcés à suivre les critères COREQ, adaptés à un travail de thèse en médecine générale (51).

1. LES FORCES DE L'ETUDE

Notre travail de recherche présente plusieurs forces, l'interviewer a pris le temps de se former à la recherche qualitative et plusieurs analyses critiques constructives du travail ont été réalisées par le directeur de thèse au fil des entretiens.

Nous avons pris le soin de réaliser deux entretiens tests afin de vérifier la compréhension des questions et valider le guide d'entretien. De plus, nous avons procédé à un triple codage des deux premiers entretiens avec le directeur de thèse. L'interne de médecine générale qui a aidé l'interviewer à coder les entretiens avait réalisé une formation officielle à la recherche qualitative FAYR-GP.

Une relecture des interviews et des codages suivants a été réalisé au fil des entretiens par le directeur de thèse avec réalisation d'ajustements au niveau de l'arbre de codage et conseils pour assurer le bon déroulement des interviews (notamment les phrases de relance ou le respect de l'écoute bienveillante). Un carnet de terrain a été tenu par l'interviewer afin de recueillir à chaque entretien les éléments du langage non verbal des adolescentes.

Concernant l'échantillon, nous nous sommes efforcés de sélectionner des patientes ayant des critères sociodémographiques différents afin d'obtenir un échantillon avec une variabilité maximale. Nous avons pris soin de recruter des adolescentes de 15 à 19 ans provenant de milieux sociaux différents et avec des schémas familiaux variés (parents mariés, divorcés, famille monoparentale, fratrie). L'âge moyen des adolescentes interviewées était de 17,3 ans

se rapprochant de l'âge moyen du premier rapport sexuel des adolescentes en France, estimé à 17,6 ans par l'INED.

La plupart des adolescentes avaient confié un certain enthousiasme à participer à une thèse de médecine. De plus, elles semblaient porter un grand intérêt à pouvoir apporter leur vision et leurs représentations dans les domaines de la sexualité et de la contraception. Ceci nous a permis de nous placer au plus près de la vision des jeunes filles et de recueillir de nombreux aspects et représentations dans ces domaines.

2. LES LIMITES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

Nous n'avons pas procédé à une triangulation des données car la comparaison avec une autre méthode de recueil utilisée en analyse qualitative telle que le focus group ne nous a pas paru adaptée à l'étude de la sexualité à l'adolescence. La réalisation d'entretiens en groupe aurait pu limiter le discours. La sexualité est un sujet implicitement délicat à aborder, d'autant plus à la période de l'adolescence. Nous pouvons comprendre que discuter de sexualité avec une personne étrangère était compliqué, et même si nous avons pris garde de ne pas aborder leur propre sexualité, il s'agissait tout de même de se confier de manière intime.

Nous avons fait le choix de sélectionner des patientes en milieu urbain, expliquant l'absence de fille d'agriculteur dans le tableau représentant les données sociodémographiques de notre population. De plus, nous n'avons pas recueilli la notion d'antécédent de recours à l'IVG.

Par ailleurs, les adolescentes ont accepté de participer à l'étude de manière volontaire, induisant involontairement un biais de sélection. En effet, les adolescentes incluses dans notre étude étaient intéressées par les sujets de la sexualité et de la contraception. On peut donc penser qu'elles étaient plus sensibilisées aux thèmes abordés et plus libérées au niveau de la parole.

Par notre souhait de recruter des adolescentes âgées de 15 à 19 ans, nous avons dû demander pour les patientes mineures une autorisation parentale préalablement à l'entretien. Nous avons

probablement perdu certaines données, en effet certaines adolescentes auraient peut-être aimé participer à l'étude mais n'ont pas eu l'accord de leurs parents. Dans ce cas, nous pourrions penser qu'il s'agit de sujets difficilement abordés dans ces familles, voir tabous. Ces adolescentes auraient pu exprimer des ressentis ou des représentations différentes de celles des jeunes filles de notre étude.

Nous nous sommes efforcés d'adopter une attitude la plus neutre et bienveillante possible au cours des entretiens. Cependant dans l'analyse qualitative, l'intersubjectivité entre les deux participants peut induire un biais dans le recueil et l'interprétation des données. L'attitude et le langage non verbal de l'interviewer ont pu influencer de manière involontaire les réponses des adolescentes, ceci étant une limite implicite à la méthode de recueil des données choisie.

CONCLUSION

En se plaçant du point de vue des adolescentes, nous avons pu observer que les représentations de la sexualité et de la contraception sont nombreuses et parfois ambivalentes.

D'une part, la sexualité peut être perçue de manière positive avec une approche relationnelle, respectueuse et épanouissante pour la femme et une contraception maîtrisée, choisie et adaptée. D'autre part, la sexualité peut être considérée comme omniprésente en particulier dans les médias, elle apparaît alors faussée et banalisée. Le médecin généraliste tient le rôle de prestataire de soins dans des situations négatives comme le rapport sexuel à risque, la relation non consentie ou encore l'IVG.

Nous pensions en débutant notre étude que les adolescentes avaient une vision négative et dangereuse de la sexualité avec du sexe de plus en plus banalisé dans les médias, mais leurs perceptions ne peuvent se réduire à des représentations positives ou négatives. Les thèmes qui ont émergé de notre analyse suggèrent que ces perceptions sont plurielles, et qu'elles sont façonnées par l'environnement socio-culturel des adolescentes et par les relations qu'elles entretiennent avec leur entourage familial, amical ainsi qu'avec les professionnels de santé et notamment leur médecin généraliste.

Il semble exister une réelle place pour le médecin généraliste dans le domaine de l'éducation à la sexualité et à la contraception des adolescentes. Si elles souhaitent le voir prendre ce rôle du fait d'une relation souvent plus ancienne et d'un sentiment de confiance indiscutable, il existe des éléments à prendre en compte et à leur garantir afin de construire une relation « adolescente-généraliste » satisfaisante. Le principal élément relevé dans notre étude étant le souci d'anonymat, il est nécessaire de leur garantir le respect du secret médical et de leur proposer la possibilité d'une consultation sans leurs parents si elles le désirent.

Une étude quantitative multicentrique à grande échelle pourrait permettre de confirmer nos résultats et les généraliser à la population générale. Cette étude pourrait également permettre d'identifier d'autres facteurs susceptibles d'influencer les perceptions des adolescentes sur la sexualité et la contraception, que nous avons pressentis mais que notre population n'a pas pu mettre en évidence (par exemple la banalisation de l'IVG et son utilisation comme moyen contraceptif).

Il semble important de donner aux médecins généralistes les moyens d'informer les adolescentes de manière efficace sur la sexualité et la contraception et promouvoir la santé sexuelle. La création d'une nouvelle consultation à fort enjeu de santé publique à compter du 1^{er} Novembre 2017 intitulée « Première Consultation Contraception ou Prévention » pourraient permettre une meilleure prise en charge des adolescentes dans ces domaines.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
2. Jeunes – Centre d’observation de la société [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.observationsociete.fr/definitions/jeunes.html>
3. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
4. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
5. From sexual and reproductive ill-health to choices and well-being. Entre Nous No 85, 2016 [Internet]. 2017 [cité 30 août 2017]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/entre-nous/entre-nous/from-sexual-and-reproductive-ill-health-to-choices-and-well-being.-entre-nous-no-85,-2016>
6. Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive - hcspa201600302_santesexuelleetreproductive.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: file:///C:/Users/MLANIE~1/AppData/Local/Temp/hcspa201600302_santesexuelleetreproductive.pdf
7. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
8. La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites - er588.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>
9. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009, INPES, juin 2011.
10. Rapport DREES: les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
11. Contraception en France [Internet]. Ined - Institut national d’études démographiques. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/contraception-france/>
12. population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
13. française LD. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001918/index.shtml>

14. Labudova J. Les adolescents et la contraception: leurs connaissances et la place du médecin généraliste dans l'information et la prévention : enquête auprès de 172 adolescents du bassin aurillacois [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I;
15. Novès V. Sexualité et Contraception: le point de vue des adolescents : étude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région toulousaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil;
16. Code de l'éducation - Article L121-1. Code de l'éducation.
17. Éducation à la sexualité - Les enjeux de l'éducation à la sexualité - Éduscol [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
18. CSA.fr - La protection des mineurs sur internet / Jeunesse et protection des mineurs / Le suivi des programmes / Télévision / Accueil [Internet]. [cité 20 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.csa.fr/Television/Le-suivi-des-programmes/Jeunesse-et-protection-des-mineurs/La-protection-des-mineurs-sur-internet>
19. Évolution sociétale de la sexualité | Urofrance [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/evolution-societale-de-la-sexualite.html#toc-1>
20. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? - dp111026.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
21. LES IVG CHEZ LES ADOLESCENTES EN 2016. DRESS [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
22. Article 42 - Soins aux mineurs, aux majeurs protégés | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-42-soins-aux-incapables-266>
23. Marboeuf Q. État des lieux des IVG en 2013: quelles sont les causes des grossesses non prévues ? Place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
24. Lefranc F. Quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes désirant une interruption volontaire de grossesse attendent plus de 9 semaines d'aménorrhée pour leur demande ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
25. française LD. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/994000389/index.shtml>
26. Pons J-C, Vendittelli F, Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Paris, France: Masson; 2004. xx+335.
27. Gerometta A. L'IVG comme moyen de contraception: état des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse obtenues par échec de contraception, à Nancy, en 2009, chez des femmes de 15 à 49 ans. Nancy, France: Université Henri-Poincaré; 2010.

28. La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir le cancer du col de l'utérus - Agents infectieux | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
29. Vaccination anti-HPV et cancer du col de l'utérus - Infections | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-anti-HPV-et-cancer-du-col-de-l-uterus#toc-la-vaccination-contre-les-hpv-est-elle-efficace->
30. Argumentaire scientifique sur la vaccination HPV par Pr Graesslin Olivier [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/documents/O_Graesseli_vaccin%20HPV.html
31. La vaccination papillomavirus [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: http://www.afpa.org/index.php?option=com_content&view=article&id=341&Itemid=101
32. Recommandations INCA 2016 sur la conduite à tenir devant une femme ayant une cytologie cervico-utérine anormale SFCPCV [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/doc_inca.pdf
33. Guide ALD médecin - synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur: http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
34. Faut-il avoir peur du Gardasil? [Internet]. 2014 [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/04/03/22179-faut-il-avoir-peur-gardasil>
35. Plainte contre le Gardasil le vaccin contre le cancer de l'utérus de Sanofi Pasteur MSD [Internet]. La Tribune. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/20131124trib000797449/plainte-contre-le-gardasil-le-vaccin-contre-le-cancer-de-l-uterus-de-sanofi-pasteur-msd.html>
36. GARDASIL - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-medicaments/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-plan-de-gestion-des-risques/Medicaments-faisant-l-objet-d-un-Plan-de-Gestion-des-Risques-PGR2/GARDASIL>
37. HCSP. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 sept [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
38. Gardasil® : premier bilan de la surveillance des risques en France - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Gardasil-R-premier-bilan-de-la-surveillance-des-risques-en-France-Communiqué>
39. L'Agence Européenne des Médicaments (EMA) recomman... - MesVaccins.net [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/6769-l-agence-europeenne-des-medicaments-ema-recommande-le-nouveau-vaccin-gardasil-9>
40. Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : etude pharmacoepidemiologique - ea5e12b9c18ae41c2b8163ae5d7cb6f3.pdf [Internet]. [cité 30 août 2017]. Disponible sur:

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/ea5e12b9c18ae41c2b8163ae5d7cb6f3.pdf

41. Hami Z. Les adolescents et la contraception: place du médecin généraliste dans l'information et la prévention : Enquête auprès de 498 adolescents de 4e et de 3e des Hauts de Seine (92) [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris 13; 2013.
42. Potey M, Torres J, Brin M. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3ème de l'agglomération grenobloise. Grenoble, France: Université Joseph Fourier; 2011.
43. BELTRAN G. Le mineur et sa santé : la consécration d'un véritable droit au secret médical [Internet]. Formation Santé Droit. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://www.formationsantedroit.org/article-le-mineur-et-sa-sante-la-consecration-d-un-veritable-droit-au-secret-medical-57444121.html>
44. Comment aborder la sexualité en consultation avec l'adolescent ? | Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/comment-aborder-la-sexualite-en-consultation-avec-l-adolescent>
45. Article 4 - Secret professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
46. PASS Santé Jeunes [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.regionpaca.fr/se-former/vie-lyceenne-et-apprentie/prevention-des-jeunes/pass-sante-jeunes.html>
47. Contraception [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception>
48. contraception-mineures-15-ans_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4026/document/contraception-mineures-15-ans_assurance-maladie.pdf
49. contraception-urgence_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4028/document/contraception-urgence_assurance-maladie.pdf
50. Comment aborder l'enfant en médecine générale? Revue du praticien [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/docs/ACCEUIL_ADO-MG_Rdp.pdf
51. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative - critères COREQ.pdf [Internet]. [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: <file:///C:/Users/M%C3%A9lanie/Desktop/THESE/crit%C3%A8res%20COREQ.pdf>

ANNEXES

I. GUIDE D'ENTRETIEN INITIAL

I DISCOURS DE PRESENTATION étude + interviewer

Nous allons parler de la sexualité des adolescentes...

II QUESTIONNAIRE :

Question 1 :

Que penses-tu de l'image de la sexualité féminine dans les médias ?

Est-ce-que tu es d'accord avec cette image ? Pourquoi ?

Question 2 :

Que représente pour toi le terme de sexualité ?

A quoi te fait penser ce mot ? Si tu devais me donner ta « définition » de la sexualité ?

As-tu un copain ou une copine ? As-tu déjà eu des relations sexuelles ?

Pour toi quand a commencé ta sexualité ? Comment l'as-tu abordé ? Comment as-tu su que tu étais prête à démarrer ta sexualité ?

Question 3 :

Quelles sont tes sources d'informations concernant la sexualité ?

Comment veux-tu être informée ? Quelles sortes d'infos tu veux recevoir ? A quel âge penses-tu être prête à les recevoir ? Par qui ?

Comment est-ce que tu aurais voulu être informée ? Comment tu améliorerais l'information des adolescents sur ce thème ?

Question 4 :

Peux-tu me parler de la contraception ? Est-ce que tu as une contraception ?

Si oui, quand et comment te l'ais-tu procurer ?

Si non : pourquoi ? Quand est-ce que tu penses que tu auras besoin d'en avoir une ? Comment feras-tu ? Quels sont les moyens de contraception que tu connaises ?

Question 5 :

Que ferais-tu si tu avais un rapport sexuel à risque, c'est-à-dire que tu oubliais ta pilule alors que vous n'aviez pas utilisé de préservatif ou que le préservatif craque ?

Si réponse Pilule du lendemain : Sais-tu comment te la procurer ? A quel moment dois-tu la prendre ?

Question 6 :

Si une amie te racontait qu'elle a peur que son copain la quitte car elle ne se sent pas prête à avoir des relations sexuelles, que lui dirais-tu ? Pourquoi tu lui conseillerais-tu ça ? A sa place qu'est-ce que tu ressentirais ?

Question 7 :

Pour toi, quels sont les aspects positifs de la sexualité ?

Et les aspects négatifs ?

Question 8 :

Si je te parle du vaccin contre le Papilloma Virus qu'est-ce-que cela t'évoque ? Es-tu vaccinée ?

En as-tu entendu parler ? Si oui : qui t'en a parlé ? Sais-tu à quoi il sert ?

Question 9 :

Que sais-tu sur l'IVG ? Qu'est-ce-que cela représente pour toi ? Connais-tu des personnes qui ont eu recours à l'IVG ? Si cela t'arrivais que ferais-tu ?

III DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Quel est ton âge ?

En quelle classe es-tu ?

Où habites-tu ?

Quel établissement scolaire fréquentes-tu ? Dans quel pays tes parents sont-ils nés ?

Quelle est leur profession ?

As-tu des frères et sœurs ? Quelle est ta position dans la fratrie ?

As-tu des moyens d'accès à internet ?

Pratiques-tu une religion ?

II. GUIDE D'ENTRETIEN CORRIGE

I DISCOURS DE PRESENTATION étude + interviewer

Nous allons parler de la sexualité des adolescentes mais d'abord...

II QUESTIONNAIRE :

Question 1 :

Que penses-tu de l'image de la sexualité féminine dans les médias ? Est-ce-que tu es d'accord avec cette image ? Pourquoi ?

Question 2 :

Que représente pour toi le terme de sexualité ? A quoi te fait penser ce mot ? Si tu devais me donner ta « définition » de la sexualité ?

Question 3 :

Quelles sont tes sources d'informations concernant la sexualité ?

Quand tu as eu des questions ou si tu avais des questions où irais-tu chercher la réponse ?

Comment as-tu reçu des informations sur la sexualité sans que tu aies besoin de les chercher ?

Question 4 :

Peux-tu me parler de la contraception ? Quels sont les moyens de contraception que tu connais ?

Question 5 :

Que ferais-tu si tu avais un rapport sexuel à risque, c'est-à-dire que tu oubliais ta pilule alors que vous n'aviez pas utilisé de préservatif ou que le préservatif craque ?

Et par rapport au risque de maladie ? Par rapport au risque de grossesse ?

Vers qui te tournerais-tu pour avoir des conseils ? A quel moment ?

Question 6 :

Si une amie te racontait qu'elle a peur que son copain la quitte car elle ne se sent pas prête à avoir des relations sexuelles, que lui dirais-tu ?

Pourquoi tu lui conseillerais-tu ça ? A sa place qu'est-ce que tu ressentirais ?

Question 7 :

Pour toi, quels sont les aspects positifs de la sexualité ? Et les aspects négatifs ?

Question 8 :

Si je te parle du vaccin contre le Papilloma Virus qu'est-ce-que cela t'évoque ?

Selon toi, à quoi sert-il ? Si réponse « c'est dangereux » => pourquoi penses-tu ça ? Comment le sais-tu ?

Question 9 :

Que peux-tu me dire sur l'IVG ? Qu'est-ce que cela représente pour toi ? Que ferais-tu si tu en avais besoin ? Où irais-tu chercher de l'aide pour savoir quoi faire ?

III DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Quel est ton âge ?

Tes parents sont-ils mariés ?

En quelle classe es-tu ?

As-tu des frères et sœurs ? Quelle est ta position dans la fratrie ?

Où habites-tu ?

Quel établissement scolaire fréquentes-tu ?

As-tu des moyens d'accès à internet ?

Quelle est la profession de tes parents

III. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Mademoiselle,

Je réalise ce travail de thèse dans le cadre de ma formation d'interne en médecine générale à la faculté de Marseille.

L'objectif de mon étude est d'établir un état des lieux des connaissances des adolescentes marseillaises dans le domaine de la sexualité afin d'en déterminer les carences.

La méthode utilisée pour cette étude repose sur la réalisation d'entretiens en tête-à-tête avec moi avec des jeunes filles âgées de 14 à 19ans résidant à Marseille. C'est la seule contrainte, et cette étude ne vous fait courir aucun risque médical.

Les résultats attendus doivent permettre au médecin généraliste de comprendre les lacunes et carences afin d'améliorer la prise en charge des adolescentes en prenant sa place dans leur éducation à la sexualité.

Les entretiens font l'objet d'un enregistrement, leur contenu est traité de façon strictement anonyme par moi-même et toutes les précautions sont prises pour garantir la confidentialité.

CONSENTEMENT

Cette étude est réalisée avec l'accord de la faculté de médecine de Marseille et du Docteur CALVET-MONTREDON.C, directrice de thèse.

Pour toute information complémentaire, accès et rectification des données ou obtention des résultats de l'étude lorsqu'ils seront disponibles, vous pouvez me joindre à l'adresse suivante :

Chastel Mélanie

54 Avenue de Maillane 13013 Marseille

mel.chastel@gmail.com

Nom/Prénom :
Adresse :
Fait à	le
Signature	

IV. AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur

Je réalise ma thèse de fin d'études de médecine générale sur l'approche de la sexualité par les adolescentes.

Le but de mon étude est d'améliorer la prise en charge des adolescentes par le médecin généraliste.

Pour cela, j'ai donc besoin de recueillir le point de vue d'adolescentes âgées de 14 à 19 ans à l'aide d'entretiens confidentiels, anonymes et enregistrés.

Votre fille m'a donné son accord pour participer à mon étude, je vous précise que toutes les informations seront retranscrites par mes soins puis détruites.

Etant donné la fourchette d'âge des participantes, cette lettre vise à informer les parents de jeunes filles mineures afin que vous puissiez me donner votre accord pour que votre fille y participe.

Je vous prie de croire Madame, Monsieur, en mes sentiments les meilleurs.

Chastel Mélanie

Interne médecine générale

Faculté de médecine de Marseille

ABREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues-obstétricien Français

CO : Contraception Orale

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EMA : Agence Européenne du Médicament

FCV : Frottis Cervico- Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Papilloma Virus

INCa : Institut National du Cancer

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFCPCV : Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale

VIH : Virus Immunodéficience Humaine (SIDA)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : L'évolution culturelle et environnementale conduit à une modification des ressources d'informations en matière de sexualité. La couverture contraceptive Française est l'une des meilleures d'Europe mais nous possédons le plus fort taux d'IVG notamment chez les adolescentes. L'éducation à la santé sexuelle s'intègre dans le champ des compétences du généraliste et réaliser un état des lieux des représentations est la première étape afin d'améliorer les axes de prévention et d'information. Nous avons cherché à évaluer les connaissances et les représentations des adolescentes autour de la sexualité et de la contraception.

MATERIEL ET METHODE : Nous avons réalisé une enquête qualitative par entretiens individuels auprès d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans sur la région Marseillaise. La saturation des données a été obtenue après 10 entretiens. Nous avons réalisé une triangulation des codages puis une analyse interprétative phénoménologique des données.

RESULTATS : La sexualité était perçue de manière positive par les adolescentes. Une approche relationnelle, respectueuse et épanouissante pour la femme ainsi qu'une contraception maîtrisée, choisie et adaptée étaient les éléments clefs du discours. Paradoxalement elle était considérée comme omniprésente et faussée dans les médias, faisant craindre une banalisation de l'IVG chez l'adolescente. Si le médecin généraliste était prestataire d'ordonnances dans des situations à risque, il représentait un interlocuteur de choix dans ces domaines du fait d'une relation privilégiée et source de confiance. Le principal facteur limitant était la crainte du non-respect du secret médical vis-à-vis de leurs parents.

CONCLUSION : Les représentations de la sexualité et de la contraception des adolescentes sont nombreuses et ambivalentes. Elles sont forgées par l'entourage socio-culturel et les professionnels de santé. Il existe une réelle place à prendre pour le généraliste dans l'éducation à la santé sexuelle de ses jeunes patientes. La garantie du respect du secret médical, l'information sur la possibilité de consulter seule et la création d'une consultation dédiée à compter du 1^{er} Novembre avec application du tiers-payant par les médecins pourraient permettre d'améliorer leur prise en charge dans ces domaines.

MOTS-CLEFS : sexualité, contraception, adolescentes, représentations, médecin généraliste, qualitatif