



HAL
open science

Éducation à la sexualité au sein du noyau familial : étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans

Yohan Querol

► **To cite this version:**

Yohan Querol. Éducation à la sexualité au sein du noyau familial : étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01959575

HAL Id: dumas-01959575

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01959575>

Submitted on 18 Dec 2018

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

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



UNIVERSITÉ DE NICE
SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE



THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Yohan QUEROL

Né le 10 Décembre 1988 à Nice

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ AU SEIN DU NOYAU FAMILIAL :
ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE PARENTS D'ADOLESCENTS DE 10 À 18 ANS

Présentée et soutenue publiquement le 10 avril 2018

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Jury de thèse

Président du jury :

Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe

Assesseurs :

Monsieur le Professeur PRINGUEY Dominique

Monsieur le Professeur PAPA Michel

Monsieur le Docteur TÉTART Johann

Directrice de thèse :

Madame le Docteur CARAVELLI Sophie

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DÉMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
M. BRONSARD Nicolas Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme BUREL-VANDEBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie du temps précieux que vous m'accordez et de votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

Aux membres du Jury

Monsieur le Professeur Michel PAPA,

Je vous prie d'accepter toute ma gratitude de siéger dans ce jury et suis honoré que vous puissiez juger ce manuscrit. Veuillez recevoir tout mon profond respect pour vos années de dévouement envers les internes de médecine générale.

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Vos compétences dans le domaine de la psychiatrie rendent précieuse votre participation à ce jury. Soyez assuré des meilleurs souvenirs d'un jeune étudiant découvrant les sciences humaines lors de vos cours en PCEM 1.

Monsieur le Docteur Johann TETART,

Je te remercie énormément de ton implication, ton aide me fut précieuse à un moment critique de l'élaboration de ce travail. Sois assuré de toute ma gratitude pour ta profonde gentillesse, ton accompagnement et ta bienveillance.

Madame le Docteur Sophie CARAVELLI,

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir accepté de diriger ce travail. Ton enthousiasme dès les premiers balbutiements du projet, tes précieux conseils, ton pragmatisme, et surtout ton fabuleux esprit de synthèse sans lequel cette thèse ferait 3 à 4000 pages !

Une directrice de thèse on n'en a pas 36 dans une vie. J'espère avoir fait honneur à la mienne.

Je te remercie également pour ton accompagnement lors de ma découverte de la médecine générale, ce sont des moments qu'un médecin ne peut oublier.

Aux **mères et pères** ayant volontiers participé à mon projet d'étude, veuillez recevoir toute ma gratitude pour le temps que vous m'avez accordé et pour votre altruisme. Je vous remercie de m'avoir accueilli dans une partie de votre intimité. Je garde de ces échanges votre générosité et des moments intenses riches en sensations. Sans vous, ce travail n'aurait pu avoir lieu.

A Madame **Pascale MONROSTY**, Principale du collège Albert Camus dans lequel j'étais jeune collégien, je vous remercie d'avoir accepté de me permettre de réaliser la première étape de cette étude. Je garde de vous votre gentillesse, votre enthousiasme et surtout votre générosité envers les adolescents.

Aux médecins généralistes ayant acceptés de participer au projet, et particulièrement aux Docteurs **Laurette BLEY, Marc RASTELLO et Jean-Eric RASTELLO**, mes maîtres de stage en SASPAS, qui m'ont accompagné durant ces 6 mois de transition entre la fin de l'universitaire et l'éclosion d'un médecin, vous m'avez tout simplement appris le métier.

Au Docteur **Maïlys LAROUSSINIE**, je te remercie énormément pour ton investissement dans le recrutement des parents, ce petit coup de pouce m'a aidé infiniment quand la thèse battait un peu de l'aile. Ta gentillesse et ta bienveillance me touche.

A **Philippe GELUCK**, pour m'avoir autorisé à utiliser gracieusement une de ses illustrations pour la réalisation du flyer. Vous ne lirez probablement jamais ce manuscrit, mais merci à vous.

A ma **mère**, merci d'avoir été là pour moi durant toutes ces longues années d'études, tu m'as facilité tellement les choses durant les moments critiques, cet aboutissement est aussi le tien, merci à toi.

A mon **père**, merci de m'avoir toujours poussé à aller toujours plus loin et de ne pas me satisfaire de l'acquis, « on peut toujours faire mieux ». Tu vois, médecin ce n'est pas si mal ?

A **Geo**, même si la différence d'âge et d'histoire ont fait que nous sommes forcément différents, tu n'en restes pas moins une des personnes les plus importantes dans ma vie. Je t'aime petit frère.

A **Mamyette et mon regretté Papy Jacques**. Merci pour tous ces souvenirs que vous avez su créer. Ma petite mamie de 87 balais qui en a toujours 50 dans sa tête, que dire à part qu'avec mamiecole vous bataillez toutes les deux pour le titre de la meilleure grand-mère de toute l'histoire de l'humanité du monde de l'univers !

Je ne te remercierai jamais assez de tout ton amour et ta tendresse. Je t'aime fort !

A **Mamiecole et Papy Thomas**, toutes ces vacances passées ensemble, tous ces souvenirs, tous ces bons p'tits plats, votre gentillesse, tout votre amour, vos sourires, je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez donné. Avec mamyette, vous êtes comme des parents pour moi.

A **Luc et Nath**, merci pour tous ces bons moments passés ensemble, pour votre accueil inconditionnel et votre gentillesse durant toute mon adolescence.

A **Odile et Rémy**, malgré moins de souvenirs ensemble, je vous estime beaucoup. Merci pour votre gentillesse, votre générosité, votre humilité. Vous êtes des parents et médecins modèles, et je ne mâche pas mes mots !

A mes **Cousins Cousines** éparpillés en France et dans le monde maintenant, de vieux souvenirs sont gravés à l'indélébile en moi. Merci à vous d'avoir contribué à cette période de l'enfance qui fut une des plus heureuses.

A **Philippe** mon parrain, tant d'années loin de toi, plus jamais hein ! C'est un plaisir de te retrouver, vraiment.

A **Josiane, PE et Marie**, nous avons grandi en partie ensemble, même si nos parcours nous éloignent inexorablement, tellement de bons moments partagés avec vous que je n'oublie pas et que j'espère bien continuer à vivre encore longtemps. Sans distinction, vous êtes de ma famille.

A **Papette, Vicky, Amandine, Océane, Césarion, Nico** mon bon parrain et **Béné** ma super jumale, la P1's family, sans votre présence et nos conneries incessantes à la BU et en dehors je n'aurais jamais tenu, vous étiez tout simplement mon rayon de soleil durant ces 2 années de galère.

A **Gregoise, Johnson et Bryanital**, (Junior Charlie Ranger Jones), le noyau dur. Merci à vous trois d'être rentrés (à votre insu) dans ma vie, et d'avoir été là pendant toutes ces années d'études, dans les bons moments comme ceux un peu plus délicats. Ce fut une période tellement parfaite, tous nos délires, toutes nos soirées, malheur, on s'est quand même bien fendu la gueule ! Je ne pouvais pas tomber mieux, on s'est toujours serré les coudes, une solide amitié s'est forgée.

Vous êtes comme des frères pour moi.

A tous les potes de fac qui ont rythmé toutes ces magnifiques années, en vrac : **Guillaume M, Fab**, (*une socca en commande pour*) **Thibal** (Teabag ?), **Damien, Kévin** le Cowboy, **Bambi, Philou** (ICJDJJJ), **Aurélien, Marine L**, mon bon vieux jumal **Stève, One more Time, Kimberley, Lara, JB, Boubou, Momor, Dédé R, Bébouze, Emilie G, Amine** et nos mix « d'anthologie », les losers de **l'amphi 6** et **tonton francky**, et bien sûr tout ceux que j'oublie... merci à vous pour ces souvenirs carabins !

A **Stephaniño Caggianopoulos**, un peu sur le tard malheureusement, mais une bien belle rencontre. T'es une pépite ! Je t'estime beaucoup, ton amitié fraternelle un beau cadeau.

A **Kalid**, quel stage, mais quuuueeeeeeeel staaaaage !!! Puis ce mariage à Marrakech, un rêve éveillé. T'es un mec en or, je t'estime énormément.

A tous les cointernes avec qui j'ai partagé d'excellents moments assez éphémères malheureusement, mini **Vic', Perrine, Max, Doudou, John, Pascaline, Mathieu B, François C...**

Aux anciens et potes d'enfance qui ont compté, **Topher, John, Micka, Médé, Tif L, Adrien, Val** l'olympien et ce bon vieux **Rom'** mes deux paysans de maure vieil, **Johan W**, et ma ptite **Marine** (louulouuu C&L 4ever) t'es comme une sœur.

A la dreamteam des **rockeurs**, de belles rencontres et toujours de supers moments avec vous, z'êtes tous bien timbrés et c'est ça que j'aime, ne changez pas !

A la **famille BIGAND**, je ne vous remercierai jamais assez pour votre accueil inconditionnel et votre gentillesse, les gens du nord sont vraiment merveilleux (qui l'eut cru de la bouche d'un sudiste « à peine » chauvin). Malgré les quelques chambrages que je risque d'entendre encore un bon moment, je vous apprécie quand même hein ! Vous êtes comme une seconde famille.

Bon n'allez pas non plus prendre la grosse tête, je suis *obligé* de dire des choses bien de vous ici, sinon... ;)

A **Cécile**, merci de m'avoir supporté durant les 3 années de préparation de cette thèse !

Ton amour, ton soutien, ta patience, ta tendresse, ta gentillesse, ton calme, ta folie...

Merci d'être là, merci d'être toi.

A nos magnifiques moments passés, à nos projets, à l'avenir à tes côtés.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
ABREVIATIONS ET ACRONYMES	15
INTRODUCTION	16
MATERIEL ET METHODES	19
A. Méthode qualitative	19
B. Echantillonnage	19
1. Critère d'inclusion	19
2. Critère de non inclusion	19
3. Recrutement des parents	19
4. Critères d'exclusion	21
5. Cadre éthique	22
6. Justification d'expliciter "Éducation parentale" sur le flyer	22
7. Recueil des données	23
8. Analyse	24
RESULTATS	25
A. Caractéristiques de l'échantillon	25
1. Générales	25
2. Focus group	25
3. Entretiens individuels	25
B. Dialogue entre le parent et l'enfant au sujet de la sexualité	28
1. Dialogue présent ?	28
2. Qui aborde le sujet ?	28
3. Comment aborder le sujet ?	28
4. Quand aborder le sujet ?	32
5. Facteurs influençant le dialogue	35
6. Sujets principaux discutés	46
C. Dialogue entre parents	57
1. Le dialogue	57
2. Sujets principaux discutés	58
D. Expérience des parents lors de leur propre adolescence	59
1. Le dialogue avec ses propres parents	59
2. Facteurs influençant le dialogue avec ses propres parents	60
3. Sources d'information à l'époque	62
4. Sujets abordés avec les parents	63
5. Différences entre l'éducation actuelle et antérieure	64
6. Ressenti de l'enfant maintenant parent	66
E. Place du parent	68
1. Particularités du parent	68
2. Rôles du parent	68
3. Sources d'information du parent	71
4. Ouvertures proposées sur les parents	72

F.	Place du médecin généraliste.....	74
1.	Rôles du médecin généraliste	74
2.	Facteurs influençant le dialogue	77
3.	Qui aborde ou qui doit aborder le sujet ?	82
4.	Quand aborder le sujet ?.....	82
5.	Intérêt d'une consultation avec le MG dédiée à la sexualité.....	83
G.	Sources d'information de l'enfant selon le parent.....	88
1.	Parent	88
2.	Sœurs et frères	89
3.	Famille	89
4.	Cercle d'amis	89
5.	Ecole	89
6.	Professionnel.le.s de santé.....	91
7.	Assistante sociale	92
8.	Associations.....	92
9.	Culture.....	92
10.	Brochures d'information	94
11.	Tout moyen de communication ou personne avec lequel l'enfant est en rapport	94
12.	Importance du travail d'équipe.....	94
DISCUSSION	95
A.	Implications majeures de l'étude	95
B.	Forces et limites de l'étude	97
1.	Pertinence du sujet de l'étude	97
2.	Méthode qualitative.....	97
3.	Echantillonnage	98
4.	Recueil de données	101
5.	Méthode d'analyse.....	103
6.	Résultats	103
C.	L'éducation à la sexualité dans la littérature	104
1.	Connaissances de la sexualité des jeunes	104
2.	Place des parents.....	105
3.	Dualité parent - école.....	106
4.	La sexualité en consultation de médecine générale	108
D.	Discussion des résultats de l'étude	111
1.	Place du parent dans l'éducation à la sexualité	111
2.	La culture : tremplin au dialogue sur la sexualité	119
3.	Une libération progressiste de la parole et de l'information.....	123
4.	Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité	128
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		140
ANNEXES.....		145
SERMENT D'HIPPOCRATE.....		150
RESUME		151

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EI : Entretien individuels

FG : Focus group

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité

HPV : Human Papilloma Virus

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

KABP : Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INED : Institut National d'Études Démographiques

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

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin Généraliste

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

VIH : Virus d'Immuno-déficience Humaine

*« La période pubertaire se traverse souvent dans le silence des mots,
qui contraste avec le bruit des sensations » Sylvie Boutin-Chatouillot*

« La sexualité, tout le monde en parle, sauf les parents ! » Inès Péliissié du Rausas

INTRODUCTION

La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité, requérant une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles.(1)

L'adolescence (10-19 ans) est une période fondamentale d'expérimentation et d'apprentissage des interactions sociales, notamment des relations amoureuses et sexuelles, qui vont structurer les futurs comportements d'adultes.(2) Elle est traditionnellement décrite comme une période d'instabilité, tant au plan psychologique que social, voire sexuel. Elle constitue ainsi une cible préférentielle de la prévention. Lors de cette période charnière, passage obligé d'une sexualité infantile à une sexualité adulte, les adolescent.e.s sont une population à risque au niveau sexuel :

- L'âge médian du premier rapport sexuel est stable en 2010 : 17,6 ans pour les filles, 17,4 ans pour les garçons.(3) Le premier rapport et les premières expérimentations s'étendent toutefois du collège à la vingtaine d'années et plus.(4,5)
- Le nombre de grossesses non désirées est en diminution via une diffusion des méthodes efficaces de contraception, contrebalancé par un plus grand recours à l'IMG en cas de grossesse : en résulte un nombre d'IMG stable autour de 220 000 par an depuis 2002, dont 12 000 chez des mineures.(6,7,8)
Une étude de 2013 interrogeant des adolescentes ayant eu recours à une IMG a retrouvé : un faible accès à une contraception, un mésusage de celle-ci, et de fausses représentations malgré un sentiment d'être bien informées sur le sujet, notamment à l'école.(9)
- Le recours à la contraception d'urgence est en constante hausse.(10)
20 % des 15-19 ans interrogées par le baromètre santé 2010 avaient utilisé une contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois.(11)
- Le préservatif n'est toujours pas assez utilisé.(4)
- Les principales IST sont en augmentation, avec notamment de fausses représentations retrouvées chez les adolescent.e.s.(12,13,14,15)
- La couverture vaccinale anti-HPV est toujours insuffisante, stagnant autour de 20 % pour les 3 doses.(16) La prévention reste, de manière inégalitaire, axée sur les jeunes filles, ne promouvant pas l'implication des hommes.(17)

- Les violences physiques et/ou sexuelles faites aux femmes, ainsi que la maltraitance envers les enfants, restent toujours considérables et préoccupantes.(18,19)
- Une sexualité omniprésente dans les télécommunications, notamment via la télévision et internet (pornographie), de plus en plus accessible aux jeunes, et en l'absence d'accompagnement, à risque d'influence négative dans le développement psychique et d'ancrage de fausses représentations.(20,21)

Il est primordial de donner les moyens aux adolescent.e.s de devenir de jeunes adultes responsables en les aidant à identifier et acquérir des comportements de prévention.

L'information en milieu scolaire, et ce dès l'école primaire, reste toujours très faible et disparate, nonobstant une obligation légale depuis 2001. Les difficultés rencontrées sont matérielles et humaines, les intervenant.e.s peu formé.e.s. Peu de place est laissée aux dimensions citoyennes et psychoaffectives lors de ces séances.(20) Quid des adolescent.e.s hors cursus scolaire standard ? Même constat, avec encore plus de difficultés.(22)

Il est retrouvé dans la littérature que les adolescent.e.s ont une attente envers leur médecin généraliste (MG) sur le thème de la sexualité, mais en discutent peu avec lui, 97 % des jeunes estimant qu'il existe au moins un obstacle au dialogue.(23) Les jeunes filles préfèrent s'orienter vers un.e gynécologue, guidées par leur mère, et par méconnaissance des compétences du MG.(24) De son côté, le MG a parfois certaines lacunes techniques et relationnelles, ressentant plusieurs freins à discuter de sexualité en consultation. Il privilégie une sexualité « médicalisée », centrée sur les risques dans un but préventif. L'épanouissement de l'individu reste secondaire.(25,26,27,28)

Quel est le rôle des parents dans tout cela ?

Le MG manque clairement de connaissances sur l'information et l'éducation à la sexualité dispensées par le parent à son.sa jeune, et l'échange entre les deux acteur.rices.

La recherche en médecine générale concernant la sexualité, et plus particulièrement sur « l'éducation à la sexualité », s'intéresse aux adolescent.e.s, et principalement aux adolescentes.

Le.la jeune restant au centre du sujet, ses relations avec le MG, l'école, les éducateur.rice.s, les associations, les télécommunications, etc., sont toutes décortiquées, hormis sa relation avec ses propres parents.(20)

Une thèse de médecine générale de 2012 révèle que les parents sont la principale source d'information à la sexualité pour les adolescent.e.s. L'accès à la contraception en ressort limité par le manque de communication intrafamiliale.(29)

Actuellement, nous ne connaissons pas le point de vue réel des parents sur l'éducation à la sexualité. Un dialogue est-il instauré dans le noyau familial ? Le sujet reste-t-il « tabou » à leurs yeux ? Sont-ils en demande d'aide extérieure ?

Si le parent reste pour les adolescent.e.s la référence principale en matière d'information sur la sexualité, se pose la question de leur formation. L'éducation à la sexualité des jeunes ne passe-t-elle pas par une éducation des parents ?

C'est pourquoi se pose la question suivante : qu'en est-il actuellement de l'éducation à la sexualité dispensée par les parents à leur adolescent.e au sein du noyau familial ?

Dans un but de prévention et d'amélioration des connaissances du MG, nous avons décidé de mener une étude qualitative afin de faire un état des lieux de l'éducation à la sexualité réalisée au sein du noyau familial, du point de vue des parents, et de rechercher les freins et moteurs à cette éducation.

En objectifs secondaires, nous recherchons :

- Les représentations des parents sur leur propre éducation à la sexualité reçue, les différences avec l'éducation actuelle, et leurs sources d'information.
- La place du MG, selon les parents, dans l'éducation à la sexualité.

MATERIEL ET METHODES

A. Méthode qualitative

Une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de parents, via un focus group (FG) suivi d'entretiens individuels (EI) semi-dirigés. L'objectif était d'explorer leurs représentations concernant l'éducation à la sexualité transmise par les parents à leurs adolescent.e.s au sein du noyau familial.

B. Echantillonnage

1. Critère d'inclusion

Un seul critère d'inclusion était requis : être parent d'au moins un enfant âgé de 10 à 18 ans.

L'adolescence commence avec l'apparition d'une puberté physiologiquement normale. Elle se termine lorsque l'identité et les comportements adultes sont acceptés, ainsi que lorsque le.la jeune est indépendant.e, notamment financièrement (bien après 18 ans généralement).

L'OMS définit l'adolescence (entre l'enfance et l'âge adulte) s'étendant de 10 et 19 ans.(2)

Nous avons choisi arbitrairement, par souci de clarté, l'âge de 18 ans, les jeunes n'étant généralement plus présent.es au sein du domicile familial au-delà cet âge (cursus scolaire standard).

2. Critère de non inclusion

Un seul critère de non inclusion : refus de signer le consentement de participation à l'étude après lecture de la note d'information. (*Annexe 1*)

3. Recrutement des parents

Les inclusions ont été menées en recherche de variation maximale afin d'obtenir un échantillonnage raisonné sur les critères suivants : âge / statut marital / catégorie socioprofessionnelle / nombre d'enfants / âge de.des adolescent.e.s / sexe de.des adolescent.e.s / religion.

Il a été décidé de réaliser en premier lieu un FG dans un collège. L'objectif était de faire émerger un maximum d'idées grâce aux échanges et à la confrontation des conceptions de chacun.e, via la dynamique de groupe. Il était prévu dès le début de l'étude de réaliser dans un second temps des EI. Le but était d'étayer certains points ayant émergé du FG, et de varier la population au maximum.

a. Focus group

Le recrutement a été réalisé dans le collège Albert Camus à Mandelieu-la-Napoule, ville côtière à la frontière ouest des Alpes-Maritimes de 22 696 habitants.(30)

Le projet a été exposé par téléphone en mars 2016 à la Principale du collège. Après rencontre et discussion avec la Principale, le Principal adjoint, la Conseillère Principale d'Éducation et l'infirmière scolaire, le projet a été approuvé en conseil d'administration du collège fin mars.

Il y a avait 6 classes pour chaque section (6^e, 5^e, 4^e, 3^e). Chaque classe contenait en moyenne 25 élèves. Il y avait donc près de 600 élèves au collège.

Il a été décidé arbitrairement de sélectionner les 3 premières classes de chaque section :

- ⇒ 12 classes (3 classes de 6^e, 3 de 5^e, 3 de 4^e, et 3 de 3^e) ;
- ⇒ 25 élèves en moyenne par classe ;
- ⇒ Soit 300 élèves sélectionné.e.s ;
- ⇒ Donc potentiellement 600 parents au maximum.

Un flyer (*Annexe 2*) explicitant « Éducation parentale » et non « Éducation à la sexualité » a été distribué fin mai 2016 aux 300 collégien.ne.s par leur professeur.e principal.e respectif.ve.

Les jeunes avaient la consigne de le glisser dans leur carnet de correspondance et de le transmettre à leur.s parent.s le soir même, au retour au domicile.

- ⇒ Le parent pouvait manifester son intérêt via la Principale du collège, ou contacter directement l'investigateur via ses coordonnées indiquées sur le flyer.
- ⇒ Il a ensuite été décidé conjointement d'une date entre l'investigateur, le modérateur du FG, la Principale du collège, et les parents souhaitant participer.

b. Entretiens individuels

Méthode 1 :

Un recrutement à été réalisé à Grasse dans un cabinet semi rural de six MG (parité femmes-hommes), secteur un à activité variée, où l'investigateur a réalisé son stage ambulatoire de niveau deux.

- Un flyer très proche de celui distribué au collège a été placardé en salle d'attente. (*Annexe 5*)
- Des flyers ont été déposés en salle d'attente, à disposition des patients. (*Annexe 5*)
- Le parent pouvait manifester son intérêt en informant son MG, la secrétaire du cabinet, ou contacter l'investigateur via ses coordonnées indiquées sur le flyer.

Il a initialement été décidé de ne pas influencer le recrutement. Aucun parent ne s'est manifesté, de septembre à décembre 2016. Il a été décidé d'élargir le placardage de l'affiche à d'autres cabinets.

Méthode 2 :

Un recrutement via plusieurs cabinets de MG a été réalisé dès janvier 2017.

- Même flyer et même principe que dans la *méthode 1*. (Annexe 5)
- Six MG de cabinets différents sollicités. Différentes villes (Mougin, Mandelieu-la-Napoule, Biot, Valbonne, Roquefort-les-pins) choisies aléatoirement afin de varier la population.
- Les MG exerçaient seul ou en groupe. Possibilité d'afficher le flyer en salle d'attente et/ou de distribuer aléatoirement un flyer en consultation à un parent. Chaque MG choisissait sa méthode. En cas de choix de distribuer le flyer en personne au parent, il leur était demandé de ne pas influencer le recrutement, de le distribuer indépendamment du sexe et des caractéristiques socioprofessionnelles.
- Le parent pouvait se manifester de manière identique à la *méthode 1*.

Aucun parent ne s'est manifesté via cette méthode, durant près de trois mois.

Méthode 3 :

Entre temps, trois EI ont finalement été réalisés via la *méthode 1* basée sur le volontariat.

Les EI ont été réalisés dans l'ordre de manifestation des parents, indépendamment du sexe ou des caractéristiques socioprofessionnelles.

Il s'est avéré que ces trois EI présentaient des caractéristiques très semblables aux parents du FG (cf. résultats). Il a donc été décidé d'orienter secondairement le recrutement (*méthode 3*).

Les six MG du cabinet de Grasse ont été à nouveau sollicités afin de présenter succinctement le projet à des parents en consultation, aidé du flyer. Il leur était demandé de ne pas recruter de parents présentant des caractéristiques proches de celles ayant participé au FG.

4. Critères d'exclusion

- Délégué.e.s de parents d'élèves présent.e.s au conseil d'administration du collège, par conséquent au courant du projet et du sujet de thèse sur l'éducation à la sexualité.
- Tout parent potentiellement au courant du sujet réel de l'étude, à savoir l'éducation à la sexualité, ou suspecté de l'être : Tout parent connu de près ou de loin via l'entourage du thésard / directrice de thèse / modérateur du FG / parents déjà interrogés.

Aucun parent n'a été exclu de l'étude.

5. Cadre éthique

Un formulaire d'information et de consentement a été distribué à chaque parent, explicitant le déroulement de l'entretien, la possibilité de quitter l'entretien à tout moment, ainsi que l'anonymat et la confidentialité des données. Le document était cosigné par le parent et le thésard. (*Annexe 1*)

L'anonymisation a été réalisée pour les participant.e.s, les lieux et personnes cité.es, lors de la retranscription de chaque entretien. Chaque parent a reçu une ou plusieurs lettres suivi d'un chiffre :

- FG : parents nommés dans l'ordre horaire autour de la table : FG1, FG2, FG3, FG4, et FG5.
- EI : mères nommées dans l'ordre de participation : M1, M2, M3. Même principe pour les pères : P1, P2, P3.

Le Comité de Protection des Personnes n'a pas été sollicité, conformément à la loi en vigueur, en l'absence d'intervention de soin.

6. Justification d'explicitement "Éducation parentale" sur le flyer

Nous avons décidé de ne pas formuler « Éducation à la sexualité » ou « Éducation sexuelle », sur le flyer. Nous souhaitons qu'aucun parent ne soit au courant du véritable sujet d'étude.

Cette étude qualitative n'a pas l'objectif de générer un grand nombre de participant.e.s, ni de recruter uniquement des parents à l'aise concernant l'éducation à la sexualité avec leur enfant.

La sexualité peut être considérée comme tabou dans certaines familles ou cultures. Nous avons pensé que certains parents auraient pu être rebutés, gênés, et peu enclins à discuter de sexualité si cela avait été explicité dès le début sur le flyer.

Au risque de prendre un peu au dépourvu certains parents au moment d'aborder le sujet, nous avons fait ce choix délibérément afin de ne pas avoir un recrutement trop restrictif et peu représentatif.

Les personnes au courant du véritable sujet étaient : le thésard et son entourage, la Directrice de thèse, le modérateur du FG, la Principale du collège, le conseil d'administration du collège, les six MG du cabinet médical de Grasse et leur secrétaire, ainsi que les autres MG où l'affiche a été placardée. Le but était de limiter au maximum les biais de sélection.

7. Recueil des données

Guide d'entretien :

Le guide d'entretien était constitué de questions ouvertes à partir des données de la littérature, avec des questions de relance pour aider si nécessaire la prise de parole. (*Annexe 6*)

Divers thèmes étaient initialement abordés, comme l'éducation scolaire / relationnelle / à la santé. Le but était de mettre en confiance le parent. Puis était abordée l'éducation à la sexualité.

Ce guide d'entretien a été testé par une étude pilote comprenant deux EI blancs. Les interviewé.es (une femme et un homme) étaient deux professionnel.le.s paramédicaux travaillant aux urgences du CHU de Nice, où l'investigateur était en stage d'internat. Le guide a été nettement amélioré par ces deux entretiens.

Le guide a légèrement évolué après l'analyse primaire du FG. Cela a permis d'explorer certains concepts émergents du FG et d'éviter que les EI divaguent vers des champs ne répondant pas à la question de recherche initiale. Par la suite, le guide n'a pas évolué lors des EI.

Conditions de recueil :

L'investigateur notait durant le FG et EI les éléments de communication non verbale, afin de pondérer et nuancer l'analyse, limitant les biais d'interprétation. L'ensemble des données qualitatives a été enregistré via un téléphone portable et un dictaphone numérique.

Retranscription :

Chaque enregistrement a été retranscrit verbatim, c'est-à-dire mot pour mot, dans son intégralité sur un logiciel de traitement de texte et anonymisé. Chaque retranscription a été relue avec réécoute de l'entretien par l'investigateur et la Directrice de thèse.

Données sociodémographiques :

En plus des données qualitatives, des données quantitatives de description de l'échantillon ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par chaque parent. (*cf. résultats*)

Ce questionnaire répertoriait les caractéristiques suivantes : âge, sexe, statut marital, niveau d'étude, profession, nombre / âge / sexe des enfants, religion. (*Annexe 4*)

8. Analyse

a. Analyse longitudinale

Une analyse par rétroaction immédiate a été réalisée. A la fin de chaque EI, un dialogue non consensuel avec le parent était entrepris. La demande venait le plus souvent du parent lui-même.

L'objectif du thésard était double :

- S'assurer qu'il n'y ait aucun contre-sens avec les opinions émises.
- S'assurer qu'aucune idée importante n'ait été omise. Il se peut que le guide d'entretien et/ou le déroulement de l'EI n'aient pas abordé certains thèmes. Le parent peut également ne pas avoir explicité une idée au moment de répondre à la question, sa réflexion étant sujette à maturation au fur et à mesure de l'EI.

b. Analyse transversale

Une analyse thématique sémantique a été réalisée à partir des enregistrements retranscrits sur le logiciel Nvivo 10®.

A partir d'étapes bien définies, il existe un continuum entre la collecte et l'analyse des données. Ce perpétuel va et vient permet de confronter les premiers résultats aux données suivantes.

Un codage axial du verbatim a été réalisé. De la richesse du matériau, ce dernier est découpé et simplifié en unités de sens (= idées de base = sous catégories).

Ces unités sont « rangées » dans une ou plusieurs catégories (codage multi nominal).

En regroupant ces catégories et en les saturant, il peut émerger des idées nouvelles, des concepts, ou mettre en évidence des phénomènes originaux ou connus.

Le codage était ouvert et inductif. Les catégories étaient en grande majorité non prédéfinies.

L'absence d'une revue de la littérature suffisante sur le rôle des parents dans l'éducation à la sexualité, la suspension au mieux des acquis et connaissances, et la comparaison continue, ont participé à la valorisation des données recueillies.

RESULTATS

A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Générales

Onze parents ont été recrutés : cinq en focus group, six en entretiens individuels.

L'âge moyen était de 45,6 ans.

2. Focus group

Seulement neuf mères sur 600 parents potentiels ont manifesté par mail leur intérêt pour participer à l'étude, aucun père. Il a été convenu avec elles de réaliser le FG un soir de semaine entre mi juin et début juillet, respectant leurs horaires de travail et ceux de la Principale du collège, du thésard, et du modérateur du FG.

- Sept mères ont répondu positivement par mail à la date convenue.
- Six mères se sont présentées le quatre juillet 2016 à 18h30.
 - ⇒ Une mère n'a pu rester et participer au FG pour cause d'impératif familial.
- Sur les cinq mères ayant participé au FG :
 - ⇒ Trois travaillaient dans le domaine social / santé / enseignement (FG2, FG3, FG4).
 - ⇒ Trois étaient ou avaient été déléguées de parents d'élèves (FG1, FG2, FG4).

3. Entretiens individuels

Six parents ont été recrutés en EI.

- Tout d'abord trois mères, ayant vu l'affiche placardée en salle d'attente, se sont proposées spontanément pour participer aux entretiens (M1, M2, M3).
- Compte tenu des caractéristiques socioprofessionnelles très proches de celles des cinq mères du FG, nous avons orienté secondairement le recrutement dans le but d'interroger des pères.
- Il a été demandé aux six MG du cabinet de Grasse de recruter des « pères non professeurs », en leur présentant le projet rapidement en fin de consultation (*méthode 3*).
- Trois pères ont ainsi été recrutés, tous suivis par le même MG (P1, P2, P3).

Parent	Sexe	Âge	Situation maritale	Niveau d'étude	Profession	Enfants (sexe suivi de l'âge)	Religion	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
FG1	♀	40	Divorcée	Doctorat	Ingénieur	F12 F9	Catholique Non pratiquante	Collège	1h 22
FG2	♀	45	Mariée	Bac	Mission locale	G15 F12	Athée	“	“
FG3	♀	49	Mariée	Bac +5	Professeur des écoles	F12 F9	Athée	“	“
FG4	♀	43	Mariée	Bac	Employée de pharmacie	F16 F13	Catholique Non pratiquante	“	“
FG5	♀	51	Divorcée	Bac	Assistante de gestion (en recherche d'emploi)	F12	Catholique Non pratiquante	“	“
M1	♀	46	Mariée	Bac +5	Professeur des écoles	G12 F9	Athée	Cabinet MG	1 h 07
M2	♀	44	Divorcée	Bac +5	Professeur de lycée	G16 F13	Catholique Non pratiquante	“	1 h 23
M3	♀	45	Mariée	Bac +5	Professeur des écoles	G17 F5	Athée	“	1 h 10
P1	♂	40	Divorcé	Bac +5	Dirigeant d'entreprise	G13 F10	Athée	“	1 h 04
P2	♂	49	Marié	CAP	Prothésiste dentaire	F15 G13	Athée	“	1 h 09
P3	♂	50	Divorcé	CAP	Manutentionnaire	G16 G16	Athée	“	0 h 40

Tableau 1 : Caractéristiques qualitatives des participant.e.s et des entretiens

FG : Focus group ; M : mère ; P : père ; F : fille ; G : garçon

Âge	N	(%)
30-39 ans	0	(0 %)
40-49 ans	9	(82 %)
≥ 50 ans	2	(18 %)
Sexe		
Femme	8	(73 %)
Homme	3	(27 %)
Statut marital		
Marié	6	(54 %)
Divorcé	5	(46 %)
Niveau d'étude		
CAP	2	(18 %)
Baccalauréat	3	(27 %)
Licence	0	(0 %)
Master	5	(46 %)
Doctorat	1	(9 %)
Profession		
Temps plein	9	(82 %)
Mi-temps	1	(9 %)
Sans emploi	1	(9 %)

Nombre d'enfants	n	(%)
1	1	(9 %)
2	10	(91 %)
≥ 3	0	(0 %)
Âge des enfants		
< 10 ans	4	(19 %)
10 ans	1	(5 %)
11 ans	0	(0 %)
12 ans	5	(24 %)
13 ans	4	(19 %)
14 ans	0	(0 %)
15 ans	2	(9 %)
16 ans	4	(19 %)
17 ans	1	(5 %)
18 ans	0	(0 %)
Religion		
Athée	7	(64 %)
Catholique	4	(36 %)
Juive	0	(0 %)
Musulmane	0	(0 %)
Autre	0	(0 %)

Tableau 2 : Caractéristiques statistiques de l'échantillon

B. Dialogue entre le parent et l'enfant au sujet de la sexualité

1. Dialogue présent ?

Le dialogue était présent dans une légère majorité des cas. Toutefois, pour chaque parent interrogé, le dialogue était très variable, tumultueux, plus ou moins approfondi, et n'était pas le même avec ses différents enfants.

2. Qui aborde le sujet ?

Les résultats étaient très contrastés : enfants et parents abordaient la sexualité autant les uns que les autres. La personne qui abordait le sujet variait suivant les schémas familiaux, l'âge de l'enfant, le sujet évoqué. Les verbatims seront développés ci-dessous dans les chapitres correspondants.

a. Enfant

Les $\frac{2}{3}$ des enfants se tournaient plus vers leur mère. Cependant, avec l'avancée en âge, le.la jeune avait tendance à s'orienter vers le parent du même sexe. Parfois, l'enfant se dirigeait vers un parent puis l'autre, afin d'obtenir deux réponses à une question.

b. Parent

Les $\frac{3}{4}$ du temps, c'était la mère qui abordait la sexualité avec l'enfant. Dans les familles recomposées, les beaux-parents, cités comme intervenants, avaient une place difficile à déterminer.

3. Comment aborder le sujet ?

a. Répondre aux interrogations de l'enfant

La totalité des parents a insisté sur ce point :

« Ils savent qu'on leur répond à leurs questions... Quand ils ont des questions ils nous en parlent ouvertement et on leur répond le plus simplement possible... On répond toujours » (M1)

« Je lui réponds à ces questions depuis longtemps, avec ses mots à elle, quel que soit le sujet » (FG5)

Le parent pouvait laisser la porte ouverte à ses interrogations :

« J'essaie quand même de dire à mon fils "tu sais que tu peux me poser des questions" » (M3)

b. Poser des questions à l'enfant

Les parents en légère majorité posaient peu de questions. Quand c'était le cas, c'était le plus souvent en rapport avec un évènement.

L'objectif des questions était d'anticiper : *« Avant qu'il ne se retrouve dans des situations... » (P1)*

c. Au fil de la vie quotidienne au domicile

Le questionnement de l'enfant s'y produisait majoritairement : *« C'est des questions qui sont dans la sphère familiale, on voit papa, maman, le frère, la sœur, on se voit grandir, changer, et les personnes les plus proches pour répondre aux questions sont quand même les parents... Souvent les questions se posent dans la vie quotidienne, lors de la douche, la baignoire, quand ils sont nus, qu'ils s'habillent, qu'ils se voient transformer. C'est dans la vie quotidienne, l'échange avec les parents »* (M1)

d. Via la culture

i. Télévision

La quasi-totalité des parents a évoqué ce moyen prépondérant pour engager le dialogue :

« C'est même un besoin » (FG5), *« pour expliquer les choses »* (FG2). Cela pouvait être via :

- *« Le sujet est amené par une actualité »* (FG2)
- *« Une émission je dirais tout public au départ, et puis ça dérive sur des sujets beaucoup plus "physique" »* (FG2)
- *« Ils sont bilingues... on a le câble allemand, avec cette émission ils abordent des thèmes comme ça... adaptée à la tranche d'âge de l'enfant, des petits films, une voix off, en quelques minutes on vous explique des principes ou des fondamentaux »* (M2)
- *« On voit un spot à la télé, ça part souvent de ça »* (P1)
- *« Lorsqu'il y a un film avec des scènes érotiques ou ce genre de choses, ça peut arriver de dire "bon tu vois ça, qu'est-ce que tu en penses ? Comment tu le perçois ?" »* (M3)
- *« Des fois on regarde des clips de musique, et tout à coup pouf, il y a quelque chose, une image qui apparaît »* (FG3)

ii. Internet

La moitié des parents pensaient qu'internet puisse être une source d'information pour l'enfant et un moyen d'engager le dialogue : *« C'est la grande mode des Youtubers, et ce sont des thèmes qu'ils abordent. Je trouve ça très bien, ça désacralise et ça leur donne beaucoup d'informations, sous couvert de petits sketches humoristiques, ça fait passer des petits messages et ils captent bien »* (FG3)

Les enfants actuels entretenaient un rapport étroit avec le numérique :

« Mon fils qui est au collège en a besoin pour être connecté à l'environnement numérique du collège pour aller chercher des exercices, ou pour voir ses devoirs » (M1)

- Accès plus limité et navigation plus surveillée pour le jeune adolescent.e : *« Il n'a pas accès à tous les sites, on a l'autorisation parentale, c'est bloqué »* (M1)
- Accès plus libre une fois plus âgé.e : *« À 17 ans il n'est pas contrôlé, il n'est pas fliqué »* (M3)

Tous les parents ont mis en garde contre les dangers d'internet : « *L'information n'est pas toujours certaine, il faut aller la vérifier* » (M1). Mais accompagné par un parent, cela permettait de comprendre et décrypter l'information : « *Ça apporte et développe le sens critique* » (FG3)

iii. Livres

Citée par peu de parents, les livres avaient toutefois un grand intérêt chez le/la jeune enfant au niveau du développement de l'éveil : « *Depuis tout petit par l'intermédiaire des livres ils ont pu avoir accès à un certains nombres d'informations* » (FG2)

« *Mon fils posait des questions, alors j'ai acheté une collection qui expliquait bien la différence entre un petit garçon et une petite fille, comment on grandissait, comment on pouvait avoir des bébés, mais très simplement, c'était très intéressant. Je l'avais donné à mon fils. Ma fille est très intéressée par tout et veut apprendre vite, donc le livre est passé très vite chez ma fille* » (M1)

iv. Art

« *On l'a abordé par l'intermédiaire de l'art, les sculptures, les peintures. A l'époque c'était plutôt des femmes enrobées, elle est suivie pour son poids. Elle s'est posée des questions sur "pourquoi avant on aimait les femmes plutôt en rondeur et maintenant on aime les femmes maigres ? Est-ce que moi on m'aimera même si je ne suis pas maigre ? Est-ce que je peux quand même être belle ? Est-ce que je peux plaire à quelqu'un ?" ... On a abordé ces questions là, ce n'était pas évident* » (FG1)

v. Exposition

« *Il y a un espace où ils font de temps en temps des expositions temporaires, et il y avait "Tout sur le zizi" ou un truc comme ça, oui on était allé faire ça* » (M2)

e. Via les programmes scolaires

Tous les parents ont mentionné le système scolaire comme moyen d'aborder la sexualité, avec notamment une information sur la sexualité donnée à l'école sur laquelle le parent pouvait rebondir : « *Généralement en tant que parent on est au courant qu'il y a eu une information, par le biais du carnet de correspondance. Parfois il revenait avec des petites plaquettes, ce genre de choses... A chaque fois qu'il y a un évènement un peu exceptionnel à l'école on en parle, de ce qu'ils ont pu avoir comme information... Si je suis au courant qu'il y a eu ça je pose des questions* » (M2)

« *Ils font des sensibilisations sur différents sujets... Des fois les enfants récupèrent des petits flyers, donc c'est le moyen aussi d'en discuter avec eux* » (FG2)

« *Il a dû avoir un cours d'anatomie parce qu'il parlait d'utérus, il expliquait... Il ne m'en a pas parlé... Je lui poserai la question* » (M1)

f. Via le questionnement sur la santé

i. Domaine de la santé

Physiologie :

- ⇒ **Hygiène intime :** « *Mon fils parle pas mal avec mon mari quand il a des problèmes au niveau de son sexe, il a eu des soucis de peau, il fallait tirer plus petit. Quand il est inquiet ils voient ça ensemble, ou sous la douche, bon, il se débrouille il fait son hygiène personnelle* » (M1)

Pathologie :

- ⇒ **Urologique :** « *Mon fils avait 15 ans, il avait un problème à la verge, il m'a dit "j'ai mal ça me brûle". Je lui dis "écoute je ne peux pas t'aider, ton beau-père à part regarder avec toi mais vu qu'il n'est pas médecin, le mieux c'est qu'on aille voir le médecin, en plus c'est un homme ça tombe bien tu vas pouvoir lui poser toutes les questions que tu veux"* » (M3)
- ⇒ **Mammaire :** « *Ma fille a eu un kyste au sein. Ils en ont parlé entre eux, mon fils était déjà au courant depuis 3 jours. On s'en est aperçu un soir et le lendemain mon fils est venu me voir en me disant "maman ça peut être un cancer du sein ?". Ma fille est venue me poser la question aussi. Ils font des liens avec la poitrine, le fait que c'est un kyste c'est que c'est un sein* » (M1)
- ⇒ **Cancer :** « *Il y a un vécu, j'ai eu un début de cancer du sein. Ça les a inquiété* » (M1)

ii. Puberté

« *Ils reconnaissent les signes extérieurs, ils sont très curieux. Ils ont un âge où ils prennent la douche, ils sont tous nus, ils se brossent les dents, ils ne sont pas gênés, ils s'expliquent des choses. Mon fils en parle très ouvertement de ses transformations* » (M1)

Expression de certaines craintes : « *Il pose des questions parce qu'il est inquiet par rapport à sa puberté, il est entouré d'enfants qui sont très grands par rapport à sa taille et qui ont déjà mués, qui ont déjà des poils, qui prennent des déodorants, et ça l'inquiète beaucoup* » (M1)

Puberté insidieuse comme frein au dialogue : « *J'ai remarqué que quand on ne voit pas de signes de transformation de préado ou ado ou de signes sexuels secondaires on n'en parle pas en fait* » (M1)

Règles :

- **Avant l'apparition des règles :** « *C'est elle pour le coup ce n'est pas moi, je me disais les règles non on va attendre encore 2-3 ans, alors elle ça a été le truc ! Donc on en a parlé ouvertement, on a même été jusqu'à se dire comment on se protège, est-ce qu'on met des tampons, est-ce qu'on met des serviettes* » (P1)

- A l'apparition des règles : « *Cela s'est un petit peu précipité, parce que ma fille a été réglée dès son entrée en 6^e* » (FG3)
- Dimension sociale : « *Ma fille est de tempérament timide, mais là aucun tabou. Elle en parlait avec moi, son papa, sa petite sœur, elle était même très fière de ce qu'il lui arrivait* » (FG3)

iii. Pilule contraceptive

A visée contraceptive ou anti-acnéique : « *Elle a déjà un moyen de contraception par rapport à l'acné. Donc elle prend la pilule, mais je lui ai bien expliqué la différence* » (FG4)

iv. Brochure d'information

« *On a reçu, par le biais de l'école ou dans la boîte aux lettres je ne sais plus, des petits échantillons de Tampax®, avec un petit livret qui expliquait justement la menstruation et les pertes blanches* » (FG5)

4. Quand aborder le sujet ?

a. Avant les signes de puberté

« *J'ai expliqué, avec des mots simples, qu'il fallait un papa une maman, et que le sexe du papa rentrait dans le sexe de la maman* » (M2)

« *Le médecin lui a parlé du décalottage, on l'a fait avec lui* » (M3)

« *Il avait 10 ans, on a un peu parlé de pédophilie parce que c'est l'époque où on entend parler de tout un tas de choses comme ça* » (M3)

b. Début des signes de puberté

Certains parents s'interrogeaient sur l'âge normal du début de la puberté :

« *Le médecin m'a dit que la puberté précoce c'était autour de 8 ans. Apparemment 9 ans et demi elle serait dans la norme, ça fait petit quand même... j'aurais dit 10-12* » (M1)

« *La puberté pour moi ça commence vers 11-12 ans. Avant on ne va pas parler de la sexualité, enfin je ne sais pas, il y a un rôle au niveau de l'hygiène, de tout ça... mais ça en fait partie aussi quelque part* » (M2)

« *Il faut que les parents soient quand même assez à l'écoute parce que ce n'est pas réglé, ce n'est pas comme la SNCF, ce n'est pas départ à 14h52* » (M3)

Le dialogue pouvait être initié avec le parent :

« La fois où on en a parlé c'est l'apparition des règles » (M2)

« Pour les garçons les signes de puberté c'est les poils, les boutons, tout le développement qui doit y avoir, c'est une manière d'aborder le sujet » (M2)

Le MG était en mesure d'apporter un complément au dialogue initial :

« On s'est moqué de lui à l'école parce qu'il n'avait pas de déodorant, les autres copains après le sport ils avaient des déodorants. Alors le médecin lui a expliqué : "tes copains ils ont une voix plus grave, ils ont des poils, ils transpirent plus, et toi pas encore. Mais cela ne veut pas dire que tu vas rester tout petit, tu risques d'être plus grand qu'eux en fait, parce que tu es déjà grand. Tu vas démarrer plus tard alors qu'eux auront terminé". Alors là il a été rassuré » (M1)

c. Début des relations amoureuses

« C'est vrai qu'on est passé il y a 3 ans de "les filles c'est nul c'est pas bien j'en veux pas", à 1 an ou 2 où on ne parle que des filles, il n'y a que ça dans sa vie ! » (P1)

Le.la jeune pouvait tendre la perche, amenant le parent à une réflexion sur l'éducation à la sexualité :

« Je me suis posé la question il n'y a pas si longtemps que ça, quand mon fils a commencé à être en âge de me parler de ses petites amies » (M3)

Parfois le parent préférait ne pas anticiper : *« Pour l'instant elle n'a pas eu de premier petit copain, bisou. Je vais attendre l'évènement, peut-être je l'aborderais à ce moment là » (M2)*

Le souhait était de préserver le.la jeune: *« Je ne l'aborderai peut-être pas tout de suite quand elle aura un petit copain sérieux. Je la laisserai un peu sur son petit nuage, sauf si je sens effectivement que » (M2).*

d. Avant l'arrivée dans la vie sexuelle

Une mère s'est interrogée sur la notion de temps, suite à la prise de conscience que pour son garçon de 16 ans la sexualité n'a pas été évoquée pendant des années :

« Il y a eu toute une période où on va dire il a grandi sans qu'on s'en aperçoive » (M3).

Comme la majorité des parents, elle méconnaissait l'avancée de son enfant dans la vie sexuelle, ses expérimentations sexuelles, et s'il y avait déjà eu ou non rapport sexuel.

Pour prévenir ce non dialogue, une mère préconisait du dialogue très jeune : « *Je trouve qu'ils posent beaucoup plus de questions, et du coup on leur répond à la sexualité avant qu'elle n'arrive* » (M1)

Elle louait un dialogue plus précoce qu'à son époque : « *C'est mieux parce que moi c'est arrivé et après j'ai eu mes réponses. J'aurais bien aimé avoir cet échange là, mais je ne l'ai pas eu* » (M1)

e. Rebondir sur un évènement quelconque

« *En général je me sers un peu de ce qu'il peut se passer ou se dire dans les informations... Je m'intéresse toujours à ce qu'il fait à l'école, son programme... En 4^e quand il a commencé à nous dire "ben tiens là on a fait ci, là on a fait ça", je relance un petit peu là-dessus. Je lui dis "ah ben tiens, ça alors, tu sais que..."*. Ça a commencé là, il avait 13 ans » (M3)

Malheureusement le dialogue n'était parfois pas assez fluide et présent. Une mère a insisté sur l'attente d'un évènement comme tremplin : « *Oui un évènement qui a permis que... Et là je suis en train de vous dire en fait que je vais attendre un autre évènement...* » (M2)

f. Importance de trouver le moment opportun

Tous les parents s'accordaient sur l'importance de choisir le moment le plus adéquat :

« *Ce n'est pas que c'est délicat, mais il faut choisir le bon moment* » (M2)

Parent tiraillé entre l'envie d'engager le dialogue et le souhait de ne pas brusquer son enfant :

« *Je me vois mal le bloquer dans sa chambre et lui dire "bon, alors maintenant, allez, on va parler du préservatif..."* » (M3)

Il préférait parfois respecter son intimité au risque de ne pas engager de discussion :

« *C'est vrai qu'il n'y a pas de répondant derrière donc finalement je ne sais pas, je ne veux pas forcer non plus le dialogue, pour moi un dialogue ça se fait à deux* » (M3)

Cette mère ayant peu de dialogue avec son fils de 16 ans a résumé toute la difficulté du parent :

« *Il y a des questions qui viennent avec les découvertes, avec ce qu'on est en train de vivre, et de les anticiper ce n'est pas forcément la meilleure manière. C'est ça aussi qui est difficile, c'est de faire la part des choses entre ce qu'il faut qu'il sache avant, ce qu'il va découvrir quand même, et puis ce qu'on peut lui expliquer avant qu'il ne le découvre et que ce ne soit "trop tard". Rester en adéquation avec ce qu'il est en train de vivre, soit pour ne pas casser un mythe, soit pour ne pas lui faire découvrir des choses qu'il n'avait pas besoin de savoir si tôt. C'est toujours ça un petit peu la difficulté* » (M3)

5. Facteurs influençant le dialogue

a. L'enfant

i. Âge de l'enfant

Plus l'enfant était jeune, moins il.elle était gêné.e vis-à-vis de ses parents et de ce sujet délicat :

« Il y a vraiment un problème d'âge, ils sont assez naïfs, naturels, spontanés par rapport à ça, ils en parlent comme ils parleraient d'un match de foot. Il n'y a pas encore cette pudeur je pense, cette retenue... Ça facilité le dialogue » (FG2)

Plusieurs parents se rejoignaient sur le fait que plus l'adolescent.e avance en âge, plus il.elle se renferme sur lui.elle-même : *« C'est une évolution par rapport à l'âge » (FG2)*

« On ne peut pas savoir comment les enfants évoluent. C'est vrai que peut-être au bout d'un moment ils se referment un petit peu dans leur coquille » (FG3)

Sa propension au dialogue avec ses parents diminuait ainsi : *« En grandissant ils prennent les informations et ils les gardent un peu plus pour eux. Quand ils sont jeunes ils partagent beaucoup de choses avec les parents, c'est anodin. Après plus vieux ils se font leur monde à eux » (FG4)*

« J'ai commencé à ressentir le fossé se creuser au niveau de la discussion vers 14-15 ans, j'ai senti qu'il était moins à l'aise, qu'il fermait la porte quand je voulais rentrer dans sa chambre » (M3)

Le parent a toutefois eu du mal à trouver cette limite, cette transition, cette fracture : *« Mon fils à 17 ans c'est un homme, il fait partie d'une autre catégorie... Il est maître de son intimité, il n'accepte plus que je rentre dans la salle de bain lorsqu'il est nu... Je n'ai pas connu ça jusqu'à 8-10 ans. J'ai du mal à retrouver cette limite, ce passage à "maintenant maman tu restes dehors et moi je vis ma vie" » (M3)*

ii. Importance de l'éveil

La curiosité de l'enfant va le.la pousser à se poser des questions, et ainsi chercher des réponses.

Deux mères ont mesuré l'importance de stimuler l'éveil et le questionnement :

« Ce sont des enfants qui s'informent beaucoup, qui s'intéressent, qui vont chercher l'information. Mon fils lit énormément, de tout. On leur a permis d'être abonné chacun à un mensuel, pour l'un c'est "tout comprendre" qu'avait mon fils et puis maintenant c'est plus l'âge de ma fille, et lui il a "comment ça marche". Ils s'informent énormément là-dessus, ils en parlent beaucoup entre eux, ils nous racontent beaucoup aussi, et c'est très intéressant même pour nous » (M1)

« Ça dépend de l'intimité des gens dans la famille, il y a des femmes qui peut-être sont très proches de leur fille et qui du coup se montrent elles, et suscitent le questionnement chez leur enfant, ce qui fait que le dialogue est plus facile » (M3)

iii. Amélioration de l'accès à l'information

« Ils ont la génération-là quand même accès à plus d'informations... tellement qu'ils sont moins gênés quand ils posent leurs questions... Il y a cette notion d'information qui les assied sur une connaissance qui leur permet de poser des questions plus à l'aise » (M1)

Risque de surmédiation : *« J'essaye de discuter, de lui faire comprendre que les médias ils n'ont pas la science infuse, qu'il faut vérifier l'information » (M2)*

Gestion de la quantité d'informations : *« C'est compliqué, on n'est pas maître dans l'éducation, il y a plein de choses qui transpirent par les médias, l'environnement dans lequel ils se situent » (M2)*

iv. Nouvelle génération plus ouverte

« Je trouve d'une manière générale que les enfants de cette génération sont beaucoup plus ouverts et parlent beaucoup plus facilement que notre génération à nous » (FG3)

FG2 a répondu par l'affirmative à la question suivante du modérateur : *« On parlait de générations, est-ce que c'est quelque chose que vous ressentez, la différence, est-ce que ce thème est plus facilement évoqué aujourd'hui qu'il y a 30 ou 40 ans ? »*

v. Puberté plus apparente chez la fille

« Chez une fille disons qu'il y a des choses qui sont plus visibles. Quand on commence à voir la poitrine on dit "ah, là il se passe quelque chose !", donc là on peut peut-être commencer à aborder le sujet. Mais un signe physique chez un garçon bah... Quand il commence à ne plus se montrer c'est peut-être ça le signe physique... Chez mon fils à part quand il a commencé à avoir des poils sur les jambes c'est un peu tout ce que j'ai vu, le reste... Bon la voix c'est encore autre chose, je ne sais pas si c'est vraiment le signe qu'il y a quelque chose qui démarre... Je ne sais pas si 16 ans c'est le bon âge, peut-être il y en a d'autres chez qui ça commence beaucoup plus tôt, d'autres chez qui ça se réveille beaucoup plus tard, je n'en sais rien exactement » (M3)

vi. Caractère - personnalité de l'enfant

Caractère réservé : *« Elle est quand même très pudique, c'est son caractère, il y a des choses dont elle ne voudra pas parler avec nous » (FG4), ne favorisant pas l'ouverture à ses parents ni le dialogue:*

« Il est introverti, hypersensible, il a du mal à exprimer ce qu'il ressent... Sa personnalité influe sur le fait de parler de sexualité » (M2)

Différence de caractère indépendante de l'éducation donnée : *« Ils sont presque opposés, depuis toujours, pourtant on les a élevés pareil, il n'y a pas de différence d'éducation » (P2)*

vii. Gêne de l'enfant

« Quand on est adolescent on ne parle pas aussi ouvertement que quand on est adulte, il y a une partie pas de honte mais en tout cas de réserve, on n'est pas forcément à l'aise avec tous les sujets ou avec tous les termes, tout ce qu'il faut employer » (M3)

« On le voit qu'ils sont gênés... Ils se coincent au bout d'un moment » (P3)

viii. Pas d'intérêt montré par l'enfant

« On ne sent pas qu'il est vraiment attiré par ça pour l'instant, pas très préoccupé par le sujet » (FG2)

ix. Pas de questions posées par l'enfant au parent

« Il ne m'a jamais posé la fameuse question "comment on fait les bébés ?" » (M2)

Malheureusement, lorsque l'enfant ne posait pas de questions, le parent souhaitait parfois rester en retrait : *« Il n'y a jamais eu plus de demande... Tant qu'il n'y a pas trop de questions de sa part c'est difficile d'aller là-dedans » (M3)*, tout en sachant qu'il se posait des questions : *« J'en ai parlé autour de moi avec des amis qui avaient des adolescents, ils se posent tous des questions » (M3)*

Le parent souhaitait que l'enfant soit demandeur : *« Ça tient aussi à lui d'engager un vrai dialogue... Si on me pose une question j'essaie de bien y répondre et ça ne me pose pas de souci » (P2)*

x. Refus de discussion de l'enfant

L'enfant refusait parfois le dialogue, pouvant *« s'accentuer avec l'âge » (M3)*.

Le parent essayait alors de l'initier, sans succès : *« La plus grande elle n'est pas très ouverte et elle ferme vite la porte... Elle ne veut pas participer à la conversation » (FG5)*

« Il n'entre pas dans le jeu de la conversation... La plus grosse difficulté dans l'éducation à la sexualité c'est quand on a quelqu'un en face qui n'est pas réceptif, qui n'a pas envie de dialoguer, de vous écouter, ou qui tourne un peu la tête quand on essaie d'évoquer le sujet, ce qui est le cas de mon grand. Donc finalement c'est un peu un flop parce que quand moi j'aborde le sujet : "oui oui maman, je sais...". Voilà, ça s'arrête là. On ne peut pas dire qu'on ait eu vraiment une conversation à ce sujet quoi » (M3)

Si ce n'est refuser totalement le dialogue, il pouvait y couper court : *« Une fois il m'a dit "t'inquiète, ils nous ont expliqué comment on mettait un préservatif, je sais faire". Bon bah voilà quand on vous fait une réponse comme ça, moi je ne vais pas plus loin quoi » (M2)*

Le parent pouvait respecter le choix de l'enfant : *« Je ne fais pas partie de la police non plus, je ne mène pas un interrogatoire. A partir du moment où il n'expose pas je m'arrête là » (M3)*

Tout en le respectant, le parent pouvait lui montrer qu'il était présent en cas de besoin :

« Je lui dis "tu sais si tu as besoin, si tu veux parler, je suis là, je ne suis pas là que pour te gronder quand tu n'as pas fait ton lit, je peux servir aussi à autre chose, tu n'hésites pas. Même quand tu ne vas pas bien ou quand tu as fait quelque chose de tordu, je suis ta maman donc tu peux avoir confiance en moi et compter sur moi dans toutes les situations" » (M3)

Risque de perte progressive de motivation chez le parent, pouvant aboutir à un désintéressement total dans cette éducation : *« J'ai un peu du mal à trouver ma place dans ce rôle là tant que lui n'est pas demandeur, ou qu'il ne me montre pas qu'il a envie d'écouter ce que j'ai à lui dire... Finalement j'ai pris le parti de dire quand il en aura besoin il me demandera » (M3)*

b. Le parent

i. Parent à l'écoute et impliqué dans l'éducation

« Il faut qu'il informe sur tous les pans de la sexualité, et il faut qu'il soit à l'écoute si jamais effectivement il y a question, interrogation, situation qui se présente. Je pense que le parent doit être à la fois à l'écoute et informer » (M2)

« Je crois que le plus important, c'est de leur montrer de l'intérêt et de dialoguer avec eux, de leur montrer qu'on s'intéresse à eux et qu'on les aime » (FG3)

A l'inverse : *« En tant qu'enseignante j'ai vu tous les enfants en souffrance, que ça soit scolaire ou affectif, ce sont des enfants pour qui on ne montrait pas d'intérêt » (FG3)*

Les mères du FG se sont ainsi gentiment insurgées contre le manque d'implication des pères dans l'éducation à la sexualité, approuvant toutes le discours d'une mère :

« Peut-être qu'ils ne le font pas parce qu'ils savent que nous on est là, ils comptent sur nous... Je parle de sexualité avec ma grande fille mais je ne suis pas à l'aise quoi. Je ne peux pas dire que je suis contente... de dire "waw j'en suis déjà là". Mais je me sens obligée parce que je sais que mon mari il ne le fera pas. Ce n'est pas qu'il ne s'en occupe pas, ils font beaucoup de sport avec lui, il leur a changé la couche à la maternité, il les a mis dans le bain, le médecin il les a emmenés, il n'y a aucun souci. Mais ce truc là je le sens sans qu'on ait besoin d'en parler, il compte sur moi » (FG4)

ii. Créer une relation de confiance

⇒ D'un parent à l'écoute s'intéressant à son enfant découlerait du dialogue sur divers sujets :

« On essaie de parler assez librement sans forcément formaliser » (P1)

⇒ Cela produirait chez l'enfant une absence de gêne vis-à-vis de son parent :

« Mon fils est à l'aise avec son papa et sa maman. Et puis il ne se gêne pas dans ses questions, c'est ça qui est amusant » (M1)

« Ce n'est pas facile pour un mec les premières fois, s'il a une quelconque difficulté ou question ou inquiétude, je voudrais que ce soit assez désacralisé pour qu'il puisse m'en parler... Quand il y a vraiment un truc qui coince, quand je sais que ça ne va pas, il vient me parler... On essaie de faire en sorte qu'il n'y ait pas de tabou » (P1)

⇒ Cela ne se ferait non sans difficultés :

« Pour continuer à avoir cette relation c'est de plus en plus compliqué, il faut que je scénarise un petit peu pour arriver à avoir un dialogue permanent » (P1)

« Ils ont eu assez peu de relations... Donc c'est vrai que niveau dialogue ce n'est pas tout à fait ça » (M3)

⇒ Mais de là se créerait une relation de confiance avec le parent, conditionnant le dialogue :

« La relation qu'on peut avoir avec ses parents et poser des questions explicites, ça se fait ou ça ne se fait pas. Ça dépend des enfants, des familles j'imagine, de plein de choses qu'on ne maîtrise pas forcément » (M3)

⇒ Cette relation pouvait se créer avec différents protagonistes, dont le parent :

« Ils savent les gens avec qui ils sont à l'aise ou pas » (FG4)

« Ils vont là où ils peuvent récupérer des informations, ils le sentent bien, les sujets qu'ils peuvent aborder » (FG5)

⇒ Toutefois pour M3, malgré avoir *« bâti une relation de confiance »* avec son adolescent, cela ne fut pas une condition suffisante au dialogue sur la sexualité.

iii. Adaptation du parent

« Il faut vraiment s'adapter et réfléchir » (FG4)

⇒ A l'avancée en âge de l'adolescent.e :

« Ce qui est le plus difficile, c'est de s'adapter à l'âge en fait... J'ai tendance à dire qu'on doit mettre les mots, ne pas rendre des mots "parlé bébé". Ils comprennent "c'est un sexe", "c'est un sein", après ils reformulent avec leurs mots d'enfants s'ils veulent, mais j'utilise des mots de "grands" » (M1)

« Ça continue mais de façon différente » (FG4).

« Je pense que ce rôle doit se faire toute la vie de l'enfant et même une fois qu'il est adulte » (FG3)

Parfois le dialogue fut présent dans l'enfance, puis s'estompa avec l'avancée en âge :

« On l'a sensibilisé vers 10 ans sur la pédophilie... mais maintenant qu'il a 17 ans, moi la sexualité ce n'est plus ça, enfin on est passé à un autre aspect... Mais il n'est pas demandeur... Il n'y a pas de répondant... Un dialogue se fait à deux... J'ai du mal à trouver ma place dans ce rôle » (M3)

« Il faut y aller tout doucement quand ils sont grands pour arriver à savoir des choses personnelles. L'air de rien on discute d'un truc, puis petit à petit sur ce qu'on veut parler. C'est beaucoup de tact. Ils ont tendance à se faire leur petit monde à eux, enfin depuis qu'elle a 16 ans... Les informations qu'elle va récolter elle va se les garder pour elle et elle va en parler uniquement avec ses copines » (FG4)

⇒ A la personnalité de l'adolescent.e :

« Il faut s'adapter à la personnalité de l'enfant » (FG3) se structurant avec l'avancée en âge.

Cette mère a discuté séduction avec sa fille de 12 ans présentant quelques rondeurs : *« J'ai été un peu embêtée parce que je ne voulais pas la vexer... Avoir une image, dans le monde actuel c'est plus important, le physique compte aussi pour les entretiens d'embauche... J'avais du mal à lui dire "oui on peut t'aimer même avec tes rondeurs", donc ce n'est pas évident pour moi d'aborder ce sujet » (FG1)*

⇒ A l'humeur de l'adolescent.e :

« Je ne vais pas aller parler de choses importantes sur la sexualité à ma grande fille si je vois qu'elle est fatiguée, qu'elle a des soucis, je vais attendre un bon moment, c'est plus réfléchi » (FG4)

iv. Contexte propice à la discussion

« Il faut choisir le bon moment » (M2)

« Il faut y aller tout doucement » (FG4)

« C'est vrai que quand l'un en parle ça dérive forcément, ça va aussi avec l'autre. Généralement s'il y a une confiance qui m'est faite sur l'oreiller quand je vais dire bonne nuit à l'un, j'en profite pour aller reparler d'un sujet avec l'autre » (P1)

« Depuis peu de temps il faut que j'aille le chercher pour arriver à discuter, il est vraiment dans l'adolescence pure, et il faut vraiment que je le pousse, que je provoque un peu des moments où on va se retrouver tous les deux, on va en voiture. Ça m'est arrivé de lui dire "viens on va prendre un verre on va parler". Voilà il faut que je le pousse un peu pour arriver là » (P1)

Malgré l'absence de dialogue, le provoquer pouvait être bénéfique : *« Je me vois mal l'enfermer dans sa chambre et lui dire "bon alors maintenant on va en parler", mais peut-être c'est ce qu'il faudrait faire ! » (M3)*

v. Ne pas reproduire les mêmes erreurs que ses propres parents

« Je ne voulais pas les reproduire, enfin reproduire les choses un peu différemment » (FG5)

vi. Congruence des genres

Le dialogue serait plus fluide : « *C'est quelque chose que j'aurais peut-être plus imaginé faire avec ma fille, parce que ça me semble plus naturel qu'avec mon fils* » (M3)

Une grande majorité de parents a affirmé qu'inexorablement il était plus simple et plus naturel pour l'enfant de se rapprocher d'une personne du même sexe, par identification : « *On se rapproche de celui qui nous ressemble le plus, parce qu'il a eu le vécu de cette transformation, il sait comment ça fonctionne... Je pense qu'elle se référera plus à une personne de son sexe, par comparaison. Plus âgé, comme mon fils est en train de devenir, il a tendance à plus aller vers mon mari maintenant. Il a besoin d'avoir l'expérience, le témoignage de l'expérience. C'est-à-dire "je vais voir papa pour demander est-ce que ça fonctionne bien, qu'est-ce que t'en penses, qu'est-ce que je dois faire, parce que toi tu me ressembles"... Il sait très bien que moi ça ne fonctionne pas de la même façon* » (M1)

Du point de vue de l'adolescent.e, suite logique des raisons évoquées par les parents :

- ⇒ Différence de corps : « *Elle a eu un petit souci de mycose, j'ai vu un savon spécial. Là clairement elle a dû en parler avec sa mère qui elle a beaucoup plus d'expérience que j'en ai, quoique je sois capable d'aller à la pharmacie... Ce n'est pas le même corps, tout simplement* » (P2)
« *Ma fille est devenue plus pudique par rapport à son père, ça fait longtemps qu'elle ne se promène plus nue devant lui, mais même pour les questions de santé, dès que ça touche au sexe ou aux fesses...* » (FG5)
- ⇒ Le vécu serait différent : « *Il y a des choses qu'on ne vit pas de la même manière, on ne ressent pas de la même manière* » (M3)
- ⇒ Les préoccupations différentes : « *Je me rappelle de qu'est-ce que j'aurais aimé qu'on me dise ou savoir à son âge avant d'aborder ma vie sexuelle. Mais est-ce que lui en tant que garçon il a les mêmes préoccupations ?* » (M3)
- ⇒ Donc différence de questionnement : « *On n'a pas forcément le même questionnement quand on est ado... Je suis persuadée que quand on débute sa vie sexuelle on n'a pas les mêmes préoccupations* » (M3)

Pour le parent, il était globalement plus difficile d'aborder le sujet avec son enfant de sexe opposé :

- ⇒ Non connaissance du corps opposé : « *Techniquement, il faut être honnête, vous, vous avez une formation médicale, mais moi le corps d'une femme je le connais de l'extérieur* » (P1)
« *Les aspects techniques de certaines choses je ne suis pas initiée* » (M3)
- ⇒ Pudeur : « *Il y a une gêne* » (P2)

- ⇒ Production d'émotions chez le parent : « *Oui, c'est un peu différent* » (P2)
« *Évidemment, ça nécessite un petit effort... et puis c'est ma fille quoi !* » (P1)
- ⇒ Père avec sa fille : « *C'est moins facile et moins naturel parce que je maîtrise beaucoup moins le sujet en tant qu'homme et elle en tant que femme... A un moment donné je n'ai jamais mis de serviettes hygiéniques quoi, donc même si je ne suis pas totalement *** et que j'ai une petite idée de comment ça peut fonctionner, c'est vrai que c'est rassurant, et même pour la petite, que ce soit une femme qui lui explique, de femme à femme* » (P1)
- ⇒ Mère avec son garçon : « *L'aspect sentiment-amour je lui dirais ce que j'en pense, mais l'aspect technique sexuel... Il y a des choses j'aurais du mal à répondre à ses questions parce que je ne l'ai pas vécu* » (M3)

Remise en question de cette notion de congruence comme prérequis au dialogue :

« *Je suis un peu tiraillée, entre l'envie de l'aider et puis en même temps ce petit blocage qui dit "mais c'est un homme", il y a des choses que je ne vais pas pouvoir lui expliquer, ou qu'il ne va peut-être pas pouvoir me demander* » (M3)

« *En discutant avec vous je me dis que je peux aussi discuter avec lui, de ce que je ressens et de ce que je pense en tant que femme. Pourquoi pas... Dans mon schéma c'était effectivement le papa qui devait en parler avec son fils. Peut-être à tort, en tout cas d'où me venait cette croyance je ne sais pas. En parlant avec vous je me rends compte que c'est nul, qu'il faut arriver à en parler* » (M2)

M2 utilisa le mot « *schéma* » : papa avec son garçon, maman avec sa fille.

Quid des schémas familiaux non conventionnels ?

- ⇒ Parents divorcés :
 - Le schéma familial usuel était bouleversé : « *C'est un schéma qui existe et qui est évident aujourd'hui dans les familles avec un papa, une maman et deux enfants de sexe différent : le papa s'occupe du garçon et la maman s'occupe de la fille* » (P1)
 - La relation parent-enfant en était changée : « *Son papa habite loin, ils n'ont pas construit une vraie relation de papa à fils comme quand on vit avec* » (M3)
 - Le parent ne savait pas toujours ce qu'il se passait lorsque l'enfant était avec son ex-conjoint.e : « *Je ne sais pas s'ils ont abordé ça* » (M2)
 - Le parent a dû se forcer d'autant plus : « *Une famille séparée comme la nôtre, je fais l'effort j'en suis très conscient, qu'avec ma fille dès que je sens qu'il faut qu'on aille sur ce terrain il faut que je me pousse un poil plus* » (P1)

⇒ Familles recomposées :

- Le parent pouvait pousser son adolescent.e à aller vers son beau-parent du même sexe : *« Souvent je lui redis “tu sais que si tu as besoin de savoir des choses, des questions, tu n’hésites pas tu peux lui demander” »* (M3)
- Le parent pouvait « autoriser » le beau-parent à aborder le sujet : *« Je lui ai déjà dit que je “l’autorisais” à lui parler, s’il pensait pouvoir apporter son aide, une information, ou s’il se confiait à lui... Si c’était grave j’aimerais être au courant mais d’un côté si c’est une discussion entre hommes ils ont le droit d’en avoir et je ne suis pas forcée d’être au courant de tout »* (M3)
- Les beaux-parents, quant à eux, cherchaient parfois leur place, ne souhaitant ni trop en faire, ni trop peu, avec parfois des échecs de conversation : *« Il a essayé d’aborder la question mais il a dit “ah bah de toute façon il ne veut pas, il dit qu’il sait” »* (M3)

⇒ Parents décédés :

- Une mère a décrit le cas de sa nièce ayant perdu sa mère : *« C’est une petite fille timide... Je ne suis pas sûre qu’elle aborde la sexualité avec mon frère, son père... Elle se réfère au même sexe : la compagne de mon frère, moi, sa grand-mère »* (M1)

vii. Difficultés de communication du parent

« Mon mari c’est un informaticien, ce n’est pas un communicant » (FG1)

« Je n’ai sans doute pas les bons mots, pas le réconfort qu’elle aurait pu attendre de moi » (FG1)

« C’est difficile de dire à une fille de 8 ans “un jour tu vas avoir les tétés qui poussent, des règles, du sang qui coule” » (M3)

viii. Gêne du parent

« Ça représente un souci dans le sens où je ne me sens pas très à l’aise pour parler de ça » (P2)

« Je trouve ça délicat que ce soit les parents qui parlent de ça, mais il faut le faire » (M2)

Domaine intime du parent et dimension incestueuse : *« C’était pour savoir comment on fait les bébés, comment ils sont nés... Quand ça touche du trop personnel, qu’ils veulent savoir comment papa et maman ont fait exactement, les détails, là ça devient gênant. Donc on essaie de se détacher en expliquant la théorie, et ils font la transposition tout seul je pense »* (M1)

Bouleversements de affects : *« Nous, parents, comment est-ce que nous on se sent vis-à-vis de ses enfants pour en parler ? Ce n’est pas si simple »* (M3)

Pression sociale : « *Ce sont des enfants, nous en tant qu'adulte on est beaucoup gêné, parce qu'on a quand même un carcan social je pense, que eux n'ont pas* » (M1)

Volonté de changer et braver sa gêne : « *C'est un obstacle pour moi oui, mais je me rends compte que c'est nul, qu'il faut arriver à en parler* » (M2)

« *Je pense qu'ils savent des choses, qu'ils ont la culture générale de leur âge dans ces domaines-là. Mais c'est vrai qu'en étant plus formel, plus complet, ça éviterait les trous* » (P2)

ix. Refus de voir grandir son enfant

Tous les parents voyaient leur enfant comme « bébé », refusant de le/la voir grandir :

⇒ Père avec sa fille de 10 ans : « *Je n'ai pas envie de la voir grandir tout de suite* » (P1)

⇒ Mère avec sa fille de 12 ans : « *Elle est jeune, je la vois un peu comme un bébé je pense* » (FG1)

Obstacle pour le parent à aborder le sujet : « *Elle n'a que 12 ans c'est un petit peu tôt pour parler de sexualité... Peut-être plus dans 2-3 ans, quand elle sera plus mûre* » (FG3)

Le but était parfois de protéger l'enfant : « *Il est encore petit et très immature, dans l'affect, on a peut-être tendance à le protéger de ce qui est violent, donc ne pas lui en parler encore* » (M1)

L'arrivée de la sexualité a provoqué un passage de l'enfant dans une autre catégorie, bouleversant la position et les représentations du parent : « *Oui elle est encore bébé. Si elle était réglée...* » (FG4)

« *Cela me fait un peu évoluer et dire que finalement ce n'est peut-être plus un bébé, elle grandit. Je dois me repositionner* » (FG1)

x. Absence de modèle d'éducation par ses propres parents

« *C'est vrai ce n'est pas quelque chose qu'on aborde facilement, ce n'est pas quelque chose qui fait partie de ma culture... Ça a été un truc tabou, la sexualité... Le schéma, le modèle de mes parents a conditionné l'éducation que j'ai envers mes enfants* » (M2)

Lien corroboré par une autre mère : « *J'ai tout découvert toute seule, mes parents ça a été le grand vide à ce sujet. Peut-être c'est pour ça que je ne sais pas comment l'aborder avec mon fils. Si on m'avait dit les choses d'une manière qui m'aurait parlé, j'aurais pu le retransmettre aussi* » (M3)

Froideur des rapports humains : « *Elle n'a pas essayé de me mettre en confiance ni de m'expliquer, c'était froid. Ça participe au fait que je ne suis pas aussi à l'aise avec ça pour l'amener à mon fils d'une manière qui serait la bonne, je ne sais pas comment faire* » (M3)

c. La famille

i. Famille nombreuse

Une mère de deux enfants pensait que le fait d'avoir une famille nombreuse favorisait :

- ⇒ L'éveil et le questionnement : « *Quand on a 3-4 frères et sœurs ça ne se passe pas pareil que quand on n'en a pas. Moi j'étais seule donc je n'ai jamais vu ma grande sœur* » (M3)
- ⇒ La vigilance du parent : « *Une famille qui a 8 enfants on a un peu tous les exemples, on a ceux qui sont plus jeunes, ceux qui sont plus vieux, et on peut peut-être du coup être plus réceptif à ces changements-là* » (M3)

Sans frères et sœurs, le dialogue serait moins favorisé, mais surtout le parent n'aurait alors pas de « roue de secours », au dépens du développement de l'enfant : « *Mon fils il est tout seul, il a été seul avec ces choses-là. S'il n'a pas souhaité poser de questions et que moi je ne suis pas trop rentrée dans les détails, bah il va se débrouiller avec ça, c'est un peu ça qui se passe* » (M3)

ii. Parents divorcés

Regard et jugement potentiellement présents entre époux.ses : « *Je pense que je suis d'autant plus à l'aise que je suis séparée. Je me dis aujourd'hui, ce que je vais leur dire il n'y aura personne à côté de moi qui pourra juger si c'est bien ou pas, et qui reprendra mes propos ou pas... C'est important pour moi de pouvoir discuter avec eux, sans être deux... Oui je pense que ce sera plus libre* » (M2)

Difficulté de s'accorder sur l'éducation : « *Ce qui est compliqué en couple face à l'éducation des enfants, c'est qu'il faut déjà qu'on soit d'accord. Là je n'ai pas ce souci-là puisque je suis toute seule, donc je suis d'accord avec moi-même sur ce que je vais dire* » (M2)

iii. Milieu social

A la question si le milieu social dans lequel on vit influe sur l'éducation à la sexualité dispensée aux enfants, un père répondit : « *J'en suis convaincu ! ... C'est quand même très différent d'un milieu social, culturel, économique... Je peux comprendre que ma vision et mon approche ne seront peut-être pas les mêmes que dans d'autres classes sociales... C'est là où ça va être plus compliqué de trouver une solution globale à cette problématique* » (P1)

iv. Religion

Influence de la religion : « *Oui ça a pu me conditionner* » (M2)

M2 s'est confessée sur l'absence d'éducation religieuse comme bénéfique dans le développement de l'enfant : « *Pas de catéchisme, c'est une chance pour eux par rapport à tout ce que j'ai vécu* » (M2)

Toutefois elle nuance sur le fait qu'il était encore « *un peu trop tôt peut-être* » pour évaluer une différence entre sa jeunesse catholique et celle de ses enfants laïque sur le domaine de la sexualité.

Influence négative de la religion sur le dialogue lorsqu'elle conditionne l'éducation : « *Dans d'autres classes sociales d'un point de vue religieux, j'ai un exemple de famille ultra catholique, je pense que le discours sur la relation sexuelle avec ses gamins ça ne doit pas être le même. Pour autant ils ont les mêmes pulsions, les mêmes envies et les mêmes questions* » (P1)

Evolution de l'emprise de la religion au fil des générations : « *Ça enlève de la transparence et de la prévention puisque ce sont des sujets plus tabous... Mes grands parents étaient ultra pratiquants, mes parents un peu moins, et moi pas du tout... Pour en avoir parlé avec mes parents, on a fait des progrès, on en parle plus librement* » (P1)

6. Sujets principaux discutés

Développés dans un ordre le plus chronologique possible.

a. Pédophilie

Premier thème abordé par tous les parents : « *L'éducation à la sexualité elle commence là* » (M2)

« *C'est le premier sujet abordé* » (P3)

Cela pouvait se faire très jeune : « *Ils avaient 3-4 ans* » (P1), comme plus tard : « *Vers 10 ans* » (M3).

⇒ Appartenance de son propre corps : « *C'est ton corps, le tien, il n'appartient à personne d'autre, personne n'a le droit de le toucher* » (P1)

⇒ Identification de comportements anormaux : « *On les a sensibilisé sur le fait qu'il y a des choses qui doivent être reconnues comme anormales, un adulte qui s'intéresse de trop près à un enfant, qu'on touche son corps alors qu'on en a pas envie, on doit le dire* » (M1)

⇒ Identification de personnes connues ayant des comportements anormaux : « *Même papa, même maman, même papy, mamy, personne n'a le droit de toucher tes parties intimes* » (M2)

⇒ Identification de situations à risques : « *Reste toujours à deux, ne monte pas dans un véhicule si tu ne connais pas la personne* » (P3)

Un évènement pouvait déclencher le dialogue : « *Il partait en classe verte avec le centre aéré, il y avait 2-3 adultes qui le prenaient en charge, on a fait en sorte qu'il soit au courant* » (M3)

b. « Comment on fait les bébés ? »

La quasi-totalité des parents a été interrogée sur cette fameuse question de la conception des enfants. La période s'étendait de la maternelle au primaire. La discussion était plutôt axée « *d'un point de vue médical que relation humaine à cette période-là* » (P1).

Les parents souhaitaient en majorité ne pas cacher de choses à l'enfant, et lui expliquer clairement : « *Elle devait avoir 8 ou 9 ans. Donc moi les bébés ne naissent pas dans des choux, ils ne sont pas portés par les cigognes. J'ai expliqué avec des mots simples, sans rentrer dans les détails, mais voilà qu'il fallait un papa, une maman, et que le sexe du papa rentrait dans le sexe de la maman* » (M2)

L'enfant avait parfois de faux a priori sur le sujet : « *On a vu un spot à la télé, ma fille qui dit "tiens il y a une dame et un monsieur qui se font un bisou sur la bouche, ils sont en train de faire un bébé !", "alors non, ça ne marche pas comme ça...". Donc je leur ai expliqué très tôt "non on ne fait pas des bébés en faisant des bisous, si vous faites des bisous vous ne risquez rien, à part une méningite"* » (P1)
« *Ma fille était persuadée qu'il fallait être marié pour avoir des bébés, c'était parti de ça. Mon fils prend part à la discussion et lui explique "mais non on peut ne pas être marié et en avoir"* » (M1)

c. Différences des sexes

Découverte progressive de l'existence des genres : « *Le monde masculin et féminin* » (FG3), via :

- Les jouets : « *Il y a des préjugés, "le garçon qui joue à la voiture", "la fille qui joue à la poupée"* » (M1)
- L'école : « *Dans les programmes on parle beaucoup de l'égalité filles-garçons, la différence entre les signes extérieurs, les capacités de chacun qui sont indépendantes* » (M1)
« *Elle me dit "les garçons de la classe se comportent pas de la même façon que les filles, ils sont plus violents"* » (FG3)
- L'arrivée des règles a déclenché « *une prise de conscience du rapport fille-garçon, de l'injustice suprême d'être une fille ! Elle a compris que le monde était en deux parties, d'un côté les filles, d'un côté les garçons, cela n'avait rien à voir, ils n'avaient pas à gérer les mêmes choses* » (FG3).

d. Puberté

i. Garçon

Très peu d'exemples rapportés concernant la puberté masculine.

Discussion avec le médecin : « *Les pédiatres abordent quand même tout ça, tous ces changements. Ils parlent aussi avec des mots pas de bébés, elle appelle un sexe, "je t'explique, les testicules..."* » (M1)

Questionnement ou angoisses de l'enfant : « *Il est inquiet, il lui a demandé pourquoi il ne grandissait pas comme les autres, et elle lui a expliqué les signes de la puberté* » (M1)

Evènement au domicile : « *Il a commencé à passer énormément de temps dans les toilettes, je lui ai dit "tiens, mais pourquoi tu passes tant de temps ?", puis je sentais bien que c'était gênant. Donc j'ai remis le couvert en lui disant "voilà, c'est aussi logique que tu aies des pulsions, des envies"* » (P1)

ii. Filles

Les parents interrogés avaient majoritairement plus de filles, produisant ainsi plus de matériel.

Dans la quasi-totalité des cas, le thème principal abordé était les règles :

- ⇒ Absence de pudeur avant les règles : « *Il n'y a pas cette pudeur, cette retenue* » (FG2)
- ⇒ Anticiper l'arrivée des règles : « *Elle est au courant aussi que ça va pas tarder, elle dit "je sais si ça arrive comment je procède"* » (FG2)
- ⇒ Rassurer l'enfant quant à ses angoisses et appréhensions : « *Sa grande angoisse c'était que pendant sa classe verte elle ait ses règles qui se déclenchent. Je lui dis "ne t'inquiètes, pas il y a vraisemblablement des accompagnateurs qui ont prévu ça, on va vérifier". Effectivement, il y avait une encadrante du stage qui prévoit à chaque fois d'avoir des serviettes hygiéniques pour éventuellement. Mais du coup la gamine "mais si la fille ce n'est pas toi ce n'est pas maman... ?" » (P1)*
- ⇒ Leucorrhées physiologiques : « *Elle rentre de l'école, et elle me dit "maman, je crois que j'ai mes règles, mais c'est bizarre ce n'est pas des règles rouges, c'est des règles blanches". Donc je dis "ah oui, c'est vrai, j'avais oublié ça!"* » (FG5)
- ⇒ Fascicule explicatif : « *On a reçu un petit livret qui expliquait justement la menstruation et puis ce qu'étaient les pertes blanches* » (FG5)
- ⇒ Discussion avec une autre personne ressource : « *Tout de suite le soir, hop, elle a pris sa tablette et elle se confie comme à une sœur à une de ses cousines qui a 15 ans. Elle lui a dit "t'en as déjà eu ?", "oh oui, j'en ai depuis un an, pfff, c'est nul !"* » (FG5)
- ⇒ Parent pris de court par l'arrivée subite des règles : « *Cela s'est un peu précipité parce que ma fille a été réglée dès son entrée en 6^e* » (FG3)
- ⇒ Possibilité de tomber enceinte : « *On a beaucoup échangé sur la grossesse* » (M2)
- ⇒ Les règles déclenchaient le dialogue, avec un risque d'amenuisement de celui-ci par la suite : « *Ça fait 1 an qu'elle a ses règles, et on n'a pas parlé de sexualité depuis* » (M2)

e. Dangers d'internet

Monde actuel en grande partie numérique : « Il y a en beaucoup qui ont accès à internet » (M1)

Fiabilité de l'information et ancrages de fausses représentations :

« On lui a dit depuis très longtemps que ce qu'on voyait sur internet ce n'était pas la réalité, qu'elle que soit l'information, qu'il fallait aller rechercher l'information, être certain de ce qui était dit » (M1)

« Si un gamin ou une gamine trouve son information sur la sexualité sur internet c'est sûr que ça va dériver » (P1)

Pornographie, 2^e thème principal soulevé :

⇒ Découverte par le parent que l'enfant voit ce genre d'images :

« J'ai vu sur sa tablette qu'il a été voir sur des sites pornographiques » (P2)

⇒ Deux parents ont rapporté le fait que la réaction primitive de l'enfant est le rire :

« Ils commentent, ils trouvent ça amusant, parce que c'est des ados » (M1)

⇒ Inquiétude du parent sur la réaction de l'enfant face à ces images : « Il est jeune, ça m'embête un peu... Je ne voudrais pas qu'il se fasse des idées fausses sur la sexualité, les rapports en couple. Ça m'inquiète un peu quand même dans un coin de ma tête » (P2)

⇒ Explication sur la virtualité des images et sensibilisation : « J'ai vu qu'il regardait sur son téléphone des vidéos... hot. Bon, je ne peux pas l'empêcher de regarder une vidéo porno, et puis on l'a tous fait, mais juste lui expliquer "ce que tu vois ce n'est pas la vraie vie, c'est des acteurs"... C'est peut-être maladroit mais j'ai fait l'amalgame en disant "tu vas regarder un Marvel® à la télé tu te rends bien compte que des Superman t'en croises pas tous les jours ! Là on est un peu dans la même chose, il y a autant de différences entre un Marvel® et la réalité, qu'un film porno et la réalité, faut redescendre" » (P1)

⇒ Danger de transposition dans la vraie vie : « Je pense que ceux qui n'ont pas ce filtre ils transposent ce qu'ils voient dans les vidéos à l'école, et c'est de l'ultra violence » (P1)

⇒ Intérêt majeur d'une éducation à la sexualité par le parent plutôt que via internet : « Vaut mieux leur apprendre qu'ils matent un porno et qu'ils croient que le sexe c'est ça » (P3)

f. Relations de couple

Séduction : « Elle se pose des questions sur la séduction, elle est plutôt dans la phase “est-ce que je peux plaire à quelqu’un ? Est-ce que je peux séduire quelqu’un ?” » (FG1)

Relations amoureuses : « En ce moment on ne parle que de la rupture » (P2)

« Je me suis posé la question il n’y a pas si longtemps que ça, quand mon fils a commencé à être en âge de me parler de ses petites amies... Il parlait avec ses copains, je lui dis “ah j’entends que vous parlez un peu de filles en ce moment, ça commence à... ?”, “oui oui il y a des copains qui ont des histoires...”, “et toi ?”, “non non moi pas encore” » (M3)

Image de la femme : « Je parle beaucoup du rôle de la femme, la vision de la femme dans les clips, les émissions débiles que je lui interdis de regarder, mais bon, quand je ne suis pas là je sais très bien qu’elle les regarde » (FG5)

« Ça m’inquiète pour la petite qui va grandir, j’ai l’impression qu’il y a pas mal de gamines qui ne respectent plus du tout leur corps et il y a des choses qui sont complètement hallucinantes. On a tellement banalisé qu’effectivement il se passe un peu n’importe quoi » (P1)

Image du couple et de l’amour : « Il y avait un film avec une scène un peu violente d’amour, enfin si on peut appeler ça, en tout cas de gens qui avaient des relations. Je lui dis “tu crois que c’est ça l’amour ? Tu crois que c’est comme ça qu’on doit avoir des relations ?” » (M3)

- ⇒ Cadrer une norme : « On avait des voisins qui se disputaient souvent, ça criait énormément, je lui ai toujours dit “faut que tu saches que ça ce n’est pas normal” » (FG5)
- ⇒ Respect et façon d’être avec l’autre : « C’est moins technique, c’est un ressenti sur les relations filles-garçons... La manière d’être avec un petit ami, une copine » (P2)
« On a parlé du fait qu’il faut respecter l’autre » (P1)
- ⇒ Implication émotionnelle: « L’implication d’une relation avec quelqu’un » (P1)

Homosexualité : « Il y a des copains qui utilisent des mots familiers ou de l’argot. Il m’a posé la question, donc on repositionne les choses à leur juste valeur avec du vocabulaire correct » (M1)

g. Rapports sexuels

La totalité des parents a abordé ce sujet et ceux qui s’y rattachent.

i. Préservatifs

Le sujet majeur abordé par tous les parents.

Importance du préservatif : « Je lui ai dit, avec des petites piqûres de rappel très régulièrement, de faire attention de se protéger » (P1)

A quoi sert un préservatif ? : « Je lui en ai parlé, elle sait à quoi sert un préservatif » (FG5)

Comment faire en sorte que l'adolescent.e ait des préservatifs ? :

- ⇒ Donner des lieux où l'adolescent.e peut s'en procurer : « Via mon activité professionnelle on sensibilise à la santé, on a des préservatifs en accès libre. Il sait, pour être venu à mon bureau, qu'on peut en prendre gratuitement, qu'on peut les utiliser » (FG2)
- ⇒ Proposer de lui en acheter : « Quand il y a une pub, je lui dis "ah tiens, t'as vu si un jour tu as besoin d'une boîte tu me demandes, ou si tu veux te l'acheter je te donne 10 euro puis tu y vas... Tu sais comment ça s'utilise ?" » (M3)
- ⇒ Lui en fournir directement : « J'en ai ramené à la maison » (FG2)
- ⇒ L'adolescent.e pouvait dévier l'utilisation du préservatif mais se familiarisait avec :
« Ils savent l'utiliser, mais après ils le dévient, ils en font un jeu » (FG2)
« Ils en font des bombes à eau ! » (FG4)

Le dialogue dans une optique de prévention :

- ⇒ Anticiper le 1^{er} rapport sexuel : « Franchement je préférerais lui acheter qu'elle en ait, plutôt qu'elle se retrouve le moment venu et... En fait j'ai peur du risque » (FG4)
- ⇒ Prévenir un rapport non protégé : « Elle sait que le jour où elle aura une relation, elle utilisera les préservatifs » (FG5)

Prise de conscience qu'il va falloir aborder le sujet : « J'ai été confronté récemment à une MST, c'est un truc auquel je n'avais pas pensé par rapport à la sexualité. Je me rends compte que je fais partie d'une génération où on ne se protégeait pas, on se protège toujours très peu je pense. Ça m'a quand même remué cette histoire, je sais que c'est quelque chose qu'il faudra que j'aborde avec elle » (M2)

ii. IST

2^e sujet le plus abordé après le préservatif.

Explications sur l'importance d'utiliser le préservatif pour se protéger des IST :

« Je sais qu'il y a eu beaucoup de choses faites à l'école, on en a déjà reparlé par la suite en disant "tu sais que ça ne protège pas que des bébés, qu'il y a plein de choses qui peuvent se passer" » (M3)

« Ce n'est pas écrit sur le visage que quelqu'un a une MST, et ce n'est pas parce qu'il est sympathique, séduisant, qu'il n'y a pas un souci » (M2)

« C'était dans une pharmacie, ils ricanait dans un coin. Quand je suis rentré dans la voiture ils rigolaient encore, je leur ai demandé pourquoi ils rigolaient. Mon fils dit "c'est parce qu'on a regardé les préservatifs et je lui ai expliqué à quoi ça servait". Elle explique "c'est pour pas avoir des bébés". Alors je dis "non pas seulement", et donc on parle des MST, que c'était important aussi. Mon fils était au courant et disait "bah tu vois c'est ce que je t'ai dit, c'est ce que je t'ai expliqué aussi". Donc oui ça circule bien au niveau des informations » (M1)

VIH, principale IST connue des parents et la plus discutée :

- ⇒ Explications sur la gravité de l'affection : « *Le SIDA c'est une maladie mortelle* » (FG2)
« *J'ai eu un cas de SIDA dans ma famille, mon oncle qui en est décédé à l'époque. J'ai expliqué à mon fils comment c'était arrivé et comment il avait fini, même si maintenant on arrive avec certains traitements à reculer l'échéance, voire à arrêter* » (M3)
- ⇒ Devoir d'information : « *C'est même obligatoire en fait, c'est de la responsabilité du parent* » (FG2)
- ⇒ Importance du dépistage : « *Je lui ai dit qu'avant d'avoir un rapport il fallait savoir si l'un et l'autre avaient le SIDA* » (FG4)
- ⇒ Doute sur les modalités de dépistage du VIH : « *Je lui ai parlé de test, mais même moi je ne sais plus... On fait une prise de sang ? Ou il y a un test... ?* » (FG4)
- ⇒ Transparence entre deux personnes souhaitant avoir un rapport : « *Je lui ai fait comprendre que c'était important pour son copain que lui il sache qu'elle ne l'ait pas, et qu'elle sache qu'il ne l'ait pas non plus* » (FG4)

Discussions sur d'autres IST :

« *Je lui ai dit qu'il y a le SIDA mais pas que, il y a d'autres maladies aussi* » (FG4)

- ⇒ Absence de connaissances solides sur le sujet : « *A part lui dire qu'on peut attraper des maladies, finalement moi je ne les connais pas tant que ça* » (M3)
- ⇒ Manque de connaissances des enfants sur les IST : « *Ça été évoqué plusieurs fois au collège-lycée, mais quand je lui en ai parlé j'avais l'impression qu'elle ne savait pas trop ce que c'était* » (FG4)
- ⇒ Sujet pas assez développé : « *On parle très peu des MST, on n'est pas suffisamment mis en garde* » (M2)

iii. Contraception

Contraception relativement associée à la prise de pilule contraceptive. Sujet abordé en majorité par les filles, et d'autant plus avec leur mère : « *Quand j'ai vu que ma fille avait un copain, j'ai dit à ma femme "dis donc qu'est-ce que t'en penses ?", elle m'a dit "t'inquiètes pas, je gère"», et ça m'a suffi, je lui fais confiance. Du moment où elle m'a dit "je gère" ça veut dire qu'elles en parlaient* » (P2)

iv. Importance du premier rapport

« *Je lui parle toujours du jour où ça arrivera comme de quelque chose qui n'est pas anodin, ce n'est pas "oh bah le jour où...", non, voilà* » (FG5)

Réponse aux questions en dédramatisant et rassurant : « *Ça lui est arrivé une fois ou deux de me dire "oui mais tu comprends comment ça va se passer ?", donc on a discuté. Je lui ai dit "bah ça va se passer le plus naturellement possible, tu ne te prends pas la tête, tu verras comment ça marche. Ça ne sera pas forcément génial la première fois mais c'est normal, il faut du temps". Je ne sais plus sur quelle analogie j'ai fait, sur une autre activité physique ou sportive, "ça s'apprend, il faut juste que tu en aies envie, besoin, et que vous soyez en accord avec la personne avec qui tu le feras" » (P1)*

v. Plaisir sexuel, partage

Notion de plaisir, importance du ressenti, de l'émotionnel, du partage. Ce père l'a expliqué à sa fille : « *Là on est vraiment dans le jeu de séduction, dans le plaisir. La petite elle a compris qu'il y avait une distinction entre les deux mais elle se dit "pourquoi ?". Du coup j'essaie de lui expliquer que c'est que pour elle. Parce qu'au début elle pense qu'on a une relation sexuelle pour faire des bébés, et donc là elle est en train de comprendre que finalement on a des relations sexuelles pas que pour ça* » (P1)

Le cheminement du raisonnement de cette mère durant l'entretien mérite d'être développé :

- ⇒ Elle n'a pas reçu d'éducation à la sexualité de la part de ses parents.
- ⇒ Durant sa vie conjugale passée, le plaisir n'existait pas : « *Le modèle que j'avais eu n'a pas conditionné une sexualité très épanouie de mon côté pendant des années, à tel point que pour moi au départ, là on parle de choses vraiment très intimes, la sexualité c'était simplement pour faire des enfants. Le côté plaisir était quelque chose de secondaire* » (M2)
- ⇒ Prise de conscience de l'importance de cette dimension : « *C'est vrai que quand on parle de sexualité, d'ailleurs vous avez dû le remarquer, je vous ai parlé beaucoup de protection, je ne vous ai pas parlé de plaisir finalement* » (M2)

- ⇒ Elle perçoit un rôle dans cette transmission : « *Je suis en train de me rendre compte qu'en tant que parent c'est aussi mon rôle de dire à mes enfants que la sexualité c'est aussi un moyen de prendre du plaisir, ce n'est pas qu'avoir des enfants et se protéger. Vous voyez comment on peut être conditionné dans sa tête par rapport à sa propre expérience...* » (M2)
- ⇒ Prise de conscience de l'importance d'aborder ce versant avec ses enfants : « *Il va falloir que j'en discute autrement avec eux, pour leur montrer qu'avant tout la sexualité c'est déjà une preuve d'amour, du plaisir, du partage. C'est rigolo quand même ce que je suis en train de réaliser dans ma tête. Ce n'est pas que avoir des enfants et la protection quoi. Il y a une entente, enfin il y a plein de choses à aborder. Je ne l'ai pas abordé avec mes parents, mais il va falloir que je l'aborde avec les miens en tout cas* » (M2)

vi. Implication psychique

Importance de « *l'implication psychique d'avoir une relation sexuelle avec une partenaire* » (P2).

vii. Respect de soi-même

Constat du comportement de certain.e.s adolescent.e.s : « *Ce qui m'inquiète c'est que j'ai l'impression qu'il y a pas mal de gamines qui ne respectent plus du tout leur corps, et il y a des choses qui sont complètement hallucinantes* » (P1)

Importance de respecter son propre corps et de savoir dire non : « *Aujourd'hui on essaie d'être vigilant en lui disant "attention c'est à toi de décider si tu veux ou ne veux pas, c'est personne d'autre, c'est ton corps"* » (P1)

viii. Respect de l'autre

Vie quotidienne : « *On a essayé sur tous les domaines de leur dire voilà, le respect* » (P1)

Sexualité : « *J'essaie de lui rappeler que c'est une femme avec son corps, avec ses envies, avec ses contraintes et ses tabous, et tout ce qu'elle veut, et qu'il faut respecter ça* » (P1)

ix. Grossesse – Accouchement

Deux parents l'ont expliqué, dont une mère qui est rentrée dans les détails :

Questionnement de l'enfant : « *On a beaucoup échangé effectivement sur la grossesse, sur l'accouchement, elle s'interroge sur la difficulté d'accoucher* » (M2)

Partage de son expérience :

- ⇒ Grossesse : « *Je n'ai pu que lui raconter ce que j'avais vécu avec deux grossesses qui se sont plutôt bien passées, que ça avait été vraiment un moment de bonheur, que j'avais adoré avoir un gros ventre, ce genre de choses* » (M2)

- ⇒ **Accouchement** : « *J'ai eu deux accouchements complètement différents, puisque lui est né par césarienne, décidée au dernier moment en urgence, qui s'est mal passée, j'ai été endormie, je n'ai pas vu mon bébé tout de suite, puis j'ai un point qui a sauté et qui s'est infecté, en plein mois d'août, donc ça a mis du temps à cicatriser, puis j'ai eu du mal à remarcher correctement... Elle, elle est née normalement par voie basse* » (M2)
- ⇒ **Difficulté de ne pas voir son enfant naître** : « *Au-delà de la souffrance physique ça a vraiment été une souffrance psychologique, qu'il naisse par césarienne et que je ne le vois pas naître, ça a été très dur pour moi. Quand il était petit je faisais attention quand j'en parlais de ne pas le choquer, je ne voulais pas qu'il se sente responsable* » (M2).
- ⇒ **Ressenti d'être parent** : « *Mais la douleur n'est rien à côté du bonheur d'avoir un enfant* » (M2)

h. Autres thématiques de santé

Curatif déjà développé dans le chapitre « comment aborder », page 31. Prévention :

L'hygiène corporelle :

- Salle de bain, sous la douche : « *Se laver en entier* » (M3)
- Chez le MG : « *Tout petit il lui a parlé du décalottage* » (M3)

Les vaccinations : Contre les IST ou en lien avec la fertilité. En majorité pour, les avis des parents divergeaient toutefois. Rentraient en compte :

- ⇒ **Avis du MG** : « *On suit les recommandations et ce que nous dit le médecin. Je me dis que tous ces gens ont pensé pour nous et c'est leur métier, donc on s'adapte* » (P2)
- ⇒ **Avis de l'enfant (concernant le vaccin anti-HPV)** : « *Avec le médecin on en a discuté, elle est en âge de comprendre, elle a été associée à la décision. Elle m'aurait dit "non on ne le fait pas" je ne sais pas comment on aurait réagi. Finalement elle a dit "oui c'est une bonne chose qu'on le fasse"* » (M2)
- ⇒ **Difficulté de prendre la décision pour l'enfant** : « *Je disais au médecin que c'est difficile de prendre une décision pour son enfant mineure, la vaccination engage son enfant sur des choses qui peuvent être très graves. Ça c'est compliqué dans la tête de parent* » (M2)
- ⇒ **Influence de l'histoire personnelle du parent** :
 - **Positive** : « *On a la chance d'avoir une bonne santé, aucune maladie chronique dans la famille, forcément pour vacciner c'est plus facile pour nous, on est plus tranquille* » (M3)
 - **Négative** : « *J'ai une amie qui a développé un problème musculaire suite au vaccin hépatite B. Si vous avez quelqu'un autour de vous ça marque d'autant plus* » (M2)

- ⇒ Evolution des recommandations nationales : « Pourquoi le BCG a été imposé pendant des années, et là d'un coup "ah bah finalement ce n'est plus obligatoire ?" On se pose des questions quand même » (M2)
- ⇒ Vaccin anti-HPV controversé : « Je n'étais pas pour, le papa oui. Le médecin a expliqué à ma fille avec des mots accessibles, les risques et bénéfices » (M2)
- ⇒ Lobbying : « Je pense effectivement qu'il y a un lobbying des labos » (M2)
- ⇒ Influence des médias : « On ne sait pas qui croire en fait » (M2)
« On entend des choses dans les médias, sur d'éventuels effets indésirables » (M3)

i.angoisses et craintes de l'enfant

Plus l'enfant était jeune moins il.elle apparaissait éprouver de gêne à se tourner vers le parent et partager ses craintes. Aucun exemple donné avec un enfant de plus de 13 ans. Thèmes abordés :

Puberté : « Avec tous ces changements, la différence avec ses camarades lui a apporté des questions et une certaine angoisse, il est inquiet par rapport à sa puberté, sa croissance » (M1)

Maternité : « On a beaucoup échangé effectivement sur la grossesse, l'accouchement, elle s'interroge sur la difficulté d'accoucher » (M2)

Comportements de l'être humain : « Elle se pose des questions par rapport à "je suis très angoissée... il ne faut pas partir avec des personnes que l'on ne connaît pas". La petite qui dit "mais pourquoi on enlève les enfants ? Qu'est-ce qu'ils veulent leur faire ?" » (FG1)

Recherche d'explications et de réassurance: « Derrière on sent qu'il y a une petite inquiétude légitime, du coup ça lui permet de les évacuer un petit peu » (P1)

« La pédiatre lui a expliqué... qu'il était dans la norme... ça l'a rassuré » (M1)

j.angoisses et craintes du parent

Elles pouvaient être à elles seules un sujet de discussion, et/ou influencer le dialogue comme frein et/ou moteur : « Tout de suite ça m'a inquiété » (M1)

Possibilité de ne pas en parler à son enfant : « Ça m'inquiète un peu dans un coin de ma tête » (P2)

Extériorisation, au risque de transmettre ses propres angoisses à ses enfants :

« Je pense que je les angoisse beaucoup avec mes angoisses à moi, d'enlèvement » (FG1)

C. Dialogue entre parents

Peu développé par les parents, ne s'attardant pas dessus, d'où la faible quantité de verbatims.

1. Le dialogue

a. Présent

La quasi-totalité a discuté avec l'autre parent de l'éducation à la sexualité faite aux enfants.

Hormis une mère décrivant un échange fluide, toutes les discussions rapportées ne l'étaient peu :

« J'aime bien qu'il soit quand même au courant de ce qui se passe... Comme je vois que lui il n'arrive pas à leur en parler et que les filles non plus, oui je préfère qu'il soit au courant... Ma grande fille il se peut que bientôt elle ait des rapports intimes... Je n'ai pas l'impression que ça va lui plaire... Je pense que je vais lui dire parce que de toute façon c'est la vie c'est comme ça. Elle ne lui dira pas, mais bon, je préfère qu'il soit au courant... C'est vrai que je fais pas mal le tampon quand même » (FG4)

b. Absent

Une mère se remémora le non-dialogue avec son ex-mari : *« On n'en parlait pas du tout. Aucun dialogue. La seule fois où il y a eu un échange c'est quand je lui ai dit que je pensais que c'était à lui de parler à notre fils de la sexualité. Je crois qu'il ne m'a pas répondu, ou alors il m'a dit "voilà, que ça allait se faire tout seul"... Entre nous c'était un sujet tabou, c'est quelque chose dont on ne parlait pas, la sexualité. Donc de là à en parler aux enfants, déjà si on n'en parle pas entre nous... » (M2)*

c. Types d'échanges

i. Jovial

Complicité et moments particuliers : *« On a beaucoup ri par rapport aux questions des enfants... Ça arrive que de manière différente les enfants posent la même question à papa et maman en décalé pour être certains, comparer le point de vue. "Est-ce qu'ils ont bien répondu, nous ont bien dit la vérité ?" Et ça s'est assez amusant après d'en parler entre nous... C'est amusant d'avoir cette expérience avec nos enfants, on en parle, on compare. Ce que font les enfants on le fait aussi entre adultes en fait » (M1)*

ii. Froid

Ce père a relaté les échanges actuels avec son ex-femme : *« On échange, mais c'est très pragmatique... Je lui dis "tiens il m'a parlé de ça, sois vigilante", et inversement » (P1)*

2. Sujets principaux discutés

a. Questionnement de leur enfant

Questionnement de l'enfant : *primum movens* au partage entre parents.

b. Questionnement du parent

« On en parle parce que comme tout parent on s'inquiète, ou en tout cas on se pose des questions. Où est-ce qu'il en est ? Est-ce qu'il a une petite copine ? Est-ce qu'il aime les garçons ? » (M3)

Sollicitation de l'autre parent en cas de situation compliquée pour l'un : « Des fois mon mari se demande s'il a bien répondu, ou s'il m'avait posé la question comme ça qu'est-ce que moi j'aurais répondu. Je lui dis "ben tu aurais dit ça", et en réfléchissant il me dit "oui, oui, c'est vrai" » (M1)

« J'ai une information, je vais aller lui dire "tiens, elle m'a dit ça, moi je ne sais pas trop quoi...". Sur les premières règles, si ça se passait avec moi j'appellerais sa mère » (P1)

c. Partage de la gêne éprouvée

« On se rejoint sur une certaine gêne, quand ça devient trop proche de l'expérience personnelle » (M1)

d. Partage d'expérience d'éducation

« On se tient au courant, on en parle » (P2)

Concernant sa fille ayant un petit copain sérieux, sa femme a pris les devants concernant le dialogue. Il n'en reste pas moins impliqué : « Je me tiens au courant, je veux dire je suis dans le coup » (P2)

e. Encourager l'autre parent à engager le dialogue

Cette mère, discutant peu avec son fils, encourage le beau-père à engager le dialogue :

« Je lui ai souvent dit "tu ne veux pas voir un peu, en parler avec lui..." » (M3)

D. Expérience des parents lors de leur propre adolescence

1. Le dialogue avec ses propres parents

a. Présent

Trois parents ont rapporté un peu de dialogue, dont un de manière fluide avec sa mère :

« C'était maman qui nous parlait le plus. Quand on était petits elle nous a très rapidement expliqué les bases, et puis après c'était plus par rapport à la contraception » (P2)

« Une fois que ça s'est déclenché ma mère m'a accompagnée » (M1)

« Ma mère dans l'ultra dialogue, rien n'était tabou, la sexualité on en a parlé de A à Z » (P1)

b. Absent

La quasi-totalité des interviewé.e.s ne discutait pas de sexualité avec ses propres parents :

« Je n'ai eu aucun dialogue avec mes parents, on n'en parlait pas du tout » (FG1)

« Le transfert de mes parents... Il n'y en avait pratiquement aucun sur ce sujet-là » (FG3)

« Nous on en parlait pas » (FG4)

« C'était tabou, enfin il n'y avait pas beaucoup d'explications » (FG5)

« J'ai très peu de souvenirs... Les années collège, on n'en parle pas » (M1)

« Rien rien rien... Alors ça c'était vraiment un truc hyper tabou la sexualité. On n'en a jamais parlé... Ce non-dialogue... » (M2)

« Je n'ai jamais eu ça, on ne m'a jamais parlé sexualité... J'ai tout découvert, entre guillemets, toute seule, ma mère ça a été le grand vide à ce sujet » (M3)

« C'était assez comment dire... pas désertique, mais... » (P2)

« Ils ne m'en parlaient pas. A mon époque dans les fermes on ne parlait pas de ça » (P3)

Aucun parent ne rapporta en avoir discuté avec son père :

« Je pense avoir parlé plus avec ma mère mais après le collège » (M1)

« Avec mon père je n'en aurais pas parlé » (FG4)

« Mon père... Je ne suis pas du tout sûr qu'on en ait parlé une seule fois » (P1)

Découverte de la sexualité du/de la jeune par ses parents :

« D'ailleurs des années plus tard, quand j'ai eu 20 ans j'ai rencontré mon mari, un jour elle m'a dit "mais tu prends la pilule ?", comme si c'était... Waw, elle découvrait un truc quoi. "Bah oui à ton avis comme je fais sinon ?" » (M2)

2. Facteurs influençant le dialogue avec ses propres parents

a. Métier du parent

« Assistante sociale... Elle faisait de la prévention dans les écoles, et elle faisait pareil avec ses gosses. On avait plein de petits fascicules, la panoplie de tout ce qui était prescrit dans les écoles on l'avait à la maison, et avec une explication de texte personnalisée » (P1)

b. Personnalité du parent

Pour la mère de P1, son métier a influé, mais c'était *« même plus profond que ça, on devient assistante sociale parce qu'on a un côté empathique, forcément, ce n'est pas un métier qu'on choisit... Sa personnalité... Cette empathie faisait qu'elle avait cette relation avec nous » (P1).*

Modèle d'éducation à la sexualité reçue non aboutie, cette mère déclara : *« Ma maman était quelqu'un de très raide, donc elle ne l'a pas fait, et moi je n'ai pas osé poser la question » (M2)*

c. Climat familial

Elle poursuit sur l'atmosphère familiale délicate dans laquelle elle a grandi : *« Mes parents n'avaient pas forcément une relation de couple très épanouie... Enfin j'ai entendu des choses... Et je pense que pendant des années ça a été un frein dans ma sexualité. Le modèle que j'avais eu n'a pas conditionné une sexualité très épanouie de mon côté pendant des années » (M2)*

d. Sujet tabou

Elle extrapola l'éducation à la sexualité reçue à tous les parents de l'époque, évoquant un problème de *« génération »* : *« Je ne sais pas si c'est parce qu'à l'époque ça se faisait moins... » (M2)*

e. Gêne du parent

Mentionné par 1/3 des parents :

« J'ai tremblé comme une feuille le jour où je suis allée lui demander la pilule, c'est la première fois qu'on a évoqué le sujet ensemble. Elle m'a juste dit "tu es sûre ?". Voilà, ça a été la seule question qu'elle m'a posée à ce sujet » (M3)

« C'était dans leur nature de ne pas parler de tout ça » (M2)

« C'était de la pudeur » (P1)

« Mon père on en a pas parlé une seule fois, si ce n'est une fois où j'ai ramené une copine à la maison et il nous a surpris en rentrant dans la chambre, on était en train de le faire. Bon... il est parti, il a fermé la porte, et on en a plus jamais reparlé » (P1)

f. Gêne de l'enfant

Cette mère sentait « *que ce serait compliqué* » (M2).

« *J'ai souvenir de ne pas avoir posé de questions, cela me gênait* » (M1)

« *Tout en ayant une grande confiance en ma maman et étant très proche d'elle, mes parents étaient divorcés donc je ne vivais qu'avec elle, on a toujours eu de très bonnes relations, mais c'est un sujet que je n'aurais su par quel bout le prendre* » (M3)

« *Quand on est adolescent on ne parle pas aussi ouvertement que quand on est adulte, il y a une partie peut-être, pas de honte mais en tout cas de réserve, on n'est pas forcément à l'aise avec tous les sujets ou avec tous les termes* » (M3)

« *Ado je n'étais pas à l'aise. Du coup je me refermais dans ma coquille* » (P2)

g. Pas de question posée par l'enfant

« *On peut dire que j'ai manqué de conseils, qu'on ne m'en a pas donné, ou que je n'en ai pas demandé. Mon jeune frère parlait plus avec mes parents, il demandait plus facilement de conseils et en recevait* » (P2).

A la question « est-ce que cela dépend aussi de l'enfant ? », il répondit « *bien sûr !* » (P2).

h. Congruence des genres

Notion déjà présente à l'époque. Développée ci-dessus, page 41.

i. Religion

Absence de notion de plaisir : « *Je pense que dans la religion catholique la notion de plaisir n'existe pas. On parle d'amour, à peine. Mais on ne parle pas de plaisir* » (M2)

Influence sur l'éducation à la sexualité reçue : « *La religion a participé au fait qu'on n'ait pas parlé de sexualité... C'est dans l'inconscient, c'est ce que j'ai ressenti* » (M2)

Influence sur sa propre sexualité : « *Cela n'a pas conditionné une sexualité très épanouie* » (M2)

Retentissement dans sa vie conjugale : « *Ça a joué à tel point que j'ai mis 5 ans à divorcer, parce que ce n'était pas possible quoi, quitter le père de ses enfants...* » (M2)

Elle résuma : « *Tout ça a conditionné ce que j'ai été... Pour moi c'est un carcan la religion* » (M2)

3. Sources d'information à l'époque

a. Parent

Source pour un seul parent, les autres ne dialoguaient peu voire pas du tout avec les leurs.

b. Famille

Un père indiqua avoir eu « plus de discussion » avec son « grand père » qu'avec ses « propres parents » (P3), qui participa à son émancipation :

« Pour mon anniversaire, 17 ans, il m'avait donné 500 francs à l'époque, il m'avait dit mot pour mot "tiens, tu sauras quoi en faire, tu iras aux p*****". Bon bah... je l'ai écouté ! » (P3)

c. Médecin

Difficulté d'aborder le sujet avec les médecins de son époque :

« Je n'aurais pas été capable d'aller parler à mon médecin à ce moment-là, dans ce contexte... Je n'avais pas tissé suffisamment de relation de confiance pour le faire » (M3)

d. Planning familial

Une mère dit s'être tournée vers cette structure : « Quand j'ai eu un petit ami je n'ai pas pu en parler à mes parents, donc je suis allée au planning familial pour avoir un moyen de contraception » (M2)

e. Ecole

L'information circulait surtout au lycée, via « l'infirmière scolaire, qui parlait de sexualité, de MST » (M1) : « Ce qu'elle avait apporté nous avait intéressé, elle avait été bien entendue » (M3)

Parfois seule source d'information : « Le peu que j'ai su à l'époque c'est par le collègue, mais il n'y avait pas grand-chose » (M3)

Mais pauvreté de l'enseignement : « Savoir comment on faisait des enfants, c'est ce qu'on vous apprenait à l'époque au collège, ça se limitait à ça » (M3)

f. Cercle d'amis

« On parlait entre nous » (P3)

« On échangeait avec les copains, on se posait des questions » (M1)

g. « Café - branché »

Une mère se rappela ses années à la faculté : « À la fin des années 80, en dehors de la faculté, pour 1 franc on vous servait le café et un préservatif, et c'est rentré dans les mœurs. Au lieu de cacher le préservatif tout le monde en parlait » (M3)

h. Livres

« Avec ma mère j'ai eu le droit aux bouquins, avec de belles photos » (FG2)

« Ma mère avait acheté un livre qui expliquait les menstruations, elle m'avait dit "je le mets là, tu peux aller le consulter quand tu veux", dans un cagibi où il y avait tous leurs livres, pas dans la bibliothèque de notre chambre avec mon frère. Je suppose que c'était fait pour que je ne sois pas gênée. J'y suis allée souvent le consulter, mais c'était un peu abrupte comme information, c'était un peu impressionnant... Ce qui manquait c'était l'accompagnement et l'échange » (M1)

i. Télévision, radio

Un père mentionna « la télé, la radio » (P3) comme source à l'époque, sans pour autant développer.

j. Faire soi-même sa propre éducation

Devant le peu de sources d'information à l'époque, des parents ont réalisé leur propre éducation à la sexualité : « Je l'ai faite par moi-même... Je l'ai découverte toute seule on va dire » (M3)

4. Sujets abordés avec les parents

Peu de sujets ont été développés lors des entretiens.

a. Relations amoureuses

« J'avais 10 ans, j'ai demandé à ma mère "comment on fait pour embrasser une fille ? Parce que demain je dois embrasser une copine et je ne sais pas comment faire". Et elle m'a tout expliqué dans les détails, "tu mets la langue, tu fais ci, tu fais ça". C'est hyper angoissant pour un gamin quand il découvre ces premières choses, et là ma mère me dit "ça va se passer comme ci comme ça". Waw, on est vachement plus serein et le lendemain ça se passe bien » (P1)

b. Puberté

Discussion après l'évènement : « Ma mère m'a accompagnée, pour l'épilation, les serviettes hygiéniques, les tampons, après elle m'a expliqué, mais ce n'était pas expliqué avant » (M1)

Elle évoqua notamment : « J'ai eu besoin de la pilule pour l'acné, mais pas comme contraceptif... Une amie me l'avait conseillée... Ma mère m'a emmené chez la gynécologue » (M1)

c. Prévention des IST

Un seul père rapporta une prévention faite par sa mère, concernant les IST et le préservatif, à cette période particulière, « en plein dans l'époque SIDA » (P1).

5. Différences entre l'éducation actuelle et antérieure

a. Avancée de l'âge de début de puberté

Deux parents remarquèrent que « *les signes secondaires sexuels arrivent plus tôt* » (M1) qu'à leur époque : « *Je le vois à l'école aussi, les petites filles ont les seins qui poussent plus tôt* » (M1)

« *Elle a 10 ans, elle m'a déjà dit "ah oui tu sais au fait il y a une de mes copines qui a ses règles"... Je lui ai dit "mais tu n'as que 10 ans ! Ce n'est pas encore vraiment le moment"* » (P1)

Comparaison avec sa propre puberté : « *C'est quand même assez anormal de voir des tout-petits comme ça déjà transformés... Pour ma fille je suis impressionnée, ça fait 3 ans de différence avec moi... L'incidence des perturbateurs hormonaux, tout ce qu'on peut avoir à absorber* » (M1)

La conséquence de cette arrivée plus tôt de la puberté était « *qu'ils ont des questions plus tôt* » (M1).

b. Meilleures connaissances des enfants actuellement

« *A âge égal on savait moins de choses que les jeunes d'aujourd'hui* » (P2). Raisons évoquées :

⇒ Meilleur accès à l'information :

« *Il y avait moins de sources d'informations qu'on peut avoir aujourd'hui* » (FG2)

« *Vu les moyens d'aujourd'hui... On n'avait pas cette chance-là, c'était la bibliothèque, les livres, c'était beaucoup moins facile à trouver* » (M3)

« *Ils sont ultra informés... ça a été un peu plus banalisé qu'à mon époque en tout cas* » (P1)

« *Il n'y avait pas tous les réseaux sociaux, la télé c'était en noir et blanc et il n'y avait que 3 chaînes. Mais ça on n'en parlait pas, même au Club Dorothée* » (P3)

⇒ Information donnée plus jeune en milieu scolaire :

« *Ils ont eu de l'information dès le primaire... puis au collège... Moi une seule fois, au lycée* » (M2)

« *Je ne me souviens pas qu'il y avait d'éducation sexuelle à l'école, ou alors c'était la reproduction de la grenouille. Je pense qu'à l'école ils en apprennent plus* » (P2)

« *A mon époque en CM1-CM2, le directeur n'était pas chaud... Pourtant c'est l'école de la vie* » (P3)

⇒ Plus de questionnement :

« *Mes enfants posent plus de questions, ouvertement, ils ne sont absolument pas gênés* » (M1)

« *A 13-14 ans, je ne me posais pas de questions sur les filles* » (P3)

⇒ Différence d'approche de la sexualité :

« À notre époque c'était beaucoup de prévention sur les maladies, les risques de la sexualité, et de là découlait un discours sur le pratique, comment ça marche, pourquoi, etc. Aujourd'hui on a une approche avec mon ex-femme plus sur de l'explication de comment ça marche et pourquoi, et dans ce discours-là interviennent les risques et la prévention par rapport aux maladies, à la procréation, etc. Donc c'est l'angle d'attaque qui n'est pas le même » (P1)

⇒ Discussion avant que la sexualité n'arrive :

« Je trouve que ça a beaucoup changé. Ils posent des questions plus tôt, on y répond plus tôt, avec ces transformations. On leur répond à la sexualité avant qu'elle n'arrive. Parce que moi c'est arrivé, et après j'ai eu quelques réponses » (M1)

⇒ Les enfants actuels sont plus éveillés :

« Eux sont plus dégourdis que nous au même âge... Une différence de 3-4 ans... Je pense qu'à âge égal on savait moins de choses que les jeunes d'aujourd'hui » (P2)

« On se transpose toujours à son expérience, on se rend compte qu'on a pris 4-5 ans de retard » (P1)

Ce père conclut : « Je pense que, pour la maturité et le bien-être, l'ignorance est à combattre » (P2)

c. Dialogue plus présent actuellement

La totalité des parents s'est accordée à dire qu'il y a « une évolution, qu'elle soit positive ou négative, mais ça a changé effectivement » (FG2).

Dans une grande majorité des cas, le dialogue était beaucoup plus présent de nos jours :

« J'ai plus communiqué, j'ai été plus dans le dialogue » (M2)

« Pour en avoir parlé aujourd'hui avec mes parents de la manière dont éduquaient leurs parents à eux, on a fait des progrès, on en parle plus librement » (P1)

Du dialogue découlerait une différence majeure : l'enfant ne ferait plus son apprentissage seul.e :

« J'ai tout découvert toute seule, mes parents ne m'en ont pas parlé » (M3)

« La différence c'est que nous on a appris sur le tas » (P3)

« J'ai appris beaucoup de choses par moi-même, donc forcément en mettant plus de temps que si on me l'avait appris » (P2)

6. Ressenti de l'enfant maintenant parent

a. Aurait souhaité du dialogue

Souhait de la moitié des parents : « *J'aurais bien aimé avoir cet échange* » (M1)

b. Aurait souhaité plus d'informations

Un père a déclaré avoir « *manqué d'information* » (P2).

« *J'aurais aimé qu'on m'explique au lieu de découvrir par moi-même. Parfois les découvertes ce ne sont pas toujours des découvertes heureuses, il y a des choses que vous pouvez prendre un peu de face* » (M3)

c. Aurait souhaité un accompagnement sur le plan relationnel

« *Ce qui manquait c'était l'accompagnement et l'échange* » (M1)

« *Là où j'ai des regrets c'est sur le côté relationnel... Comment être avec une fille* » (P2)

d. Froideur des rapports humains et brutalité de l'information

La majorité des parents a relevé ce point, concernant au moins un parent, extrapolable à d'autres intervenant.e.s : « *La gynéco ça a été encore plus dur qu'avec ma mère. Elle n'était pas réceptive, elle m'a dit "ah vous êtes un peu jeune hein... Bon, prenez-la et vous revenez dans 3 mois". Ça s'est limité à ça. Elle n'a pas essayé de me mettre en confiance ni de m'expliquer, c'était froid* » (M3)

e. Conséquences négatives du non dialogue sur la sexualité future

Deux mères ont établi un lien entre la non-éducation à la sexualité qu'elles ont « reçue » et leur propre sexualité : « *Ça n'a pas conditionné une sexualité très épanouie* » (M2)

« *Je pense que ça a influé, même si c'est difficile à dire puisqu'on n'a pas l'expérience du contraire... Il y a une partie de non-dit qui n'est pas facile* » (M3)

f. L'éducation reçue conditionne l'éducation donnée à ses futurs enfants

Ces deux mêmes mères ont constaté un franc parallèle entre le peu d'éducation reçue et celle qu'elles donnent actuellement à leurs enfants : « *Ça a conditionné l'éducation que j'ai envers mes enfants... On est vraiment conditionné par ses propres expériences et son histoire* » (M2)

« *Mon expérience personnelle, ou plutôt mon inexpérience, fait que j'ai une inexpérience à l'explicitier à mon fils. J'imagine que si j'avais eu l'expérience de gens qui soient venus m'expliquer tout ça, j'aurais su le transmettre* » (M3)

g. Parallèle entre son ressenti adolescent.e et celui de ses enfants actuellement

Une mère transposa l'analyse de son propre comportement à l'adolescence à celui de son fils :

« Je peux retourner les choses en disant que je ne lui ai jamais ouvertement posé la question. Il y a aussi une retenue... Mon fils il est peut-être dans la même situation que j'étais moi » (M3)

h. Volonté de ne pas reproduire les mêmes erreurs

Tous les entretiens ont suscité une comparaison entre l'éducation reçue et celle dispensée actuellement. Deux mères ont exprimé leur souhait de rompre avec le schéma parental reçu et de ne pas reproduire les mêmes erreurs :

« Il y a des choses que j'aurais aimé qu'on m'explique... Il y a une partie de non-dit qui n'est pas forcément facile, et c'est pour ça que j'essaie quand même de dire à mon fils... » (M3)

« Ça ne veut pas dire qu'il faut forcément reproduire ce qu'on a fait avec ses parents » (M2)

Cette dernière a débordé sur les relations de couple :

« Ça a conditionné qu'il ne fallait pas divorcer, il fallait rester coûte que coûte. Si demain ça arrive à mes propres enfants, s'ils se retrouvent dans la même situation, je ne les inviterai pas non plus à tout plaquer à la première difficulté, mais en tout cas on est libre, et que ce n'est pas la mort ni un crime de divorcer » (M2)

E. Place du parent

1. Particularités du parent

Interlocuteur principal : « *Obligatoirement c'est la référence numéro une pour les enfants. Je n'ai pas dit que c'était ce qu'il se passait dans la réalité, mais c'est quasiment le seul canal, enfin c'est pour moi le meilleur canal. Ce n'est pas le seul, mais c'est le meilleur* » (P1)

Souhait que l'enfant ne soit pas mal informé.e : « *Je préfère que ce soit évoqué avec moi (plutôt) qu'ils aillent regarder des vidéos sur le net, faut être clair* » (P1)

Apport de sa propre expérience : « *Les parents apportent leur expérience* » (M1)

Place privilégiée dans la vie de l'enfant : « *On est les plus proches... Souvent les questions se posent dans la vie quotidienne... Ou ils rentrent de l'école, il y a eu un échange, ils en parlent avec vous. C'est dans la vie quotidienne, l'échange avec les parents* » (M1)

Influence du contexte familial : « *Ça influe énormément, ça dépend beaucoup des parents, il y a des gosses qui tombent plus ou moins mal que d'autres, il n'y a pas d'égalité des chances* » (P2)

Influence de la réaction du parent : « *On peut dire à un enfant "ne parle pas de ça c'est sale", ça s'est vu. Bon bah là il n'y a rien de tel pour retarder un môme de 10 ans* » (P2)

Influence des capacités de chaque parent : « *A condition que la famille ait les éléments, les ressources suffisantes, les compétences et la capacité de le faire, mais quand on fait des enfants on doit pouvoir les éduquer. Alors c'est fait plus ou moins bien, avec certaines lacunes* » (P1)

Une mère jugea en premier lieu que c'est « *délicat que ce soit les parents qui parlent de ça* ».

Son raisonnement évolua durant l'entretien : « *mais il faut le faire* », puis concluant : « *il faut que je l'aborde avec eux* » (M2).

2. Rôles du parent

a. Place centrale

« *La place des parents est primordiale, on est quand même les premiers interlocuteurs quand il y a des questions* » (M1)

« *... l'interlocuteur privilégié... la meilleure solution* » (P1)

b. Informer

Premier rôle ressorti. Fournir des informations et explications :

« Il faut que le parent informe sur tous les pans de la sexualité » (M2)

« On essaie d'expliquer, d'être le plus transparent avec nos gamins » (P1)

« Il faut leur apprendre au bout d'un moment » (P3)

« Je pense qu'ils savent des choses, qu'ils ont la culture générale de leur âge dans ces domaines-là.

Mais c'est vrai qu'en étant plus formel, plus complet, ça éviterait les trous » (P2)

c. Sensibiliser

Autant cité que le transfert d'information, et découlant de ce dernier :

« On les a sensibilisé au fait qu'il y a des choses qui doivent être reconnues comme anormales » (M1)

Par son « rôle de protecteur », le parent devait « anticiper les dangers » que les enfants « n'anticipent pas par manque d'expérience » (P2).

d. Guider l'enfant

Accompagnement du/de la jeune dans sa découverte progressive de la sexualité : *« Il ne faut pas les laisser dans la nature avec des questions sans réponses, c'est notre rôle, il faut les guider » (FG5)*

« Je trouve que là, l'accompagnement des parents est essentiel » (M1)

« Selon moi, comme pour tout le reste, c'est un guide. Un guide pour leur permettre d'être autonome pour leur vie présente et future » (P1)

e. Cadrer des limites

Fixer un certain cadre, prédéfinir des limites : *« Alors c'est la mienne de norme, mais j'essaie qu'ils aient systématiquement en tête la ligne rouge qu'il ne faut pas dépasser, qu'elle soit la plus claire et précise possible ; de manière à ce qu'après ils puissent évoluer dans une zone de ma normalité évidemment, qu'ils ne sortent pas de cette ligne-là » (P1)*

Ayant été jeune avant son enfant, il ne restait pas dupe : *« On sait très bien que quoi qu'il arrive on est là pour aller voir comment ça se passe de l'autre côté de la ligne, mais je me dis que plus la ligne est précise moins ils vont aller loin » (P1)*

Réassurance du parent : *« Je ne voulais pas qu'il y ait de problème... Il a le cadre et les contours de ce qu'il faut respecter... Au moins je sais ce qu'il a dans la tête et ce qu'il a déjà entendu par rapport à tout ça » (P1)*

Dérives d'adolescent.e.s n'ayant pas eu de limites prédéfinies : « *S'il y a des endroits où on en est aujourd'hui, avec des tournantes, de la prostitution dans les collèges, des choses comme ça, je pense qu'en amont il y a eu un raté* » (P1)

f. Être à l'écoute

A la fois rôle et qualité du parent : « *Il faut qu'il soit à l'écoute si jamais il y a question, interrogation, ou situation qui se présente* » (M2)

S'y associait de la « *compréhension* » (P2), et du soutien :

« *On peut lui dire qu'on comprend sa peine, qu'on est fier d'elle. Ce rôle-là est important aussi* » (P2)

De ces qualités pouvait découler du dialogue. Le parent, lui, pouvait devenir un « *confident* » (P2).

g. Rassurer l'enfant

P1 a discuté avec son garçon des premiers rapports sexuels, et avec sa plus jeune fille de l'arrivée prochaine de ses règles. Dans les deux cas l'enfant partageait ses craintes et angoisses. En les écoutant et leur expliquant, P1 les a rassurés, ce que recherchaient principalement ses enfants.

h. Fournir des tierces personnes ressources

Vers lesquelles l'enfant pouvait s'orienter en cas d'échec du dialogue avec son parent :

« *Je lui ai toujours dit que s'il y avait des sujets qu'elle avait du mal à aborder avec moi, l'essentiel c'est qu'elle ait une personne raisonnable et adulte auprès d'elle à qui elle puisse les poser. Donc je lui ai nommé quelques personnes* » (FG5)

Les adultes cités étaient les mêmes que dans le chapitre « *Source d'information de l'enfant* », p 88.

i. Non-implication des parents et responsabilité

Non implication : « *Aujourd'hui je trouve que beaucoup trop de familles sont complètement désengagées de l'éducation de leurs enfants* » (P1)

Responsabilité parentale : « *Je ne suis pas fan de trouver des moyens de substitution. Je suis complètement convaincu que pour notre société continue à avancer correctement il faut qu'on réintègre la famille dans le principe d'éducation, il ne faut surtout pas leur donner d'excuses* » (P1)

Le MG servirait de protection, mais ce serait contourner le vrai problème selon lui : « *Aujourd'hui on est quand même parti un peu en sucette. Alors qu'on ait un garde-fou systématique médical qui permettraient de minimiser les impacts dans la société, oui, mais à mon avis il faut aussi qu'on communique un peu plus avec les familles* » (P1)

Absence de formation spécifique du parent : « *Je ne me rappelle pas quand on devient père ou mère qu'on nous remette un petit kit, en tout cas ça ne m'a pas marqué, avec 2-3 petites choses, "rappelez-vous que vous êtes devenus les parents de vos enfants, qu'ils vont évoluer, grandir, etc."* » (P1)

Idée appuyée par un autre père : « *Quand on est parent, c'est un métier qui s'apprend sur le tas, au fur et à mesure. Et faut pas traîner parce qu'on a vite fait de se faire prendre de vitesse* » (P2)

Revendication principale : « *Je ne suis pas trop fan qu'on désengage encore, qu'on déresponsabilise encore la famille dans l'éducation et notamment sur la partie sexualité* » (P1)

j. Le parent est-il à l'aise dans son rôle ?

Aisance du parent : « *Oui, c'est quelque chose qui est venu très naturellement, que je trouve vraiment très agréable, d'avoir cette complicité avec ses enfants... Je suis assez content de pouvoir discuter ultra ouvertement* » (P1)

« *Ça ne me dérange absolument pas* » (M1) « *Oui je pense que je peux être à l'aise avec ça* » (M2)

Néanmoins, se sentir à l'aise pour en parler n'était pas corrélé au fait de dialoguer avec son enfant.

Mésaise du parent : « *Je ne suis pas aussi à l'aise avec ça* » (M3)

« *Ça représente un souci, je ne me sens pas très à l'aise, je ne sais pas pourquoi... Ça reste plus compliqué pour moi de parler de ça que de parler d'équilibre alimentaire, faut bien l'avouer* » (P2)

3. Sources d'information du parent

a. Propre expérience

La principale source d'information pour le parent restait sa « *propre expérience* » (M2), basée sur son « *vécu* » (P3) : « *Mes sources c'est le peu que j'en sais moi-même* » (P2)

« *Je crois que c'est même 100% mon vécu, mon expérience* » (P1)

b. Conjoint.e

« *Des fois mon mari se demande s'il a bien répondu, ou s'il m'avait posé la question qu'est-ce que moi j'aurais répondu* » (M1)

« *Marié, je ne savais pas ce qu'était un stérilet, c'est mon ex-femme qui me l'a appris* » (P3)

c. Entourage

Famille : « *J'échange beaucoup avec ma tante qui est sage-femme en PMI* » (M2)

Amis : « *Peut-être que je poserais la question à mon entourage, amis* » (P1)

Autres parents : « On en parle entre parents aussi, savoir comment vont nos enfants. On en parle aussi de la manière comment eux ça se passe avec leurs gamins... On a tous un peu les mêmes difficultés, les mêmes expériences. On est à peu près tous dans le même truc » (P1)

d. Culture

Internet : « Ça m'arrive des fois d'aller sur internet » (M2)

Livres : « Il y a les livres aussi » (P3), écrits à destination des parents ou des enfants.

Programmes de l'Éducation nationale : « J'irais volontiers chercher dans les programmes de l'Éducation nationale, parce que je sais qu'il y a toute une partie qui existe là-dessus » (M3)

e. Professionnel.le.s de santé

Cité.e.s comme source pour l'enfant, très peu pour le parent.

Médecin : « S'il y avait un truc très précis sur lequel je ne sais pas, peut-être que je poserais la question à un médecin si c'est plutôt du médical » (P1)

Planning familial : « Il existe ce qu'on appelait le planning familial » (M3)

PMI : « La PMI... Par le CCAS, enfin il y a tout un tas de trucs qui s'entremêlent, où on peut guider, éventuellement aller poser des questions nous-mêmes, aller en consultation avec ses enfants » (M3)

4. Ouvertures proposées sur les parents

Importance du dialogue : « Ce que j'en retiens c'est le dialogue, que ce soit entre le médecin, les parents, l'enfant, et tout son environnement artificiel ou humain » (FG3)

Briser le tabou avec ses enfants : « Il faut effectivement que j'arrive à communiquer » (M2)

Inégalité d'éducation reçue et développement : « Ça dépend beaucoup des parents, il y a des gosses qui tombent plus ou moins mal que d'autres, là vraiment il n'y a pas d'égalité des chances... Il n'y a pas que dans le domaine de l'éducation sexuelle, dans tous les domaines les enfants sont très inégaux selon les endroits où ils tombent » (P2)

Rôle prépondérant de la femme dans l'éducation, implication des pères :

Le FG s'est accordé à dire que l'éducation des enfants en général, et qui plus est à la sexualité, restait avant tout l'affaire des mères. Il a tout de même été admis que l'enfant peut s'orienter « vers lequel il sent qu'il peut récupérer des informations » (FG5).

Elles souhaitent plus d'implication des pères : soit de leur propre chef, soit en remettant en cause les représentations qu'elles avaient du père dans l'éducation en lui laissant plus de place.

Elles regrettaient toutes l'absence de pères lors du FG :

« Ça aurait été bien qu'il y ait des papas aussi » (FG2)

« S'il y a des entretiens individuels on pourrait vous envoyer nos maris ! » (FG4)

Constats et hypothèses soulevés pour expliquer cette différence d'implication :

⇒ Mères plus attentives : « Autour de moi, j'entends souvent, c'est quand même plus les mamans qui sont attentives, qui sont peut-être plus sensibles » (FG2)

⇒ Fibre relationnelle : « Je pense que tout ce qui est relation avec les enfants, c'est féminin. Regardez la profession d'enseignant, je crois qu'il y a 80 % de femmes. Cela pose la question du rapport à l'enfant » (FG3)

« Je pense que cela les intéresse mais c'est le dialogue, la parole » (FG3)

« Ils ne savent pas dire les choses peut-être » (FG4)

⇒ Père moins disponible : « Professionnellement il est un peu plus pris, moins présent à la maison, un peu moins disponible... même si je sais qu'il se sent concerné » (FG2)

« C'est souvent les mamans qui emmènent les enfants chez le médecin, plus souvent que les hommes » (FG5)

⇒ Manque d'envie du père : « Il faut qu'ils aient envie » (FG5)

⇒ Le père se reposerait sur l'implication de la mère : « Peut-être qu'ils ne le font pas parce qu'ils savent que nous on est là, ils comptent sur nous » (FG4)

⇒ Implication de la mère parfois par défaut : « Je ne peux pas dire que je suis contente... Mais je me sens obligée parce que je sais que mon mari il ne le fera pas » (FG4)

Même si dans leur « entourage il y a des papas qui ont élevé leurs enfants seuls, qui ont endossé le rôle en se débrouillant pas mal du tout » (FG2), cette mère conclut en disant que « malgré tout, cela reste l'affaire des mamans » (FG2).

Importance d'un dialogue et d'une coordination entre les différent.e.s acteur.rice.s :

« Ça peut être intéressant de travailler à plusieurs, de manière différente... Ce dialogue est important, entre la famille, les parents et le médecin » (M1)

F. Place du médecin généraliste

1. Rôles du médecin généraliste

a. Le MG a-t-il un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité ?

Oui, tous les parents ont cité le MG comme ayant un rôle :

« Le médecin devrait pouvoir intervenir à ce niveau-là... C'est une bonne ressource » (M3)

« Je pense que le médecin est le bon interlocuteur pour en parler, avec son côté professionnel... Le médecin devrait avoir sa place dans ça, mais ce n'est pas ce que font tous les médecins » (M2)

« Je trouve qu'il devrait y avoir une place plus importante » (M1)

Un père a remis en doute en début d'EI le rôle du MG : *« Il faut être sûr que le médecin soit prêt à ça, et est-ce que c'est son rôle ? Je n'en suis pas sûr moi. Il pourrait nous répondre "ce n'est pas mon rôle" » (P1), avant de changer d'avis (cf. ci-dessous)*

b. Informateur

« Il est là pour répondre à certaines questions, et oui je pense aussi qu'il a un rôle d'informateur à faire auprès des jeunes au moment de la puberté » (M2)

« Le docteur lui explique régulièrement ce qu'il se passe » (FG2)

« Par exemple dire "voilà est-ce qu'on t'a déjà demandé ça ? Est-ce que le matin quand tu te réveilles il se passe ça ou pas ?". Ce sont des choses je pense que l'on n'a jamais demandées à mon fils » (M3)

Différence d'accès à l'information dans les familles : *« Je pense qu'on est plutôt dans un milieu où on sait où aller trouver l'information, ce n'est pas le cas de toutes les familles » (M3)*

c. Prévention, sensibilisation, détection

« Prévention » (FG1) : « Je pense que le médecin doit aborder la sexualité sur le côté protection, santé... Le côté sanitaire de la sexualité » (M2)

« Sur les informations qu'on peut avoir sur internet, ça permettrait de rééquilibrer ce qui pourrait être perçu comme une vérité, qui peut rester définitivement chez un enfant, qui est malléable à cet âge-là, comme quelque chose qui est la sexualité dans son ensemble, et qui est complètement fausse » (M1)

« Il fait partie des personnes qui ont l'occasion de voir les enfants presque en privé, de les voir dénudés, des fois de les connaître depuis qu'ils sont tout-petits. En discutant l'air de rien avec eux pendant des visites ils peuvent déceler, détecter des choses dans leur comportement, dans leur physique » (FG5)

« Ça permettrait de déceler des choses aussi, il y a peut-être des enfants qui parleraient. Le problème à l'école c'est qu'on passe à travers, on ne voit pas tout. On s'en aperçoit des fois, mais des fois c'est tellement caché par la famille et par l'enfant lui-même qu'on ne voit pas tout. Et là ça vous permettrait de voir certaines choses déviantes par rapport à la sexualité » (M1)

d. Accompagnement, rôle de guide

« Il faut les guider, c'est notre rôle... Le médecin effectivement il peut avoir un rôle là-dedans » (FG5)

Cadrer l'enfant : « Le problème c'est la norme. Si à un moment on vous présente une certaine sexualité comme une norme, comment vous pouvez savoir enfant, tout-petit comme ça, que ce n'est pas vrai, que ce n'est pas normal... Votre rôle permettrait de montrer une norme » (M1)

« Peut-être que dans une société comme aujourd'hui où finalement il n'y a pas trop de règles, où le cadre n'est pas toujours donné par la famille, peut-être que le médecin généraliste peut avoir une place dans cette éducation-là, sur la sexualité » (P1)

Capacité d'orienter vers d'autres personnes ressources :

« Dire "pour telle ou telle question tu peux plutôt aller voir telle personne" » (M3)

e. Réassurance

Réassurance de l'enfant, par sa communication et habiletés relationnelles : « Quand mon fils était inquiet pour sa croissance, ça a apporté le côté médical... ça l'a rassuré... Il ne s'inquiète plus » (M1)

Réassurance du parent par le MG : « En tant que parent il y a des questions tout seul on n'y arrive pas. Ça peut rassurer des parents, moi je serais rassurée aussi d'avoir des réponses... Je suis contente d'avoir certaines informations et de les entendre dire à mes enfants d'une autre façon » (M1)

f. Confident

« C'est quelqu'un qui nous connaît bien au niveau santé et c'est un confident » (M2)

« Soigner c'est écouter. Soigner tous les types de bobos, physiques, à l'intérieur. Si à lui on ne peut pas confier qu'on va mal alors à qui on va le confier ? Bon à ses proches oui, mais ils ne peuvent pas forcément nous aider. Le médecin il est censé être... en tout cas savoir vers où nous guider » (M3)

Remise en cause du terme « médecin généraliste » : « J'aimais bien avant on disait "médecin de famille". Je trouvais que ce terme était bien agréable pour nous parce que c'était comme un soutien de famille quelque part, où on pouvait parler de ce qu'on ressentait, de ce qu'il se passait dans notre famille » (M3)

g. Légitimité du MG

« Je pense qu'il l'écouterait plus, il sera plus à l'écoute. Avec le parent, il va me dire "qu'est-ce que tu en sais toi ?" » (P3)

« Ça accompagne bien, ça répond différemment, je vais dire de manière légitime... Je pense que cette légitimité elle est importante... Ça ne suffit pas ce que nous racontons parce qu'on n'a pas la légitimité du médecin. Donc quand il y a des fonctionnements, ou des dysfonctionnements, ou des changements du corps, la légitimité est importante... La légitimité du médecin apportera plus à mon discours en fait, parce que moi il me fait répéter » (M1)

h. Compléter le rôle du parent

Potentielles difficultés relationnelles dans certaines familles : « Il y a des parents qui sont plus ou moins bloqués, il y en a qui n'en parlent pas » (P3)

Manque potentiel de connaissances des parents : « Les enfants ont beaucoup de questions, et les parents n'ont pas peut-être toujours les bonnes réponses ou les réponses complètes » (M1)

Connaissances solides du MG : « Un médecin c'est quelqu'un qui a déjà des compétences techniques, des connaissances sûres, ça aide, parce que moi je ne suis pas très sûr de mes connaissances » (P2)

Compléter le rôle du parent : « Il y a des questions que l'on n'ose pas poser, dans la famille il y a peut-être des choses que l'on n'ose pas dire. On ne dit pas tout aux parents » (M1)

« Ça permettra aussi d'avoir un angle médical un peu plus poussé que ce que peut avoir la famille, parce que forcément nous on n'est pas médecin » (P1)

« Le médecin peut palier aussi aux difficultés des familles en prenant le contre-pied. Quand ça ne peut pas se faire d'un côté, c'est bien que quelqu'un d'autre prenne le relais » (M3)

« Je pense que ça peut être un relais s'il y a une interrogation, ou une gêne, ou une méconnaissance des parents qui ne pourraient faire face à des questions éventuelles » (P1)

Travail d'équipe : « L'un n'empêche pas l'autre en tout cas » (M3)

« C'est un soutien, c'est un travail d'équipe en fait... Je trouverais ça intéressant de pouvoir aborder certaines questions de visions différentes. Le médecin répondrait aux questions de manière différente, ça compléterait en fait mes réponses, ou ça me rassurerait sur les réponses que j'ai apportées » (M1)

« J'aimerais bien qu'il m'aide un peu, mais je ne lui ai jamais demandé cela dit » (M3)

2. Facteurs influençant le dialogue

a. Le médecin

Une mère pensait que « *ce qui compte c'est la compétence* » (FG3), comprendre « médicale ». Or les qualités pour aborder la sexualité n'apparaissent pas forcément basées sur les connaissances.

i. Capacité à prendre du recul par rapport au corps humain

« *Les seules personnes qui prennent énormément de recul sur le sexe, sur l'apparence, sur le corps de l'autre, ce sont les médecins, parce qu'on vous a appris à le faire pendant des années, c'est votre job, c'est de la mécanique plus ou moins. Les patients non, le corps c'est le leur, il est privé* » (P1)

ii. Capacités de communication

« *Il a un peu discuté avec elle au niveau psychologique. Dans la voiture je lui dis "il est vraiment super parce qu'il n'est pas là que pour nous donner des médicaments tu vois, il a discuté avec toi"* » (M2)

A été soulevé le relationnel claudicant de certains MG, réclamant plus de « dialogue » (FG1) :

« *Il y en a qui dialoguent mal, ils ont les connaissances il n'y a aucun doute, mais ça ne sort pas* » (P2)

« *Celui que j'ai en ce moment il ne pose pas trop de questions* » (FG4)

« *Il a proposé le vaccin contre le papillomavirus, du coup elle a un peu posé des questions, et lui de suite il a dit "ah ben c'est pour ta santé et puis ben tu verras avec maman... C'est à tes parents de décider". Aucune explication, et on est reparti avec l'ordonnance... Elle a posé des questions mais n'a pas eu le retour qu'elle attendait... ça manque un peu d'humain je trouve* » (FG1)

iii. Qualité d'écoute

Approuvée par toutes les mères du FG : « *Quelqu'un qui soit à l'écoute forcément* » (M2)

iv. Relation de confiance

« *Je pense qu'on est toujours plus à l'aise de parler de sujets délicats quand on a une relation de confiance. Une personne qu'on côtoie depuis longtemps, qui nous connaît, ça crée des liens. Du coup après on aborde plus facilement. C'est-à-dire "je peux lui parler parce qu'il me connaît bien"* » (M1)

Un long suivi favoriserait le dialogue :

« *Faut vraiment être très à l'aise avec le médecin. Il faut le connaître depuis des années* » (FG4)

A l'inverse, discuter de sexualité avec un médecin inconnu apparaissait difficile :

« *Je ne me vois pas discuter de ça avec n'importe quel médecin. Si demain mon médecin n'est pas là, discuter de but en blanc de sexualité avec quelqu'un qui le remplace, pour moi c'est compliqué* » (M2)

Remise en cause de l'importance de l'ancienneté de la relation : « *Ce n'est pas forcément une personne qu'ils connaissent depuis longtemps qui va leur permettre d'être plus à l'aise* » (M1).

Elle répondit par l'affirmative au fait qu'un.e intervenant.e extérieur.e, venant ponctuellement, pouvait favoriser le dialogue.

Ressenti des adolescent.e.s vis-à-vis de leur médecin :

« *Est-ce qu'on peut le savoir avant, non hein ?* » (M1)

« *Je me mets à la place d'un enfant, discuter de sexualité si ce n'est pas son médecin, ça me paraît difficile* » (M2)

Les compétences biomédicales n'apparaissent pas si primordiales : « *Ce n'est pas parce qu'on a un bon médecin en face de soi qu'on lui fait forcément confiance et qu'on peut lui parler de tout* » (M3)

Un père contredit la plupart des idées de ce paragraphe : « *Notre médecin est resté en dehors de ça, pourtant on a confiance en elle, on vient tous chez elle depuis longtemps, ce n'est pas un problème de confiance, et ce n'est pas un problème de dialogue non plus parce qu'elle dialogue bien* » (P2)

v. Amener progressivement le sujet

« *Si vous en parlez avec une famille ultra catholique où le père amène son gamin ou sa gamine en consultation avec un tabou monstrueux et une chape de plomb au-dessus de ça, et que le médecin dit "bon on va parler de sexualité", à mon avis il va se faire recevoir ! Et le père va dire "non ça va aller merci", et on n'en parlera pas* » (P1)

Importance du motif de consultation : « *Si on vient pour un vaccin on ne s'attend pas à parler de sexualité... Le médecin ne peut pas dire "bon bah aujourd'hui on vient faire le vaccin et on va parler aussi de la sexualité"* » (M2). Ainsi, de but en blanc, « *ça paraît compliqué* » (M2).

Briser progressivement le tabou : « *Ça peut être à l'occasion d'une consultation, pour un rappel de vaccin, et de dire "effectivement, ben tiens..."*, amener le sujet » (M2)

Le.la jeune « *aurait besoin d'un échange au départ pour être à l'aise* » (M1).

Deux parents ont confié qu'ils ne savaient pas par où commencer avec le MG, à propos de la sexualité : « *C'est surtout que c'est vaste* » (P1)

« *Le problème c'est qu'il y a des questions très différentes... Plus tôt, il y a "comment on fait les bébés ?"... Puis après, plus grand, ils parlent d'échanges amoureux, de sexe, de poitrine, de transformation, c'est quand même un peu différent* » (M1)

vi. Gêne du médecin

« Ça doit être délicat aussi pour un médecin » (M2)

« Ça ne pourrait pas se faire avec n'importe quel médecin, il y en a ce n'est même pas la peine ! » (P2)

vii. Temps de consultation trop court

Un peu moins inhérent au MG, le temps de consultation a été jugé trop court par tous les parents :

« 20 minutes c'est court parce qu'on ne va pas parler dès la première minute, il y a ce moment de mise en confiance. Au début on n'ose peut-être pas poser des questions, et puis après on va être plus à l'aise, on pourra aller plus loin dans les questions et dans les réponses » (M1)

« On est quand même chronométré... On n'a pas 1h devant soi pour discuter de choses et autres... Dans les 15 minutes vous avez inclus le règlement par carte bancaire et l'ordonnance. Donc il se passe 6-7 minutes maximum vraiment de relation humaine entre le médecin et le patient » (P1)

« C'est court parfois pour créer un lien de confiance » (P2)

- Le parent en ressortait frustré de la consultation :

« Ça m'est arrivée de rentrer chez moi avec des questions... Il y a des choses dont on aurait envie de parler, puis on ne le fait pas parce qu'on voit que le médecin il n'a pas le temps, il est débordé. Oui j'ai souvent eu envie de passer du temps avec le médecin, parler de plus de choses » (FG4)

- Ressenti de l'adolescent.e :

« Je ne le vois pas en moins de 20 minutes se déridier suffisamment » (P2). Toutefois il indiqua que « si un jeune a des questions bien précises à poser, ça peut être abordé en 20 minutes » (P2).

- A contrario, lorsque le MG prenait le temps, le dialogue était d'autant plus important :

« Si le médecin n'est pas trop pressé on va dire des choses, on va parler un peu plus » (FG4)

« Le mien s'apparente à un médecin de campagne, il est ouvert tant qu'il a du monde, il ne minute pas ses visites, donc des fois on attend longtemps parce qu'il ne donne pas de rendez-vous, mais on sait pourquoi on y va quoi. Donc c'est pour ça que je suis chez lui depuis 20 ans » (FG5)

- Ainsi, la sexualité demanderait un temps de consultation plus long :

« Vous ne pouvez pas aborder ce sujet-là sans avoir un minimum de temps devant vous » (P1)

« Je pense que la consultation devrait être un peu plus longue que 20 minutes » (M1)

« Ce serait bien que le médecin prenne plus de temps » (FG4)

viii. Congruence des genres

Différence de sexe entre le MG et l'enfant, un frein pour la moitié des parents : « *C'est sûr il y a un problème de sexe... Le médecin aussi il est sexué, donc c'est soit une femme soit un homme* » (P1)

« *Je peux imaginer qu'un ado homme... quand on va au médecin et c'est une femme, waw... compliqué* » (P1)

« *On n'a jamais parlé de ça, on a toujours eu des médecins hommes, est-ce que c'est ça... ? Je ne vois pas mes filles parler de ça avec le médecin en fait... Elles ne sont déjà pas à l'aise avec ça, alors de parler de ça à un homme, pour elles c'est une montagne j'ai l'impression... Ma fille qui a 16 ans, maintenant elle a envie d'un médecin femme* » (FG4)

« *Un médecin du même sexe, peut-être qu'il sera plus entendu* » (M1)

« *Il me semble qu'on parle plus facilement sexualité avec des gens de même sexe, que ce soit médecin ou amis* » (M3)

Importance de la congruence avec l'avancée en âge : « *Je pense qu'à un certain âge, le sexe du praticien a son importance, ça peut se comprendre par rapport à une certaine pudeur aussi* » (FG2)

b. L'enfant

i. Âge de l'enfant

« *Comme elle était petite, elle avait 11 ans, ça a été plus facile que pour une adolescente. Si elle avait eu 15 ou 16 ans, ça aurait peut-être été un petit peu délicat* » (FG3)

Représentations d'une mère sur le « jeune âge » de son adolescente de 12 ans, jugeant trop tôt le dialogue avec le MG sur les IST : « *Elle est encore un peu jeune* » (FG3)

ii. Gêne de l'enfant

« *Le connaissant il pourrait être un peu gêné* » (M1)

iii. Peu de consultation annuelle pour l'adolescent.e bien portant

Deux pères remarquèrent qu'un.e adolescent.e bien portant ne consulte guère un MG.

Ainsi, aucune situation ne s'était présentée : « *Je n'arrive même pas à me souvenir de sa dernière consultation, il ne vient pas souvent, il l'a très peu vu* » (P2)

« *Vous savez aujourd'hui on ne va pas chez le généraliste pour rien* » (P1)

« *Chez les tout-petits oui, il reste cet aspect "on mesure, on pèse, on vérifie les oreilles", et tout, puis après chez les grands il n'y a plus tout ça* » (M3)

c. Parent

i. Présence du parent en consultation

Evoquée spontanément par ¾ des parents : « *Quand on est face à son médecin traitant, qu'on discute de ça, on est quand même plus concentré, plus réceptif* » (M2)

« *Il faudrait sans le parent, que l'enfant reste seul avec le docteur* » (P3)

Cette mère a cherché une réponse au fait que sa fille ne discutait pas de sexualité avec son MG :

« *Peut-être que je suis là aussi tout le temps avec elle dans le cabinet...* » (FG4)

Certains proposaient à leur enfant de le/la laisser seul.e avec le MG :

« *Je lui ai proposé, si elle voulait discuter avec lui, de sortir du cabinet* » (FG5)

« *Pour certains types de consultation on lui propose d'être seule, ça se fait facilement* » (P2)

« *Je suis sortie déjà une partie de la consultation* » (M1)

Absence du parent bénéfique : « *Il y a des choses qui peuvent ressortir de consultation sans que les parents ne soient là. Il se passe des choses très différentes avec la famille ou le médecin* » (M1)

ii. Gêne du parent

Relation triangulaire avec son enfant et le MG : « *Ça dépend du caractère du gamin et des parents aussi, parce que des parents ont trop peur, ils peuvent bloquer l'enfant* » (P3)

Concernant une IST récente, cette mère confia une certaine crainte concernant une « *idée de jugement* » (M2) de la part du MG.

iii. Relation parent - enfant

Une mauvaise relation entretenue entre le parent et l'enfant ne favorisait pas le dialogue avec le MG : « *Il y a des familles qui sont proches de leur enfant et qui pourrait faire cette démarche-là, il y a des familles qui ne le feraient pas du tout* » (M1)

iv. Connaissance des compétences du MG

« *Je ne sais pas après quelle est la limite entre ce qu'il peut faire pour aider, pour guider. Je ne connais pas le cursus, les études des médecins, pour savoir jusqu'où ils sont "autorisés" à entrer dans ce cercle-là, dans cette intimité* » (M3)

Possibilité pour le MG de recevoir seul un.e jeune en consultation : « *Je ne sais pas s'il a le droit, je me suis posée la question. Je lui ai parlé à elle du secret professionnel, après je ne sais pas comment ça se passe vis-à-vis des enfants en fait, s'il y a quelque chose de vraiment très grave* » (FG5)

3. Qui aborde ou qui doit aborder le sujet ?

Aucun parent n'a exprimé un refus d'aborder la sexualité avec le MG.

MG : La quasi-totalité souhaitait que ce soit le MG qui aborde la sexualité en consultation :

« Ça ne peut être que le médecin qui doit aborder le sujet. Maintenant ça peut être très mal perçu, donc à lui de juger » (P1)

« A mon avis c'est plutôt au médecin de tendre la perche, d'aborder le sujet » (M2)

« Ça ne me choquerait pas que le médecin aille au-devant, je pense qu'il y est formé, ça fait partie certainement des choses qu'il a apprises pendant toutes ses années d'études... de sa mission en tout cas de suivi » (M3)

L'abordant peu avec son fils, cette mère réclamait même l'intervention de son MG : *« Ça m'aiderait beaucoup que le généraliste puisse aborder le sujet, ça m'enlèverait une épine du pied » (M3)*

Enfant : *« J'aimerais bien qu'il soit capable de le faire, mais je ne pense pas que ce soit le cas. Je pense que s'il avait un gros problème il irait, parce qu'entre guillemets, il n'aurait pas le choix » (M3)*

« Normalement quand on consulte un médecin on vient avec ses questions, mais un jeune il n'aura pas l'idée de faire la démarche » (P2)

Parent : Aucun.e interviewé.e a statué sur le fait que ce soit au parent d'aborder le sujet avec le MG.

4. Quand aborder le sujet ?

Evoqué par un seul parent. Plusieurs éléments ressortaient au fur et à mesure de sa réflexion, classés par ordre chronologique.

a. Avant la puberté

« ... Un problème d'hygiène locale, pour les garçons notamment... un problème physique... Je ne sais pas comment il peut aborder ça, c'est compliqué avant » (M2)

Questionnement de l'appartenance de l'hygiène intime au domaine de la sexualité :

« On ne va pas parler de la sexualité, enfin... ça en fait partie aussi quelque part » (M2)

b. Au début de la puberté

« Je pense que le médecin a un rôle à jouer à l'apparition de la puberté... Il est là pour répondre à certaines questions, et il a un rôle d'informateur auprès des jeunes au moment de la puberté » (M2)

Filles : «... au moment justement de l'apparition des règles... La bonne idée ça serait à partir du moment où la petite fille a ses règles, de dire "ben au fait, voilà, comment ça se passe, est-ce que tu as des douleurs ?", et puis du coup arriver à dévier par rapport à ça » (M2)

Intérêt d'une recommandation : « Est-ce qu'il faut que ce soit préconisé au médecin à l'occasion de la venue des règles ou d'autre chose je ne sais pas ? » (M2)

Garçons : « Ça peut être "tu as vu ton corps se transformer ? Est-ce que tu sais ce que ça implique ?" » (M2)

c. Début des relations

« Aux alentours de 16-17 ans, sur un cran au-dessus je dirais, par rapport à la responsabilité, la protection... le côté sanitaire de la sexualité » (M2)

d. Evènement particulier, moment opportun

Tout comme avec le parent, il était mentionné l'existence d'évènements particuliers qui « rythment » (M2) le dialogue : « Si le médecin se retrouve confronté à quelqu'un qui est enceinte » (M2)

« Il faudrait choisir aussi le moment opportun par rapport à la personne » (M2)

5. Intérêt d'une consultation avec le MG dédiée à la sexualité

a. Intérêt ?

L'intérêt d'une consultation dédiée non soulevé lors du FG par manque de temps. Tous les parents en EI ont approuvé l'idée de mettre en place cette consultation :

« Ça ne serait pas une mauvaise idée, ça serait pas mal à faire » (P3)

« Ça ne m'est jamais venu à l'esprit, mais ça serait très bénéfique... basée sur des connaissances solides. Ce serait une excellente idée parce qu'il n'y a pas la gêne qui peut y avoir parent-enfant, ou qu'il peut y avoir à l'école, je vois mal un même poser une question au prof pendant le cours ! » (P2)

« Ça serait bien qu'il y ait quelqu'un qui prenne chaque adolescent à un moment donné » (M3)

« Ça serait à mon avis une sacrée révolution dans certains foyers » (P1)

Implication des autorités concernant la sexualité dans le suivi recommandé des enfants : « Le protocole qu'on nous propose pour vacciner nos enfants, entre guillemets, presque on nous impose, on vous dit "à tel âge il faut faire ci, à tel âge il faut faire ça", mais après on le lâche un peu dans la nature. C'est vrai qu'il y a toute une partie d'évolution de sa vie, notamment cet aspect-là... » (M3)

Intérêts :

- ⇒ Aucun.e enfant ne serait délaissé.e : « Ça serait un passage obligé pour toutes les familles » (P1)
- ⇒ Angle médical sur la sexualité : « Ça permettra d'avoir un angle médical un peu plus poussé que ce que peut avoir la famille, un éclairage différent... nous on n'est pas médecin » (P1)
- ⇒ Détection de problèmes physiques ou psychiques : « Ça peut lever une vraie problématique médicale... un moyen de détection d'une pathologie physique ou psychique » (P1)
- ⇒ Détection du non-dialogue : « Quand le médecin a vu l'enfant, (ce dernier) lui dit "mais attendez je n'ai jamais parlé de ça", puis expliquer aux parents que ce n'est pas normal... Ça permettrait de lancer le sujet dans des familles où ça n'est pas abordé... ça enclencherait la discussion... lever un tabou, un frein » (P1)

Souhait d'une place plus importante de la sexualité dans le domaine de la santé :

« Là je vois pour enlever quatre dents de sagesse incluses dans l'os il leur faut 20 minutes tout compris, et puis c'est une machine, ils en font X dans l'après-midi, il n'y a pas de problèmes, on reçoit l'ordonnance avant, tout est cadré. Pour la sexualité c'est différent, et ce n'est pas moins important... dans ce domaine il reste encore beaucoup à faire » (P2)

b. Âge de l'enfant pour cette consultation

i. Primaire

Lieu rassurant, enfants préservés : « On est dans un petit quartier, une petite école, tous les voisins vont dans la même école, tout le monde se connaît... J'ai eu le sentiment qu'ils étaient un peu à l'abri de tout à l'école primaire... Suffit de regarder une cour d'école primaire, c'est des petits » (P2)

Trois parents ont cité la fin de l'école primaire : « Si c'était une institution d'aller à 10 ans chez son médecin pour faire un check-up dont la sexualité fait partie, là oui ça pourrait être plus efficace » (P1)
« Je pense 10 ans » (P3)

A contrario, ce père estima qu'« avant le collège franchement les parents se débrouillent, après ça devient plus compliqué » (P2).

ii. Collège

La majorité des parents, après évolution de leur réflexion durant l'entretien, estimèrent « l'entrée en 6^e » (M1) comme moment opportun. C'est une source de bouleversements :

- ⇒ Nouvel environnement : « Le collège, ils prennent le bus, ils vont en ville, c'est grand, c'est impersonnel... Suffit de regarder une cour de collège, les choses changent » (P2)
« C'est un environnement différent, un peu plus débridé » (P1)

- ⇒ Côté d'adolescent.e.s ayant déjà débuté.e.s leur puberté : « *Le jeune est un peu perdu parce qu'il est le plus jeune de son école, il regarde la cour il voit qu'il y a des plus grands* » (P2)
- ⇒ Début de sa propre puberté : « *Ça correspond à l'âge où ils commencent à avoir des changements corporels... Il voit qu'il change petit à petit* » (P2)
- ⇒ Majoration du questionnement : « *Il se pose beaucoup de questions sur l'avenir, sur le présent* » (P2)
- ⇒ Nécessité d'aider les jeunes à ce moment-là : « *Ils se sont retrouvés dans une situation où toute aide supplémentaire est la bienvenue... C'est à ce moment-là qu'il faut agir* » (P2)

iii. Lycée

Evoqué avec doute par un seul parent : « *Je ne sais pas si 16 ans c'est le bon âge ?* » (M3)

iv. Difficulté de cibler l'âge

Personnalité : « *C'est à adapter à la personnalité du gamin* » (P3)

Âge de début de puberté : « *Il y en a chez qui ça commence beaucoup plus tôt, d'autres chez qui ça se réveille beaucoup plus tard* » (M3)

Maturité : « *Ça dépend des gamins, il y en a à 10 ans c'est des bébés, plus que d'autres* » (P1)

« *Je ne suis pas sûre que cette consultation dépende forcément de l'âge de l'enfant... On ne peut pas dire comme "à 6 ans il faut faire tel test tel bilan"... ou "tiens, toi tu as 16 ans, viens je vais te raconter quelque chose"... Là ça arrive un peu "sans sonner"... Entre 10 et 17 ans... Je ne suis pas sûre qu'il y ait un vrai âge en fait, ça serait au médecin de le sentir* » (M3)

v. Spécificité des jeunes filles

La ménarche est apparue comme une étape clé du dialogue avec le MG. Les avis étaient partagés entre le fait d'engager la discussion avant ou au moment de l'arrivée des règles.

De manière unanime il est ressorti que le dialogue avec une fille devait être engagé plus tôt qu'avec le garçon, justifié par une maturité avancée :

« *Je pense que pour une fille, un peu plus tôt* » (M3)

« *À 13 ans elle était dégourdie, là ils ont 16 ans... ils sont plus endormis les garçons* » (P3)

c. Durée / Nombre de consultations

Deux idées majeures ont été soulevées :

⇒ Durée de consultation plus longue :

« La consultation devrait être un peu plus longue que 20 minutes » (M1)

« On peut imaginer une consultation spécifique, avec un cadre un peu particulier, où le médecin va devoir prévoir 30 minutes » (P1)

⇒ Echelonner sur plusieurs consultations :

○ Soit rien qu'avec l'enfant : « Peut-être plusieurs s'il y avait un choix à faire... Au début on n'ose pas poser des questions, puis après on va être à l'aise, on pourra aller plus loin dans les questions-réponses... La mise en confiance elle peut être gagnée à la première, et puis être réinvestie à la deuxième » (M1)

○ Soit en incluant les parents : « Il faudrait faire au moins deux rendez-vous : un avec les parents, et un avec l'enfant, voire même un troisième avec tout le monde » (P1)

d. Caractère obligatoire de la consultation

i. Avis pour le caractère obligatoire

Parallèle avec les obligations de consultations dans l'enfance : « Les enfants ils sont obligés d'avoir des consultations à tous les âges, pourquoi pas sur la sexualité ? » (M1)

« Peut-être même que ce soit obligatoire, genre la visite des 6 ans, bah les visites des 16 ans pour parler de sexualité, oui je pense que ça serait pas mal » (M3)

Parallèle avec les obligations vaccinales : « Si dans le programme normal de l'évolution on avait inclus une visite systématique pour les adolescents... comme on a un programme de vaccination, qui permettrait d'aborder certaines thématiques, ça permettrait peut-être de lancer le sujet dans des familles où ça n'est pas abordé... ça serait aussi un passage obligé pour toutes les familles » (P1)

Possibilité de suppléer certains parents : « J'ai des difficultés à aborder le sujet avec mon enfant, peut-être s'il y avait une "obligation" il faudrait qu'il y passe quoi... Ce serait une sorte de vaccination, sauf qu'il n'y a pas de piqûre » (M3)

Proposition d'instaurer une visite obligatoire : « Si on veut que ça fonctionne, c'est de se dire "recommandation nationale dans le processus de suivi médical de la population française, à 12, 11 ou 10 ans, chaque enfant a une consultation", un peu comme quand vous allez à l'armée » (P1)

Rapport avec la notion de couverture vaccinale minimale : « Si c'était une institution d'aller à 10 ans chez son médecin faire un check-up dont la sexualité fait partie, là oui ça pourrait être efficace » (P1)

ii. Avis contre le caractère obligatoire

« Obligatoire ça ne le fera pas, il y en a qui ne voudront pas » (P3)

Parallèle avec la polémique sur l'obligation vaccinale :

« Obligatoire ce n'est pas dans les mœurs, ce n'est pas dans les idées » (P2)

« Je ne suis pas sûre que les gens seraient encore prêts » (M1)

Importance du côté humain : « Il y a quand même un côté relationnel, alors que pour la visite des dents... faut que ça puisse se faire » (P2)

Importance de l'avis de l'enfant : « Faut quand même que le jeune le veuille, on ne peut pas l'obliger à converser avec quelqu'un qu'il n'aura pas choisi lui-même... Disons à un jour J, à une heure H, qu'on a prévu, ça ne va pas forcément le faire... C'est un peu raide, obligatoire » (P2)

Mise en garde contre le caractère non obligatoire : « Je ne dis pas qu'il faut ce soit tout obligatoire mais si on ne donne pas un caractère, une importance, je ne pense pas que cela se fera » (M1)

iii. Caractère recommandé

Recommandations aux MG et parents-enfants de réaliser une consultation spécifique à la sexualité, juste milieu approuvé par plusieurs parents :

« Je pense que ça devrait être conseillé » (P3)

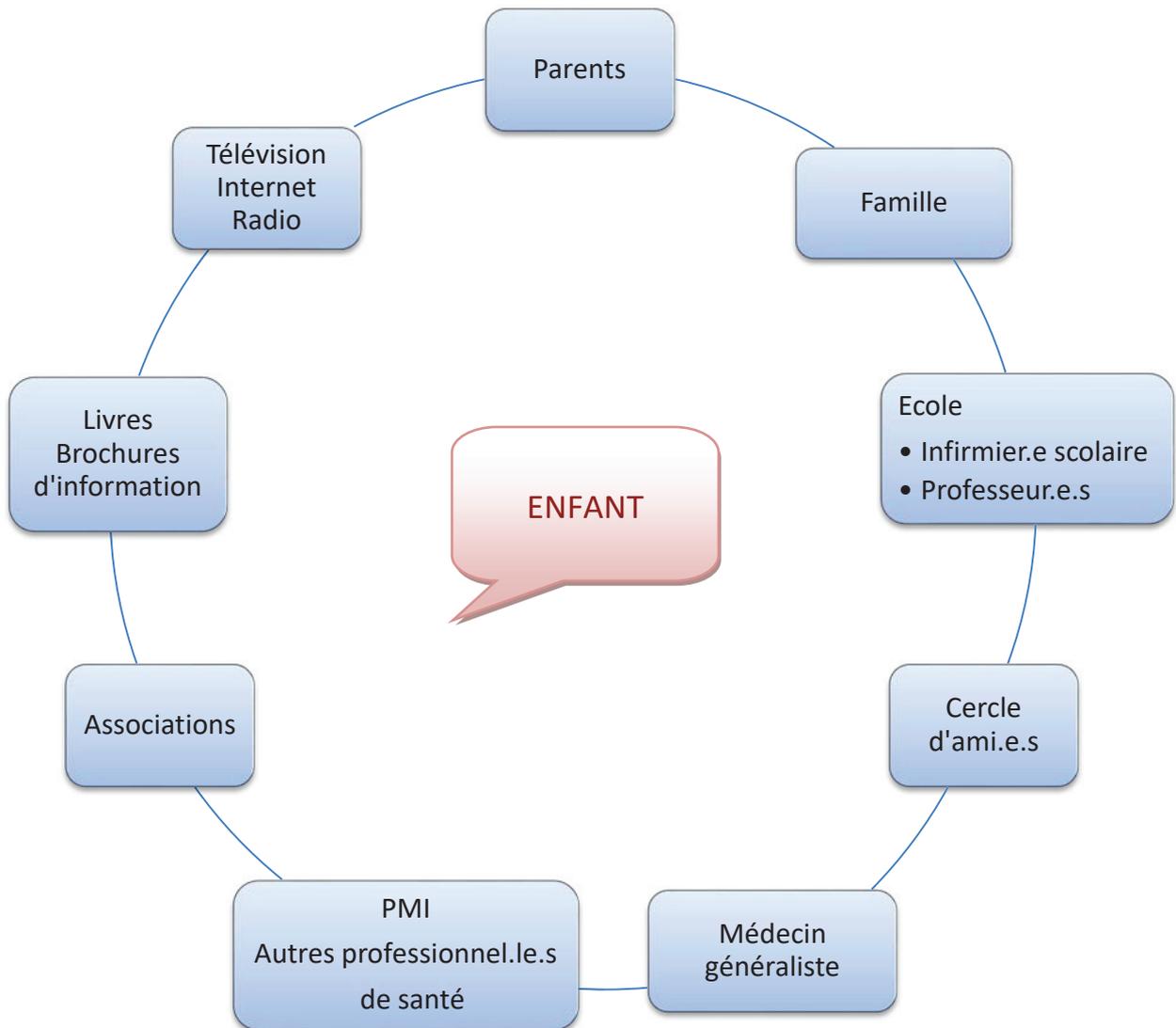
« Il faut que ce soit préconisé au médecin » (M2)

« Recommandé, comme les dents justement, ce n'est pas obligatoire mais bon, tout le monde est d'accord pour dire que c'est bien » (P2)

Discussion des conséquences de telles recommandations :

« En fait je ne crois pas en la substitution des obligations familiales. Aujourd'hui la famille a un rôle dans l'éducation des enfants, ceux qui ont oublié il faudrait leur rappeler plus souvent. Le désengagement des familles on le voit, il y a des parents qui ont complètement abandonné l'éducation et qui ont dit "ah bah de toute façon il y a l'école qui s'en occupe"... Si maintenant il y a l'école, puis les médecins, etc., "ouais mais non, vous avez une responsabilité !". Ce que l'on ne rappelle pas assez aux parents c'est qu'ils ont une responsabilité légale » (P1)

G. Sources d'information de l'enfant selon le parent



Ressources potentielles d'information humaines et matérielles pour l'enfant citées par les parents.

N'ayant vocation de classer les sources, elles pourraient l'être selon plusieurs niveaux d'importance :

- Chronologie d'apparition dans la vie de l'enfant
- Degré d'accessibilité par l'enfant
- Degré d'utilisation par l'enfant
- Légitimité de la source

1. Parent

A la question « par qui doit-être dispensée l'éducation à la sexualité ? », « le parent » est toujours revenu en 1^{ère} position dans l'énumération, et ceci même chez les parents n'ayant peu ou pas de dialogue avec leur enfant : « *Les parents jouent un rôle, certainement* » (M3)

2. Sœurs et frères

Les « frères et sœurs » (FG3) étaient cités de manière moindre. Les facteurs favorisant étaient :

- Faible différence d'âge entre les deux enfants.
- Jeune âge des enfants : « Il y a encore cet âge qui fait qu'ils sont assez complices... Il n'y a pas cette pudeur... Ils prennent leur douche ensemble » (FG2)

Le risque était que « ça peut être un peu déformé, interprété » (P1).

3. Famille

Citée par la quasi-totalité des parents : « La famille en général » (M2), « Le foyer large » (P1), « Les grands parents » (FG3), « Les cousins » (FG5)

« Je pense que des proches c'est toujours mieux que d'aller en milieu médical » (M3)

Complicité racontée par une mère entre sa fille et sa cousine d'âge similaire : « Elles comparent toujours, "moi j'ai les seins qui poussent, toi t'en as moins, j'ai les poils, toi t'en as pas » (FG5)

L'enfant se tournait vers le « parent » avec lequel il/elle se sentait à l'aise et avait « un atome crochu particulier » (M2).

4. Cercle d'amis

Un tiers des parents cita les « copains-copines » (FG3), avec la même mise en garde que les sœurs et frères : « Leurs conversations entre eux, ça vaut ce que ça vaut, ça véhicule pas mal d'erreurs » (P2)

Le souci étant que, pour le parent, « si c'est les copains on ne maîtrise pas du tout le sujet » (P1).

Ce père raconta sur un ton ironique un épisode de dialogue entre eux :

« Je le vois avec ses copains quand ils sont 3-4 dans la voiture, je les trimballe à droite à gauche, je me fais un peu oublier et je les écoute parler d'une oreille. A les entendre, rien n'a plus de secret pour eux ! C'est l'âge où ils sont un peu grande gueule et y'a pas grand chose derrière » (P2)

5. Ecole

Tous les parents ont cité l'école comme source d'information.

Ecole primaire :

« L'information ils l'ont eu au collège et même avant d'ailleurs, en primaire aussi » (M2)

« Ça fait partie de nos programmes, savoir s'occuper de soi-même, se respecter » (M3)

« C'est abordé par l'école, au niveau du corps humain, des différences... Dans l'enseignement moral et civique des nouveaux programmes on parle des garçons et des filles » (M1)

Collège : « En 4^e, c'est là que ça commence un petit peu » (M3)

Caractère magistral des cours : « Le prof de bio il explique, c'est juste un cours » (M3)

Lycée : Peu développé, sauf par une mère professeure des écoles sur un ton ironique :

« Si demain on met les profs à l'éducation sexuelle dans les lycées, alors là on va rire » (M2)

Surveillant.e : « Peut-être les surveillants » (P1)

Enseignant.e :

Accompagnement par des livres : « Il y avait un livre où il y avait tout une explication, vous étiez bien accompagné, parce que pour ce genre de choses il faut s'y connaître ! » (M1)

Difficultés :

- ⇒ Connaissances de l'enseignant.e : « Pour ce genre de sujet il faut connaître l'anatomie, il faut mettre des mots clairs, des schémas clairs » (M1)
- ⇒ Une professeure de primaire partagea ses difficultés sur l'exactitude des renseignements à fournir aux enfants : « Une partie est faite au collège, ce qui nous décharge bien, sur les aspects plutôt techniques on va dire » (M3)
- ⇒ Solution miracle : « L'enseignement tout seul sans la famille ça ne fonctionne pas » (M1)

L'enfant : Qu'est-ce qu'il.elle en retire de ces enseignements ? :

- ⇒ Problème de groupe : « Comme ils sont en groupe il y a beaucoup de rigolade, ils plaisantent entre eux, je ne suis pas certaine que vraiment l'information importante elle passe » (M2)
« Au début ça rigole, mais après les questions ne sont pas les mêmes, ils n'osent pas, ils sont gênés » (M1)
- ⇒ Problème de mixité : « En CM2 on travaillait avec l'infirmière. En demi-groupe, les garçons, que les garçons, et les filles, que les filles, comme ça ils n'étaient pas gênés, parce qu'à partir du CM2/6^e... Il y a le regard des filles sur les garçons, des garçons sur les filles. Ma fille elle joue encore avec des garçons et des filles, à partir du CM2 c'est plutôt les filles d'un côté les garçons de l'autre » (M1)
- ⇒ Problème du relationnel enseignant.e-enfant : « Avec l'infirmière, en demi groupe... c'était des questions que les élèves filles ne me posaient pas, parce que c'est la maîtresse qu'on côtoie tous les jours... Il y a une limite dans les questions, le lendemain ils me revoient » (M1)
- ⇒ Problème du regard des camarades de même sexe en demi-groupe.

⇒ **Confiance et détection** : « *En demi-groupe c'est un cercle privé, et il en est ressorti des choses très douloureuses, d'attouchements... Nous enseignants ça nous arrive d'avoir ces témoignages, après on donne le relais car ce n'est pas évident non plus. En grand groupe et avec l'enseignant tout seul ça ne serait pas apparu, ça touche trop de l'intimité* » (M1)

Interrogation sur les priorités dans l'enseignement : « *On fait plein de choses dans les lycées, dans l'Éducation nationale, on fait de l'éducation citoyenne, de l'éducation développement durable, et ça ? Pourquoi pas la sexualité ? C'est un sujet tabou... Pourquoi ça ne se fait pas ?* » (M2)

Sur les sources principales de l'enfant, elle conclut : « *De toute façon l'enfant, ses processus de socialisation c'est la maison, l'école, et les clubs de sports, de loisirs* » (M2)

6. Professionnel.le.s de santé

« *Professionnels de santé* » (M1), « *corps médical large* » (P1) : sources admises par tous les parents.

a. Médecins

Tous les parents ont mentionné le MG comme source d'information, développé ci-dessus, page 74.

b. Infirmière scolaire

Citée par 1/3 des parents. Hormis M1 détaillant ci-dessus une séance d'éducation à la sexualité dans sa classe de CM2 en demi-groupe en binôme avec l'infirmière, cela n'a pas été développé positivement par les parents. Trois parents ont exprimé leur doute quant à l'efficacité des infirmières scolaires :

« *Je suis prof, je trouve que les infirmières elles ne font pas grand choses dans les lycées. Ce sont elles qui décident de faire venir des intervenants, sur n'importe quel sujet, mais il n'y a pas d'obligation. Dans leur cahier des charges, il n'y a pas "cette année il faut faire une intervention handicap, une intervention sexualité" par exemple* » (M2)

« *Après comment c'est perçu ? C'est en groupe, ce n'est pas lors d'un entretien individuel. J'imagine que tout le monde doit ricaner dans son coin, quand on montre un préservatif c'est la cohue* » (P1)

« *Dans mon lycée depuis que l'infirmière a changé, ça fait 2 ans, je me rends compte que tout ce qui est information sur la sexualité n'a pas eu lieu* » (M2)

« *Une infirmière pour 800 élèves 3 fois par semaine, j'ai du mal à imaginer qu'elle puisse faire ce genre de travail-là* » (M3)

c. Planning familial

Une mère désigna le « *planning familial* » (M3) comme ressource sans détailler.

d. PMI

Deux mères citèrent la « *PMI, donc le conseil général* » (M2), avec un doute persistant quant à l'organisation exacte de cette structure et celle citée ci-dessus :

« *Je crois maintenant que le planning familial c'est devenu la PMI...* » (M3)

e. Sage-femme

Un parent rapporta que sa « *tante qui est sage-femme en PMI fait des interventions dans les collèges et lycées. Il y a 2 ans elle était venue et avait fait une intervention sous la forme de débat questions-réponses* » (M2). Sa tante, de par ses connaissances médicales et ses habiletés relationnelles, « *échange beaucoup* » avec M2 et est « *très proche* » du fils de M2.

f. Psychologue

L'histoire familiale de cette famille a conduit ce père à emmener son fils voir un psychologue : « *C'est un espace de parole qui va peut-être permettre d'envisager de discuter de certaines choses* » (P1)

Néanmoins cette solution était envisagée que si « *ça se passe mal... Si on n'y arrivait plus je ferais en sorte qu'il y ait effectivement un relais médical, mais plus chez un psy qu'un généraliste, pour qu'il puisse parler régulièrement, que ce sujet vienne sur la table et qu'éventuellement il entende un discours de la part de quelqu'un d'un peu structuré* » (P1).

7. Assistante sociale

Un père suggéra « *l'assistante sociale* » comme faisant « *partie de ces relais-là* » (P1).

8. Associations

Une mère cita « *des associations* » comme étant « *certainement à l'écoute de ces questions-là* » (M3), tout en ignorant lesquelles : « *Je ne les connais pas parce que je ne m'y suis jamais intéressée* ».

9. Culture

a. Livres

Utilisés principalement chez les jeunes enfants, ils pouvaient être accompagnés par le discours du parent : « *On avait quelques livres, qu'on leur avait lus d'ailleurs, et qui étaient dans leur chambre, qu'ils pouvaient lire eux-mêmes* » (P2)

Un père mentionna les magazines érotiques comme source potentielle sur la sexualité : « *Ce n'est pas des livres de médecine hein, c'est des livres coquins* » (P3), tempérant néanmoins l'utilité sur le plan éducatif : « *Ça donne une image de la femme un peu bizarre, le garçon ou la fille qui regarde ça : "ah elle a une belle poitrine", un garçon : "t'as vu comme il est membré" ; après ils se font des complexes... Ce n'est pas la réalité ça* » (P3).

b. Télévision

Un tiers des parents évoqua « *les médias* » (M3) comme source d'information. La radio, citée, n'a pas été développée, seuls la télévision et internet l'ont été. Souvent le sujet était soulevé par « *un film où on voit des scènes érotiques... ou d'amour* » (M3), ou par « *les clips* » (FG5) de musique.

Le souci restait ce que l'enfant en retirait lorsqu'il n'y avait pas d'accompagnement :

« *Je pense à l'autre *** sur la huit là, les gamins sont fans, mais lui qui parle de ça, on a envie de lui mettre des baffes... ça risquerait de les bloquer, les traumatiser* » (P3)

Il évoqua en comparaison « *de bonnes émissions comme sur la chaîne cinq, "Allo docteurs", c'est pas mal, ils regardent parfois mes gamins... ça relance le sujet, les maladies, la contraception...* » (P3).

c. Internet

Plus de la moitié des parents ont parlé d'internet comme une source de renseignement.

- ⇒ Facilité d'accès : « *Il y en a beaucoup qui ont accès à internet* » (M1)
- ⇒ Source d'information rapide : « *Si on tape "questionnement - sexualité" on doit pouvoir avoir des forums... en tout cas pour avoir une première information* » (M3)
- ⇒ Source d'information discrète et rassurante : « *Peut-être pour assouvir sa curiosité... C'est plus facile de commencer par là parce qu'on est seul face à son questionnement, et on n'est pas obligé d'aller en tête-à-tête avec quelqu'un pour en parler. C'est peut-être plus facile d'en parler à l'ordinateur qu'à quelqu'un en vrai* » (M3)
- ⇒ Qualité des sources : « *Il y a un peu de tout et de n'importe quoi* » (FG1)
« *... qui valent ce qu'ils valent. Ce n'est pas forcément les bonnes réponses adaptées* » (M3)
- ⇒ Risques d'internet : « *Ça peut partir dans beaucoup de déviances, de la pornographie. Ce n'est pas une sexualité qui reflète la réalité, ce qu'on voit dans ces films-là, ces échanges entre hommes et femmes, où il y a des soumissions... ça c'est inquiétant pour les parents de voir qu'on peut avoir accès à ce genre de choses par internet* » (M1)

⇒ Réaction de l'enfant :

« Après, est-ce qu'on fait le tri, le bon tri ou pas le bon tri, ça c'est autre chose » (M3)

« Le problème, c'est s'il n'y a pas d'accompagnement, qu'est-ce qu'ils vont en garder de ce qu'ils croient être la sexualité ? Ça c'est inquiétant pour les parents » (M1)

⇒ Accompagnement :

○ Adolescent.e encore jeune : « Sous surveillance... je ne la laisse pas regarder n'importe quoi, je suis à côté mais elle regarde ce qu'il lui plaît... On peut faire un historique des liens qu'elle consulte » (FG3)

○ Adolescent.e plus âgé.e : « J'aurais beaucoup de mal à aller contrôler dans son ordinateur ce qu'il y fait » (M3)

10. Brochures d'information

L'enfant recevait des informations via des brochures ou « un petit livret », que ce soit « par le biais de l'école... » ou « dans la boîte aux lettres » (FG5), ou disponibles dans certains centres d'information.

11. Tout moyen de communication ou personne avec lequel l'enfant est en rapport

L'éducation se faisait donc « par tous les canaux de communication et les personnes avec qui ils sont en contact » (FG2). Concernant le dialogue avec le parent, « le sujet est amené par une tierce personne, une actualité... » (FG2). Ainsi, à chaque fois que l'enfant recevait une information, par quelconque canal, il pouvait y avoir derrière un dialogue avec le parent.

12. Importance du travail d'équipe

Plusieurs parents ont insisté sur l'importance d'une « sensibilisation à tous les niveaux » (FG2).

Un seul canal d'information « ne suffit pas, c'est vraiment un travail d'équipe, chacun apporte » (M1). « C'est un travail collectif... Quand ça ne peut pas se faire d'un côté, c'est bien que quelqu'un d'autre prenne le relais » (M3)

Intérêt de la multiplication des canaux d'information :

« Par tout le monde... ça fait un faisceau de connaissances, de types d'enseignement, finalement toutes les sources sont bonnes et se complètent » (P1)

Ainsi, complétant tous ces canaux, l'enfant n'aura d'autres sources que « la pratique » (P3).

DISCUSSION

A. Implications majeures de l'étude

« Le parent » est ressorti comme principale source d'information pour l'enfant concernant l'éducation à la sexualité, et ceci toujours en premier dans l'énumération des sources. Ils sont unanimes quant à leur place toute particulière dans la vie de l'enfant et leur importance primordiale dans l'éducation à la sexualité.

Un paradoxe majeur est mis en lumière :

- Les parents se voient comme la ressource principale pour leur enfant en matière d'éducation à la sexualité, ayant un rôle central. Leur place privilégiée dans la vie du/de la jeune, permettant un suivi et un accompagnement durant toutes les étapes de son développement, en fait l'interlocuteur principal. Ils désirent l'aider, dialoguer avec, l'accompagner, ne pas le/la délaissier dans cette période de la vie source de nombreux bouleversements qu'ils ont eux-mêmes vécus.

Ils rapportent n'avoir peu ou pas reçu d'éducation à la sexualité par leurs propres parents.

A posteriori, cette prise de conscience du souhait de plus d'information, de dialogue, et d'accompagnement, renforce leur désir de rompre avec leur schéma familial, de ne pas reproduire les mêmes erreurs en brisant le tabou, et ainsi discuter de sexualité avec leur jeune.

- Pour autant, ils se sentent démunis face à un sujet vaste, aux situations complexes et aux contenus évolutifs, bouleversant leurs positions et leurs affects. Ils rapportent de nombreuses difficultés à instaurer le dialogue. La plupart préfèrent retarder l'échéance malgré leur lucidité sur un amenuisement du dialogue avec l'avancée en âge du/de la jeune et sur la nécessité de dispenser une éducation avant que la sexualité ne se présente. Certains tendent à rester en retrait, par peur, gêne, manque de connaissances, ou inaptitudes relationnelles. Ainsi le dialogue se fait peu, et lorsqu'il se réalise, c'est trop tardivement.

La congruence des genres, la relation de confiance créée et l'adaptation du parent, sont apparues comme moteurs puissants, sans pour autant être des conditions *sine qua non* au dialogue.

Il se dégage l'idée que la présence d'une multitude de facteurs favorisants ne permet pas d'assurer que le dialogue se réalise entre le parent et son adolescent.e.

La sexualisation progressive de l'enfant marque son passage irrémédiable dans une autre catégorie, un détachement de l'emprise parentale, ainsi qu'une rupture dans la relation préservée des premiers âges de la vie. Les positions du parent sont constamment bouleversées, avec un rapport à la fuite du temps entraînant une procrastination du dialogue.

L'implication des pères reste préoccupante et la propension de leurs enfants à se tourner vers leur mère ne favorise pas leur participation à cette éducation. Une prise de conscience est nécessaire quant au rétablissement de l'égalité femmes-hommes (en l'occurrence mères-pères), des devoirs et de la responsabilité des pères dans l'éducation à la sexualité.

Les sources d'information des parents se sont révélées restreintes, leurs connaissances basées principalement sur leur propre expérience. Ils ne s'opposent pas à une aide extérieure.

Le MG est perçu comme ayant une place unique dans l'éducation à la sexualité, de par :

- ses connaissances et compétences techniques solides concernant la sexualité,
- un suivi assidu de l'évolution du.de la jeune,
- une position privilégiée proche de l'ensemble de la cellule familiale.

Les parents ont souligné la relation particulière créée avec le MG, l'importance de son rôle, et surtout, de sa légitimité, notion relevée chez aucun.e autre acteur.rice de l'éducation à la sexualité.

Ils ont tous approuvé la mise en place d'une ou plusieurs consultations spécifiques dédiées à la sexualité entre le MG et leurs adolescent.es, filles et garçons. Celles-ci pourraient être mises en place à trois âges charnières durant l'adolescence, et débutées dès l'âge de 10 ans (ou classe de 6^e).

Les parents sont en demande d'aide du MG. Une consultation spécifique dédiée à l'éducation à la sexualité, à l'intention uniquement des parents, pourrait être instaurée aux alentours du début de puberté, et intégrée aux consultations à destinée des jeunes.

Les objectifs seraient d'accompagner l'acteur et interlocuteur principal pour les jeunes, favoriser son investissement dans l'éducation à la sexualité, et promouvoir le dialogue au sein du noyau familial.

Les parents reconnaissent ainsi l'ensemble des compétences du MG, son approche centrée patient et famille, et sa vocation de prévention primaire.

Cette dernière notion doit faire prendre conscience de l'importance cruciale de ne pas fournir une information trop tardive aux jeunes, en consultation, tout comme au domicile familial.

B. Forces et limites de l'étude

1. Pertinence du sujet de l'étude

L'éducation à la sexualité est un enjeu majeur de santé publique. Malgré beaucoup d'études sur les adolescent.e.s, principalement sur les adolescentes, l'école, et le MG, nous ne savons pas ce que pensent les parents, acteurs piliers de l'éducation à la sexualité. Que savent les MG sur l'éducation à la sexualité réalisée au domicile ? Il apparaissait curieux que de nombreux efforts soient investis pour les différents acteur.rices, à l'exception de la famille. Ainsi, notre étude qualitative a permis d'explorer un pan de l'éducation à la sexualité jusqu'à présent trop peu étudié.

Quand on dit « éducation » on ne pense pas forcément « école » ou « MG ».

Qui éduque un.e enfant en priorité ? Qui est responsable de l'éducation d'un.e enfant ?

L'éducation ne doit pas se cantonner à l'hygiène de vie, les devoirs, et la politesse. Il serait pratique pour bon nombre de parents de déléguer l'éducation à la sexualité au profit d'autres intervenant.e.s. En parallèle, il serait arrangeant pour les autorités et autres acteur.rices de l'éducation à la sexualité de ne pas se confronter à la responsabilité parentale et à l'institution qu'est la famille.

Pour l'investigateur, le débat n'a de cesse d'être mal orienté et l'on ne s'attaque pas à l'essence même du problème. L'attention doit être recentrée sur le parent.

La question de recherche a émergé d'une problématique de médecine générale. Les objectifs étaient tout d'abord d'améliorer les connaissances du MG, mais aussi d'apporter des réponses pour tous les acteur.rices de l'éducation à la sexualité, et de promouvoir des pistes de recherche ultérieures.

Une exploration bibliographique a amené à bien définir l'objectif du travail. Cependant, l'investigateur a peu, et mal, par inexpérience, recherché les travaux dans le cadre de l'enseignement en sociologie et psychologie. Malgré la tendance de cette étude à côtoyer des thématiques plus proches de ces dernières que du biomédical, il a été décidé arbitrairement, peut-être à tort, de ne se restreindre qu'à une bibliographie médicale et francophone.

Non dans l'optique de perturber le.la lecteur.rice ni de suivre une « mode », l'écriture inclusive a été choisie pertinemment, compte tenu du sujet de notre étude, dans un contexte actuel de bouleversement sociétal quant à l'égalité femmes-hommes. Elle n'a pas été utilisée dans les verbatims afin de conserver une retranscription de la fluidité de l'oral.

2. Méthode qualitative

Enquête qualitative et descriptive : méthode exploratoire et inductive, permettant aux parents de s'exprimer librement grâce aux questions ouvertes et à la garantie de l'anonymat.

Type d'étude qualitative :

Initialement non prédéfini par manque de connaissances, clarifié aux ¾ des EI. L'absence de recherche initiale a pu interférer sur la méthode et les résultats. Il s'est avéré que l'investigateur a utilisé la méthode d'analyse phénoménologique interprétative :

- ⇒ Micro-analyse d'expériences individuelles.
- ⇒ Approche centrée patient, particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale.
- ⇒ Exploration du ressenti, émotions, comportement et expériences personnelles.
- ⇒ Etude des significations subjectives (sens donné) des expériences de vie des personnes.
- ⇒ Démarche active de recueils de faits subjectifs, pénétrant des univers singuliers et intimes.

Critères de qualité :

Respect des critères de qualité COREQ (répartis en 32 items dans trois domaines). Grille connue avant de débiter le travail, avec l'objectif de répondre à tous ces critères.(31)

Formation en recherche qualitative :

L'investigateur n'a pas bénéficié d'une formation solide à l'utilisation de cette méthode, appropriée seulement par la lecture d'ouvrages traitant du sujet. Le manque de moyens humains, et donc de temps, a été un frein à une séniorisation adéquate.

3. Echantillonnage

Le matériau (population cible) était pré-structuré par un certain cadre théorique prédéfini. La taille de l'échantillon n'a pas été définie initialement.

Concernant la validité interne, toutes les catégories de la triangulation n'ont pas été réalisées :

- ⇒ Triangulation des sources : seuls des parents ont été interrogés.
- ⇒ Triangulation théorique : une seule perspective pour analyser les données.
- ⇒ Triangulation des chercheurs : détaillée ci dessous dans la partie « Méthode d'analyse ».

Seules ont été réalisées :

- ⇒ La triangulation méthodologique : un focus group et des entretiens individuels.
- ⇒ La triangulation environnementale : différentes villes / lieux / moments de la journée.

a. Focus group

Le FG était de petite taille. Néanmoins la littérature définit un nombre minimum de participant.e.s à cinq, afin d'instaurer une dynamique de groupe.(32) Il était souhaité de réaliser un FG non pas représentatif mais varié ; cela n'a pas été le cas. L'objectif principal était quant à lui de faire ressortir un maximum de champs à explorer lors des EI, ce qui a été réalisé avec succès.

Justification de ne pas réaliser un deuxième FG :

Il était prévu à l'issue du FG de discuter d'en réaliser un deuxième si le premier, ne comportant que des mères, ne fournissaient pas assez d'éléments à explorer en EI. Les données ont été jugées comme solides et conséquentes pour pouvoir débiter les EI. A noter que les EI sont plus adaptés qu'un FG pour aborder des sujets délicats comme la sexualité. Cela s'est vérifié, la richesse des verbatims ayant été bien supérieure dans les EI que dans le FG.

Un deuxième FG comprenant mères et pères aurait pu être réalisé, mais la difficulté de discuter de sexualité avec une personne de l'autre sexe aurait sûrement influé sur la dynamique de groupe.

Composition du FG :

Seulement cinq mères ont participé au FG, dont trois étaient ou avaient été représentantes / déléguées de parents d'élèves. Ce biais de participation ne reflète pas la majorité des parents de l'ensemble de l'étude, qui étaient non représentants de parents d'élèves.

La démarche de venir au collège un soir de semaine pour discuter d'éducation reflète une certaine implication dans celle-ci, mais ne signifie pas pour autant parler de sexualité avec son enfant. Cette nuance a justifié, à juste titre, le fait d'explicitier « Éducation parentale » sur le flyer.

Des mères « moins impliquées » dans l'éducation en général auraient pu avoir des profils différents que celles présentes, et donc des représentations intéressantes à explorer.

Seulement des mères ont répondu positivement. Aucun père. Les raisons de leur absence, évoquées par les mères, sont édifiantes, apparaissant sexistes et non égalitaires :

- Femmes plus enclines au relationnel.
- Gestion du retour de l'école de l'enfant.
- Mal-être supposé des pères envers la sexualité de leurs enfants, et particulièrement de leurs filles, obligeant la mère à s'investir.
- Manque de temps pour raison professionnelle.

Ainsi sont soulevées certaines questions :

- ⇒ L'enfant au retour du collège donne-t-il.elle tout document principalement à sa mère ?
- ⇒ Les sacs et carnet de correspondance sont-ils plus vérifiés par les mères ?
- ⇒ Les femmes sont plus touchées par le chômage, le sous-emploi, et le temps partiel en 2015.(33) Leur emploi du temps au travail plus léger occasionne-t-il un retour au domicile plus tôt que les pères ? Seraient-elles pour autant vraiment plus disponibles ? (cf. répartition des tâches quotidiennes)

⇒ Abstraction faite des notions socio-économiques et professionnelles, se pose tout simplement la question de l'implication des pères dans l'éducation en général. Le flyer ne précisait pas « Éducation à la sexualité » mais « Éducation parentale ». Leur implication dans l'éducation générale de l'enfant, et non à la sexualité, peut être plus que discutée.

Autres biais :

- Gêne et peur du regard de l'autre, interférant sur les propos des mères, potentialisées par un sujet délicat. La dynamique de groupe comme catalyseur d'idées n'a pu être exploitée au mieux.
- Biais d'investigation limité par un FG dirigé par un modérateur formé à l'animation. C'était cependant le premier FG qu'il menait.

b. Entretiens individuels

Les parents ont été inclus jusqu'à une quasi-saturation des données. Le dernier EI n'a pas soulevé de nouveaux nœuds, avec une forte redondance dans les nœuds précédents déjà assez approvisionnés d'idées. Toutefois la saturation des données est une notion délicate et subjective. Le terme « suffisance » serait plus adapté, décrivant plutôt un ressenti de l'investigateur au moment où il considère avoir recueilli suffisamment de données utiles qui ont du sens.

Nous avons décidé initialement de ne pas forcer le recrutement. Après l'inclusion de trois mères aux caractéristiques proches de celles du FG, nous avons décidé d'orienter légèrement le recrutement afin d'inclure des parents d'une catégorie différente de « mères professeuses », et surtout des pères. Il aurait été intéressant de forcer un peu plus le recrutement afin d'inclure certaines catégories sociales. Néanmoins après analyse, il a été ressenti par l'investigateur, devant la masse de résultats, qu'assez de données avaient été recueillies (suffisance et non saturation des données).

Il aurait été possible de conserver un recrutement basé sur le volontariat. L'inclusion uniquement de mères à forte ressemblance socioprofessionnelle aurait affecté les verbatims, diminuant l'étendue et la variabilité des résultats, ce qui n'était pas recherché dans ce type d'étude qualitative exploratoire.

Afin de varier la population, le cabinet médical des EI était situé dans une autre ville que le collège du FG, en semi-rural, à l'entrée de la ville de Grasse, et proche d'un « Quartier Prioritaire ».(34) Cependant, en dépit des tentatives de recrutement dans d'autres cabinets, tous les EI ont été réalisés dans la même ville et dans le même cabinet, réalisant un biais de recrutement géographique.

Hormis P3, la durée moyenne des EI était supérieure à 60 minutes, témoignant que chaque entrevue a été menée en profondeur. Cette durée est suffisante pour permettre le partage des sentiments personnels, des opinions, des expériences intimes, et soulever des problématiques riches et denses.

Des EI avec les conjoint.e.s auraient pu permettre de confronter les opinions et points de vue dans une même famille, et mettre en lumière certains rouages intrafamiliaux. Mais l'objectif de cette étude était d'explorer un maximum de familles différentes.

Possibilité à l'avenir de réaliser deux thèses interrogeant en parallèle (ex)femmes et (ex)maris.

4. Recueil de données

Les parents avaient connaissance du statut du modérateur du FG (MG) et celui du thésard, ne se livrant peut-être pas de la même manière qu'à un.e investigateur.rice neutre.

Une relation "médecin-patient" a pu ainsi implicitement s'instaurer, avec une possible interférence sur la teneur des déclarations des parents, notamment la « Place du MG ».

Guide d'entretien :

Le guide abordait initialement des thèmes généraux de l'éducation afin de gagner la confiance du parent, puis les 80 % restant traitait de la sexualité. Cette subtilité aurait pu être discutée en comité d'éthique. Ce dernier n'a pas été sollicité initialement par méconnaissance du thésard. L'intérêt de le saisir a néanmoins été discuté une fois tous les EI réalisés. Mais aucun parent n'a protesté contre cette subtilité. Sans s'attendre à discuter près d'une heure de sexualité, ils ont, en fin d'entrevue, tous perçu cela comme très intéressant.

Au vu des résultats, il a été plus que judicieux d'utiliser cette manœuvre. En effet, des parents *a priori* « impliqués » dans l'éducation ne discutaient pas forcément de sexualité avec leur enfant. Cette méthode peut être reproduite à l'avenir, en recrutant des parents globalement « non impliqués » dans l'éducation en général. Les résultats seront potentiellement plus probants.

Le guide a été approuvé par la directrice de thèse et par une cellule d'aide à la recherche qualitative organisée par la faculté de médecine de Nice, encadrée par une chef de clinique et un professeur en médecine générale.

Cette cellule a également validé la méthodologie globale de travail, le sujet de l'étude, l'échantillon étudié, le recrutement de la population, et la méthode de recueil des données.

Le guide a été amélioré suite à l'analyse des premières données recueillies lors du FG, afin d'optimiser la durée des EI et améliorer le recueil des données.

Conditions de recueil :

Réalisation de deux EI blancs avant le FG afin de tester le guide, faisant office d'apprentissage de la technique. Pour autant la tenue des EI n'a pu être optimale. Grâce à la lecture d'ouvrages traitant de la recherche qualitative, le thésard a appris et tenu à :

- Instaurer un climat de confiance propice au recueil de données parfois intimes ou taboues.
- Maintenir une attitude non directive tout en respectant l'affect des parents.
- Faire de l'écoute active, faire reformuler et trouver des relances pertinentes.

Il existe des biais d'interprétation, de préconception et d'influence, liés à l'orientation des EI par l'investigateur qui a pu vouloir faire dire aux parents ce qu'il attendait. La suspension des acquis et des connaissances a été primordiale pour limiter au mieux ces biais.

L'investigateur notait durant les EI les éléments de la communication non verbale, afin de pondérer et nuancer l'analyse, limitant le biais d'interprétation. Mais cette méthode est apparue plus facile à manier lors du FG. En effet, il était difficile pour l'investigateur inexpérimenté de devoir mener un EI et souligner en parallèle les éléments de communication non verbale, restant par ailleurs très subjectifs. Des EI filmés par caméra pourraient limiter ce biais d'interprétation et permettre à l'investigateur de concentrer son attention sur sa propre communication verbale et non verbale.

Première rétroaction du parent en fin d'entretien, exprimant son ressenti, pouvant ajouter des choses ou préciser certains propos. Cela a permis de recueillir certaines idées fortes, dans un cadre plus détendu, qu'en suivant les questions du guide d'entretien. Le parent extériorisait parfois certaines pensées plus facilement. Il pouvait également poser des questions et transformer son regret d'un entretien unilatéral en conversation à deux.

Court mémo rédigé en fin d'EI par l'investigateur, sur ses impressions à vif, son ressenti, celui du parent, les idées princeps de l'EI, permettant ainsi un rétrocontrôle sur ses compétences techniques d'animation. Ces dernières ont été perfectionnées grâce au temps de latence entre les différents EI (six à huit semaines en moyenne). La réécoute des enregistrements et une autocritique de la communication verbale et non verbale a permis cet apprentissage progressif. Néanmoins un rétrocontrôle par les parents concernant leur ressenti de la conduite de l'EI par le thésard aurait permis de majorer considérablement l'apprentissage.

Retranscription :

Retranscription verbatim réalisée par l'investigateur, puis contrôlée entièrement par la directrice de thèse, permettant de limiter la part de subjectivité dans les résultats (biais d'interprétation).

Une rétroaction du parent sur l'exactitude de la retranscription de son discours via relecture des verbatims a été proposée à tous les parents et réalisée par FG2, FG5, M1, M2, M3. En ayant pris le temps de laisser « *décanter* » (M3), le parent a pu expliciter davantage sa pensée, cette dernière ayant parfois beaucoup évolué durant les EI.

5. Méthode d'analyse

Distance et objectivité :

En raison d'une inexpérience en recherche qualitative, l'investigateur n'a pu éviter des biais d'investigation et d'interprétation. Il n'a également pu aborder systématiquement le matériau sans préjugés (biais de préconception) venant de cadres théoriques, contribuant probablement à la privation d'éléments riches. Il a toutefois été essayé de développer une analyse à partir de ce qui est observé, avec un détachement, un regard distancié, en laissant de côté ses convictions. L'investigateur avait conscience de sa subjectivité, le but était de tendre vers une objectivisation.(35)

Codage :

La triangulation des chercheurs n'a pas été réalisée, seulement un codage simple par l'investigateur. Il n'a pas été proposé aux participant.e.s de réaliser une rétroaction face aux résultats. Il aurait été possible de présenter l'intégralité des résultats à quelques parents afin d'avoir un retour sur la cohérence, permettant une meilleure compréhension et l'acquisition de nouvelles données supplémentaires. Mais la vérification de la retranscription des entretiens étant déjà chronophage (peu de parents l'ayant faite, cf. ci-dessus), la relecture de tous les résultats l'aurait été d'autant plus.

Le choix du découpage du matériau en unité de sens et son codage (arbre en *Annexe 3*) a résidé dans la subjectivité de l'investigateur : « *Le codage reste une interprétation parmi de multiples possibles, il ne s'agit pas d'un "décodage"* ». (36) Un double codage indépendant aurait rendu le travail plus rigoureux. Mais étant très chronophage, il aurait été difficile de trouver une personne qualifiée et bienveillante acceptant de passer des semaines entières à coder pour un doctorant en médecine.

Triangulation environnementale :

Les résultats ont été tirés de déclarations de parents interrogés dans un lieu se voulant le plus neutre possible. Le collège et le cabinet médical n'en restent pas moins des lieux non dénués de sens.

Le domicile familial a été jugé comme inadéquat et surchargé d'affects, afin de discuter librement et avec un certain détachement, de l'éducation à la sexualité réalisée à la maison.

6. Résultats

Cette partie est à juste titre trop longue. L'éducation à la sexualité est un sujet vaste, aux multiples facteurs influant le dialogue parent-enfant encore imprécis et peu étudiés. Cette exploration des rouages familiaux est complexe, à forte connotation socio-psychologique, jugée comme ne pouvant être décrite correctement dans un manuscrit succinct. Longueur n'étant pas synonyme de qualité, il a tout de même été jugé, malgré l'avoir raccourcie au mieux, d'une importance cruciale l'énoncé d'un maximum de résultats, afin de définir une base la plus solide possible aux recherches ultérieures.

C. L'éducation à la sexualité dans la littérature

1. Connaissances de la sexualité des jeunes

Les parents interrogés sont restés vagues quant à leurs connaissances concernant le savoir et la vie sexuelle de leurs jeunes. Était surtout entrepris un transfert d'informations et non un contrôle des connaissances et de l'avancée dans la vie sexuelle.

Le HCE appuie le ressenti des parents en recommandant de réaliser une enquête nationale afin d'étudier les expériences sexuelles des jeunes, leurs sources d'informations, leurs représentations, et mesurer l'impact des médias, des nouvelles technologies et de la religion.(20)

Cette requête est la toute 1^{ère} des 30 recommandations du rapport. Les données disponibles sont périmées. Toutes les dispositions et recommandations, si fondamentales soient-elles, sont prises sans avoir une idée précise de ce que font et pensent les jeunes.

Actuellement, l'âge du premier rapport fait office de référence.(3) Or, avoir une « expérience sexuelle » ne signifie pas forcément « rapport sexuel ». Chaque expérience, chaque découverte d'un pan de la sexualité, est une « première fois », mettant en jeu des thématiques de prévention / respect / égalité, et bouleversant émotionnellement le jeune. Les études à mener sont d'autant plus nécessaires que l'explosion récente de l'accès des jeunes aux nouvelles technologies bouleverse une chronologie sexuelle jusqu'à présent plus ou moins établie.

L'INED qualifie le premier rapport sexuel comme « *la première expérience sexuelle* », ce qui est totalement erroné.(3) L'UNESCO ne s'est pas trompé dans sa formulation : « *L'éducation sexuelle doit commencer avant le début de l'activité sexuelle* » (et non pas « avant le début du premier rapport »).(37) Cette terminologie apparaît importante à respecter à l'avenir, pour plus de clarté.

Les rapports sexuels se font parfois très jeune, dès la classe de 4^e, parfois même avant 13 ans.(38) L'âge médian du premier rapport à 17,5 ans n'est donc qu'un leurre, permettant de relativiser à tort sur la précocité des expériences sexuelles des jeunes, justifiant erronément la procrastination du dialogue. Les parents de notre étude ignoraient souvent le début de ces premières expérimentations. Aucun chiffre officiel n'existe sur l'âge de début des premières expérimentations sexuelles.

Il est donc nécessaire d'approfondir l'étude de la vie sexuelle des adolescent.e.s et notamment sur :

- L'âge médian des premières relations amoureuses.
- L'âge médian des premières expériences sexuelles (selon la tranche d'âge / le sexe / le type d'expérience / seule ou avec un.e partenaire)
- L'âge médian des premiers rapports sexuels.
- L'écart entre ces trois âges.

Les objectifs sont de :

- Réaliser un état des lieux actualisé des expériences sexuelles des jeunes.
- Arrêter de se cantonner à l'âge médian du « premiers rapport sexuel » comme référence.
- Réévaluer à la baisse l'âge de la consultation sur la contraception pour les jeunes filles dès 15 ans, et celui de la consultation dédiée à la sexualité pour filles et garçons (cf. ci-dessous).

2. Place des parents

Dans le rapport de 136 pages du HCE, la sexualité des jeunes y est décortiquée. L'école y apparaît comme figure centrale dans cette éducation. Une seule page survole le rôle du parent. Ses relations avec son enfant ne sont pas analysées. Le HCE n'explique qu'une seule fois son rôle princeps : *« Depuis 1998 est reconnu le rôle "spécifique, complémentaire et essentiel" de l'école, aux côtés du rôle de premier plan des parents en matière d'éducation à la sexualité [...] Si [...] l'école de la République doit assumer tout son rôle, elle ne peut pas, à elle seule, tout prendre en charge. C'est pourquoi le HCE appelle à la mobilisation de la société dans son ensemble, notamment des jeunes et des familles [...] Les parents auraient également besoin d'information, voire de formation, pour engager le dialogue avec leurs enfants sur la sexualité »* (20)

Devant l'insistance des parents interrogés sur leur place indispensable et centrale dans l'éducation à la sexualité, il apparaît surprenant que le HCE n'ait pas décortiqué leurs rôles. Le peu d'études sur le sujet pourrait l'expliquer. Il apparaîtrait ainsi plus simple d'analyser dans ses moindres détails l'ensemble d'une institution républicaine à l'échelle nationale comme l'école, plutôt que la place du parent dans l'éducation à la sexualité.

Le rapport exprime une certaine méconnaissance de la sexualité des jeunes et de ce qu'ils pensent. Savoir ce que pensent les parents serait alors une utopie. C'est pourtant ce que nous avons cherché à explorer, prenant ainsi de l'avance sur les travaux que l'État recommande de mener.

Le rapport mondial de l'UNESCO de 2015 survole un peu plus la place des parents : (37)

- *« Les parents et familles jouent un rôle clé dans la formation des attitudes, des normes et des valeurs relatives aux rôles des genres, à la sexualité et au statut des adolescents et des jeunes dans la communauté »*
- *« Les jeunes s'informent par d'autres sources que leurs parents. Beaucoup de parents peuvent se sentir mal à l'aise et insuffisamment préparés pour dispenser une éducation sexuelle. Ils sont donc favorables à ce que les écoles jouent ce rôle »*

Cette dernière constatation est choquante, tout comme l'absence de critique de l'UNESCO.

Il serait ainsi plus simple de déculpabiliser les parents sur leurs manquements, plutôt que de s'investir à trouver des solutions pour une plus grande implication de ces derniers dans l'éducation à la sexualité au domicile familial. Pourtant les parents de notre étude sont en demande d'aide et d'accompagnement, et non en recherche de substituts à leur rôle dans l'éducation à la sexualité.

3. Dualité parent - école

L'école était la 2nde source d'information de l'enfant selon les parents. C'est l'endroit où l'enfant se sociabilise le plus, y passant une grande partie de son temps, voire parfois plus qu'au domicile.

Tous les parents ont indiqué l'école comme tremplin au dialogue sur la sexualité au domicile.

La 21^e recommandation du HCE est d'organiser une communication régulière à destination des parents afin de les informer sur l'éducation à la sexualité. Cette volonté d'impliquer les parents ne peut, selon la recommandation, être dissociée de l'école. (20)

L'école peut être un moyen aisé d'atteindre un maximum de parents. Toutefois quantitativement ne signifie pas qualitativement. Très peu de parents s'impliquent dans les conseils d'administration ou les réseaux de parents d'élèves. Le HCE ne met en avant aucune solution concrète pour appréhender le parent d'une autre manière que l'école.

Séances d'éducation à la sexualité :

Les parents interrogés ont exprimé leurs doutes et corroboré les difficultés émises par le HCE concernant l'efficacité des infirmières scolaires et du très faible nombre de séances d'éducation à la sexualité réalisées à l'école.(20) Effectivement, il serait curieux de savoir comment l'éducation à la sexualité peut être correctement dispensée en si peu de temps dans une classe de 30 élèves.

Pourtant, le taux de satisfaction des élèves était proche de 100 %, pouvant refléter une forte demande de leur part, où le manque de dialogue dans la cellule familiale est source d'un grand besoin d'information. Le moindre canal d'information apparaît alors comme une grande satisfaction.

Dialogue au retour au domicile :

Des parents de notre étude s'interrogeaient sur le fait que leur enfant ait assisté ou non à ces séances à l'école. Sans en être certains, ils le devinaient parfois. Quelques parents disaient avoir eu un retour de l'école sur le fait qu'une séance ait été réalisée.

Tous les enfants de 4^e reçoivent au minimum une séance d'éducation à la sexualité à l'école en France.(20) Il peut donc être admis que tous les jeunes en 4^e ont reçu des notions sur l'anatomie, les préservatifs, les IST. Il devrait ainsi avoir au minimum un dialogue entre le parent et son enfant en 4^e.

Pour autant ce dialogue existe-t-il réellement avec le parent au retour au domicile ? Le parent est-il toujours au courant qu'une séance a été réalisée à l'école ? Son enfant ou l'école l'informent-ils qu'une séance a été réalisée ? Le parent lit-il les brochures distribuées aux enfants ?

Fournit-il à son adolescent.e certaines explications en plus ? L'accompagne-t-il.elle ? Est-il présent et à l'écoute pour répondre à ses craintes et interrogations ?

Ce grand tremplin au dialogue explicité par les parents de notre étude, et donc la coordination entre deux acteurs importants de l'éducation à la sexualité, mérite d'être grandement étudié.

Manuel d'informations sur les relations et la sexualité à destinée des parents :

La 20^e recommandation du HCE est de diffuser systématiquement des outils d'éducation aux intervenant.e.s, aux jeunes, mais aussi aux parents.(20)

A l'école primaire est distribué un questionnaire de fin de séance et à remplir à la maison avec les parents afin de susciter le dialogue. Les enfants soulignaient l'intérêt de cette pratique.(20) Apparaissent primordiaux les échanges et l'interactivité entre la cellule familiale et l'école, les deux principaux processus permettant à l'enfant de se sociabiliser.

Au collège est distribuée en fin de séances aux 4^e « Questions d'ados », une brochure très bien réalisée et développée par le site gouvernemental « onsexprime.fr », répondant de manière claire et simple aux questions que se posent les adolescent.e.s.(20,39)

Des manuels pourraient être développés pour les parents, avec un contenu adapté à la tranche d'âge de leur enfant. L'humour pourrait être intéressant à utiliser comme vecteur d'information.

Les âges pourraient être divisés par tranche de 2-3 ans, rejoignant le principe des livres disponibles dans le commerce, où la tranche d'âge cible est écrite sur la bordure ou la 1^{ère} page.

L'autre possibilité serait de diviser par tranche d'années scolaires (ex : CP-CE1-CE2 ; CM1-CM2 ; 6^e-5^e ; 4^e-3^e ; 2^{nde}-1^{ère}-Terminale), sans omettre les sections hors cursus scolaire standard.

Les manuels pourraient comprendre :

- Liste de certains thèmes à évoquer.
- Fiches mémos, à titre informatif ou de rappel, développant chaque thème à aborder.
- Conseils pour appréhender au mieux le dialogue avec son enfant.
- Liste de ressources matérielles et humaines pour le parent (ex : sites internet, MG).

4. La sexualité en consultation de médecine générale

a. Attente envers le MG

En 2011, Grand interrogea 122 adolescent.e.s de 15 à 18 ans. Ses résultats font écho aux nôtres : (40)

- ⇒ Confiance en leur MG, mais seulement 20 % ont déjà discuté de sexualité avec.
- ⇒ Attente que ce soit le MG qui initie le dialogue.
- ⇒ Pas plus facile de discuter de sexualité avec un.e autre professionnel.le de santé.
- ⇒ Premier frein pour parler de sexualité : la timidité.

b. Présence parentale et initiation du dialogue

L'adolescent.e :

Dans la thèse de Grand, le 2^e frein est la présence parentale. (40) La multiplicité des regards peuvent brider le.la jeune et l'empêcher de dialoguer, renvoyant à l'éducation réalisée en salle de classe.

Il serait difficile, dans cette période de grands bouleversements qu'est la puberté, de s'ouvrir naturellement au MG en présence d'un parent. En pratique, un.e adolescent.e oserait-il.elle demander à son parent de le.la laisser seul.e en consultation pour discuter avec le MG ?

Le parent :

Les parents interrogés ont corroboré l'étude de Grand, évoquant spontanément leur propre présence en consultation comme frein au dialogue. Le souvenir de leur propre adolescence permet sûrement aux parents actuels de se remémorer le cadre dans lequel ils auraient souhaité discuter de sexualité avec leur MG.

Le parent peut se sentir gêné que ce sujet soit soulevé. Son attitude générale peut brider le.la jeune, instaurant un climat froid et tendu lors de la consultation, empêchant ainsi l'émergence du dialogue avec le MG. Ce fut le cas lors de la consultation réalisée conjointement entre l'investigateur et sa directrice de thèse, ayant amenée à la réalisation de cette étude. Une mauvaise relation avec son enfant ne favorise pas non plus le dialogue. S'il n'y a pas de démarche pour discuter de sexualité avec son enfant, comment les parents pourraient-ils la faire avec le MG ?

Le MG :

Brian a interrogé dans sa thèse le dernier acteur de cette relation triangulaire : les MG abordant facilement la sexualité avec leur patient jeune le font à 97 % sans la présence d'un parent.(26)

La posture du MG apparaît primordiale afin de désamorcer une situation triangulaire improductive. La gêne mutuelle éprouvée entre l'enfant et le parent stérilise le dialogue. Le MG aurait donc une légitimité à demander à l'enfant s'il.elle souhaite que son parent sorte de consultation un moment.

L'enfant pourrait ne pas oser répondre par l'affirmative (timidité, gêne,...). Il serait alors possible au MG de demander directement au parent de sortir sans faire intervenir le.la jeune.

Le MG doit prendre les devants, provoquer le dialogue, même en l'absence de demande de l'adolescent.e ou du parent. Ne pas briser le tabou, accepter la présence parentale, et respecter le.la jeune en attendant qu'il.elle vienne poser des questions sont des facteurs de risque de se retrouver avec un.e adolescent.e de 16-17 ans n'ayant jamais abordé la sexualité avec son MG. Discuter alors de ces thématiques sera plus difficile que si le sujet avait déjà été abordé plus jeune.

La prévention concerne des domaines très variés (activité physique, alimentation, tabagisme, dépistage,...). Le MG aborde facilement ces thématiques de son propre chef. Pourtant, aborde-t-il la sexualité autant que les autres sujets même en l'absence de demande ? La sexualité ne doit pas être moins abordée que les autres thématiques préventives, le MG doit faire le premier pas.

Cadre légal :

Une mère s'est interrogée sur le secret médical et la possibilité pour le médecin de recevoir l'adolescent.e seul.e en consultation. Les parents et enfants sont-ils au courant des principes de déontologie médicale et des dispositions légales définissant une consultation ?

Se renseignent-ils auprès du MG ? En retour les MG expliquent-ils ces notions aux patients ? Avant tout, les MG sont-ils bien informés des aspects légaux encadrant la consultation avec un.e mineur.e ?

Possibilité d'évaluer au préalable les connaissances des adolescent.e.s et parents sur :

- Notions légales et déontologiques définissant une consultation médicale avec un.e jeune.
- Compétences et capacités du MG en termes d'éducation à la sexualité.

Pourrait être précisé s'ils sont ou non en attente de précisions par le MG de ces deux notions.

À visée rassurante, le MG pourrait les leur expliquer, soit en consultation, soit via des affiches en salle d'attente. Si l'école est si importante pour le HCE, des campagnes d'information sur le rôle et les droits du MG pourraient également être réalisées auprès des collégien.ne.s et lycéen.ne.s.

c. Congruence de genres

Point de vue des adolescent.e.s :

Le sexe du médecin a une importance et est perçu comme un frein. Pour autant, les jeunes ne spécifiaient pas qu'un.e interlocuteur.rice préférentiel.le serait forcément du même sexe qu'eux.(41)

La non-congruence, quant à elle, apparaissait plus un frein pour les filles que pour les garçons.(41)

Point de vue des MG :

Seulement 13 % des MG interrogés par Brian disent être mal à l'aise avec un.e adolescent.e de sexe opposé.(26) Mais être à l'aise ne correspond pas forcément à discuter de sexualité.

Une étude de 1999 révélait que la congruence des genres améliorerait nettement la communication, et était plus propice à avoir une consultation en privé sans les parents.(41)

Point de vue des parents :

Notre étude rejoint l'idée qu'il peut être difficile pour un.e adolescent.e de dialoguer avec un MG de sexe opposé. Pour autant, hormis une mère du FG confiant que sa fille de 15 ans souhaitait un médecin femme, aucun autre parent n'a rapporté avoir orienté ou demandé à son enfant s'il.elle souhaitait être suivi.e par un MG du même sexe que lui.elle.

Ainsi, la congruence de genre faciliterait la communication sur la supposition d'une identification au même sexe et de préoccupations identiques, qui plus est lorsque le.la jeune devient de plus en plus sexué.e avec l'avancée en âge. Doit être discutée la prise en charge des adolescent.e.s ayant un MG de sexe opposé. Doit-on proposer de l'orienter vers un.e autre praticien.ne du même sexe que lui.elle ? Y a-t-il un parcours de soins à créer entre MG pour la prise en charge d'adolescent.e.s où la non-congruence de genre avec son MG pose certaines difficultés pour dialoguer de sujets délicats ? Si la différence de genre est un frein au dialogue, les adolescent.e.s accepteraient-ils.elles d'être réorienté.e.s vers un autre MG potentiellement inconnu afin de discuter de sexualité ?

d. Différences d'âges entre MG et adolescent.e

Dans la littérature il a été retrouvé que :

- Plus le MG était jeune, plus il tutoyait l'adolescent.e.(26)
- Les MG jeunes abordaient plus facilement la sexualité que leurs aîné.es.(40)
- Les MG jeunes semblaient aborder la sexualité plus facilement si les adolescent.e.s étaient du même sexe qu'eux.(26,42)

Les parents interrogés n'ont pas soulevé cette notion de dialogue plus fluide avec un MG de plus jeune âge, mais elle a été abordée du fait de l'identification du.de la jeune à une personne de même sexe d'âge similaire (cousin.e.s, ami.e.s).

Si l'identification à une personne de même âge rentre en compte, alors l'âge de l'interlocuteur.ice a son importance. Il se peut qu'une différence d'âge conséquente entre le.la jeune et son interlocuteur.ice quel qu'il.elle soit freine le dialogue. Un jeune MG inspirerait-il plus de confiance ?

Un MG plus âgé instaurerait-il malgré lui une relation implicite parent-enfant ?

Cette identification à l'âge pourrait également être un frein dans le dialogue parent-enfant.

D. Discussion des résultats de l'étude

1. Place du parent dans l'éducation à la sexualité

a. Un acteur ambivalent

Un constat paradoxal ressort des entretiens :

- Les parents interrogés ne discutaient pas tous de sexualité avec leur enfant, et quand c'était le cas, le dialogue était aléatoire et fragile ;
- Pour autant le parent a toujours été évoqué en 1^{er} dans les sources d'information de l'enfant.

Ceci montre un fossé entre :

- La théorie : Le parent sait qu'il est la source principale d'information pour son enfant ;
- Et la pratique : Il souhaite l'aider mais de nombreuses difficultés se présentent à lui.

b. Rôles du parent

Information :

Le rôle princeps reste légitimement un transfert d'informations et d'explications plus ou moins brutes à l'enfant, renvoyant à une vision archaïque de l'éducation, mais toujours d'actualité.

Sensibilisation et aptitudes relationnelles :

Le parent peut cadrer une certaine « norme » de la sexualité, définissant des limites jugées « normales », et participant à la prévention de certaines dérives sexuelles. Cette « norme sexuelle » peut être transmise de manière souple ou astreignante. Or, le dialogue sur certains sujets sensibles nécessite un comportement assertif pour que le message soit reçu de manière optimale, favorisant ainsi la réflexion. L'approche de la sexualité ne doit plus être autoritaire, directive, effrayante pour le.la jeune, lors de cours magistraux intimidant et axés sur les risques et dangers.

Il a été retrouvé que plus le parent avait des difficultés de communication dans la vie quotidienne, plus le dialogue sur la sexualité était compliqué. Or tout parent n'est pas psychologue ou sociologue avec des habiletés relationnelles. Il y aurait donc une perte de chance pour l'enfant.

Comment aider des parents ayant peu d'aisance en communication ? Recherchent-ils un soutien ? Ce manquement devrait être détecté afin de repérer les enfants à risque d'un manque de dialogue.

Guide et accompagnement :

Le rôle de guide accompagnant l'enfant dans sa découverte de la sexualité a pour objectif de le.la rassurer, en étant à l'écoute, et en le.la faisant verbaliser ses craintes et interrogations. Les adolescent.e.s peuvent être impressionné.e.s par la figure parentale, ne souhaitant pas discuter avec de sexualité. Il se peut qu'ils.elles recherchent une personne se mettant à leur niveau sans lien

« hiérarchique » (ami.e, cousin.e, tante, etc.). Le parent doit s'affranchir de cette image d'autorité qui, malgré lui, le survole. Le guide ne devrait plus jouer un rôle de supérieur, mais plutôt se repositionner au même niveau que son adolescent.e, en l'accompagnant vers l'âge adulte, en stimulant sa réflexion et en le.la responsabilisant.

Responsabilité parentale :

L'éducation à la sexualité est un devoir du parent envers son enfant. Un père a souligné le fait que certains parents dérogent à certaines obligations familiales. Cette déresponsabilisation induirait selon lui des dérives et un net impact négatif dans la société.

Le principe de se focaliser uniquement sur les jeunes dans l'éducation n'est pas judicieux. La recherche de substituts palliant aux manquements des parents n'est pas une solution viable.

Il apparaît nécessaire de réorienter rapidement le débat de l'éducation, *a fortiori* à la sexualité, non pas sur les jeunes mais sur les parents. Dès à présent, les autorités médicales et gouvernementales doivent reconsidérer le rôle des parents, et remettre en cause l'aisance de la société actuelle à la perpétuelle recherche de substitutions aux obligations parentales. C'est bien là l'élément le plus important à prendre en compte dans les objectifs de réduction des risques pour les jeunes.

c. Le dialogue parent-enfant

Point de vue des parents sur le dialogue avec leur enfant :

Des recommandations existent pour la plupart des acteurs.rices de l'éducation à la sexualité. Sont étudiés leurs connaissances / champ d'action / limites. Or avant d'envisager des recommandations il faut à tout prix étudier le sujet : mesurer l'implication des parents dans l'éducation à la sexualité, savoir ce qu'ils font, ce qu'ils savent, ce qu'ils souhaitent.

La faible implication des travaux de médecine générale sur les parents et la cellule familiale, pousse à la réflexion. Le métier de MG est centré patient mais aussi famille. N'oublions pas que, fut un temps, et parfois encore, le MG était appelé « médecin de famille ». L'étude de l'éducation faite au domicile et des schémas familiaux pourrait nous être bénéfique, requérant des travaux proches de l'approche en psychologie ou sociologie. Cela appuie l'idée que les compétences et champs d'action du MG s'étendent bien au-delà du biomédical.

L'intégration d'acteur.rices qualifié.es en socio-psychologie dans la pratique quotidienne du MG serait favorable à une meilleure approche globale, au bénéfice du patient.

Point de vue des jeunes sur le dialogue avec leurs parents :

Malheureusement, les enquêtes sur la santé des jeunes abordent principalement la sexualité dans une perspective sanitaire. Les analyses y sont plus épidémiologiques que sociologiques.

Des recherches qualitatives du même type que cette étude doivent interroger les adolescent.e.s, en se focalisant uniquement sur leurs relations avec leurs parents et les déterminants du dialogue intrafamilial sur la sexualité. Que pensent-ils.elles de la place de leur parent dans cette éducation ? Sont-ils.elles en demande de dialogue ? Quels sont les freins et moteur à cette éducation ?

Il est également possible de réaliser des études qualitatives parallèles en interrogeant les parents et adolescent.e.s d'une même famille, afin de confronter les représentations et attentes de chacun.e.

Un dialogue hétérogène et évolutif :

Une mère s'est légitimement interrogée sur l'étendue du domaine de l'éducation à la sexualité, dont le contenu est vaste et évolutif. Le dialogue, lui, est loin d'être uniforme dans une même famille, variant, entre autres, suivant les schémas familiaux, l'histoire familiale, les personnalités et caractères de chacun.e, l'adaptabilité du parent, etc.

De plus, le.la jeune étant en perpétuelle évolution. Chaque tranche d'âge est un renouveau concernant la relation parent-enfant, le questionnement et donc les sujets abordés, les affects de chacun.e, leurs représentations, leurs positions.

Ainsi, l'éducation à la sexualité s'apparente légitimement à un jeu d'équilibriste.

La mère comme référence :

Les jeunes se tournaient majoritairement vers leur mère dans notre étude, résultat potentiellement biaisée par la prédominance de mères parmi les interviewé.e.s.

De l'importance de répondre aux interrogations, se pose la question vers qui l'enfant va-t-il.elle se tourner dès son plus jeune âge pour chercher des réponses. Va-t-il.elle plus se diriger vers sa mère et ceci quel que soit le sujet (sexualité ou non) ? La relation mère-enfant créée depuis la naissance influe-t-elle sur le fait de discuter de sexualité des années plus tard ?

Désengagement paternel :

Les $\frac{3}{4}$ du temps, ce sont les mères qui abordaient la sexualité, les pères $\frac{1}{4}$, résultats également biaisés par un échantillon majoritairement féminin. Toutefois les mères du FG ont toutes mis en avant une préoccupante faible implication des pères dans l'éducation à la sexualité. Un parent fournissait en explication que tout ce qui concerne la fibre affective et émotionnelle était plutôt du ressort des mères. Ce préjugé, beaucoup moins relayé en EI, l'était pourtant entièrement durant le FG.

Les versants relationnel et affectif sont-ils en majorité maternels ?

Il persiste dans la société des représentations misogynes, entretenant une déresponsabilisation des pères dans l'éducation et le relationnel avec le.la jeune. Ceci n'explique-t-il pas plus l'omniprésence maternelle que des soient disant « prédispositions » féminines ?

Attention du parent et suivi :

Les parents, en légère majorité, posaient peu de questions à leurs enfants sur la sexualité. Résultats contrastés mais qui interrogent sur le suivi par le parent de l'avancée de son enfant dans la vie, et notamment sur la sexualité. Avec l'avancée en âge, l'adolescent.e se renferme et s'éloigne petit à petit, si parallèlement son parent lui pose de moins en moins de questions, le dialogue ne se fera pas.

Congruence des genres et avancée en âge :

Entre les deux sexes, le corps est différent. En découlent un vécu et des préoccupations distincts. Ainsi, le questionnement est différent. Ce schéma inconscient inciterait à éprouver plus de facilité à dialoguer avec une personne de même sexe.

Mais le parent de même sexe n'est pas une personne ordinaire. Les affects sont soumis à rude épreuve de part et d'autre, couronnés par l'interdit de l'inceste présent dans l'inconscient collectif.

Du point de vue des parents, il est ressorti que plus le.la jeune avançait en âge, plus il.elle se renfermait sur lui.elle-même, et plus il.elle se tournait vers son parent de même sexe.

En parallèle, les parents ont éprouvé une plus grande facilité à dialoguer avec leur jeune de même sexe, et ceci plus il.elle avançait en âge. Cette notion d'importance croissante de la congruence avec l'avancée en âge serait intéressante à explorer du point de vue des jeunes.

« Hérité éducationnelle » :

Explicitée dans différentes familles, lorsque le parent avait reçu une éducation à la sexualité par au moins un de ses parents de façon optimale, il avait des prédispositions à éduquer son enfant de manière adéquate, avec du dialogue.

A contrario, lorsque l'éducation à la sexualité reçue était quasi-inexistante, cette non-éducation conditionnait une incapacité à savoir transmettre à son.sa jeune.

Ainsi, dialoguer avec son enfant sur la sexualité aurait un bénéfice individuel mais aussi collectif, avec des répercussions sur les générations à venir.

Approche positive de la sexualité :

Le parent communique à son enfant des interdits mais aussi des valeurs.

Le modèle parental est primordial :

- Des enfants peuvent calquer leur cheminement sexuel et adopter des comportements sexuels sains par une communication positive.
- Des enfants peuvent aller à l'inverse de certaines valeurs et adopter des comportements à risque, s'ils.elles sont influencé.es par une communication et une approche négatives de la sexualité.

Le parent doit aborder la sexualité avec une approche positive et égalitaire, permettant l'acquisition d'attitudes et de valeurs positives. Ce type d'approche est bénéfique et contribue à réduire les risques associés à la sexualité.(20)

La sexualité doit tout d'abord être présentée comme un potentiel positif, une source de satisfaction, de plaisir, d'épanouissement personnel. Dans un second temps, doivent être fournies des connaissances afin de prévenir une mauvaise santé sexuelle. Un père interrogé à clairement insisté sur cet « *angle d'attaque* » (P2) qui est différent.

Les deux principaux sujets abordés sont révélateurs de l'approche actuelle toujours archaïque :

- « Il ne faut pas attraper de maladies en se protégeant »
- « Il ne faut pas tomber enceinte en ayant une contraception »

L'abord reste négatif, l'optique est toujours de soustraire quelque chose (maladies, enfant) à la sexualité. Commencer à présenter aux jeunes la sexualité uniquement sur un versant « négatif – risques – protection – maladies » peut s'avérer contre-productif. La sexualité n'a pas été créée pour cela. Quel est le point de vue des parents concernant cette approche positive de la sexualité ?

d. Importance de ne pas retarder l'éducation à la sexualité

La période à laquelle la sexualité est abordée est intimement liée aux sujets dont le jeune va être confronté.e, qui eux sont évolutifs. L'apparition de la puberté marque une nette fracture.

L'enfance (0-10 ans) : une période propice au dialogue :

Hormis les violences faites aux enfants, la période pré-pubère est marquée par un dialogue plus « léger ». Deux raisons apparaissent à cela :

- Sujets requérant moins de connaissances solides et de compétences techniques.
- Thématiques bouleversant moins les affects du parent.

Le dialogue apparaît nettement plus fluide qu'à l'adolescence, d'où l'importance de ne pas attendre l'arrivée de la puberté pour le débiter. Le parent pourrait ainsi « parfaire ses gammes » avant la venue de sujets plus délicats.

Le schéma « questions de l'enfant – réponses du parent » est à la base de l'apprentissage et du dialogue. Les premières réponses du parent sont cruciales et conditionnent dès le plus jeune âge :

- Développement de l'enfant : Le dialogue dépend de la personnalité et du caractère de l'enfant, mais le parent les conditionne lui-même en partie. Il influence, dès le début de maturation, l'évolution de son enfant, ses futures représentations, son futur relationnel, et donc le dialogue parent-adolescent.e, y compris sur la sexualité.

- Relation : La confiance ne se crée non sans difficulté, et peut se perdre assez rapidement. Hormis une relation de confiance, c'est une relation tout court qui peut être créée au fil des premières années. L'adolescent.e ne se tournera pas vers son parent pour discuter de sujets délicats si le dialogue n'était pas présent au préalable concernant des thématiques plus « légères ». Cette relation se construit dès le jeune âge, et non à l'arrivée de la puberté ou d'un questionnement plus délicat.

Ainsi, engager le dialogue le plus tôt possible serait plus fructifiant et bénéfique au long terme. Le débuter à l'adolescence bouleverserait trop les affects de chacun.e et ne serait pas concluant.

Une période de latence entre 7 et 10 ans (pré-puberté) serait un cran au dessus par rapport à la petite enfance. Le parent pourrait intervenir concernant des sujets un peu plus « importants » que la conception des bébés. L'objectif est de ne pas perdre le contact, d'entretenir le dialogue.

Début de puberté, une période critique :

Quelle soit définie comme s'étendant jusqu'à 18 ans par l'UNICEF, 19 ans par l'OMS, voire 25 ans pour certains auteurs, le début de l'adolescence paraît être harmonisé à 10 ans. (2,43,44)

L'apparition des signes de puberté est particulièrement propice au dialogue. Le parent doit être attentif à ces signes ou à la présence d'un questionnement plus profond de l'enfant, saisir l'opportunité, et ne pas tarder à engager le dialogue si ce n'est pas déjà fait.

En effet, si le développement mammaire débute à 9 ans, mais que son parent juge sa fille trop jeune pour débiter le dialogue, préférant attendre 12-13 ans, comment va-t-elle appréhender cette découverte de la puberté et de la sexualité ? Quelles représentations va-t-elle se forger toute seule ?

Le développement pubertaire et le degré de maturité ne sont pas uniformes chez tous les jeunes. Les parents interrogés ont ainsi souligné l'importance de trouver le moment opportun pour aborder tel ou tel sujet en fonction de l'âge. Mais attendre le bon moment est à risque d'une perpétuelle procrastination du dialogue, et ainsi paradoxalement délétère pour le.la jeune.

Jeune fille : puberté plus apparente, plus de dialogue :

Évènement à part et de la plus haute importance, il paraît avoir un avant et un après « début des règles » selon les parents. C'est une source de bouleversements, tant pour l'adolescente que pour le parent, ainsi que pour leur relation. Malgré l'hypothétique absence de dialogue au sein de la famille, la physiologie féminine apporte une aide en insufflant naturellement une onde de choc propice au dialogue sur laquelle parent et enfant doivent ensemble s'appuyer.

La jeune fille doit bénéficier d'une information au préalable sur la ménarche, des explications et un accompagnement le moment venu. Mais peu de parents affirmaient anticiper l'évènement, retardant inexorablement l'échéance. Quels facteurs rentrent en jeu afin que le parent puisse prendre les devants sans attendre le dernier moment ?

Si importantes soient-elles, certaines thématiques ne doivent pas être obnubilées par les règles. C'est pourquoi il apparaît primordial de s'en servir comme tremplin au dialogue.

La pilule est la principale méthode contraceptive utilisée chez les 15-19 ans (63 %).(45)

L'adolescente a donc besoin dans 1/3 des cas d'un contact médical pour obtenir sa contraception, informant potentiellement ses parents de son entrée dans une vie sexuelle active.

A visée anti-acnéique, elle peut également être un tremplin au dialogue sur la puberté et la contraception.

Jeune homme : puberté plus discrète, moins de dialogue :

Les parents ont très peu cité les signes de puberté du garçon, difficiles à identifier, plus discrets, sans évènement aussi majeur que la ménarche. Le dialogue apparaît ainsi plus difficile à engager :

- Sobriété des signes de puberté.
- Entrée dans une vie sexuelle moins flagrante que chez la fille.
- Certaines thématiques perçues (à tort) comme principalement en rapport avec le sexe féminin : règles, grossesse, IMG, violences conjugales, viols, respect de son corps, etc.

Cette dernière notion peut amener les parents à porter une plus grande attention à leur fille qu'à leur garçon. Mais quelle est la place des garçons et leur implication dans ces thématiques dites « féministes » ? Quelle est l'attitude des parents concernant la sensibilisation et l'implication de leur adolescent garçon dans ces thématiques ? Le peu de dialogue entraîne-t-il une faible implication des garçons, ou est-ce l'inverse ?

L'entrée dans la puberté du garçon ne doit pas se cantonner à son propre corps. Son rapport avec le sexe féminin doit faire partie intégrante de son accompagnement durant cette période.

Trois évènements majeurs :

Le début de la puberté puis des relations amoureuses sont un prélude à l'entrée dans la vie sexuelle, pouvant apparaître dès le collège, voire fin du primaire. Le souci étant la latence entre ces trois évènements. Le parent n'aurait finalement parfois que peu de temps pour agir.

À noter que le 3^e évènement n'est pas « rapport sexuel » mais bien « vie sexuelle », pouvant également être nommé « expérimentations sexuelles ».

Refus de voir grandir son enfant et fuite du temps :

La relation préservée, vierge et pure avec son.sa tout.e jeune enfant évolue irrémédiablement vers une explosion de celle-ci et l'éclosion d'un.e jeune adulte. Il serait ainsi dans la norme que l'enfant se détache du parent, et qu'en retour le parent n'ait pas envie de le.la voir grandir, se le.la représentant toujours comme « tout.e petit.e », et ce jusqu'à un âge avancé.

Le parent peut éprouver la sensation que son enfant lui échappe, rappelant inconsciemment pour les mères une 2^e mise au monde. L'entrée dans la sexualité de son enfant coïncide généralement avec l'âge auquel elles doivent renoncer à la maternité (entre 40 et 50 ans).

L'arrivée de la sexualité marque ainsi une rupture. La découverte que son.sa petit.e enfant sur lequel.laquelle ils ont veillé devient « sexué.e », indique aux deux parents que l'horloge tourne irrémédiablement, déclenchant une prise de conscience de leur propre avancée en âge et de la fuite du temps. Cela peut être apparenté à un deuil de sa propre jeunesse.

L'exploration des affects du parent pourrait permettre de mieux comprendre son rapport à la temporalité, son fonctionnement et l'évolution de son positionnement par rapport à son enfant.

Le refus de le.la voir grandir et du détachement qui s'accompagne, contraste avec l'envie d'engager le dialogue sur un sujet bouleversant ses positions.

Le rapport au temps, et donc à la procrastination du dialogue, est à étudier.

e. Importance d'une éducation à la sexualité non exclusivement sanitaire

Les parents ont affirmé aborder principalement des thèmes d'ordre sanitaire, le dialogue y apparaissant plus fluide que sur d'autres thématiques, notamment psychoaffectives. Elles se rapprochent de celles facilement évoqués à l'école et par les MG.(20,26)

Les thèmes correspondant avec l'avancée en âge apparaissent plus difficiles à aborder avec cette dernière. Si le dialogue n'est pas fluide sur des sujets de sexualité « basiques », il apparaît y avoir peu de chances qu'il le soit ultérieurement concernant des thématiques plus délicates.

Le bureau régional de l'OMS en Europe a détaillé dans son rapport de 2010 le développement psychosexuel de l'enfant. Découpé en 5 tranches d'âges de 0 à 18 ans, il y est ainsi détaillé les stades de ce développement, et expliqué pourquoi tel thème est introduit à tel âge.(46)

Une étude statistique sur la propension de parents évoquant chaque sujet à chaque tranche d'âge pourrait être très intéressante, permettant de :

- Comparer l'âge auquel est réellement abordé chaque sujet avec le parent.
- Mettre en évidence cette complexité progressive.
- Argumenter en faveur d'un début précoce de l'éducation à la sexualité.

Il apparaît primordial de ne pas résumer l'éducation à la sexualité à la contraception et la prévention des IST. Entre autres, doivent être inculquées dès le plus jeune âge :

- Notions égalitaires femme-homme.
- Tolérance des différences.
- Limitation de la construction de stéréotypes et préjugés sociaux, notamment sexistes.
- Image du couple et des relations entre femmes et hommes : transmise par les parents et fondatrice des représentations de l'enfant.
- Respect de l'autre et son propre corps : De manière générale, existe-t-il un rapport entre le respect dans la vie quotidienne concernant n'importe quel domaine, et le respect de l'autre dans la vie sexuelle ? Une éducation inculquant le respect générerait-elle implicitement du respect dans la vie affective et sexuelle du/de la jeune ?

A l'époque, ces thématiques psychoaffectives et égalitaires étaient-elles aussi prépondérantes ? L'amélioration progressive de la condition de la femme dans la société apparaît contemporaine de l'importance croissante de ces thèmes dans le dialogue parent-enfant.

Le questionnement et le dialogue sont souvent motivés par les angoisses et craintes de chacun.e, qui sont non exclusivement sanitaires. Les affects et positions de chacun.e sont bouleversés, ils requièrent un investissement moral. L'échange entre le/la jeune et son parent peut permettre de partager certaines angoisses et craintes respectives, et de s'en libérer. La relation de confiance préalablement créée participe à l'établissement d'une potentielle forme de psychothérapie mutuelle. La découverte de la sexualité peut être traumatisante pour un.e adolescent.e. La découverte de la sexualité de son adolescent.e peut l'être tout autant pour le parent.

2. La culture : tremplin au dialogue sur la sexualité

Livre :

Le livre est un moyen récréatif d'aborder la sexualité avec ou non des explications par le parent.

Dans le commerce, le thème principal pour les tout.e-petit.es est « le bébé et la naissance ». Avec l'avancée en âge, suivent des livres sur la conception en des termes un peu plus techniques, la différence des genres, puis les relations amoureuses, la puberté, les rapports sexuels et la prévention qui en découle. Plus le/la jeune grandit, plus une dimension initiale récréative et biologique tend à être remplacée par des approches préventive, psychologique et sociologique.

La dimension ludique y est souvent retrouvée, quel que soit l'âge, dans les images ou le texte.

Les parents interrogés ont rapporté l'utilisation des livres comme supports d'information principalement pour les plus jeunes. Les avantages des livres sont nombreux :

- ⇒ Information adaptée à l'âge : Tranche d'âge cible sur la couverture.
- ⇒ Contrôle de l'information reçue par l'enfant : Les parents affirment être actuellement dépassés par la quantité profuse d'informations. Cette abondance peut être favorable à l'enfant, mais il.elle peut devenir vulnérable en l'absence de contrôle et d'accompagnement. Via les livres, le.la jeune ne sera pas confronté.e à des images ou textes choquants.
- ⇒ Accompagnement et dialogue : Explications adjointes par le parent. Réponses fournies au questionnement de l'enfant. Possibilité de lecture dans une ambiance calme et détendue créant un contexte favorable à la quiétude, la confiance et la confiance.
- ⇒ Informations discrètes pour l'adolescent.e : Non relayés par les parents, les livres pour adolescent.e.s permettent une éducation à la sexualité en toute discrétion malgré un dialogue amoindri à cette période. Il.elle peut y trouver des réponses, des conseils, et un accompagnement relatif. Toutefois un.e adolescent.e irait-il.elle de son propre chef se procurer dans un magasin un livre explicatif sur la sexualité ?
Le parent ne devrait-il pas veiller à fournir au fur et à mesure de l'avancée de son enfant, et à chaque tranche d'âge, des supports d'information manuscrits ? Quelle est la place du livre dans un contexte actuel de multiplication des canaux d'informations numériques ?

Télévision :

Les parents de notre étude ont insisté sur l'utilisation prépondérante de la télévision pour aborder la sexualité avec leur jeune, « *un besoin* » pour certains parents. Ils appuient l'intérêt du visionnage d'émissions spécialisées par les jeunes et leur portée éducative. Celles existantes sur le service public abordent divers sujets médicaux de manière scientifique. A haut intérêt de santé publique, se pose la question de la pertinence de leur diffusion à des heures d'écoute creuses (début d'après-midi) si l'objectif est de cibler un public jeune et de servir de dialogue avec leurs parents.

Exemple de « Pubertet » : Huit vidéos de 5 minutes diffusées en 2015 par la télévision publique norvégienne NRK, traitant de sexualité sans aucun tabou, destinées aux enfants dès 8 ans. L'anatomie y est abordée sur de vraies personnes, avec des gros plans, toujours de manière ludique avec un rapport au corps décomplexé. Ces vidéos, disponibles à présent gratuitement sur le site internet de la télévision publique, disposent de sous-titres en 7 langues dont le français.(47)

L'émission souhaite créer une base propice au dialogue dans la famille.

Les français sont-ils au courant de l'existence de ces vidéos ? Quelle serait la réaction de l'opinion publique si elles étaient diffusées, par exemple, durant huit mercredis d'affilée en fin d'après-midi, vers 17-18h ? Le CSA accepterait-il la diffusion de ce genre d'émission en France ?

Le rapport au corps en France n'est peut-être pas le même que dans les pays scandinaves. Notre pudeur latine consentirait-elle au visionnage en famille au domicile à visée éducative de réel.le.s vulves et pénis sur un grand écran 16/9^e ?

Après examen, nous pensons que ces huit vidéos sont d'un intérêt de santé publique considérable. Doivent-elles être diffusées en France ou devons-nous créer les nôtres ?

Caractère impromptu de l'image :

Les témoignages se rejoignent sur le caractère impromptu de l'image télévisée se rapportant à la sexualité (scène d'un film, clip de musique, publicité, etc.). Cela peut être un avantage afin de briser une barrière, mais le caractère soudain et le contexte dans lequel est vue cette image ne favorise pas toujours le dialogue (exemple caricatural : en famille sur le canapé devant un film le dimanche soir). Le danger est que l'image choque l'enfant, surtout s'il.elle n'a pas d'accompagnement par un adulte. L'époque où il était osé de montrer les mollets d'une dame est révolu. Des parents mettent en garde contre la violence de certaines images et la banalisation de la sexualité à la télévision.

Contrairement à internet, la possibilité d'être confronté à certaines images peut être plus grande :

- Accès plus aisé et parfois libre, le parent n'étant pas toujours présent pour l'accompagner.
- Contenu beaucoup plus éclectique que les quelques chaînes terrestres d'il y a encore 15 ans.
- Sœurs ou frères plus âgé.e.s (ou ses parents) pouvant amener à regarder un contenu non adapté au jeune âge.
- Télévision faisant parfois malheureusement partie intégrante de la famille, suivant par étapes le quotidien.
- Accès plus jeune qu'à internet. Les représentations sur la sexualité peuvent être ainsi biaisées très jeune, à un âge malléable.

Certes, un contenu extrême comme de la pornographie est moins susceptible d'être visionné par ce canal que par internet. Néanmoins, la prévention de la violence des images à caractère sexuel ne doit pas se limiter à internet. La libération sexuelle à la télévision et l'affranchissement progressif des limites sont un risque pour les jeunes.

Le CSA mesure-t-il l'impact immédiat de certaines images visibles à une heure de grande écoute chez un.e jeune enfant, et la répercussion sur ses futures représentations ? Des adolescent.e.s un peu plus âgés, avec un certain recul sur leur enfance, pourraient être interrogé.e.s sur ce ressenti.

Si on extrapole, ce n'est pas tant une image, mais n'importe quelle situation où parents et jeunes vont être confrontés ensemble à la sexualité, qui peut être imprévisible. Il apparaît important que le parent puisse se préparer à appréhender ce genre de situation, qui arrive à l'improviste, et qu'il soit en mesure de fournir des réponses au.à la jeune.

Internet, un outil aussi puissant que dangereux :

Support de divertissement puis d'information privilégié des jeunes, à l'accès facile, rapide, discret, anonyme, et gratuit. Les parents interrogés jugent pour moitié qu'internet peut être une source d'information pour l'enfant et même un moyen d'engager le dialogue.

Or sans accompagnement, il existe un risque d'auto-apprentissage. Les parents ont exprimé leurs inquiétudes concernant ce que le.la jeune en retirera dans ces cas là.

Les parents ont rapporté que plus l'adolescent.e avance en âge, moins l'accès est limité et contrôlé. Il est quasi-impossible d'interdire aux jeunes l'accès à certains contenus. Les parents, découvrant eux aussi ces nouvelles technologies, n'ont pas été éduqués dans leur enfance à les appréhender.

Quelle soit via des sites / blogs / forums, la désinformation est actuellement un poison pour les jeunes et les générations à venir. Concernant des sujets à haut intérêt de santé publique tels que la vaccination ou la santé sexuelle, les conséquences peuvent être désastreuses. Le.la jeune perdu.e se voit informé.e par des internautes de manière erronée et parfois violente. Les parents interrogés ont partagé leurs craintes concernant cette désinformation nocive. Le souci étant qu'à partir d'un certain âge ils n'accompagnent plus leur jeune sur internet. C'est cette population-là qui devient à risque.

Pornographie :

Les parents interrogés ont fait part de leurs craintes et inquiétudes, et du danger de l'absence de mise à distance face à ce contenu, de l'ancrage de représentations erronées dans l'esprit du.de la jeune, et de la potentielle future transposition dans la vraie vie.

La pornographie est une violence faite aux enfants. Il est anormal qu'un.e jeune (pré)adolescent.e ait accès à ces images qui vont lui inculquer des idées erronées et forger des représentations nocives.

En parler ne signifie pas que cela va inciter les jeunes à visionner de la pornographie. Au contraire, le dialogue en amont permettra de briser le tabou et susciter une prise de conscience avant que ne soient gravées ces fausses représentations. C'est aussi un moyen d'aborder des thématiques éloignées du biomédical, comme l'image de la femme / respect / consentement / égalité / violences sexuelles.

Le tabou entourant la sexualité peut favoriser la pornographie comme une source d'information crédible pour les jeunes. Le comble est à son paroxysme quand des sites pornographiques mettent en place leur propre plateforme d'éducation à la sexualité.

Doivent être réalisées des campagnes de prévention sur les systèmes de contrôles parentaux. La limite étant que de plus en plus d'enfants ont actuellement des smartphones et savent facilement contourner ces filtres. Cliquer sur « J'affirme avoir 18 ans ou plus » est à la portée de n'importe quel enfant de 11 ans. Il faut expliquer aux parents que la pornographie et ses thématiques environnantes sont un risque aussi important que la prévention des IST et la contraception.

De manière plus large, c'est toute une éducation aux médias qui devient primordiale, à destinée des parents et des jeunes, à une époque de profusion d'images et où la moindre information reçue est acquise comme vérité vraie.

3. Une libération progressiste de la parole et de l'information

a. Communication intra familiale

Sujet tabou :

Les parents interrogés sont nés en moyenne au début des années 1970, adolescents dans les années 1980. Ils ont rapporté que le dialogue était majoritairement absent à leur époque. La sexualité était considérée comme totalement taboue, et non évoquée au sein du noyau familial. Le non-dit peut apparaître comme une gangrène dans certaines familles, où parler d'un certain sujet serait une infamie. Une mère exprime un problème de génération, sauf que ce tabou peut perdurer au fil du temps dans les familles.

Lorsque le dialogue était légèrement présent, les sujets concernant la sexualité étaient peu variés. L'accent était alors principalement mis sur la prévention des grossesses et des IST.

Manière d'être et climat familial :

La façon d'être des parents dans la vie quotidienne crée un certain climat familial. Il peut facilement se comprendre qu'évoquer la sexualité ne devait pas être aisé pour chacun.e dans un contexte froid et tendu, non propice aux échanges. Cette froideur des rapports humains a été exprimée comme un frein. La gêne éprouvée, quant à elle, apparaissait mutuelle entre le parent et l'enfant.

Un père rapportait l'exemple contraire : sa mère ayant des aptitudes relationnelles et étant à l'écoute, a su créer un contexte bienveillant favorisant le dialogue sur la sexualité. Son ressenti actuel n'est que positif, le bénéfice pour l'enfant étant majeur. Les compétences relationnelles de la mère se sont transmises à son fils, maintenant parent.

Qui est l'investigateur principal de la relation parent-enfant ? Qui décide du climat régnant au domicile ? Qui a le dernier mot sur la présence de dialogue ou non ?

Milieu social :

Aucun parent interrogé ne correspondait à une catégorie socioprofessionnelle évaluée comme « défavorisée ». L'éducation à la sexualité dans des familles au contexte socioéconomique difficile doit être explorée. Les questions relatives aux violences faites aux femmes / contraception / IMG / égalité / respect, etc., ne sont pas uniquement présentes dans les milieux sociaux défavorisés, mais elles n'y sont pas non plus étrangères.

Religion intrafamiliale :

Peu évoquée, le faible échantillon ne peut permettre de conclure, mais la tendance est à une emprise négative de la religion, considérée comme un poids freinant le dialogue. L'absence de rapport au plaisir dans la religion induirait un non-dialogue, voire une éducation à la sexualité dénuée d'empreinte affective et positive, basée sur les risques et l'interdit. La diminution progressive de l'emprise religieuse au domicile et à l'école peut participer à lever progressivement un tabou.

Quand on pense « religion » on ne pense pas forcément « sexualité ». Pour autant, les enfants grandissant dans des familles où règne une forte influence de la religion, quelle qu'elle soit, n'ont pas moins besoin d'éducation à la sexualité que des enfants né.e.s de parents athées.

L'exploration de l'influence religieuse sur l'éducation à la sexualité permettrait de mettre en lumière des suppositions communément admises.

Au-delà de la relation de confiance :

Il est intéressant de noter une relation fusionnelle et de confiance chez une mère interrogée avec sa propre mère, condition pourtant non suffisante au dialogue sur la sexualité. Le fait d'être proche d'une personne et d'avoir confiance en elle ne suffit donc pas à ce que le dialogue se fasse. Cette notion a exactement été reprise par un père concernant leur MG.

Ces deux témoignages se font écho, et mettent en lumière une notion encore floue, bien au-delà du concept *a priori sine qua non* au dialogue entre deux personnes, qu'est la relation de confiance.

b. Une éducation avant que la sexualité ne se présente

Des entretiens, s'est dégagée l'idée d'une différence majeure entre les deux époques étudiées : l'éducation actuelle est réalisée majoritairement avant que la sexualité ne se présente.

Plusieurs raisons apparaissent :

- Amélioration de l'éveil : Des parents ont affirmé qu'actuellement les jeunes sont plus éveillés.e.s, moins ignorants.e.s, et matures plus rapidement. L'ignorance apparaît comme un frein à la maturité et l'émancipation. Néanmoins, les notions d'éveil et d'accès à l'information sont à différencier. L'impact des technologies numériques sur leur développement et la relation qu'ils créent avec leurs parents est à mesurer.
- Information donnée plus jeune en milieu scolaire : A l'époque, la vie à l'école apparaissait comme une bouée de sauvetage face à la pauvreté des sources d'éducation à la sexualité, et notamment au domicile. Les parents ont reçu un enseignement très tardif sur la sexualité, débutant parfois seulement au lycée. A présent, malgré des disparités, l'éducation à la sexualité est obligatoire depuis 2003 dès le cours primaire.(48)
- Avancée en âge de la puberté : (49) Remarquée par les parents interrogés, en comparaison à leur propre puberté. Le dialogue peut ainsi être déclenché plus tôt et avant la survenue des premières expériences sexuelles, si toutefois ces dernières ne se sont pas déjà produites.
- Amélioration des connaissances et de l'accès à l'information pour les jeunes :
 - A l'époque : Les sources d'information étaient très limitées (dialogue entre ami.e.s, école). Le parent n'apparaissait pas comme une personne ressource, corroborant l'absence de dialogue au domicile. L'accompagnement n'existait quasiment pas.
Parfois un livre présent « en libre service » au domicile abordant la sexualité, pouvait correspondre à un moyen détourné de fournir une information à l'enfant, sans devoir être confronté.e à son regard et ses interrogations. Cela permettait ainsi au parent d'éviter des situations embarrassantes et un bouleversement émotionnel.
Les médecins de l'époque ont été peu évoqués, et toujours de manière négative, mentionnant des rapports froids, distants et autoritaires.
 - Actuellement : Hausse progressive du niveau de vie, diversification des livres, démocratisation de la télévision, liberté accrue des radios, explosion d'internet.
Dans un univers actuel de profusion d'information, il est à présent nécessaire de développer la connaissance de sources fiables pour le.la jeune (et le parent), qu'elles soient humaines ou matérielles : livres, brochures, sites institutionnels (« onsexprime.fr ») ou médicaux, blogs (notamment féministes promouvant l'égalité), applications mobiles, etc.

Dans le cas contraire, ils.elles peuvent être confronté.e.s à un contenu erroné, inadapté, choquant, et non-égalitaire. L'absence d'information, la désinformation et l'ignorance sont à combattre, autant pour le.la jeune que pour le parent.

Connaissances et sources d'informations des parents :

Avant la forme, se pose la question du fond. Avant « comment le dire ? », il faut savoir « que dire ? » à son enfant. Un père a dit qu'il n'existait pas de manuel particulier sur comment être un bon parent, ou comment parler de sexualité avec son enfant. Il exprima la difficulté d'être parent, et du besoin d'accompagnement et de formation.

Les sources d'information du parent sont apparues faibles et citées au conditionnel, au cas où il ressentirait un besoin. Leurs connaissances restent basées principalement sur leur propre expérience. Se posent deux problèmes :

- Vérification des connaissances : Comment être certain.e qu'elles soient solides et suffisantes pour appréhender l'éducation à la sexualité de son enfant de manière adéquate ? Plus en amont, le parent fait-il déjà la démarche de se renseigner sur l'éducation à la sexualité ?
- Conduite à tenir en cas d'échec : Quel est tout d'abord le ressenti du parent face à une situation d'échec ? Dans un second temps, le parent va-t-il demander de l'aide ou conseil à une tierce personne ? Quelles sont les alternatives qui s'offrent à lui ?

De l'importance d'engager le dialogue avant le début de la sexualité :

Engager le dialogue une fois la vie sexuelle débutée n'est pas vain mais aura moins d'impact.

Une mère a confié : « *C'est arrivé et après j'ai eu mes réponses* », comprendre qu'avoir des réponses une fois l'évènement passé ne servait pas à grand-chose. Les jeunes ont besoin de prévention primaire, la prévention secondaire est moins bénéfique.

Un paradoxe met en lumière la nécessité d'aborder le sujet le plus tôt possible :

- Les mères du FG se sont toutes représentées leur adolescent.e comme « trop jeune », ou « bébé », pour évoquer ces sujets, remettant la discussion à plus tard (14-15 ans) ;
- Pour autant elles évoquent qu'à cette tranche d'âge, les adolescent.e.s sont plus secret.e.s et la discussion sur le sujet devient plus difficile.

La latence d'une prise de conscience que son enfant n'est plus « *tout petit* », le temps d'accepter le bouleversement de ses représentations envers son enfant, et de se repositionner par rapport à lui, et il serait déjà trop tard.

Des parents peuvent s'offusquer contre une éducation à la sexualité réalisée de plus en plus jeune, arguant que cela peut amener les adolescent.e.s à avoir des rapports sexuels plus jeunes.

Ceci est réfuté par l'UNESCO, amenant au contraire « *une plus grande connaissance du VIH, une plus grande auto-efficacité concernant l'utilisation des préservatifs et le refus des rapports sexuels, une augmentation de l'utilisation de la contraception et des préservatifs* », et surtout, donnée fondamentale, « *un début plus tardif des rapports sexuels* ». (37)

Ainsi, l'éducation à la sexualité ne précipite pas l'activité sexuelle. Elle doit être réalisée le plus tôt possible, car une entrée précoce dans la sexualité est corrélée à de moindres précautions, notamment du préservatif. (38)

Rompre avec le schéma familial :

Certains parents ont émis le souhait de ne pas reproduire les mêmes erreurs que leurs propres parents, et ainsi rompre avec le schéma familial d'éducation à la sexualité assimilé dans leur inconscient. L'absence de dialogue a été ressentie comme un manque, ayant des conséquences négatives, que ce soit sur la sexualité du.de la jeune (et futur.e adulte), mais aussi sur l'éducation qu'il.elle dispensera à ses futur.e.s enfants. Ce constat, réalisé en moyenne une trentaine d'années après leur adolescence, met en avant un bénéfice sur plusieurs générations. Toutefois certains parents apparaissent fatalistes, relativisant sur cette absence de dialogue, arguant que c'était ainsi, qu'il fallait l'accepter et se contenter du peu d'échanges.

Mais un parallèle a été réalisé chez les parents des EI, entre leur ressenti adolescent.e et celui de leurs jeunes actuels. Ils se transposent et se retrouvent en eux, se remémorant leurs interrogations, leurs craintes, et la gêne éprouvée envers la figure parentale. De ce souvenir est induite une prise de conscience sur la nécessité de mettre de côté sa gêne, sa pudeur, sa peur d'engager le dialogue. Ils ont compris et verbalisé l'importance d'aborder eux-mêmes le sujet, que c'est à eux d'aller au devant et de briser le non-dit. Même s'il faut se faire « violence », ce sont eux les adultes.

Éduquer un.e enfant ne se limite pas à l'alimentation, les devoirs et la politesse. Certains domaines de l'éducation sont plus délicats et bouleversent grandement les affects. Malheureusement, cela requière un investissement moral que tous les parents ne sont pas prêts à faire.

Le.la jeune ne doit plus faire seul.e son apprentissage de la sexualité :

L'enfant de l'époque devait s'en remettre grandement à lui.elle-même. Les découvertes se faisaient pas à pas, plus lentement, « *sur le tas* », avec plus ou moins de surprise et d'accompagnement. Les parents ont remarqué une grande différence : l'enfant actuellement ne fait plus son apprentissage tout.e seul.e.

Certes, certaines étapes relevant de l'intimité étaient, sont, et seront toujours expérimentées seul.e, ou tout du moins sans un accompagnement éducatif. Ces expériences de découverte de la sexualité conditionnent le.la jeune dans son approche de la sexualité. La multiplication des canaux d'informations, l'accompagnement, et la désacralisation progressive de la sexualité, participent à lutter contre l'isolement de l'enfant, à réduire les expériences négatives, et ainsi l'aider à mieux appréhender chaque étape.

Trois piliers de l'éducation à la sexualité :

Le ressenti des parents interrogés n'a pas été surprenant compte tenu des verbatims recueillis sur l'éducation reçue. Leurs propos se rejoignent sur le souhait *a posteriori* d'une éducation différente. Exprimées initialement avec un point de vue enfantine emprunte de nostalgie, trois notions fondamentales apparaissent :

=> *plus d'informations* => *plus de dialogue* => *plus d'accompagnement*

Il se peut qu'elles reviennent dans les souhaits des jeunes d'aujourd'hui.

4. Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité

a. Rôles du médecin généraliste

Légitimité et transfert d'information :

Oui, tous les parents ont affirmé que le MG a un rôle à jouer dans l'éducation à la sexualité.

Ils pensent que c'est à lui d'amener le sujet, de manière progressive, et ressentent parfois un besoin d'aide du MG. Ce dernier apparaît comme une personne ressource légitime pour le.la jeune. Cette légitimité se dévoile être un point important pour aborder un thème se référant à la santé.

Ses longues études sont perçues comme l'asseyant sur un socle de connaissances solides. Il peut ainsi être un informateur potentiel et crédible auprès des jeunes.

Accompagnement :

Le MG peut accueillir une certaine demande du.de la jeune, et ainsi l'accompagner, le.la guider. Comme le parent, le MG peut avoir un rôle dans le fait de recevoir les représentations des jeunes et de pouvoir recadrer une certaine « norme » de la sexualité.

Le transfert du.de la jeune vers le MG peut susciter un rôle de confident par ce dernier. La prise en charge du versant psychoaffectif de la sexualité apparaît primordiale. Le MG peut faire preuve de réassurance tant envers l'enfant que le parent. Il se révèle être un complément nécessaire au rôle central des parents.

Approche positive :

Le MG est supposé pouvoir autant parler d'amour, de relations femme-homme, de plaisir, que de fonctions reproductives. Ainsi une approche positive de la sexualité abordant des thèmes intimistes pourrait être plus bénéfique qu'une approche essentiellement paternaliste sur des thèmes techniques et de prévention.

Les thématiques relatives à l'intimité et à la relation à l'autre ne sont que trop peu abordées par les MG, et pourtant, ce sont elles qui devraient primer dans l'approche de la sexualité.

Rôle primordial mais pas central :

Il est rare que l'enfant n'ait aucun secret pour ses parents ou aucune question en suspens. Ainsi le MG peut donc être sollicité même dans certaines familles où le dialogue est présent.

Dans le cas de familles aux difficultés relationnelles, on peut imaginer l'intérêt majeur des interventions du MG pour le/la jeune. Palliant au manquement de certains parents, le MG peut être un complément mais aussi une « bouée de sauvetage ».

Néanmoins cette éducation ne peut se faire unilatéralement, elle nécessite différentes approches et un travail d'équipe. La substitution des obligations familiales par des interventions médicales ne semble pas une solution efficace dans la durée.

b. Une très grande variabilité de facteurs influençant le dialogue

Rapport du MG à la sexualité :

Chaque MG a un certain rapport à la sexualité qui lui est propre. Son histoire personnelle rentre forcément en jeu, tout comme sa propre éducation à la sexualité reçue.

Un parent a affirmé que le MG possède une certaine capacité à prendre du recul par rapport au corps humain et à la sexualité, apprise notamment à la faculté. Or le MG n'en reste pas moins humain, il peut éprouver une certaine pudeur à aborder le sujet. Ses affects rentrent en compte.

Il peut aisément se comprendre que les émotions produites chez le MG ne sont pas les mêmes en abordant des violences d'ordre sexuel qu'en soignant une entorse de cheville.

Apprendre l'anatomie et la physiologie du corps humain à un médecin est une chose, lui apprendre à dialoguer de sexualité avec ses patients en est une autre.

Relation de confiance avec le MG :

La relation de confiance créée entre le MG et le patient serait pourvoyeur d'un meilleur dialogue. Pour certains parents, l'ancienneté de la relation apparaît précieuse à l'obtention de cette confiance. À noter qu'il n'a été précisé dans aucun entretien si la relation de confiance, dont était discutée l'importance, était entre le MG et l'enfant, ou entre le MG et le parent. Il se pourrait que ces relations aient chacune leur degré de confiance et toutes deux sont aussi cruciales.

Néanmoins, la réflexion d'un parent est très intéressante : il existe une relation de confiance avec son MG, ce dernier possède de bonnes compétences médicales et est à l'aise au niveau communication, et pourtant il n'existe aucun échange sur la sexualité entre le MG et le couple parent-enfant.

La confiance serait un prérequis et non une condition *sine qua non* au dialogue. D'autres facteurs rentreraient en jeu, dont l'exploration qualitative est nécessaire afin d'améliorer les connaissances des MG sur la complexité du relationnel lors du dialogue sur la sexualité.

Temps de consultation trop court :

Tous les parents ont exprimé une amertume concernant une durée de consultation jugée beaucoup trop courte. Le sujet étant délicat, il apparaît très difficile de l'aborder dès le début de consultation. Ainsi du temps serait nécessaire afin d'instaurer un climat détendu et de confiance, où l'adolescent.e pourrait avoir le temps d'appréhender le contexte et le sujet pour s'ouvrir à un dialogue avec le MG. Un père a affirmé que dans le cas où un enfant viendrait en consultation avec ses propres questions sur la sexualité, le format 15-20 minutes pourrait ne pas être trop bref.

Si la sexualité est le motif de consultation principale ou non, le ressenti concernant ce laps de temps trop court est-il le même ? S'il est prévu à l'avance que la consultation soit axée sur la sexualité, la latence de mise en confiance est-elle réduite ?

Âge de l'enfant :

Les parents ont affirmé que le dialogue avec le MG est d'autant plus aisé que l'enfant est jeune. Cette notion se retrouve aussi entre le parent et l'enfant. Les représentations du.de la jeune envers le MG et ses parents sont encore « vierges », la relation qu'il.elle entretient avec ces deux acteurs apparaît encore pure et non bouleversée par l'arrivée de la puberté. Sa sexualisation progressive va bouleverser les positions de chacun.e et peut ainsi freiner le dialogue.

Cela appuie l'idée que le dialogue sur la sexualité ne devrait pas attendre mais être débuté le plus tôt possible, toujours de manière progressive. Dire que son enfant ou son patient est « encore un peu trop jeune pour parler de sexualité », serait une pirouette égoïste et couarde, afin de se protéger et d'éviter de rentrer dans le vif du sujet.

Gêne de l'adolescent.e et abord du sujet :

Le dispositif « Fil Santé Jeunes », depuis 1995 par téléphone, et depuis 2001 par internet, répond aux questions des 12-25 ans, en garantissant leur anonymat. La sexualité concerne la moitié des demandes. Pour autant la sexualité correspond-elle à la moitié des demandes des adolescent.e.s en consultation de médecine générale ?

Certain.e.s adolescent.e.s peuvent éprouver pudeur ou honte à parler de sexualité lors d'une consultation médicale. Le regard du MG peut apparaître comme un frein. L'attitude du MG doit permettre à l'adolescent.e de minimiser cette gêne et garantir une relation basée sur l'absence de jugement ou d'attitude moralisatrice, propice à l'écoute et au partage.

Il est nécessaire de mesurer le taux d'adolescent.e.s posant des questions au MG sur la sexualité de leur propre chef. En parallèle, doit être évaluée la propension de MG abordant eux-mêmes la sexualité avec leurs patient.e.s adolescent.e.s, même en l'absence de demande des jeunes.

Ces résultats doivent mettre en lumière le fossé avec les chiffres du réseau « Fil Santé Jeunes ».

Absence de suivi de l'adolescent.e bien portant :

Deux parents ont affirmé qu'aucune situation ne s'était présentée pour que le dialogue ne soit enclenché entre le.la jeune et le MG. La faible quantité de consultations annuelles de l'adolescent.e bien portant peut être un frein. Lorsqu'il.elle ne présente pas de pathologies intercurrentes, ses rencontres avec le MG n'en sont que plus espacées. La fenêtre de tir pour aborder la sexualité est donc très réduite. La relation de confiance peut ainsi être plus difficile à créer et/ou entretenir.

De plus, les motifs de consultation sont dominés par les pathologies ORL, certificats, et vaccins.(26)

Comment le MG peut-il aborder la sexualité s'il n'y a pas de demande de la part de l'adolescent.e ?

Ces derniers sont-ils en attente que le MG initie le dialogue ? 60 % répondent oui.(26)

Deux notions risquent d'accentuer le suivi déjà insuffisant de l'adolescent.e exprimé par les parents :

- Extension de la vaccination aux pharmaciens ou infirmiers :

Une consultation pour une vaccination ne se limite pas à une simple piqûre. Le MG dispose d'un temps précieux afin d'aborder des thématiques de prévention, et notamment la sexualité. Mais la répercussion de ce laps de temps sur le bénéfice individuel et collectif est difficilement mesurable et surtout chiffrable (€).

- Allongement de la validité du certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport :

Ce certificat permettait jusqu'alors de recevoir au moins une fois par an un.e jeune pratiquant une activité sportive.

L'apparition des signes de début de puberté peut être insidieuse autant chez la fille que chez le garçon (hormis la ménarche).

Un élément apparaît ainsi important dans le suivi de la jeune : les stades de Tanner.

Le suivi de ces stades permettrait de mettre en lumière le début de la puberté, « *que quelque chose se passe* ». Le parent se rendrait ainsi compte que son enfant grandit inexorablement, que le temps passe vite, et que l'entrée dans la puberté justifie de débiter le dialogue sans attendre.

Le MG a son rôle à jouer dans cette prise de conscience chez le parent. Mais tous les MG évaluent-ils les stades de Tanner ? Que pensent-ils de leur utilité concernant l'induction du dialogue sur la sexualité en consultation ?

c. La consultation spécifique à la contraception et la prévention des IST destinée aux jeunes filles de 15-18 ans : une avancée timorée

La consultation spécifique de contraception et prévention aux IST à destinée des jeunes filles de 15 à 18 ans, appartenant aux consultations complexes à fort enjeu de santé publique, apparaît de prime abord comme une avancée majeure. Pour autant se pose de nombreuses interrogations :

⇒ Les jeunes filles sont-elles au courant de l'existence de cette consultation ?

⇒ Comment un MG ne discutant pas de sexualité avec une adolescente va-t-il l'informer sur l'existence de cette consultation ? Va t-il la réaliser ? Si oui dans quelles conditions ?

⇒ Pourquoi ne s'intéresser qu'à la contraception et aux IST ?

La sexualité présente des pans tellement larges qu'il est réducteur de la confiner à ces deux domaines. Cela risque de limiter la consultation à un simple transfert d'informations brutes sans prendre en compte les versants psychoaffectif, social, relationnel, égalitaire, de respect. Le MG aborde-t-il ces autres thématiques durant cette consultation ?

⇒ Cette résolution fait écho à un parent interrogé confiant l'angle d'attaque différent sur la sexualité qu'il s'efforçait à adopter : d'abord dialoguer, expliquer la physiologie, créer une certaine relation, puis dans un second temps y incorporer de la prévention.

Cette mesure apparaît à l'inverse de ce que ce parent explique. Elle est certes indispensable, mais ne peut être efficace sans d'autres consultations préalables sur la sexualité.

⇒ Pourquoi ne cibler que les jeunes filles ?

- Les jeunes garçons font tout autant partie intégrante de la prévention aux IST et grossesses. Jusqu'à présent, une relation sexuelle se fait à deux, minimum.

- Mesure astreignante et inégalitaire :

Faisant écho aux différentes contraceptions existantes et à la vaccination anti-HPV, ces mesures sont focalisées uniquement sur les femmes. Elles astreignent ainsi tout bouleversement dans une société machiste, où il ne faudrait pas solliciter trop d'implications de la part des hommes concernant la prévention dans le domaine de la sexualité, ni un changement de mentalité quant à leur prise de responsabilités.

Pourquoi ne pas inclure le partenaire de la jeune fille lors de cette consultation ?

A défaut de demander une recommandation de la part des instances « bouleversant trop les mœurs », il pourrait être préconisé aux MG de proposer, au moment de prescrire la contraception aux jeunes filles, de revenir pour une prochaine consultation avec son partenaire.

- Les rapports peuvent être également partagés entre deux hommes sans être dénués de risques vis-à-vis des IST. Cette consultation centrée sur la jeune fille est inégalitaire pour les hommes à orientation homosexuelle.

⇒ Pourquoi cibler la tranche d'âge 15-18 ans alors que certain.e.s jeunes ont leurs premières expériences sexuelles bien avant l'âge de 15 ans ?

La puberté a également déjà commencé depuis bien longtemps chez la plupart des adolescent.e.s. Cette tranche d'âge est plus que tardive, elle est inadaptée. L'intérêt dans l'éducation à la sexualité étant, rappelons-le, de faire principalement de la prévention primaire et non secondaire.

Entre autres, il serait intéressant d'évaluer :

- Le pourcentage de filles ayant réalisé cette consultation.
- Les déterminants à la réalisation de cette consultation.
- La relation entretenue entre les filles ayant réalisé cette consultation et leurs parents, le dialogue au préalable entre eux, et si les parents sont au courant que leur fille est venue consulter pour une contraception.

d. Les parents souhaitent une consultation dédiée à la sexualité pour les filles et garçons dès le début de puberté

i. Un intérêt indiscutable

Il est incertain que l'enfant confie à l'école l'absence de dialogue au sein de la famille. Il est encore plus incertain qu'en retour l'école puisse et/ou doive conseiller aux parents d'engager le dialogue.

Si c'était le cas, quelle serait la réaction des parents ? L'école n'a pas suffisamment de lien étroit avec la cellule familiale pour être légitime.

Le MG se distingue, il bénéficie d'une place privilégiée au sein de la famille. Quel.le autre interlocuteur.rice potentiel.le sur l'éducation à la sexualité a une relation aussi caractéristique avec le.la jeune et ses parents ? Le suivi et la confiance, créant une relation si particulière, ne peuvent être revendiqués par peu voire aucun.e autre intervenant.e dans l'éducation à la sexualité.

De plus, une consultation médicale bénéficie d'un cadre complètement différent de celui d'une séance réalisée par un professeur de SVT, avec une trentaine de camarades à ses côtés. C'est un lieu étroit, rassurant, où les murs n'ont pas d'oreilles, propice au dialogue et à la confiance.

Tous les parents interrogés (hormis FG car non évoqué) ont approuvé l'idée d'une consultation entre le.la jeune et le MG dédiée à la sexualité. La plupart ont été agréablement surpris par cette proposition, n'y ayant pas pensé auparavant. Les intérêts seraient multiples :

- ⇒ Aucun enfant ne serait délaissé : Passage chez le MG pour discuter sexualité « obligatoire » pour toutes les familles, permettant de rattraper un manque induit par certains parents.
- ⇒ Approche médicale : Légitimité du MG et compétences solides. Toutefois la sexualité ne se limite pas à l'anatomie, la physiologie, la contraception et les IST. Certaines compétences ne relevant pas du domaine biomédical seraient nécessaires, parfois méconnues, et peu inculquées aux étudiant.e.s en médecine durant leur cursus.
- ⇒ Détection du non-dialogue intra familial : L'intérêt serait métaphoriquement de « mettre un coup de pied dans la fourmilière » afin de lever certains tabous et d'enclencher des discussions entre le.la jeune et ses parents.

Il est nécessaire de poursuivre l'exploration du point de vue des parents et des jeunes sur la mise en place de cette consultation. Les facteurs déterminants permettront de préciser sa mise en pratique.

Les attentes des jeunes appuieront la prise de conscience des autorités sur la nécessité de mettre en place cette ou ces consultations. Les MG, de leur côté, sont-ils tous prêts à réaliser ce genre de consultation ? Leurs avis et ressentis doivent également être explorés.

ii. L'entrée en classe de 6^e : une période charnière ?

Le moment où mettre en place cette consultation était difficile à cibler pour les parents. Différents facteurs rentrent en compte : l'histoire personnelle, le caractère, la personnalité, le degré de maturité, l'âge de début de puberté, etc. Le ressenti et le discernement du MG rentreraient en compte afin de jauger et décider du moment opportun pour aborder la sexualité. Après évolution de leur réflexion, la majorité des parents interrogés se rejoint sur une période charnière : l'entrée en 6^e.

Plusieurs bouleversements peuvent l'expliquer :

- Social : Selon un cursus normal, les enfants y ont 11 ans en moyenne, pour certain.e.s une entrée à 10 ans, pour d'autres une sortie à 12 en fonction du mois de naissance. La 6^e marque une fracture dans l'évolution de l'enfant, passant du cocon protecteur de l'école primaire à un nouvel environnement démesuré.
- Physiologique : Début de puberté coïncidant avec l'entrée au collège.(50) Côté d'adolescent.es ayant déjà débuté leur puberté, source de majoration du questionnement.
- Psychologique et relationnel : Crise identitaire et développement des relations affectives, amoureuses, puis sexuelles.

Doit-on faire coïncider cette ou ces consultations avec le cursus scolaire ? Avec l'âge de l'adolescent.e ? Ou à l'avancée de son développement ?

⇒ Cursus scolaire :

- Aucun.e jeune ne serait délaissé.e.
- Facilité de rappel pour le MG et les parents.
- Harmonisation de l'éducation à la sexualité et des connaissances des jeunes.
- Moins adapté à l'évolution de chacun.e.
- Jeunes d'âge parfois très différent dans une même classe dû au redoublement.
- Risque de négligence des adolescent.e.s hors cursus standard après la classe de 3^e.

⇒ Âge :

- Aucun.e jeune ne serait délaissé.e.
- Facilité de rappel pour le MG et les parents.
- Harmonisation de l'éducation à la sexualité et des connaissances des jeunes.
- Moins adapté à l'évolution de chacun.e.
- Supprime le problème des potentielles différences d'âge, et donc de développement et de questionnement, dans une même classe.
- Supprime la potentielle négligence des jeunes hors cursus standard après la 3^e.

⇒ Développement :

- Beaucoup plus adapté à chaque adolescent.e, à son avancée dans la puberté, à sa découverte des relations, à son intelligibilité.
- Importance d'être attentif, car serait l'appréciation du MG et des parents, avec risque de négliger certain.e.s jeunes ayant une puberté moins apparente, plus tardive, ou ayant un début moins précoce des relations affectives.
- Ajouter à cela un caractère seulement recommandé serait à risque que cette ou ces consultations ne se réalisent jamais.

Quelques parents ont estimé la fin de l'école primaire comme période adéquate pour commencer à engager le dialogue. Comme l'a expliqué un père, le parent peut parvenir à gérer avant l'entrée au collège, mais on peut estimer cette période pré-pubertaire (CM1, CM2) comme prémices au dialogue avec le MG. Le MG pourrait commencer à préparer le terrain aux alentours de 8-9 ans, phase où l'enfant est encore vierge de bouleversements, et donc le dialogue plus aisé.

Si quelques parents ont estimé entre 12 et 14 ans l'âge cible de cette consultation, aucune justification n'était fournie. Le lycée a également été évoqué, sans conviction ni explication.

Le dilemme est simple, et deux situations caricaturales peuvent être imaginées. Vaut-il mieux :

- ⇒ Être confronté à un.e jeune de 14-15 ans renfermé.e sur lui.elle-même, non ouvert.e au dialogue, ayant déjà débuté sa puberté, avec de nombreuses interrogations et craintes, ayant eu quelconques expériences relatives à la sexualité, tout ceci dans un climat familial et un dialogue parent-adolescent.e sur la sexualité indéterminés car non explorés auparavant ;
- ⇒ Ou bien, engager le dialogue avec un.e enfant de 9-10 ans, encore à école primaire donc relativement préservé.e, n'ayant *a priori* pas eu d'expériences sexuelles, étant potentiellement plus ouvert au dialogue, ressentant moins de gêne et de tabou ?

iii. Caractéristiques de la nouvelle consultation dédiée à la sexualité pour les filles et garçons

Questionnaire à fournir à l'adolescent.e :

- Une seul page.
- Suite de questions simples à répondre par oui ou non, divers thèmes abordés (cf. questionnaire QS SPORT pour le renouvellement d'une licence de sport)
- Fourni au jeune à la fin d'une consultation quelconque après avoir convenu d'un nouveau rendez-vous pour ne discuter que de sexualité.

- Laps de temps disponible au.à la jeune pour le remplir au domicile, avec ou sans le parent.
- Stimulation de sa réflexion afin de venir en consultation avec ses propres questions, diminuant le risque d'un dialogue unilatéral et d'un transfert brut d'informations.
- Fiche remplie donnée au MG en début de cette nouvelle consultation, servant d'assise au dialogue pour les consultations à venir, et permettant un suivi relatif de la sexualité.

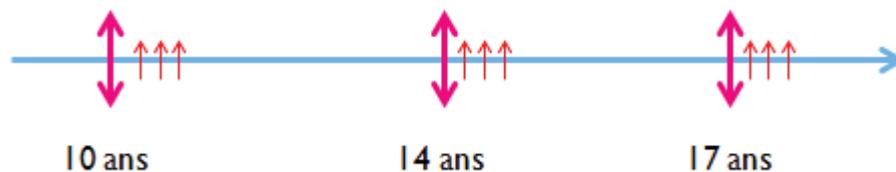
Durée de consultation plus longue :

Consultation d'une trentaine de minutes, où serait respecté un temps nécessaire à l'acclimatation et la mise en confiance du.de la jeune. Une consultation pour un problème psychologique en médecine générale dure rarement 15 minutes, tout du moins pour une prise en charge optimale. Cela demande du temps, de la patience, de l'écoute, des temps de silence. Une consultation sur la sexualité est identique, nécessitant tact, relationnel, patience, temps de silence, ré-explications. Le format 15-20 minutes apparaît logiquement inadapté pour aborder de nombreux pans de la sexualité.

Échelonner sur plusieurs consultations :

Les problématiques sur la sexualité ne sont pas les mêmes à 10, 14 ou 17 ans. C'est pourquoi il est judicieux de prévoir dans le suivi normal de l'adolescent.e trois consultations à différents âges, où les craintes, interrogations, et expériences, auront forcément évoluées.

Trois âges charnières peuvent être identifiés, correspondant approximativement, pour un cursus scolaire classique, respectivement au CM2-6^e, à la 3^e, et à la Terminale.



La fin d'une consultation serait cruciale pour le suivi. Il peut être proposé au jeune de prévoir une nouvelle consultation 1 mois plus tard, puis éventuellement d'autres, toujours mensuellement. Ce suivi serait facultatif, à discuter en fonction du ressenti du MG et de la demande de l'adolescent.e.

Le contact rapproché à un mois d'intervalle permettrait de :

- Laisser le temps à l'adolescent.e de digérer certaines informations.
- Favoriser l'émergence de nouvelles interrogations.
- Contrôler les connaissances, répondre aux questions.
- Aborder de nouvelles problématiques.
- Ne pas repartir à zéro au niveau relationnel, et c'est bien notion la plus importante.

A 10 ans pourrait également être réalisées trois consultations :

- Une avec l'enfant
- Une avec les parents uniquement : Afin de leur expliquer les tenants et aboutissants de l'éducation à la sexualité, et leur rappeler leurs rôles et devoirs qui, à l'entrée de puberté, deviennent cruciaux. Les parents sont en demande d'aide du MG. Il est donc nécessaire de mettre en place à destination des parents, une consultation spécifique dédiée à l'éducation à la sexualité. Celle-ci serait d'autant plus efficace si elle s'intègre aux consultations dédiées aux jeunes.
- Une avec tout le monde : L'avantage serait que l'enfant n'éprouve pas encore trop de gêne envers son parent à cet âge-là. Cette dernière consultation, tous ensemble, permettrait de promouvoir le dialogue dans la famille à cette période charnière d'entrée dans la puberté.

D'apparence claire et logique pour le thésard, il convient néanmoins de rappeler aux autorités compétentes que ces consultations s'adressent aux filles et aux garçons.

iv. Discussion du caractère obligatoire de la consultation dédiée

Une mère s'est insurgée légitimement contre l'hétérogénéité du suivi recommandé des mineur.e.s, notamment le différentiel entre le suivi du nourrisson / petite enfance, bien défini, et l'adolescence où le.la jeune est un peu délaissé.e. En effet, la prévention « obligatoire » ne s'arrête pas à la fin de l'école maternelle. Les avis concernant le caractère obligatoire divergeaient, et tous se justifiaient.

Obligatoire :

L'avantage principal serait le passage obligé pour tous les enfants et donc toutes les familles chez le MG afin d'aborder la sexualité. Aucun.e jeune ne serait oublié.e et délaissé.e. Tous.toutes auraient la possibilité d'obtenir des réponses et un accompagnement, indépendamment des caractéristiques familiales / économiques / sociales / religieuses, tendant à rétablir l'égalité des chances pour tous.toutes en termes d'éducation à la sexualité. L'obligation permettrait d'homogénéiser l'éducation à la sexualité reçue, et de lancer le sujet dans toutes les familles sans exception.

Le principal inconvénient serait inhérent à la sexualité elle-même. On peut aisément comprendre que le relationnel n'est pas le même que pour un certificat médical de non contre-indication pour le sport. Parler de sexualité nécessite des aptitudes relationnelles, du temps, afin de créer un climat favorable et de la confiance. L'importance du côté humain ne peut être reniée.

L'autre obstacle serait les potentielles insatisfactions de certaines catégories de parents, ou via des associations ou mouvements religieux, peu enclins au changement. Leurs réticences s'entendent et

méritent d'être explorées. Mais tout le monde serait gagnant, leur jeune le.la premier.ère. Faudrait-il encore informer correctement les parents de ce qu'il y serait réalisé, pourquoi et comment.

Non obligatoire :

L'avantage serait de respecter l'avis de l'enfant et son besoin. Il peut paraître abrupt d'astreindre un.e jeune à discuter de sexualité tel jour telle heure avec un.e interlocuteur.ice qu'il.elle n'aura pas choisi. L'avis des parents serait aussi respecté, ne bouleversant pas certains équilibres familiaux.

L'inconvénient serait la mise en pratique de ces consultations. Les parents accepteraient-ils d'accompagner leurs enfants pour ce genre de consultation ? Comment ceux ne discutant pas de sexualité / vivant dans un contexte social difficile / avec un poids de la religion / s'étant désengagés de leurs obligations familiales, accepteraient-ils de faire la démarche d'amener et de laisser leur enfant parler de sexualité avec un.e professionnel.le de santé ?

De manière plus générale, la population actuelle est-elle contre toute forme d'obligation ?

Plus historiquement, serait-il dans les mœurs françaises d'initialement s'opposer à une quelconque proposition, puis de réfléchir dans un second temps au bien fondé de celle-ci ?

Ainsi, rendre obligatoire une consultation dédiée à la sexualité avec le MG bouleverserait assurément les mœurs.

L'équation est simple : Notre peur inhérente du changement ne favorisera pas cette mesure, mais l'ignorance mène à la peur. Tout passe donc par l'information des parents (cf. vaccinations).

Recommandé :

La solution la moins brutale serait que les autorités compétentes recommandent aux MG de réaliser cette consultation, et aux parents d'adresser leur jeune vers son MG (idem que pour le dentiste à 6 ans). Au mieux, il serait recommandé de réaliser un nombre de consultations dédiées à la sexualité par tranche d'âge, par exemple 2 à 3 tous les 2 à 3 ans.

Une ou plusieurs pourraient être inscrites comme consultations spécifiques dans le cadre d'une nouvelle convention entre les MG et l'assurance maladie. L'avantage pour les familles serait qu'elles soient remboursées à 100 %. Le cadre légal entourant une garantie de l'anonymat pour le.la jeune devra être discuté et assuré. L'avantage pour l'adolescent.e serait qu'il.elle puisse venir en consultation sans la nécessité d'obtenir l'aval de ses parents.

A terme, le même principe que l'obligation vaccinale de janvier 2018 pourrait être adopté pour la sexualité, le bénéfice pour le.la jeune apparaissant tellement évident et indéniable.

Mais cette obligation ne serait à instaurer que dans un 2nd temps, uniquement si de simples recommandations à la réalisation du suivi de la sexualité de l'adolescent.e n'aboutissent pas.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. OMS. 2002. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
2. OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Développement des adolescents. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
3. INED. L'âge au premier rapport sexuel. 2014. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
4. Ehlinger V, Maillochon F, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1719.pdf>
5. Bajos N, Bozon M, INSERM, INED. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La Découverte ; 2008.
6. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000. Population & sociétés, 59 (3-4) ; 2004. p. 409-418.
7. Mazuy M, Toulemon L, Baril E. INED. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Population & Sociétés, 518 ; janv 2015. [Internet]. Consulté le 22/02/2018. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/22860/population.societes.2015.518.ivg.fr.pdf
8. Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA en PACA. Données sur la contraception la contraception d'urgence et l'IVG en France. 2014. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Dossier_doc_Donnees_sur_la_contraception_la_CU_et_l_IVG_2014.pdf
9. Potier-Robert P. Difficultés d'accès à l'information et à la prescription de la contraception des mineures consultant pour une IVG. Thèse de médecine : Université François Rabelais de Tours ; 2013.
10. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Etudes et résultats, 968 ; juin 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>

- 11.** HAS. Contraception d'urgence, prescription et délivrance à l'avance. Avril 2013. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
- 12.** Santé publique France. Découverte de séropositivité VIH et de SIDA. Point épidémiologique au 23 mars 2017. InVS. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Decouvertes-de-seropositivite-VIH-et-de-sida.-Point-epidemiologique-du-23-mars-2017>
- 13.** Santé publique France. Bulletins des réseaux de surveillance des IST. Données au 31 décembre 2015. Jan 2017. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- 14.** Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, et le groupe KABP. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Ile-de-France en 2010. ORSIF. 2011. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
- 15.** Sidaction. Les jeunes, l'information et la prévention du sida. Suivi barométrique de l'Ifop pour Sidaction. Mar 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://presse.sidaction.org/mobilerelease.aspx?ID=62460>
- 16.** Santé publique France. InVS. Papillomavirus humains. Données par groupe d'âge. 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>
- 17.** HCSP. Vaccinations des garçons contre les infections à papillomavirus. 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>
- 18.** Secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les hommes et les femmes, MIPROF. Violences au sein du couple et violences sexuelles en France : les principales données disponibles pour l'année 2016. La lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes : n°12. Nov 2017. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : http://stop-violences-femmes.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_observatoire_novembre_2017_-no12.pdf

- 19.** Bulletin annuel du SNATED. Données 2015 : n°5. 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2108. Disponible sur : http://www.allo119.gouv.fr/sites/default/files/upload/content/activite/bulletin_du_snated_5-def.pdf
- 20.** Haut Conseil à l'Égalité : Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
- 21.** Delmotte S. Le sexting chez les adolescents : modalités, conséquences, rapports avec la pornographie et leur sexualité. Thèse de médecine : Université Lille 2 ; 2016.
- 22.** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, IGAS. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des IVG suite à la loi du 4 juillet 2001 : rapport de synthèse. 2009. [Internet]. Consulté le 22/02/2018. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047.pdf>
- 23.** Potey M, Torres J. 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. Thèse de médecine : Université Joseph Fourier de Grenoble ; 2011.
- 24.** Aupetit D. Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la contraception avec leur médecin traitant ? : Enquête auprès de seize adolescentes par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine : Université de Poitiers ; 2013.
- 25.** Ceglarec H. L'abord de la sexualité des adolescents en médecine générale : étude qualitative des pratiques et représentations de médecins généralistes hommes et femmes. Thèse d'exercice : médecine. Université de Bordeaux II ; 2010.
- 26.** Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? Thèse de médecine : Université Paul Sabatier de Toulouse ; 2012.
- 27.** Bertrand L, Bonnefoy L, Dhiver V, Hodée V, INTD. L'accueil des adolescents au cabinet de médecine générale [Synthèse documentaire]. Saint-Denis: INPES, 2007. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
- 28.** Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L, IGAS. La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. 2009. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000048.pdf>

- 29.** Boucharlat D. Facteurs déterminant la demande de contraception chez les adolescents : étude qualitative par la méthode des entretiens individuels. Thèse de médecine : Université de Nice Sophia-Antipolis; 2012.
- 30.** Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Populations légales en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 Alpes-Maritimes. Dec 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2525755/dep06.pdf>
- 31.** Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-57.
- 32.** Duchesne S. Pratique de l'entretien dit "non-directif". Les méthodes au concret. Démarches, formes de l'expérience et terrains d'investigation en science politique. Paris : Curapp ; 2000. p.9-30.
- 33.** Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fiche : Temps de travail, durée travaillée et sous-emploi. Femmes et hommes, l'égalité en question. 2017. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586507?sommaire=2586548>
- 34.** Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Atlas des quartiers prioritaires. 2015. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://sig.ville.gouv.fr/atlas/QP>
- 35.** Glaser B, Strauss A. La découverte de la théorie ancrée stratégies pour la recherche qualitative. Paris : Armand Colin ; 2010.
- 36.** Allard-Poesi F. "Coder les données", in book Giordano Y : Conduire un projet de recherche dans une perspective qualitative. Caen : EMS ; 2003. P 245-290.
- 37.** UNESCO. Education sexuelle complète : nouveaux éléments d'information, d'enseignements et pratiques, une étude mondiale. ONU. 2015. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247010f.pdf>
- 38.** Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis: INPES, Etudes santé; 2012. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf>
- 39.** Santé Publique France, « onsexprime.fr ». Questions d'ados. 2016. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/601.pdf>

- 40.** Grand A. Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile de France 2010 2011. Thèse de médecine : Université Diderot Paris 7 ; 2011.
- 41.** Ministère de la santé et des sports, INPES. Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
- 42.** Faulder GS, Riley SC, Stone N, Glasier A. Teaching sex education improves medical students' confidence in dealing with sexual health issues. Contraception, 2004 Aug; 70(2): p. 135-139
- 43.** UNICEF. Convention internationale des droits de l'enfant. 1989. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>
- 44.** Sawyer S, Azzopardi P, Wickremarathne D, Patton G. The age of adolescence. The Lancet Child and Adolescent Health. 2018 Mar; 2 (3): 223-228.
- 45.** Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017.
- 46.** OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. 2010. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf
- 47.** NRK, Newton. Pubertet. 2015. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://tv.nrk.no/serie/newton-pubertet>
- 48.** Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Circulaire N°2003-027 du 17 février 2003. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>
- 49.** Amselem S, Carel JC, De Roux N, et al. Croissance et puberté : évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. [Rapport de recherche]. INSERM. 2007. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570647/document>
- 50.** Société Française d'Endocrinologie. Item 38 : Puberté normale et précoce. [Internet]. Consulté le 07/03/2018. Disponible sur : <http://www.s fendocrino.org/article.php?id=384>

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'information et formulaire de consentement de participation à l'étude (exemplaire pour les EI)

N° d'identification du/de la participant.e :

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Education parentale

Introduction : Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en médecine générale concernant l'éducation dispensée par les parents à leur.s adolescent.e.s.

Les objectifs de ce projet sont de :

- Faire un état des lieux de l'éducation parentale.
- Renforcer les connaissances des médecins généralistes concernant l'éducation au sein du noyau familial.
- Améliorer les relations entre le médecin généraliste et les parents et enfants, dans un but de prévention.

Que se passe-t-il si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant notamment l'éducation scolaire / relationnelle / à la santé, ainsi que la place du médecin généraliste.

Cet entretien sera enregistré. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Combien de temps cela prendra ?

L'entretien individuel durera de 30 à 45 minutes.

Comment sera traitée cette information?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant.e) _____

Signature (investigateur) _____

Date _____

Date _____

Nom _____

Nom _____

Annexe 2 : Flyer distribué dans le collège (disponible sur demande par courriel)

Annexe 3 : Arbre de codage (disponible sur demande par courriel)

Annexe 4 : Données sociodémographiques à remplir par le parent

N° d'identification du/de la participant.e :

- Age :
- Sexe :
- Situation maritale :
- Niveau d'étude :
- Profession :
- Enfants :
 - o Age :
 - o Sexe :
- Religion :

Annexe 5 : Flyer placardé dans le cabinet médical et à disposition des parents (Recto puis verso)



Principe :

- Entretien **individuel**
- **30 min à 1h**
- Dans l'enceinte du cabinet médical

Si vous êtes parent d'un enfant de **10 à 18 ans**, et que vous souhaitez participer à l'étude, merci de le signaler à la secrétaire du cabinet, ou possibilité de me joindre directement (coordonnées au recto).

Une fiche d'information plus détaillée vous sera transmise.

Les données collectées seront bien entendu **anonymes et confidentielles.**



Yohan QUEROL

Tél:

E-mail:

Annexe 6 : Guide d'entretien

A. Education scolaire

1- Comment cela se passe en pratique au sujet de sa scolarité ?

- Difficultés/problèmes/inquiétudes de votre enfant à l'école ?
- Rencontre parents/professeurs ? Parents d'élèves ?

B. Education relationnelle / communication

2- Comment cela se passe en pratique concernant ses relations en général ?

- Relations amicales ? Accès aux médias ? Aux réseaux sociaux ?
- Relations plus personnelles/intimes ?

C. Education à la santé

3- Comment accompagnez-vous votre enfant au sujet de sa santé ?

- Sommeil, alimentation, hygiène, activité physique, vaccination

D. Education à la sexualité

a. La sexualité de l'enfant

4- Que représente pour vous l'éducation à la sexualité ?

- Quelle est selon vous la place du parent dans l'éducation à la sexualité ?
- Êtes-vous à l'aise dans ce rôle ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dialogue avec votre enfant ?
- Que pensez-vous du dialogue avec votre enfant, par rapport à ses attentes / interrogations / préoccupations ?

5- Comment cela se passe en pratique concernant cette éducation à la sexualité pour votre enfant ?

- Comment qualifieriez-vous ces expériences d'éducation à la sexualité ?
- Dans quel climat se sont déroulées les discussions ?
- Comment cela se passe au sujet de la contraception ? IST ?

6- Quelles sont les difficultés et obstacles concernant cette éducation, que vous avez rencontrés personnellement ?

- Quels aspects vous préoccupent en ce qui concerne sa sexualité ?
- Quelles sont vos sources pour éduquer votre enfant ?
- Comment cela se passe au sujet des craintes/interrogations/vécu de votre enfant ?

7- Quelle est selon vous la place du parent dans l'éducation à la sexualité ?

- Êtes-vous à l'aise dans ce rôle ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le dialogue avec votre enfant ?

- Pensez-vous que le dialogue que vous avez eu avec votre enfant sur ce sujet réponde bien à ses attentes/interrogations/préoccupations ?

b. Propre passé et dialogue entre parents

8- Quelle est votre expérience personnelle concernant l'éducation sexuelle prodiguée par vos parents ? (attitude, dialogue, climat des discussions)

- De quoi auriez vous aimé discuter plus précisément avec eux ?
- Comment cela a-t-il influé sur votre sexualité ?
- Influence de la religion ?
- Expériences désagréables dans votre passé ?

9- Quelle est la différence entre l'éducation à la sexualité que vous avez reçue et celle que vous donnez ou souhaitez offrir à votre adolescent ?

10- Concernant l'éducation à la sexualité, quels sentiments et ressentis cela provoque en vous?

11- Comment se passe le dialogue entre vous et votre conjoint concernant la sexualité de votre enfant?

- Quelles sont les difficultés pour aborder le sujet ?
- Que pensez-vous de l'éducation à la sexualité selon la congruence des genres ?
- Qu'est-ce qui favoriserait le dialogue entre vous ?

c. Place du médecin généraliste

12- Que pensez-vous de la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité ?

- Avez-vous déjà discuté de sexualité de votre enfant avec votre médecin généraliste ?
- Pensez-vous que votre médecin puisse être un interlocuteur potentiel ? Quel autre interlocuteur potentiel ?
- Pensez-vous qu'une consultation entre le médecin généraliste et votre enfant adolescent seul puisse être utile ? Si oui, à quoi ?

13- Comment la relation que vous avez avec votre médecin généraliste influe-t-elle sur le fait de parler de sexualité avec lui ?

- Trouvez-vous le sujet tabou avec le médecin généraliste ?
- Pensez-vous que ce soit à vous ou à votre médecin d'aborder ce sujet ?
- Comment aborder le sujet en consultation de médecine générale ?

14- Selon vous, par qui doit-être dispenser l'éducation à la sexualité ?

E. Ressenti

- Vous voulez ajouter quelque chose ? Renseignements oubliés ou non soulevés ?
- Qu'avez-vous pensé de cet entretien ? Des questions à ajouter ou supprimer ?

SERMEN D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction : L'approche de la sexualité des jeunes reste le plus souvent sanitaire, restrictive et moralisatrice. L'école ne peut assurer seule une éducation à la sexualité de qualité. De la littérature ressort que l'influence des parents est primordiale mais n'a jamais été étudiée.

L'objectif principal était d'explorer les représentations des parents sur l'éducation à la sexualité réalisée au sein du noyau familial, ainsi que les freins et moteurs à cette éducation. La place du médecin généraliste était discutée en objectif secondaire.

Méthode : Une étude qualitative par focus group puis entretiens individuels a été réalisée auprès de 11 parents d'adolescents âgés de 10 à 18 ans.

Résultats : La principale source d'information pour le jeune reste le parent. Contrastant avec un désir de l'aider, l'acteur principal dans l'éducation à la sexualité est souvent démuni face à un sujet vaste, aux situations complexes et aux contenus évolutifs, bouleversant ses positions et affects.

En demande d'aide, les parents ont consolidé l'importance du rôle du généraliste et de sa légitimité. Ils ont approuvé la mise en place d'une ou plusieurs consultations spécifiques dédiées à la sexualité à destination des adolescents filles et garçons, à instaurer dès le début de puberté, aux alentours de l'entrée en classe de 6^e.

Discussion : Le débat sur l'éducation à la sexualité doit être recentré sur la place centrale des parents. La perpétuelle recherche de substitutions aux obligations parentales est à reconsidérer. Il est impératif de promouvoir leur implication, les informer, les accompagner.

Le généraliste apparaît jouer d'une place privilégiée et unique de par sa position proche de la cellule familiale. Son rôle est à favoriser auprès des jeunes avant le début des premières expérimentations sexuelles.

Mots-clefs : Education, sexualité, parents, adolescents, dialogue, médecin généraliste, recherche qualitative