



HAL
open science

Adhésion des adolescents, devant assister à une session d'éducation à la santé sexuelle en classe de seconde dans le Nord Cotentin, à une consultation dédiée à la contraception et la prévention chez leur médecin traitant

Tiffany Vigier-Desquesnes

► **To cite this version:**

Tiffany Vigier-Desquesnes. Adhésion des adolescents, devant assister à une session d'éducation à la santé sexuelle en classe de seconde dans le Nord Cotentin, à une consultation dédiée à la contraception et la prévention chez leur médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02103361

HAL Id: dumas-02103361

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103361v1>

Submitted on 18 Apr 2019

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 CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 31 octobre 2018

Par Tiffany VIGIER-DESQUESNES

Née le 24 décembre 1990 à Cherbourg (50)

TITRE DE LA THÈSE :

Adhésion des adolescents, devant assister à une session d'éducation à la santé sexuelle, en classe de seconde dans le Nord Cotentin, à une consultation dédiée à la contraception et la prévention chez leur médecin traitant.

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Monsieur le Professeur Benoist Guillaume

Monsieur le Docteur Le Bas François

Madame le Docteur Toffolutti Alexandra (Directrice de Thèse)

Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses

Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme	ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	LUET Jacques	Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Médecine générale
----	--------------	------------------------------	-------------------

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse, Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier, Professeur de Santé Publique et Chef du service d'Hygiène hospitalière du CHU de Caen, je vous remercie pour votre écoute, votre professionnalisme et votre bienveillance. Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon jury de thèse, Monsieur le Professeur Benoist Guillaume, Gynécologue-Obstétricien et Monsieur le Docteur Le Bas François, Médecin Généraliste, vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Soyez assurés de mes sentiments les plus respectueux.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Toffolutti Alexandra, Médecin Généraliste, qui a spontanément accepté de diriger ce travail. Merci pour le soutien, le réconfort, la bienveillance, la disponibilité et la grande aide apportée.

Aux différents professionnels qui m'ont accompagné au cours de ma formation et de ce travail. Que ce soit aux seins de mes stages hospitaliers ou ambulatoires, des CPEF ou de la Mado, vous avez su encourager et soutenir mon projet. Je vous remercie pour votre implication auprès des jeunes et de la bienveillance dont vous faites preuve au quotidien pour vos patients. Remerciements particuliers à Madame Caroline Auvray, sage-femme au CPEF du CHPC pour sa gentillesse, sa douceur et ses conseils précieux.

Aux établissements scolaires du Nord Cotentin, leurs directions, leurs équipes éducatives, et leurs infirmiers scolaires d'avoir participé à ce travail et d'avoir partagé avec moi leurs problématiques, interrogations et espoirs. Merci de votre implication pour le bien-être et la santé de vos élèves.

Aux lycéens qui ont participé à cette étude, je vous remercie de votre enthousiasme, votre franchise et nos échanges qui m'ont permis de composer ce travail mais aussi de me faire évoluer dans mon projet de futur médecin généraliste.

Au Docteur Nicolas Cointe de l'Université de Lyon, qui m'a aidé à réaliser les tests statistiques de cette étude. Merci pour ton amitié, ton implication et surtout ta patience et tes cocktails.

A mon mari, qui m'a accompagné tout au long de ces études, mon premier soutien depuis 8 ans, merci pour ton amour, ta patience, tes sourires, ta gentillesse et toutes les autres qualités qui font que je t'aime.

A mes parents, merci de m'avoir fait grandir dans ces valeurs qui me sont si chères, merci de m'avoir appris la persévérance, le courage, l'ouverture aux autres, ce travail est pour vous. Je vous aime.

A mon petit frère, et le lien si précieux qui nous unit. Nous avons grandi, fait des bêtises, pleuré et ri ensemble, pour toutes ces années et les prochaines... Je t'aime.

A ma famille, mes grands parents que vous soyez ici ou là-haut, à mes parrains marraines, mes cousins, ma belle-famille, vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, soyez en fiers.

A mes amis de lycée ou de médecine et leurs valeurs ajoutées, merci pour votre présence, votre soutien, nos délires et mésaventures, ne changez rien, vous êtes parfaits.

A mes co-internes, professeurs et maîtres de stage merci d'avoir accompagné ce long parcours, merci pour ce que vous m'avez enseigné : le travail, la rigueur, l'écoute et le dévouement.

A mes patients passés, présents et à venir, vous me faites avancer un peu plus chaque jour.

ABREVIATIONS

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCP : Consultation Contraception et Prévention

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CHPC : Centre Hospitalier Public du Cotentin

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MADO : Maison des adolescents

MFR : Maison Familiale Rurale

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SVT : Science de la Vie et de la Terre

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

(Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la Culture)

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INDEX TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 . Cartographie du département de la Manche	3
Figure 2. Zonage conventionnel médecins _ Normandie 2017	5
Figure 3. Age médian au premier rapport sexuel en France _ Baromètre Santé 2010	10
Figure 4. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge _ Baromètre Santé 2016	11
Figure 5. Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception _ Baromètre Santé 2016	12
Figure 6. Les IVG en 2016, selon la région de résidence de la femme _ DREES, INPES, CNAMITS	28
Figure 7. Tableau de répartition des effectifs de l'étude selon le lycée, le sexe et l'âge	47
Figure 8. Durée de consultation envisagée selon le sexe	48
Figure 9. Durée de la consultation selon tous les sujets (758 répondants).....	48
Figure 10. Durée de la consultation selon les filles (420 répondantes).....	49
Figure 11. Durée de la consultation selon les garçons (338 répondants).....	49
Figure 12. Suites à donner à la consultation selon le sexe	50
Figure 13. Suites à donner à la consultation dédiée aux adolescents selon tous les sujets (756 répondants).....	50
Figure 14. Suites à donner à la consultation selon les garçons (336 répondants).....	50
Figure 15. Suites à donner à la consultation selon les filles (420 répondantes).....	51
Figure 16. Personnes ressources post session d'éducation à la santé sexuelle selon le sexe	55
Figure 17. Personnes ressources pour répondre aux questions post session d'éducation à la santé sexuelle (189 répondants)	55
Figure 18. Personnes ressources pour répondre aux questions des adolescentes post session d'éducation à la santé sexuelle (103 répondantes)	56
Figure 19. Personnes ressources pour répondre aux questions des adolescents post session d'éducation à la santé sexuelle (86 répondants)	56
Figure 20. Personne ayant abordé en premier le sujet de la contraception selon le sexe.....	58
Figure 21. Personne ayant abordé en premier le sujet de la contraception	59
Figure 22. Sujets abordés avec le praticien lors de la consultation dédiée selon le sexe	60
Figure 23. Sujets abordés entre les adolescents et leurs généralistes (137 répondants)	60
Figure 24. Sujets abordés entre l'adolescente et son généraliste (116 répondantes)	61
Figure 25. Sujets abordés entre l'adolescent et son généraliste (21 répondants)	62
Figure 26. Motifs de non consultation du généraliste selon le sexe	63
Figure 27. Causes d'absence de discussion entre les adolescents et leurs médecins traitants en matière de contraception (909 répondants)	63
Figure 28. Causes d'absence de discussion entre adolescentes et médecins traitants en matière de contraception (421 répondantes).....	64
Figure 29. Causes d'absence de discussion entre adolescents et médecins traitants en matière de contraception (488 répondants).....	65
Figure 30. Autres professionnels avec lesquels le sujet de la contraception a été abordé.....	67
Figure 31. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescents, sans distinction de sexe, ont abordé le sujet de la contraception (186 répondants)	67

Figure 32. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescentes ont abordé le sujet de la contraception (90 répondantes).....	68
Figure 33. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescents ont abordé le sujet de la contraception (96 répondants).....	68
Figure 34. Méthodes contraceptives employées préférentiellement par les adolescents selon le sexe	70
Figure 35. Méthodes contraceptives utilisées par les adolescents, sans distinction de sexe (264 répondants).....	70
Figure 36. Motifs de non emploi de méthode contraceptive selon le sexe	72
Figure 37. Motifs du non emploi de méthode contraceptive (39 répondants)	72
Figure 38. Motifs du non emploi de méthode contraceptive par les sujets masculins (25 hommes)...	72
Figure 39. Motifs du non emploi de méthode contraceptive par les sujets féminins (14 femmes)	73

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
CONTEXTUEL.....	2
1/ Qu'est ce que l'adolescence ?	2
2/ Qu'est ce que le Nord Cotentin ?	3
3/ Relation médecin traitant et adolescent.....	5
A/ Une relation, des chiffres, des difficultés	5
B/ Des solutions proposées.....	7
4/ Notion de secret médical.....	8
5/ Sexualité des adolescents.....	9
A/ Les standards	9
B/ Les risques.....	13
<i>a. Méconnaissance</i>	13
<i>b. Maladies Sexuellement Transmissibles</i>	13
<i>c. Violence</i>	13
<i>d. Cybersexualité active</i>	14
<i>e. Cybersexualité passive : la pornographie</i>	16
6/ Contraception, grossesse et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chez les adolescents	18
A/ Prescription, délivrance des contraceptifs et CCP.....	18
B/ Propositions pour un cadre adapté à une prescription de contraception et une prévention efficace.....	22
C/ Contraception d'urgence	25
D/ Interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures	26
<i>a. Législation et modalités</i>	26
<i>b. Chiffres</i>	27
7/ Education et information à la santé sexuelle	29
A/ Historique	29
B/ Les différentes politiques dans le Monde.....	33
8/ Structures ressources et points d'information des adolescents	35
A/ Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)	35
B/ Maison des ados (cf. Annexes 11A et 11B).....	36
C / CeGIDD.....	38
D/ Infirmière scolaire.....	38
E/ Les ressources en libéral	39
F/ Sites de référence et lignes d'écoute.....	40
MATERIEL ET METHODE.....	42
1/ Questionnaire	42

2/ Population.....	44
RESULTATS	46
1/ Généralités.....	46
2/ Rapport médecin-patient	57
3/ Santé sexuelle.....	69
DISCUSSION.....	76
1/ Modalités de l'étude.....	76
2/ Partie 1 du questionnaire : Généralités.....	80
3/ Partie 2 du questionnaire : Relation Médecin-patient.....	87
4/ Partie 3 du questionnaire : Santé sexuelle.....	94
5/ Finalités de l'étude	99
CONCLUSION.....	102
BIBLIOGRAPHIE	104
ANNEXES	112

INTRODUCTION

Depuis le 1^{er} novembre 2017 une consultation dédiée à la contraception et la prévention (CCP) en cabinet de médecine générale est mise en place dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Cette consultation gratuite est proposée aux jeunes filles de 15 à 18 ans qui le souhaitent, avec une possibilité d'anonymisation renforçant le principe de secret médical.

Sa mise en place fait suite à de multiples constats et rapports mettant en évidence : des connaissances incomplètes voir inadaptées des adolescents vis-à-vis de leur vie sexuelle, des risques inhérents à la sexualité de cette population particulière, une éducation à la santé sexuelle hétérogène et insuffisante et une relation médecin-patient confrontée à des freins et des obstacles gênant le dialogue entre les deux parties.

Se surajoutant à cela dans certaines régions, comme par exemple dans le Nord Cotentin, des difficultés d'accès aux soins importantes.

Des solutions ont évidemment déjà été proposées comme la mise en place de recommandations concrètes par les hautes instances de santé, en matière de contraception et d'IVG pour les mineures. Mais également le développement de structures ressources, la majoration et l'encadrement de l'éducation à la santé sexuelle et le développement de l'accès gratuit à certaines méthodes contraceptives.

Des propositions ont également été plusieurs fois formulées pour adapter les pratiques professionnelles aux particularités de l'adolescence, période de vie emplies de changement qu'il faut savoir accompagner dans sa globalité vers leur autonomie.

Mais que pensent justement ces adolescents qu'ils soient filles ou garçons, de cette consultation CCP récemment mise en place ? Quel est leur point de vue vis-à-vis de ces prises en charge, de ces structures ressources ou des sessions d'éducation à la santé sexuelle dispensées au sein des établissements scolaires ? Comment se situent-ils au sein même de cette notion de santé sexuelle ?

Pour répondre à ces interrogations, il a été envisagé la distribution au sein de toutes les classes de seconde des établissements du Nord Cotentin d'un questionnaire en amont des sessions d'information à la santé sexuelle effectuées entre octobre 2017 et juin 2018.

Cette étude quantitative et descriptive a ainsi permis d'étudier l'avis de 1112 lycéens et d'en retirer des notions intéressantes pouvant permettre une adaptation des pratiques des professionnels médicaux et éducatifs en particulier dans la région du Nord Cotentin.

CONTEXTUEL

1/ Qu'est ce que l'adolescence ?

Etymologiquement, adolescence vient du latin *adulescens* : qui croit, qui grandit, par opposition à adulte venant de *adultus* : qui a cessé de grandir, de pousser.

Aujourd'hui d'autres définitions sont données pour qualifier le terme d'adolescent.

Selon le dictionnaire Larousse (1) : c'est une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2) : l'adolescence est « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements ».

En outre, selon M.S Moro et J.L Brisson (3) « l'adolescence n'est ni un état, ni un statut, ni un problème, ni une maladie (...) c'est un passage », définition à laquelle se rattache P. Alvin (4) qui décrit l'adolescence comme une période de transition et non une juxtaposition ou coexistence de caractères infantiles et adultes chez le même sujet.

Cette période est marquée par d'importantes transformations biologiques, psychiques et sociales (...) elle-même sous l'influence d'un contexte socioculturel donné.

De plus, selon l'UNICEF (5), « chaque personne vit différemment cette période en fonction de sa maturité physique, émotionnelle et cognitive et le simple fait de la puberté ne peut être la ligne de démarcation des choses ».

Il n'existe donc pas une seule adolescence et sa définition n'est ni consensuelle, ni permanente et ce d'autant plus qu'une étude récente publiée dans The Lancet en janvier 2018 (6) révèle que dans quasiment l'ensemble des populations l'âge des premières règles a reculé (ex : recul de 4 ans en 150 ans au Royaume-Uni). Ils ajoutent également que puisque les dents de sagesse peuvent apparaître au delà de 25 ans, le cerveau se développer au delà de 20 ans et que notre environnement et nos sociétés retardent l'entrée dans l'âge adulte ; la définition de l'OMS pourrait inclure les 10-24 ans.

L'adolescence serait donc un instant de vie au cours de laquelle une mutation s'opère sur plusieurs points (7) :

- Sur le plan physiologique : métamorphose physique et sexuelle, croissance, développements des organes génitaux externes, pilosité, menstruations, premières éjaculations, mue de la voix, acné ...
- Sur le plan psychologique : l'adolescent va s'affirmer comme individu à part entière qui tend à s'éloigner du cocon familial.

- Sur le plan intellectuel : développement d'une pensée abstraite et du raisonnement hypothético-déductif (capacité à raisonner à partir de propositions verbales abstraites).

Les adolescents représentent ainsi une population particulière avec ses problèmes somatiques, psychologiques et environnementaux. Or « un système de santé capable d'identifier et de prendre en charge les problèmes de santé des jeunes peut en réduire le fardeau à l'âge adulte » (8).

2/ Qu'est ce que le Nord Cotentin ?

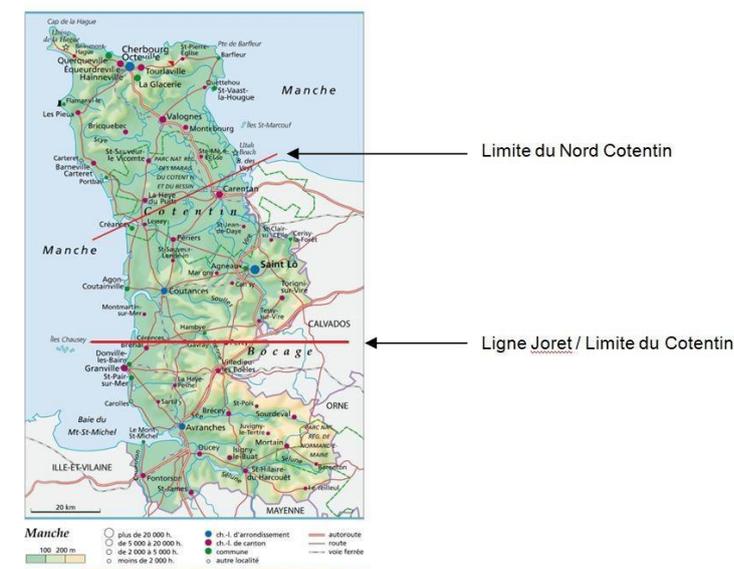
Le Nord Cotentin ou péninsule du Cotentin est un territoire du département de la Manche en Normandie.

Au XIV^{ème} siècle, « les gens d'ici » selon B.Canu, guide conférencier (9) définissent le Cotentin dans sa globalité comme situé au nord de la ligne formée entre l'estuaire de la Vire (baie des Veys) et l'embouchure de l'Ay (havre de Lessay).

Mais au XX^{ème} siècle, sous l'influence de Cherbourg, cette définition du Cotentin devient celle du Nord Cotentin.

Ainsi, Y. Nedelec, paléographe et directeur des archives départementales, revient à la définition première étymologique : *pagus coriovallensis* ou pays de Coriallo (Cherbourg), en opposition au *pagus constantinus* (Coutances et Saint Lo). Et c'est alors la « ligne Joret » (ainsi appelée du nom du dialectologue Charles Joret qui l'a mise en évidence à la fin du 19^{ème} siècle en s'appuyant sur des caractéristiques phonétiques issues de l'évolution ou non de certains sons gallo-romans et germaniques entre le cinquième et le septième siècle) passant par Cérances, Gavray, Percy et Gouvets, qui fixerait la nouvelle limite sud (10) du Cotentin.

Figure 1 . Cartographie du département de la Manche



Carte de la Manche - Crédit Larousse

S'étendant sur 1653 km², la région correspond à 27.8% de la superficie de la Manche et comptait au 1^{er} janvier 2017, environ 190 200 habitants (11), dont environ 13% ont entre 10 et 19 ans et seraient donc, en prenant en compte la définition de l'OMS, des adolescents.

En matière de scolarité (cf. Annexe 1), le Nord Cotentin est doté de :

- sept lycées publics : trois d'enseignement général et technologique, un d'enseignement général et professionnel avec des classes de CFA (centre de formation d'apprentis) académique et trois lycées professionnels possédant des classes de CFA : deux CFA académique et un CFA sous la tutelle du ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer,
- trois lycées privés : un lycée d'enseignement général et professionnel et deux lycées professionnels,
- trois MFR (Maison Familiale et Rurale)

Soit 2021 élèves inscrits en classe de Seconde à la rentrée 2017 (cf. Annexe 2).

La démographie médicale dans le Nord Cotentin est caractérisée selon le Conseil de l'Ordre des Médecins (12), comme dans tout le département de la Manche, par une population à majorité masculine (59%) et âgée de plus de 40 ans (12% ont strictement moins de 40 ans). Mais outre cela, la région connaît des difficultés d'accès aux soins conséquentes, classant une large partie de la région en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), que ce soit au niveau régional et/ou national.

Ce zonage étant caractérisé selon un indicateur principal (13) dénommé Accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin, pour la sélection nationale, considérant notamment :

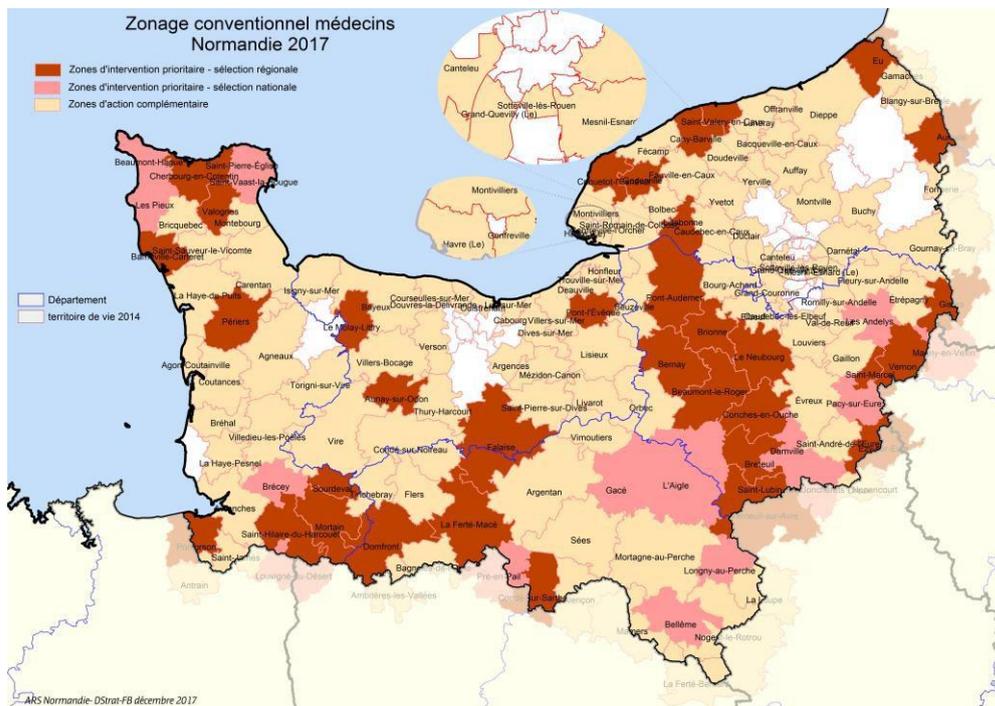
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien
- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes
- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

A cet indicateur se surajoutent, pour la sélection régionale, des indicateurs complémentaires pouvant être par exemple :

- la part de la population en Affection de Longue Durée (ALD)
- la proportion de médecins exerçant en secteur 1
- le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.

La Normandie dans sa globalité se situe à la troisième place des zones prioritaires en France Métropolitaine, après le Centre-Val de Loire et l'Île-de-France. Dans la Manche, 77.1% des médecins se trouvaient dans ces ZIP au 29 décembre 2017 (14).

Figure 2. Zonage conventionnel médecins _ Normandie 2017



3/ Relation médecin traitant et adolescent

A/ Une relation, des chiffres, des difficultés

Le médecin généraliste, selon Mme le Pr D.Sommelet, est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents (15), il serait en cela le premier acteur dans le circuit de l'information et la prévention.

Comme le rappelle le Dr P. Binder, généraliste (16), 75% des adolescents ont vu leur médecin traitant dans l'année, avec en moyenne, 2,1 consultations pour les garçons et 2,5 consultations pour les filles. Dans 78% des cas le médecin traitant est leur référent exclusif (8) avec comme critères principaux de choix : la proximité géographique (65%), l'habitude (55%) et la bonne entente (25%) (17).

Si trois quarts des adolescents déclarent ressentir une bonne compréhension de la part de leur praticien, un tiers avouent ne pas avoir pu se confier et 30% à 45% estiment ne pas avoir réussi à dire tout ce qu'ils voulaient au cours de ces consultations.

Ainsi, « cette rencontre quotidienne pour le médecin généraliste, est ponctuelle dans la vie de l'adolescent (...). Trop souvent, c'est un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais n'osent pas rentrer en relation » (16).

Cela peut-être dû à plusieurs facteurs :

- Les adolescents ont une vision floue du champ d'action du médecin traitant : 92% pensent que le médecin peut aider sur le plan somatique et 32% pour des problèmes

psychologiques (16). Pour certains, ce sont les modalités même de l'entretien qui les inquiètent notamment, l'idée préconçue d'une consultation chez le médecin, la durée de la consultation et son coût (18).

- Dans 75% des cas, le motif de consultation des adolescents est somatique, dans 19% des cas il est administratif ou préventif et rarement psychologique (8). En outre leurs demandes peuvent être imprécises voir ambivalentes. En parallèle, du côté du médecin plus de la moitié des consultations durent plus de dix minutes avec dans trois cas sur quatre une discussion qui s'engage, mais peu s'écartent du motif de base. Ainsi selon P. Binder, le médecin traitant attend par exemple, un risque suicidaire pour parler de dépression (16).

Selon le groupe ADOC (groupe de cliniciens libéraux de la Charente-Maritime associant dix-sept généralistes et deux psychiatres), toute consultation de l'adolescent doit aller au-delà de la demande immédiate, ainsi lors de l'exposé du motif, employer les termes tel que « à part ça » ou « oui mais encore ? » multiplierais par quatre la fréquence d'ouverture à des éléments notamment psychologiques (19).

- Les consultations des adolescents sont le plus souvent sollicitées par les parents : 78.7% des parents assistent à la consultation de leur enfant avec un accompagnement prédominant chez les garçons (16). Or 34% des adolescents qui consultent avec leurs parents préféreraient être seul(20). En outre, 91% des médecins traitants aimeraient recevoir l'adolescent seul, mais 55% d'entre eux acceptent de recevoir l'adolescent individuellement, quand ce dernier en fait la demande, si les parents sont présents (21).

Il semble alors nécessaire d'aménager une autonomie et une confidentialité progressive avec les adolescents pour que le jeune patient et son médecin prennent leurs places respectives dans un dialogue ouvert, sans se heurter aux nombreux parents qui considèrent parfois comme prématurés la confidentialité et le secret.

Mais alors quid de la place de la contraception, de la prévention et de la sexualité dans tout cela ?

18.7% des adolescents ne savent pas qu'ils peuvent discuter sexualité avec leur médecin traitant (dont 75.6% de garçons et 24.4% de filles) et 94% des adolescents estiment qu'il existe des obstacles à parler sexualité avec leur médecin.

Certains, notamment les filles (84% VS 16%), se sentent gênés de discuter de ce sujet avec un médecin du sexe opposé au leur, certains estiment ne pas le connaître assez, d'autres qu'ils le connaissent trop.

La prise de rendez-vous, le prix de la consultation ou l'emploi de la carte vitale sont également des freins exprimés par les adolescents (22).

Ainsi dans une étude menée à Clermont Ferrand (23) : 50.54% des jeunes filles de Terminale interrogées avaient abordé le sujet de la contraception avec leur médecin traitant, 28.38% auraient voulu lui en parler et, dans une autre étude menée dans les Hauts de Seine (24) seul 13.3% des adolescentes citent leur médecin traitant comme source d'information sur le sujet. Soit le 7^{ème} rang d'information après, le collège (83.7%), l'entourage (35%), Internet (27%)... Dans cette même étude 30% aimeraient que leur médecin les informe sur ce sujet.

Le généraliste comme personne ressource pour ces sujets ne semble donc pas être une évidence.

Et ce d'autant plus que seul 13% des adolescents ont reçu une information sur le contraception d'urgence (contre 78.3% qui ont reçu l'information dans le cadre scolaire) et que en cas d'accident de contraception seul 37% en parlerait avec leur praticien (24).

Parallèlement à cela, 83% des généralistes se jugent compétents et légitimes à s'investir dans le champ de la planification familiale contre 99% par exemple aux Pays Bas ou au Danemark (17).

B/ Des solutions proposées

Au vu des difficultés répertoriées, plusieurs propositions ont déjà été formulées :

- Prendre le temps de la discussion et réitérer les consultations si nécessaire ou organiser un projet secondaire selon les attentes de l'adolescent. « Les rencontres entre l'adolescent et son médecin généraliste au cours des consultations permettent de construire la confiance nécessaire » (8).
- Pour installer cette confiance, ne pas hésiter à rappeler le principe de secret médical (25), rencontrer l'adolescent seul pendant une partie ou la totalité de la consultation (intérêt pratique et symbolique : permet de comprendre les relations intrafamiliales tout en responsabilisant l'adolescent) (26).
- Partir de la demande et/ou du contexte de vie et aborder d'autres sujets. Par exemple : utiliser la vaccination anti-HPV comme levier de parole pour la puberté, sexualité, contraception, parler du contexte socioéconomique pour aborder une fragilité, l'utilisation de toxiques et les comportements à risques, les ressources médico-socio-psychologiques ou même la violence, employer des questionnaires de pré-consultation (4) ou le questionnaire TSTS-cafard (cf. Annexe 3 et 4) pour rechercher un mal-être, des troubles du sommeil, une dépression ou d'autres symptomatologies.

Le but étant une prise en charge globale et coordonnée, initiée au cours d'une première consultation basée sur un problème, dont pourrait découler de nombreuses autres. Un thème pour tous les autres (17).

- Faire un examen clinique complet et rassurer sur la normalité pour augmenter l'estime de soi (8). Il est aussi proposer d'informer les jeunes filles que l'examen gynécologique n'est pas systématique et expliquer en quoi ce dernier consiste (26).
- Passer du « Tu » au « Vous » si l'adolescent le désire (82 % des adolescents préfèrent être tutoyés) (20).
- Se présenter comme personne ressource potentiel et informer sur les différentes structures de recours et les numéros utiles (21).
- Former les médecins traitants à donner les bonnes informations et savoir répondre aux questions et valoriser leurs compétences (21).

4/ Notion de secret médical

« Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret. », Serment d'Hippocrate, IVe siècle avant J.C, traduction d'E. Littré.

Ainsi, comme le rappelle le conseil de l'Ordre des médecins, le secret médical reste un des piliers de l'exercice de la médecine contemporaine, « *il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* ». Le médecin ne doit rien révéler de ce qu'il a connu ou appris sur son patient (27).

Depuis 2002, la loi sur les droits des malades a clarifié la position des médecins par rapport à leurs jeunes patients.

En effet si la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (28) instaure que la mineure n'a pas à obtenir le consentement de ses parents pour la prescription d'une contraception ou la réalisation d'une IVG. La loi du 4 mars 2002 (29), elle, élargit cette idée en stipulant que « si l'enfant ne souhaite pas que ses parents soient informés de son état de santé, ni des soins qui vont lui être prodigués, cette volonté doit être respectée (...). Cependant, le médecin doit s'efforcer le plus possible de convaincre l'enfant de mettre ses parents au courant ».

Par ailleurs, selon l'article 4 du Code de Déontologie Médicale : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » (30).

Enfin, le Code pénal sanctionne la violation de ce secret médical : la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15.000 euros d'amende (31). Il n'est donc pas accordé au médecin le droit de communiquer les informations recueillies à qui que ce soit d'autre que son patient, sauf si ce dernier en donne clairement l'autorisation ou dans le cas de certaines situations particulières citées dans le code pénal (32) : sévices ou privations à l'encontre d'un mineure, comportement dangereux pour le patient ou autrui lors de la détention d'un arme ou dans un contexte terroriste ...

Le sujet du secret médical est donc complexe en lui-même, ce qui peut expliquer que 10 % des adolescents pensent que le médecin traitant peut divulguer des informations et qu'un tiers a peur que leur praticien ne respecte pas le secret médical (24).

Ainsi dans sa thèse, H.Boulestreau-Grasset montre que « la crainte de la non confidentialité reste une des raisons majeures expliquant l'absence de dialogue et de confiance de la part des adolescents envers leur médecin, probablement par méconnaissances des protections légales » (20).

Malgré tout, comme cela sera développé secondairement, outre la consultation, c'est la prescription et la délivrance des contraceptifs qui peuvent aujourd'hui se faire sous couvert de ce secret médical.

5/ Sexualité des adolescents

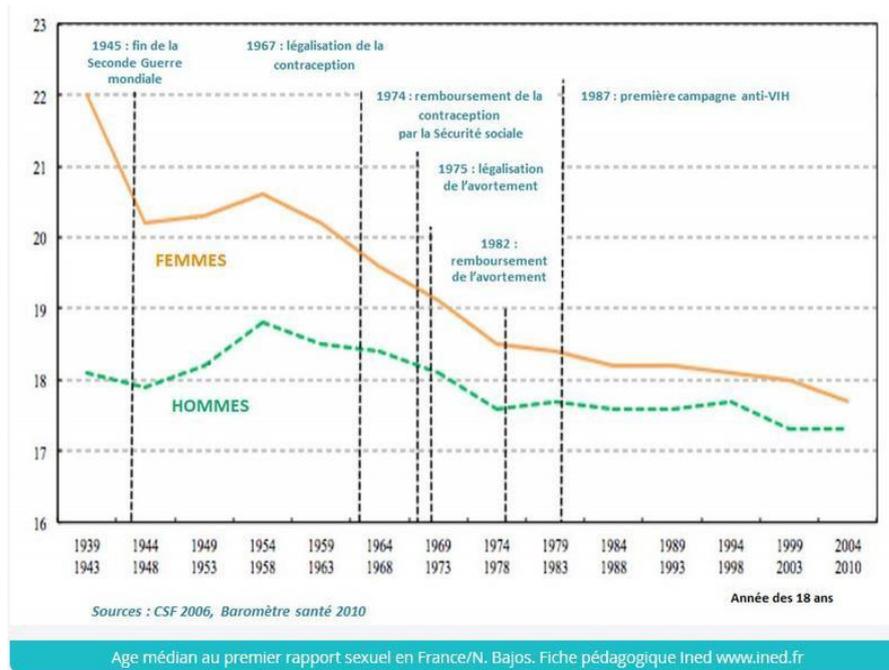
A/ Les standards

« De tous les phénomènes en jeu dans le processus pubertaire le plus déterminant est sans doute celui de la sexualisation (...) cette nouveauté, l'adolescent doit apprendre à la gérer, ce qui n'est pas toujours facile », la sexualisation précède la sexualité. Au sens large, cette dernière inclut l'ensemble des comportements, attitudes, modes d'être et de penser, tant individuels que collectifs qui caractérisent un sexe (4).

Selon le Baromètre Santé de 2010 (33), l'âge médian du 1^{er} rapport est de 17.4 ans pour les hommes et 17.6 ans pour les femmes, alors que l'écart était d'environ quatre ans en 1940 (34). On observait entre 1960 et 1970 une diminution progressive de l'âge du premier

rapport, une stabilisation entre 1980 et 1990 puis une nouvelle diminution surtout chez les femmes.

Figure 3. Age médian au premier rapport sexuel en France _ Baromètre Santé 2010



Parallèlement, le nombre de partenaires sexuels déclarés par femme en France est en augmentation avec en moyenne 4.4 partenaires pour la vie entière, et 2.2 avant 19 ans.

L'âge moyen du premier enfant était de 30.3 ans en 2014 (35) soit plus de dix ans après le premier rapport, période qui pourrait être définie comme la « jeunesse sexuelle » (36) au cours de laquelle la contraception semble indispensable pour une population à haut taux de fertilité (26).

Les adolescents sexuellement actifs suivent un profil de monogamie en série (4). Le sexe n'apparaît pas seulement pour le plaisir et la procréation mais comme un objet de vérification de la compétence, de la fonctionnalité des organes génitaux, comme objet de recherche d'identité sexuelle et comme rituel de socialisation, en remplacement des rituels initiatiques de passage à l'âge adulte des sociétés primitives (7).

Cela pourrait peut-être expliquer en partie que 13.4% des adolescents interrogés par J.Ried au cours de son travail de thèse, ont avoué qu'ils ne se sentaient pas prêts lors de leur première fois et que 21.3% d'entre eux auraient préférés que ce premier rapport ait lieu plus tard.

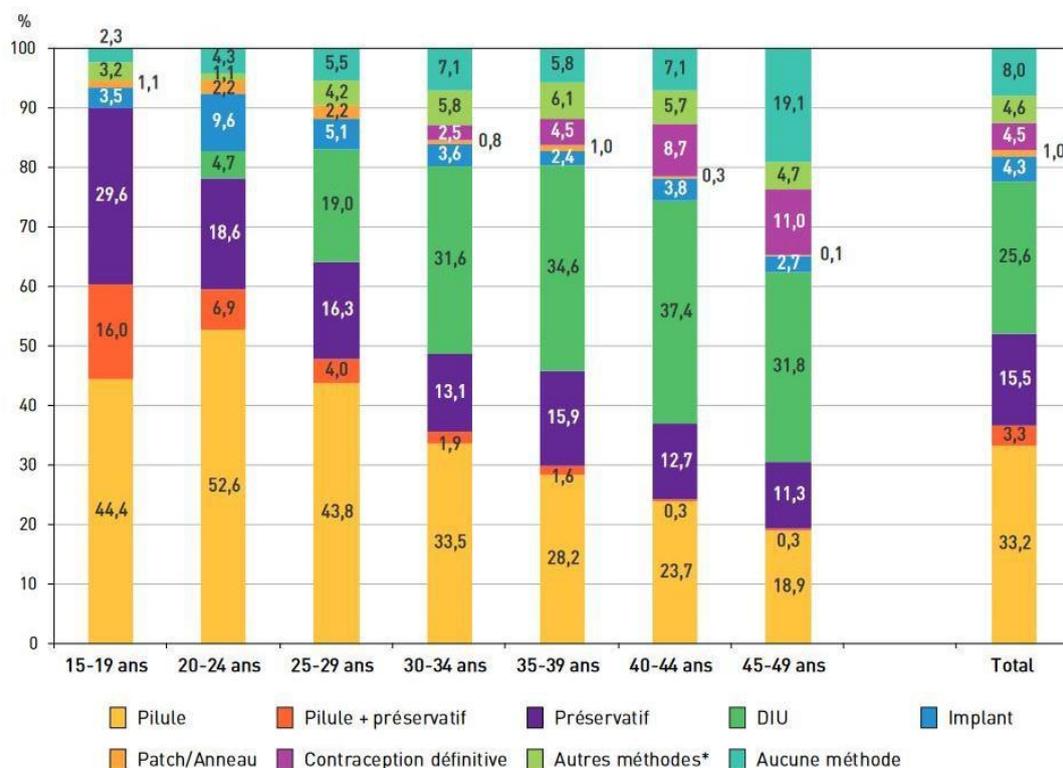
De toutes ces constatations découlent également, des « normes contraceptives » (37) avec notamment, l'utilisation préférentiel du préservatif chez les 15-24 ans. Ce contraceptif correspondant bien à la spontanéité et l'impulsivité des relations sexuelles des adolescents,

mais aussi à leur instabilité et aux relations peu investies (7). Secondairement, lors de la stabilisation des relations, passage à la pilule (78.9% des 15-19 ans contre 83.4% pour les 20-24 ans en 2012) puis le stérilet lorsque le nombre d'enfant souhaité est atteint (36) ou après accident, comme alternative à la pilule (37).

A noter que l'idée du passage à la pilule définie comme associée aux relations plus stables tant à s'estomper en 2016 avec : 60.4% pour les 15-19 ans et 59.5% pour les 20-24 ans

Ces modifications contraceptives chez les 20-24 ans sont liées à une augmentation des emplois des dispositifs intra-utérins et implants, à un doublement de l'emploi du préservatif (9% à 18.6% entre 2010 et 2016) et à une diminution significative de l'emploi de la pilule (67.4% à 60.4% entre 2010 et 2016) suite aux polémiques des dernières années (38) : leur consommation s'étant majorée jusqu'en 2012 à 78.9%.

Figure 4. Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge _ Baromètre Santé 2016



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non stériles, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
 * Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

Figure 5. Evolution de l'utilisation des différentes méthodes de contraception en France entre 2010, 2013 et 2016 chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception _ Baromètre Santé 2016

	2010 ¹	2013 ²	2016 ³	Évolution 2010-2016
15-19 ANS				
Pilule	48,3	49,7	44,4	→
Pilule + préservatif	19,1	14,7	16,0	→
Préservatif	25,1	24,7	29,6	→
DIU	0,0	0,2	0,0	→
Implant	0,5	4,1	3,5	↗
Patch/Anneau	0,0	2,2	1,1	↗
Autres méthodes*	1,2	1,7	3,2	→
Aucune méthode	5,8	2,7	2,3	→
20-24 ANS				
Pilule	60,1	54,3	52,6	↘
Pilule + préservatif	11,0	12,9	6,9	→
Préservatif	9,0	13,7	18,6	↗
DIU	1,6	5,2	4,7	↗
Implant	2,9	4,1	9,6	↗
Patch/Anneau	1,9	1,5	2,2	→
Autres méthodes*	2,1	3,7	1,1	→
Aucune méthode	11,4	4,6	4,3	↘

La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle est présentée uniquement dans la classe concernée.

Un test χ^2 simple a été effectué : les cellules vertes indiquent que l'évolution entre deux périodes est significative ($p < 0,05$).

1. Enquête Fecond 2010.

2. Enquête Fecond 2013.

3. Enquête Baromètre santé 2016.

* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

Malgré tout, le préservatif est le premier choix contraceptif, plus d'une jeune femme de 15-17 ans sur deux l'utilise comme méthode contraceptive (59 %), parfois en association avec la pilule (dans 15 % des cas), mais 10% des adolescents qui l'utilisent ont eu un problème avec (39) et 18% des grossesses et demandes d'IVG surviennent lors d'échecs de préservatifs (taux de rupture 3.4% et taux de glissement 1.1%).

Ainsi, comme le rappelle le Pr Nisand, chef du service de Gynécologie-Obstétrique de Strasbourg, en s'appuyant sur différentes études anglo-saxonnes, suisses et américaines, l'efficacité du préservatif seul n'est pas suffisante et il semble nécessaire de promouvoir l'association préservatif et pilule dans cette population fertile (40).

De plus, 14.3% d'adolescents n'ont pas protégé leur 1^{er} rapport (36).

En outre, certains comportements sont à signaler, notamment les « aménagement d'abstinence » (4). En effet, certaines pratiques sont considérées, par certains jeunes, comme des actes non inclus dans la définition de rapports sexuels et sont ainsi considérés comme non à risque : les rapports oro-génitaux par exemple ou la pénétration anale (au moins 1 une fois chez 13% des hommes de 15-18 ans et 15% des femmes du même âge). 4.5% des adolescents n'ayant jamais eu des rapports sexuels ont eu des rapports oraux et 1.3% des rapports anaux (41). La fellation, considérée comme amusement ou moyen de passer le temps plus que comme un acte sexuel, s'affranchie du port de préservatif (42).

B/ Les risques

Selon l'UNICEF « plus une société est disposée à prendre acte du caractère inéluctable de la sexualité des jeunes, plus elle est en mesure de mettre en œuvre des politiques de prévention efficaces ».

En effet, la sexualité des adolescents est exposée à de multiples dangers qu'il faut savoir prendre en compte.

a. Méconnaissance

Un manque de connaissance en matière de physiologie et d'anatomie, par exemple, sont répertoriés.

En classe de troisième, 2/3 des jeunes filles pensent que le premier rapport ne peut pas être fécondant, 3/4 pensent qu'il est impossible d'être fécondé pendant les règles (40), 1/3 des 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile (42) et 24% qu'elle fait systématiquement grossir (43).

b. Maladies Sexuellement Transmissibles

Si les années 80 sont considérées comme les années SIDA, la génération actuelle n'a plus autant peur du VIH (44). Ce que confirment les chiffres donnés lors de la journée mondiale de lutte contre le SIDA : aujourd'hui, 24% des jeunes déclarent ne pas avoir peur du SIDA/VIH. Pourtant sur le plan mondial, l'infection est la deuxième cause de décès chez les jeunes et la troisième cause de handicap ou maladie (3).

Selon l'Institut de Veille Sanitaire : 320 nouveaux cas de séropositivité chez des adolescents entre 13 et 19 ans (2/3 de filles et 1/3 de garçons) ont été répertoriés entre 2003 et 2006, le plus souvent dans les suites de rapports sexuels (79% des filles et 70% des garçons).

En outre, des idées erronées sur le sujet circulent, pour exemple :

- 11.6% des collégiens pensent qu'une pénétration courte sans préservatif n'est pas dangereuse (45)
- 4.8% des collégiens pensent que la pilule protège des MST (45)
- 17% pensent que la prise d'une pilule contraceptive d'urgence est un des moyens pour empêcher la transmission du VIH (chiffre diffusé lors de la 22^{ème} édition du Sidaction en 2016).

c. Violence

Autre danger, les violences sexuelles. Plus de 15% des filles et 2% des garçons de 15-18 ans déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés (4,46). Pour les filles, l'agression a été

l'œuvre, le plus souvent, de jeunes qu'elles connaissent et dans 8% des cas d'un homme de la famille. Ces chiffres sont même majorés si l'on pose la question aux adultes.

Ainsi, au cours de leur vie, une femme sur sept et un homme sur 25, sont victimes d'une agression sexuelle, surtout dans leur jeune âge (47).

Parmi les victimes de violences sexuelles, 29.1% des hommes déclarent que cela est survenu alors qu'ils avaient entre 13 et 17 ans et 20.9% des femmes alors qu'elles avaient entre 14 et 17 ans (22).

Si l'on considère uniquement les victimes de viol ou d'une tentative de viol : les ¾ subis par les hommes l'ont été avant leur âge de 18 ans, 40% des femmes avant 15 ans et 16% entre 15 et 17 ans (47).

De plus, la forte augmentation des affaires de viols de mineurs sur mineurs est également un fait de société non négligeable avec 983 condamnations en 2002 contre 3169 en 2008 (26).

Internet n'est pas en reste, comme l'expose le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, en présentant notamment des cas de discussion sur des forums où des adolescents cherchant des informations peuvent se voir opposer des remarques malveillantes voir culpabilisantes suite à des situations de violences, qu'elles soient psychologiques ou physiques (48).

Ainsi, une grossesse chez une femme jeune doit toujours alerter sur le consentement de l'acte et doit faire poser la question. Il est également important d'aborder le sujet du respect du corps avec les plus jeunes mais aussi les adultes.

d. Cybersexualité active

Du point de vu de la société, les jeunes et notamment les filles sont de manière générale de plus en plus initiées à la séduction et apprennent de plus en plus jeunes à dépendre du regard de l'autre pour exister (par le phénomène des nymphettes, des lolitas et aujourd'hui l'expansion des Youtubeuses beautés s'adressant aux plus jeunes filles...).

De ces phénomènes découle une érotisation précoce des jeunes filles (26) dans laquelle s'engouffrent les publicitaires, qui par le développement de maquillage, de soutiens-gorges rembourrés ou de chaussures à talons pour les 6-10 ans, hypersexualisent les pré-adolescentes (49).

En parallèle, le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication potentialisent et ouvrent aux plus jeunes le monde de la cybersexualité.

Cette notion pourrait être séparée en deux parties (50) :

- La cybersexualité passive concernant la pornographie
- La cybersexualité active (les adolescents se mettent eux-mêmes en scène) incluant sexting, sexcams (stripteases devant des webcams), chats, sites de rencontre ...

Le sexting, traduit par l'Académie Française comme textopornographie, c'est-à-dire l'envoi de messages et/ou d'images sexuellement explicites au moyen d'un téléphone portable,

d'une messagerie instantanée, d'un blog ou d'un réseau social, est aujourd'hui phénomène de société.

On distingue le sexting primaire et le sexting secondaire : le premier caractérise le fait que la personne diffuse elle-même une photographie ou une vidéo la représentant ; pendant que le second caractérise la diffusion effectuée par un tiers (destinataire ou non du message)

Selon l'étude de S.Delmotte de 2016 (41), 31.5% des adolescents de 15-16 ans connaissent cette pratique et 19.4% ont déjà réalisé des photos ou vidéos érotiques ou pornographiques (dont 70% à destination des petits-amis et 12% à destination d'inconnus).

74.8% des adolescents savent que les éléments sur internet peuvent être utilisés à leurs dépens.

En réalité selon J.Lachance, « quand une telle photo est destinée à une personne en particulier, elle peut constituer un rite de séduction (...) un engagement, une marque de confiance : je t'offre cette photo éventuellement compromettante parce que je te fais confiance(...) Assez souvent, il n'y a pas encore de sexualité agie et l'adolescent est plutôt dans le registre du narcissisme (...) en pleine mutation pubertaire, il cherche des validations et des invalidations de ses pairs », il ajoute cependant qu'exposer son corps peut révéler un réel mal-être, « Il s'agit le plus souvent de filles (...), l'adolescente se met dans une situation périlleuse et compromettante, susceptible d'attirer sur elle insultes et harcèlement (...) elle se maltraite, car elle pense ne pas en valoir la peine. Il s'agit clairement d'une conduite à risque » (51).

Du point de vue légal, la loi du 5 août 2013 pénalise explicitement le sexting primaire chez les mineurs de moins de quinze ans et le sexting secondaire qu'importe l'âge.

Un amendement a été adopté le 16 janvier 2016 par les députés, dans le cadre de la première lecture de la loi numérique, il vise à introduire la notion de « consentement exprès » de la personne pour la diffusion de l'image ou de la voix de celle-ci, lorsqu'elle présente un caractère sexuel : « Est puni de 18 mois d'emprisonnement et de 60 000 euros d'amende le fait de transmettre ou de diffuser sans le consentement exprès de la personne, l'image ou la voix de celle-ci, prise dans un lieu public ou privé, dès lors qu'elle présente un caractère sexuel » (52).

Secondairement, en octobre 2016, c'est le « revenge porn » ou vengeance pornographique (acte de vengeance qui consiste à diffuser des photos à caractère sexuel d'une personne sans son consentement) qui est reconnu comme un délit allant au-delà de la seule violation de l'intimité de la vie privée. La porno vengeance est aujourd'hui punie de deux ans de prison et de 60 000€ d'amende.

Actuellement ce sont des affaires de « sextorsion » qui sont dénoncées par les associations de protection de l'enfance. Par exemple, des adolescents, sont approchés par de prétendues femmes, en réalité des escrocs basés en Afrique, les incitant à se masturber devant une

webcam et qui les menacent ensuite de diffusion à leur liste de contacts s'ils ne payent pas une certaine somme d'argent.

e. Cybersexualité passive : la pornographie

Le terme de pornographie selon son étymologie grecque signifie « écrit concernant les prostitués », c'est au XVIIIème siècle qu'il est utilisé pour indiquer les représentations explicites des organes ou actes sexuels. De là naît la confusion entre pornographie et sexualité (53).

« L'image pornographique est une représentation de la sexualité telle qu'on en voit que la dimension performante » G.Bonnet (54).

On estime à environ sept millions, le nombre de site internet à contenu pornographique, avec chaque seconde 28 258 personnes qui en visionneraient le contenu dont 30% de consommateurs de 13 - 14 ans.

En 2014, le Web porno rapportait 25 milliards de dollars, c'est donc un produit de consommation de masse auquel sont confrontés nos adolescents (55).

En effet, l'âge moyen de première confrontation à la pornographie est de 12.64 +/- 0.28 ans, voir même de 11 ans selon certaines études (56).

Le plus souvent cette exposition est involontaire, par le biais de publicités sur internet (69%), de recherche sur internet (61.2%) ou des réseaux sociaux (42.4%) (41). Ainsi 3/4 des garçons et 1/4 des filles ont consommé de la pornographie avant 14 ans.

63.8 % des adolescents se disent choqués par ces images (72.6% de filles et 51.2% des garçons, ces chiffres diminuant avec l'avancé en âge). 39.4% ont déjà regardé volontairement de la pornographie, 6.3% en regarde souvent et 3.1% estime très souvent (41).

« Les jeunes consomment pour savoir ce qu'il faut faire avec l'autre et comprendre ce que l'on attend d'eux » (53).

Cette constatation peut expliquer que 23.7% des adolescents estiment leur sexualité influencée par la pornographie (41).

En outre, dans l'enquête Poulin de 2009 (57) : 1 adolescent sur 4 déclare avoir demandé à sa partenaire de reproduire un acte vu dans un film ou image pornographique, 3/4 aimeraient convaincre leur partenaire de consommer également et 40% puisent dans la pornographie des idées pour leurs rapports sexuels.

Il est même mis en évidence que 25% des adolescents tirent de ces images un modèle de sexualité. Considérant pour certains que la sexualité pornographique est une norme (58) : 20% pensent que la pornographie est une « fiction qui met en scène la réalité » et 15% pensent que c'est la « réalité » (53).

Autre conséquence de cette consommation, de multiples études montrent que la pornographie modifie et perturbe l'équilibre psychologique des consommateurs.

Des hommes non dépendants devenant par exemple, plus agressifs envers les femmes suite à une exposition intensive à la pornographie (26,58). Mais également, 30% des adolescents masculins qui pensent que la pornographie est une représentation des normalités de comportement (53).

Cet élément doit être mis en parallèle avec l'augmentation des affaires de viols entre mineurs exposée précédemment.

La pornographie serait également à l'origine de comportements addictifs vis-à-vis des images et du sexe de manière générale (55).

Actuellement le Code Pénal par la loi du 13 novembre 2014 caractérise à lui seul le cadre législatif de la visualisation de la pornographie par les mineurs :

« Le fait soit de fabriquer, de transporter, de diffuser par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support un message à caractère violent, incitant au terrorisme, pornographique ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine ou à inciter des mineurs à se livrer à des jeux les mettant physiquement en danger, soit de faire commerce d'un tel message, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque ce message est susceptible d'être vu ou perçu par un mineur » (59).

Ainsi, vendeurs de presse et loueurs de vidéo doivent vérifier l'âge de leur clientèle avant une vente. Les films pornographiques télévisés ne sont disponibles que sur des chaînes payantes. Sur internet, des logiciels de contrôle parental permettent d'interdire l'accès aux sites contenant certains mots-clés (60). Cependant via Internet, la pornographie reste visible et facilement accessible aux adolescents sur leurs ordinateurs, tablettes ou téléphones.

Parmi les propositions faites pour protéger les mineures des dangers de la pornographie, le Pr Nisand proposait en 2012 une taxation sur la pornographie pour rendre le business moins accessible. Il est nécessaire selon lui d'organiser « une lutte collective et sociétale de la diffusion libre et marchande de la pornographie aux jeunes » (26).

Il serait également important d'ouvrir le dialogue sur le sujet. En effet, selon Y.Leroux, « Si l'on veut que les jeunes n'utilisent pas les films pornos comme des tutoriels, la famille doit jouer pleinement son rôle d'éducation » (51), ainsi reprend I.Gravillon, « les adolescents les mieux armés pour considérer avec recul ces images et ne pas les ériger en modèle pour leur sexualité en construction, sont ceux qui ont eu accès à une parole libre et sans tabou sur le sujet » (61).

Le 15 janvier 2018, A.Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, également chargée de l'enfance, a annoncé devant le Conseil national de la protection de l'enfance (CNPE) pour mai 2018, un Plan national de protection de l'enfance et de l'adolescence avec des mesures concernant les univers numériques.

6/ Contraception, grossesse et Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) chez les adolescents

A/ Prescription, délivrance des contraceptifs et CCP

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (25), les professionnels de santé doivent informer les adolescents des différents moyens de contraception à leur disposition, en leur rappelant qu'il est important d'associer un préservatif à une autre méthode contraceptive pour les protéger des IST.

De nombreuses méthodes contraceptives sont accessibles aux adolescentes en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel, hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine ...).

Ainsi, il est possible de prescrire aux jeunes femmes :

- Une méthode hormonale oestroprogestative sous la forme de pilule, en privilégiant celles de 2^{ème} génération continue et au dosage minimal efficace, sous la forme d'anneau ou de patch,
- Une méthode hormonale progestative qu'elle soit sous forme de pilule ou d'implant sous cutanée,
- Une méthode de dispositif intra-utérin qu'il soit à base d'hormones progestatives ou de cuivre est également utilisable.

Pour toute pose de DIU, l'absence de contre-indications doit être vérifié (absence de malformations utérines, d'infections en cours ou saignements inexplicés) et il doit avoir été évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae).

Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.

Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicée.

Selon l'HAS « *l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation* ». Or laisser le choix de la contraception est lié à une plus grande satisfaction et une meilleure utilisation (62).

Dans le cadre d'une première prescription, un bilan IST peut-être proposé voir associé au bilan prescrit lors de l'utilisation d'une contraception oestroprogestative.

Il est important d'informer les adolescentes des effets indésirables potentiels selon la méthode choisie (perte ou prise de poids, irrégularité de cycles, spotting ou dysménorrhée, acné, accident thromboembolique, migraine, mastodynies...) et de les prendre en compte lors de la consultation suivante pour les rassurer et adapter la thérapeutique (63) :

- prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule oestroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée,
- l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale,
- le retour de la fertilité : en général immédiat sauf après injection de progestatif où il peut prendre jusqu'à 12 mois,
- l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule oestroprogestative, risque de troubles des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.

Les méthodes dites barrières (préservatifs, diaphragme, cape cervicale, spermicides) sont, selon l'HAS, plus à risque d'échec chez les jeunes et les méthodes naturelles sont peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes.

Les hautes instances rappellent ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, l'intérêt de l'emploi d'une double méthode contraceptive, telle que la pilule et le préservatif par exemple.

En ce qui concerne les modalités de prescription, depuis le 1^{er} novembre 2017, a été mise en place pour les médecins généralistes, les pédiatres et les gynécologues une cotation CCP : Consultation de Contraception et Prévention.

Cette consultation prise en charge à 100%, concerne les jeunes filles de 15 à 18 ans consultant pour la première fois pour ce motif. Elle n'est facturable qu'une seule fois par personne avec possibilité d'anonymisation et ne peut être cumulée avec une cotation G (consultation standard de médecine générale) ou tout acte CCAM de gynécologie ou pédiatrie.

Cette consultation doit permettre : la délivrance d'une information sur les différentes méthodes contraceptives, sur les MST, de conseils et d'une prescription de la méthode choisie (64).

Mais quid des adolescents ? Selon l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, les femmes ne doivent pas assurer seules les conséquences de leur vie sexuelle, ainsi ils préconisent d'encourager les jeunes hommes à « s'intéresser davantage à la planification familiale et à se préoccuper de leur hygiène sexuelle » pour les inciter à comprendre et soutenir les femmes dans leurs choix contraceptifs (35).

Du point de vu de l'anonymisation (en rappeler la possibilité aux adolescentes), le médecin et les autres professionnels de santé concernés (sages-femmes, pharmaciens, personnels de laboratoires, etc.), doivent sur la feuille de soins (qu'elle soit sous format papier ou

informatique) renseigner un NIR anonyme (2 55 55 55 CCC 042/XX avec CCC le numéro de la caisse et XX la clé de contrôle) et indiquer seulement la date de naissance réelle de l'assurée (65). (cf. Annexes 5A et 5B)

La mise en place de cette consultation fait suite à :

- La demande de plusieurs professionnels de l'adolescence relatant le manque d'information et d'accès à la contraception des jeunes :
 - Méconnaissance de certains moyens de contraception : 79.7% des adolescents connaissent le stérilet, 47.5% l'anneau, 37.6% l'implant, 32.2 % le patch (66).
 - Dans son rapport, le Pr Nisand parle d'une politique française basée sur le choix du curatif plutôt que du préventif. Selon lui, on favorise d'abord l'accès à la contraception d'urgence et l'IVG gratuit et anonyme pour les mineurs , à contrario de la contraception qui est elle payante ou remboursable sur la sécurité sociale des parents (40).
 - Il déplore ensuite l'absence d'une rémunération adaptée des professionnels de santé s'impliquant dans la prévention des jeunes (26).
 - L'IGAS parle déjà en 2009 de la nécessité d'une consultation dédiée à la contraception d'au moins 30 minutes (67).
 - Certains proposent même qu'elle soit rendue obligatoire (68).
- L'échec du Pass Contraception inclus dans le Plan Santé Jeune lancé en 2009 testé initialement dans quelques régions françaises :

Le but était de mettre en place une consultation annuelle gratuite pour les 16-25 ans chez un médecin généraliste de leur choix avec réception d'un passeport lors de la mise à disposition de leur carte vitale personnelle ou par l'intermédiaire des infirmiers scolaires (20).

Le passeport comprenait des bons pour une consultation de médecine et une consultation de contrôle à 3 mois, un bon d'analyse médicale pour la contraception et/ou un bilan IST et deux bons de délivrance de médicaments pour un an. Ainsi aucune présentation de carte vitale n'était nécessaire et la rétribution des professionnels se faisait par les régions.

Mais certains obstacles ont empêché la généralisation du dispositif. Tout d'abord, les jeunes ont été peu informés (53 Pass distribués en janvier 2011 en Poitou-Charentes, 15 000 chéquiers pour 159 000 lycéens en Ile-de-France (43)), et peu de professionnels se sont inscrits dans le dispositif.

Les prescriptions de bilans biologiques étaient restreintes et les cas particuliers non pris en charge, la mesure ne concernait que la contraception

orale et si celle-ci ne convenait pas il n'était pas possible de la modifier avant 6 mois et certaines méthodes n'étaient pas prises en charge.

- Des études budgétaires menées par la sécurité sociale :

Sollicitées par la députée B.Poletti, il a été calculé qu'en 2010, le coût d'un dispositif de gratuité d'accès à la contraception pour les 15-19 ans (sur la base de l'hypothèse d'une prise en charge d'une consultation médicale et d'une prescription contraceptive) s'élèverait à 7 millions d'euros. A cela a été opposé le coût des IVG chez les mineures s'élevant lui entre 9.2 et 10.3 millions d'euros (43).

Cette cotation CCP s'ajoute aux mesures mises en place depuis le 1^{er} juillet 2016 mais peu appliquées initialement (69).

En effet, les jeunes filles ayant au moins 15 ans et moins de 18 ans pouvaient déjà bénéficier d'un remboursement à 100 % pour :

- la consultation annuelle, par un médecin ou une sage-femme, donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'un examen de biologie médicale en vue de cette prescription. Sur cette prescription isolée, doit être inscrite la mention « contraception mineure » pour que la jeune fille bénéficie du tiers payant légal sur la part obligatoire au laboratoire et lors de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie.

Le professionnel de santé doit en pratique cocher le code exo 3 – 100 % Dispense d'Avance des Frais (DAF) sur la feuille de soins électronique (FSE), et cocher la case "L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire" dans la zone "Paiement".

Et du point de vu du pharmacien, les recommandations HAS sont à suivre : les pilules oestroprogestatives ou progestatives remboursées par la sécurité sociale, l'implant progestatif et le dispositif intra-utérin sont délivrés gratuitement sur prescription aux mineures de 15 à 18 ans (25). A noter que le diaphragme, non recommandé par l'HAS, s'inclut dans les méthodes remboursables.

Par opposition, certains contraceptifs ne font pas partie de ce dispositif: certaines pilules, les patchs, les anneaux, les capes cervicales, les spermicides et les préservatifs masculins ou féminins (70).

Il leur est également demandé de délivrer une information aux mineures lors des renouvellements (loi HPST) ce qu'a prit en compte le réseau des pharmaciens indépendants de La Réunion (RESPIRE) en septembre 2010 en organisant une animation autour de la contraception en officine. Leurs objectifs étaient de former les équipes pour améliorer la prise en charge des patientes et de sensibiliser le public aux différentes méthodes contraceptives (26).

- la consultation de suivi par un médecin ou une sage-femme la première année d'accès à la contraception ;
- les examens de biologie médicale prescrits en vue d'une prescription contraceptive, dans la limite de 1 fois par an : cholestérol total, triglycérides, glycémie à jeun ;
- les actes du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif, comme dans le cas d'un dispositif intra-utérin.

Le principe d'anonymisation reste identique à la CCP et doit être appliquée également en pharmacie et en laboratoire si la jeune fille en fait la demande.

B/ Propositions pour un cadre adapté à une prescription de contraception et une prévention efficace.

Outre la théorie exposée et les différentes propositions pour une consultation adaptée aux adolescents listées précédemment, la discussion autour de la contraception avec cette population doit être elle aussi sujette à réflexion.

Tout d'abord, la Haute Autorité de Santé (25) recommande de :

- Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.
- Passer en revue tous les « a priori » éventuels : croyances, réticences... Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, (...) et dès le premier rapport sexuel.
- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles avec mode d'emploi (en expliquant également les modalités de démarrage soit le 1^{er} jour des règles soit selon la méthode quick start (63)), présenter des échantillons, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (...) procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement...
- Informer sur les préservatifs, les IST y compris le SIDA : Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur usage, en encourageant l'utilisation et en expliquant concrètement l'emploi.

- Contraception d'urgence : informer sur :
 - la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
 - Et ce d'autant plus que les femmes de moins de 28 ans sont plus à risque d'oubli et que seul 34% des femmes utilisent une aide mémoire. Une étude faite en 2004 en cabinet de médecine générale avait mis en évidence une diminution du risque d'oubli lorsque les pilules étaient prises le matin : 40% d'oubli contre 56% lors d'une prise le soir (71).
 - la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou les CPEF de la contraception d'urgence.

Il est à noter que ces recommandations de bonnes pratiques mises en place par la Haute Autorité de Santé s'adressent aux adolescentes.

Le document abordant la contraception masculine datant d'avril 2013 (72) ne détaillant pas le contenu d'une consultation que ce soit pour un homme adulte ou un l'adolescent.

Dans le but de mener à bien un entretien avec les adolescents, une méthode a été proposée par l'OMS, celle dite BERCER (62,71) :

- Bienvenue : Accueil du patient, présentation du soignant. La première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.
- Entretien : Phase interactive. Recueil d'informations sur le patient, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes, contexte de vie (comportements à risque, violence sont également à aborder), expérience en matière de contraception, vision des choses. Elle donne lieu à un interrogatoire et à un examen clinique.
- Renseignement : Vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, adaptée au rythme et aux connaissances du consultant en s'assurant de sa bonne compréhension de l'information reçue. Il est possible de délivrer un document écrit en complément de l'information orale.
- Choix : Le soignant souligne que la décision finale appartient au consultant seul. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et celles éventuelles de son ou sa partenaire, les bénéfices et risques des différentes méthodes et les conséquences de son choix.

Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

- Explication : Cette phase est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par exemple, des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule). Elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par le patient lui-même.

Le soignant renseigne sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et indique où et dans quelles conditions il est possible de se procurer ces différentes méthodes avec une information donnée sur les structures ressources et numéros ou sites utiles (26).

Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

- Retour : Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite.

Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si celle qui a été choisie se révèle inadaptée ou insuffisante. Le cas échéant sont abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose son patient et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qui ont pu être rencontrés. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale.

Enfin d'autres propositions ont été formulées principalement sur le champ de la prévention (26,40):

- Remettre la dimension affective et relationnelle au centre de la sexualité, définir ce que sont, pour eux, la santé sexuelle, la sexualité et les rapports sexuels
- Evoquer les différentes modalités de séduction et valoriser le consentement mutuel
- Délivrer une information qui fait réfléchir et grandir, pour les adolescents, il ne faut pas surestimer leurs connaissances sexuelles et ne pas sous estimer leur capacité de compréhension. Ainsi il est plus intéressant de valoriser la qualité de l'attitude éducative plutôt que la quantité de renseignements.
- Faire apparaître la responsabilité en matière sexuelle comme un signe de maturité
- Aborder de façon informative voir médical tous les sujets qui peuvent leur poser question (homosexualité, bisexualité, transgenre, transsexe, intersexe, asexuel, jouissance, masturbation, virginité, violences sexuelles, inceste...)
- Se rendre le plus possible disponible en consultation mais également au téléphone

C/ Contraception d'urgence

La contraception d'urgence ou mal nommée « pilule du lendemain » est une contraception d'exception, commercialisée à partir de 1998, pouvant être utilisée pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport non ou mal protégé.

Elle est de deux types :

- La méthode hormonale : sous forme de pilule, dont le but est de bloquer l'ovulation et de compliquer la nidation : Lévonorgestrel ou Norlevo® à utiliser dans les 72H, et l'Acétate d'Ulipristal ou Ella one® pouvant être utilisé jusqu'à cinq jours après le rapport à risque.
- La méthode mécanique avec le DIU au cuivre pouvant elle aussi être utilisée jusqu'à cinq jours après le rapport à risque.

Entre 2005 et 2010, il est observé par l'INPES une croissance de la consommation de cette contraception d'exception de 9% à 11% chez les 15-29 ans, avec secondairement une stabilisation de cette consommation puis une décroissance à partir de 2013. Il a cependant été mis en évidence un usage pouvant être caractérisé de répétitif :

66% des jeunes femmes l'ayant employé, l'ont prise 2 fois et 21% trois fois au cours d'une même année (33).

En 2012, 67.9% des adolescents ont connaissance de l'existence de la contraception d'urgence selon Z.Hami (24), 74.9 % selon T.Raginel (45), et seul 6.4% connaissent les délais de 72H.

Pour les mineures l'obtention de la contraception d'urgence peut se faire gratuitement et anonymement dans les CPEF, au sein des urgences gynécologiques, auprès de l'infirmière scolaire ou en pharmacie sans ordonnance.

Un décret datant de 2002 stipule notamment que « la délivrance par le pharmacien doit être précédé d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et conditions d'utilisation. Il doit fournir une information d'accès à la contraception régulière, de prévention des IST et de l'intérêt d'un suivi médical adapté » (73). Une étude effectuée dans le service de gynécologie de Nice a évalué l'application de ce décret dans quarante quatre officines avec quatre mineures-test : dans 86.8% des cas il n'y avait aucune intimité lors de la délivrance, dans 30% des cas un refus de délivrance sans règlement était opposé à la mineure et dans un tiers des cas de délivrance la carte d'identité était réclamée. Aucune information sur les IST n'avait été donnée (26).

Une information devrait donc être faite auprès des pharmaciens d'officine pour répondre à ces obligations.

En outre, une autre proposition avait été faite, non appliquée à ce jour, de faire distribuer par les pharmaciens un guide pour les moins de 25 ans en cas d'utilisation de contraception d'urgence avec pour les mineures un coupon de rendez-vous chez un médecin agréé (36).

D/ Interruption volontaire de grossesse (IVG) chez les mineures

a. Législation et modalités

Dépénalisée depuis la loi Veil du 17 janvier 1975, l'interruption volontaire de grossesse est aujourd'hui un droit auquel les mineures peuvent recourir en France.

La loi a cependant été plusieurs fois remaniée pour faciliter l'accès de cette pratique aux adolescentes.

La loi du 4 juillet 2001 (28) notamment, maintient le principe de l'autorité parentale mais prévoit une exception : la jeune femme peut décider de garder le secret vis-à-vis de ses parents ou détenteurs de l'autorité parentale et dans ce cas elle doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

En outre, le code pénal français punit jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75.000 euros d'amende ceux qui provoquent ou tentent de provoquer un avortement chez une femme sans son consentement (74).

Cela s'applique également aux mineures, ainsi l'adolescente doit être seule à décider de garder ou non sa grossesse et ni les parents, ni les médecins, ni les organismes sociaux ne peuvent exercer une contrainte sur elle.

Les modalités d'accès aux IVG médicamenteuses ou instrumentales (75) sont les mêmes que pour une personne majeure à ceci près que les mineures sont obligées de participer à un entretien social (attestation de consultation nécessaire au dossier d'IVG).

Il est également à noter que le délai de réflexion obligatoire de 7 jours a été supprimé par la loi du 26 janvier 2016.

Ainsi, pour que l'IVG soit pratiquée, l'adolescente doit détenir les documents attestant de la réalisation des démarches obligatoires :

- l'attestation, remise par le médecin ou la sage-femme, qui précise qu'elle s'est conformée aux étapes médicales préalables obligatoires (75):

- 1^{ère} consultation dites d'information où la patiente exprime pour la première fois sa demande d'IVG et où une information lui est donnée sur les différentes méthodes, les lieux de réalisation, les risques et effets secondaires. Un

document informatif doit être remis à la patiente et une première discussion sur la méthode contraceptive post-IVG est initiée.

- La consultation psychosociale avec une conseillère conjugale et familiale, obligatoire pour les mineures avec délivrance d'une attestation indispensable au dossier.

Après cette consultation un délai de réflexion de 48 H est demandé avant de remettre le consentement écrit.

- 2^{ème} consultation avec remise du consentement écrit, choix de la méthode et du lieu de réalisation (il est possible de débiter l'IVG médicamenteuse si cette méthode est choisie et que les conditions légales d'accès sont remplies). De nouveau discussion autour de la contraception voir prescription de la méthode choisie.

- sa confirmation écrite de demande d'IVG

- le consentement écrit d'un représentant légal ou une attestation désignant le choix de l'adulte accompagnant si demande de secret ou impossibilité de disposer du précédent consentement.

Pour finir, Les dispositions légales prévoient, pour les femmes mineures non émancipées et sans consentement parental, une prise en charge totalement anonyme et gratuite de l'IVG (75). Cela inclus également la consultation de contrôle post IVG au cours de laquelle le sujet de la contraception doit être de nouveau abordé mais aussi de manière moins théorique la façon dont cet événement a été vécu.

Selon L.Pouliquen de l'Institut Européen de Bioéthique, « la prise en charge des troubles psychiques des adolescentes à la suite d'un avortement sont particulièrement urgentes et vitales pour leur santé (...) on constate chez les adolescentes une plus grande propension au passage à l'acte et à l'émergence de conduites à risque (...) C'est donc dans un contexte très différent que le professionnel de santé va devoir prendre en charge les troubles psychiques de l'adolescente à la suite d'un avortement » (76).

b. Chiffres

Selon l'INPES (33), parmi les grossesses non voulues des femmes de 15 à 29 ans survenues entre 2005 et 2010, 8% concernaient les 15-19 ans avec dans 46 % des cas une absence de contraception lors du rapport fécondant et 44% en lien avec un oubli de contraception.

Or ces grossesses sont plus à risque avec une augmentation du taux de prématurité, de retard de croissance intra-utérin, de petit poids de naissance, de malformations ... Dans une population où la consommation de tabac au cours de la grossesse est plus importante et où les cas de détresses psychologiques et/ou de violences doivent être systématiquement recherché (77), avec la nécessité de poser la question du consentement de l'acte (22,26).

En 2016, 211 887 IVG ont été pratiquées en France, contre 216 805 en 2015, dont 197 777 en métropole contre 167 180 en 2015, avec 7.1 IVG pour 1000 femmes mineures de 15 à 17 ans (6.6 en France Métropolitaine).

En Normandie, on dénombre en 2016, 8 262 IVG avec un taux de 6.2 sur 1000 pour les 15-17 ans (7.4 en 2015). Parmi ceux-ci, 841 ont été réalisés en établissement de santé dans la Manche dont 41 chez des mineures.

En 2017, 827 dont 28 chez des mineures ont été effectuées (dont 8 au centre hospitalier public du Cotentin de Cherbourg contre 4 naissances de mères mineures au moment de l'accouchement dans ce même établissement en 2017) selon les chiffres donnés par l'Agence Régionale de Santé et le CHPC de Cherbourg.

Evidemment ces chiffres ne prennent pas en compte les IVG réalisés hors établissements de santé c'est-à-dire en ambulatoire chez les médecins, sages-femmes agréées ou dans les CPEF.

Le taux d'IVG est en constante diminution depuis 2010, après avoir fortement augmenté entre 1990 et 2010.

En ce qui concerne les 16-25 ans, deux tiers des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse ont utilisé une méthode de contraception dans le mois précédent cet événement (78). Et 2.4% des femmes, tous âges confondus ont, refusé la mise en place d'une contraception en post IVG (79).

Figure 6. Les IVG en 2016, selon la région de résidence de la femme _ DREES, INPES, CNAMITS

Régions	IVG réalisées en établissement hospitalier	Forfaits médicaux remboursés en centre de santé, établissements de PMI et de planification familiale	Forfaits remboursés en ville	Total des IVG réalisées	IVG 15-49 ans pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	IVG pour 1 000 femmes mineures de 15 à 17 ans
Grand-Est	13 085	30	831	13 946	11,7	6,2
Nouvelle-Aquitaine	13 242	320	2 155	15 717	13,0	6,5
Auvergne-Rhône-Alpes	18 123	350	3 309	21 782	12,6	5,6
Bourgogne-Franche-Comté	5 543	3	1 094	6 640	11,7	6,1
Bretagne	6 854	45	512	7 411	10,9	5,1
Centre	5 528	25	823	6 376	12,0	5,3
Corse	1 046	11	150	1 207	17,0	10,1
Île-de-France	35 443	1 246	12 671	49 360	16,4	7,1
Occitanie	16 543	55	2 885	19 483	15,8	7,7
Pays de la Loire	7 906	6	249	8 161	10,3	4,4
Hauts-de-France	16 057	10	1 485	17 552	13,1	7,7
Normandie	7 139	67	1 056	8 262	11,8	6,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	16 019	136	5 134	21 289	20,1	9,2
Résidentes France métropolitaine	162 528	2 304	32 354	197 186	13,9	6,6
Non-résidentes France métropolitaine	591			591		
Total France métropolitaine	163 119	2 304	32 354	197 777	13,9	6,6
Guadeloupe ¹	1 749	nd	1 355	3 104	33,8	14,7
Martinique	2 002	nd	182	2 184	26,7	16,0
Guyane	1 260	nd	592	1 852	27,5	21,4
La Réunion	3 189	nd	1 038	4 227	19,9	16,0
Mayotte	1 352	nd	234	1 586	26,4	23,2
Résidentes DROM	9 552	10	3 401	12 963	25,2	17,9
Non-résidentes DROM	108		101	209		7,1
Total DROM	9 660	10	3 502	13 172		
Résidentes France entière	172 080	2 314	35 755	210 149	14,3	7,1
Résidence inconnue ou à l'étranger		45	893	938		
France métropolitaine et DROM	172 779	2 359	36 749	211 887	14,4	7,1

1. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Champ • Données domiciliées pour la France entière.
Sources • DREES (FMS), INSEE (estimations localisées de population au 1er janvier 2016), CNAMITS (DCR, données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicaux remboursés selon la date des soins, tous régimes).

7/ Education et information à la santé sexuelle

A/ Historique

En matière d'éducation à la sexualité l'un des pionniers fut Johann Bernhard Basedow. Disciple de J.J Rousseau, il proposa en 1770 qu'une instruction sexuelle soit donnée aux enfants dès 10 ans, suivant ainsi les préceptes de l'écrivain dans son traité *Emile ou De l'éducation*, « Il y a moins de danger à satisfaire la curiosité d'un enfant qu'à l'exciter ».

Ensuite, ce fut Freud qui en 1907, dans une lettre ouverte « les explications sexuelles données aux enfants », proposa qu'une information progressive et continue, pour leur expliquer la vie sexuelle soit faite à l'école (7).

Mais d'après Y.Knibielher (professeure émérite de l'université d'Aix-en-Provence, spécialiste de l'histoire des femmes et de la maternité), le terme d'éducation à la sexualité naît en 1914 d'un texte écrit par Dr M.Pelletier (première femme médecin diplômée en psychiatrie en France et féministe engagée du XX^e siècle) « l'éducation féministe des filles », où elle consacre quelques pages à ce sujet, sans pour autant définir qui doit se charger de cette éducation et quel doit en être le contenu (80).

En 1927, H.Ellis (médecin et psychologue britannique et l'un des pères de la sexologie), souligne la nécessité dans l'éducation des enfants, adolescents et adultes, de disposer de connaissances fiables et précises sur la sexualité, les organes génitaux, les mécanismes physiologiques de la reproduction humaine et les comportements sexuels.

En France, si courant de l'après guerre, se met en place un comité chargé « d'étudier dans quelle mesure et sous quelle forme l'éducation sexuelle peut-être donnée dans les établissements d'enseignement », l'évolution n'apparaît qu'à partir de l'année 1973 avec la circulaire dite Fontanet (alors ministre de l'éducation Nationale).

Elle va permettre de caractériser le contenu de l'information sexuelle en milieu scolaire sans que cela ne devienne obligatoire. En effet persiste alors la distinction entre information et éducation : l'information dispensée à tous les élèves et l'éducation qui restera facultative semble de nature à satisfaire la plupart des associations de parents : « L'information sexuelle sera intégrée aux programmes de sixième et de cinquième (...) Mais les réunions d'éducation seront facultatives » (*Le Monde*, le 13 juillet 1973). Cette circulaire ne proposera cependant pas de modalités de formations aux enseignants pourtant demandeurs à l'époque (80).

Ce n'est qu'après les années 80 et la période SIDA, qu'il est décidé que l'information sexuelle doit sortir du cours de biologie et devenir une éducation pour « la construction de l'individu par l'analyse de la relation à l'autre dans ses composantes personnelles et sociales » et la « préparation de la responsabilité parentale ». Cela est instauré par la circulaire de 1998 n°98-234 lue par S.Royal et M.Aubry, rendant obligatoire l'éducation à la santé à raison de 2H minimum par an pour les troisièmes et quatrièmes avec plan de formation des formateurs :

« La formation initiale et continue des personnels constitue un moyen essentiel pour promouvoir la généralisation de l'éducation à la santé. C'est pourquoi il importe qu'ils soient formés à prendre en compte dans leur activité professionnelle les méthodes et les objectifs de l'éducation à la santé.

Les actions de formation continue répondent par priorité aux besoins et aux demandes des équipes d'écoles ou de collèges, voire de secteurs. Toujours fondées sur la globalité de l'éducation à la santé et plus largement de l'action éducative, privilégiant les méthodes par rapport aux contenus spécialisés, ces formations peuvent s'organiser à partir de la compréhension et de la connaissance de l'enfant et de l'adolescent sur des thèmes tels que l'alimentation, la sexualité, le respect du corps, les toxicomanies... » (81).

C'est à la même période que plusieurs études mettent en lumière l'importance de ce type de formation en révélant notamment que « les jeunes ayant une information sur la sexualité à l'école retardent le moment de la première relation sexuelle » et ainsi qu'informer ne serait pas synonyme d'inciter (82).

Et c'est finalement par la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et la contraception que l'information et l'éducation à la sexualité sont rendues obligatoires.

En effet selon cette loi : "Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire et des personnels des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du code de la santé publique ainsi que d'autres intervenants extérieurs conformément à l'article 9 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement. Des élèves formés par un organisme agréé par le ministère de la santé pourront également y être associés."

Cette dernière annule et remplace la circulaire n° 98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du SIDA (83).

En outre, travaillant sur le concept de santé sexuelle, l'OMS en actualise la définition en 2002 : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. *Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés* » (84).

Il est donc prévu depuis dix-sept ans et cela est renforcé par une circulaire datant de 2003, qu'au minimum trois séances d'information et d'éducation à la santé sexuelle soient organisées pour chaque année scolaire.

Ainsi, selon le bulletin officiel du 27 février 2003 (83) : si en école primaire ces sessions devront suivre et s'adapter au programme et qu'ainsi le nombre de trois sessions doit être

plus compris comme un ordre de grandeur que comme « un nombre rigide de séances ». Au collège et au lycée, leur organisation est placée en totalité à la charge du chef d'établissement en accord avec le conseil d'administration. En outre, la prise en charge sera assurée, en école primaire par les maîtres chargés de classe qui pourront si besoin solliciter infirmière et médecin scolaire, et dans les collèges et les lycées par une équipe de personnes volontaires, formées à cette tâche, internes ou externes à l'établissement.

Or, le rapport IGAS de 2009 (85) puis le rapport B.Poletti enregistré le 17 mai 2011 font un état des lieux assez péjoratif de l'application de la loi (43) : « Le principe d'autonomie des établissements, leurs permettent de s'affranchir de leur obligation ». Sont mis en cause notamment, l'absence d'évaluation nationale, un enseignement disparate sur l'ensemble du territoire, des rectorats plus ou moins impliqués, des chefs d'établissements plus ou moins motivés pour trouver : des intervenants qui doivent eux-mêmes être formés, des financements, des créneaux horaires et qui se heurtent parfois aux parents d'élèves.

En 2012, V.Peillon, alors ministre de l'Education Nationale lance un groupe de travail pour rendre « effective » la loi de 2001 en formant les enseignants dès 2013 par des modules spécifiques sur le sujet dans les écoles supérieures du professorat et de l'éducation. Modules qui ne sont à ce jour, pas dispensés systématiquement.

Ainsi, la loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République rappelle que « Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information».

Il est donc prévu depuis 2013, les quelques circulaires secondairement associées (86) et l'article du code de Santé Publique du 26 janvier 2016 qui inscrit le terme de santé sexuelle dans la loi (87), que l'éducation à la santé sexuelle se fasse sur trois champs de connaissances et de compétences : Biologique, Psycho-affectif et Social (cf. Annexe 6).

Et ceci dans le but de répondre à :

- des questions de santé publique : grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, dont le VIH /sida ;
- la construction des relations entre les filles et les garçons et la promotion d'une culture de l'égalité ;
- des problématiques relatives aux violences sexuelles, à la pornographie ou encore à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes

Et cela par le biais « de projets transversaux éducatifs d'éducation à la sexualité » qui développeront « le sens de l'engagement et de l'initiative des élèves et impliqueront leurs parents. »

Malheureusement comme le révèle le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, qui a étudié environ 3000 établissements (1001 écoles élémentaires, 1300 collèges et 695 lycées) au cours de l'année scolaire 2014-2015 : 25 % des écoles répondantes déclaraient n'avoir mis en place aucune action ou séance, nonobstant leur obligation légale (48).

Les personnels de l'Éducation nationale sont très peu formés à l'éducation à la santé sexuelle. Lorsque celle-ci est intégrée à des enseignements disciplinaires, elle est largement concentrée sur les sciences (reproduction) et les séances ou actions sont menées, sans que cela ne concerne toutes les classes du CP à la Terminale, mais en priorité des classes de CM1 et de CM2 pour l'école, des classes de 4^{ème} et 3^{ème} pour le collège, et des classes de 2^{nde} pour le lycée.

Au cours de l'année 2014-2015, 69% des classes de CM2, 92% des classes de 4eme et 80% des classes de secondes déclaraient avoir bien reçu les 3 séances de formation obligatoires (48).

Le manque de moyens financiers, de disponibilité du personnel et la difficile gestion des emplois du temps sont perçus comme les principaux freins à la mise en œuvre de ces dispositifs et, a contrario, la formation est vue comme le principal facteur facilitateur.

Aussi au cours de cette même période, dans 84% des lycées interrogés aucun membre du personnel n'avait été formé dans le cadre des plans académiques ou nationaux de formation (48).

Ces formations, s'adressent aux personnels de l'Education nationale tout corps confondus, volontaires, qui souhaitent mettre en place des projets et des actions de terrain en éducation à la sexualité. Elles se caractérisent par une formation initiale de deux fois trois jours puis des séminaires annuels (cf. Annexe 7). Un parcours de formation en ligne à également était mis en place en 2014 : M@gistère (88).

In fine 40 000 personnes auraient été formées depuis 1996 (48).

D'autres modalités de formation existent, le Planning Familial par exemple est agréé « organisme de formation » et quelques facultés (Toulouse, Metz, Montpellier...) organisent des diplômes interuniversitaires ou masters de formation en éducation sexuelle (45).

A Strasbourg, a été mis en place le dispositif Info Ado comme unité spécifique du pôle de Gynécologie Obstétrique qui outre son rôle d'accueil des adolescents, participe par l'intermédiaire des gynécologues et des internes en médecine à des sessions d'intervention dans les classes de l'agglomération alsacienne (26).

Aujourd'hui, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place, un plan national d'action pour l'éducation à la sexualité sur treize ans (2017-2030), intitulé « Stratégie nationale de santé sexuelle ». Le but est d'améliorer la santé sexuelle et reproductive, en se basant sur les principes fondamentaux d'autonomie, de satisfaction et de sécurité de la sexualité et en prenant en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les sexualités

qui impactent l'accès universel à la santé sexuelle. L'une des priorités de ce plan repose sur « la promotion de la santé et de la prévention, en agissant tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé ».

Ainsi, il est de nouveau décidé que : « la stratégie nationale de santé sexuelle développe une action volontariste d'information, d'éducation à la santé et de communication, avec une place prioritaire pour la santé des jeunes et permet de renforcer la formation et la mobilisation des professionnels de santé, notamment de premier recours» (89).

B/ Les différentes politiques dans le Monde

En matière d'information et d'éducation à la santé sexuelle, tous les pays n'ont pas mis en place la même politique.

Tout d'abord, le Danemark fait figure de pionnier dans ce domaine puisque depuis le début des années 1900, l'éducation à la sexualité est incluse dans le cursus et est devenue obligatoire dès 1970 pour les collèges et lycées et dès 1991 pour les écoles primaires.

En Suisse Romande (partie francophone de la Suisse), l'éducation à la sexualité fait partie intégrante des programmes scolaires dès le plus jeune âge. Au Pays Bas, une semaine d'information est organisée par des enseignants formés pour les 4-12 ans accompagnés de leurs parents. Dans ces deux pays les taux d'IVG sont parmi les plus bas d'Europe (26).

En Belgique, une sensibilisation à la vie sentimentale et affective dès la primaire est organisée avec un abord de la contraception dès 14 ans par l'intermédiaire d'animateurs du Planning Familial secondant les enseignants.

En Angleterre, si jusqu'à récemment une réglementation était faite sur l'abord du sujet auprès des moins de 16 ans, avec une éducation dispensée par les établissements qui le souhaitaient dans le respect des enseignements religieux ; les Britanniques ont depuis début 2017, rendu obligatoire l'éducation à la sexualité dès 4 ans avec un enseignement progressif adapté à l'âge : à l'école primaire, l'accent sera mis sur la construction de relations sociales saines, dans l'enseignement secondaire, il sera davantage mis sur la sexualité et les relations amoureuses, selon la secrétaire d'État à l'Éducation Mme J.Greening.

A contrario, aux Etats-Unis : la dimension moralisatrice avec mise en avant par les associations religieuses de l'abstinence comme moyen de contraception reste, selon le Pr Nisand (26), la règle dans la plupart des états. Si à partir de 1981, le gouvernement fédéral finance les programmes éducatifs prônant l'abstinence, ce modèle est abandonné sous Obama en 2009, notamment après étude du taux de grossesse chez les mineures : six fois plus élevé qu'en France en 2004 par exemple (90). Le financement public de l'IVG y reste cependant interdit et le principe même est aujourd'hui remis en question.

En Pologne, les quelques cours sur l'éducation sexuelle sont eux aussi basés sur le principe d'abstinence et dispensés par des éducateurs religieux.

En Italie, aucun cours ou information n'est dispensé, l'apprentissage se fait en dehors de l'école bien que 64% des lycéens souhaiteraient que le sujet soit abordé et que seul 61% des jeunes utilisent le préservatif (91).

Une publication récente de l'UNESCO : « principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle » (92), insiste pourtant sur l'intérêt de ce qu'ils appellent l'éducation sexuelle complète et son uniformisation au niveau mondial : « processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité ».

Selon l'UNESCO, les avantages en sont multiples : « Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir, dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie ».

Ainsi l'UNESCO, propose un ensemble de notions d'importance égale, permettant d'orienter l'élaboration de programmes scolaires à adapter à mesure que les jeunes avancent en âge (selon 4 classes : 5-8 ans, 9-12 ans, 12-15 ans et 15-18 ans et plus), cf. Annexe 8.

C/ Actuellement dans le Nord Cotentin

Pour faire le point sur les différentes modalités d'information et d'éducation à la sexualité dans le Nord Cotentin, il semblait intéressant de questionner l'infirmière départementale (cf. Annexe 9) et les différents intervenants rencontrés.

Ainsi sont mis en place différents plans d'action pour les lycées qu'ils soient publics, privés ou sous contrat dans le département de la Manche :

- Actions de prévention mises en place auprès des élèves de 2nde puis dans le cadre des visites médicales et consultations infirmières :

Ces sessions sont animées par les professeurs de l'établissement formés à cet exercice, les infirmières scolaires ou des acteurs extérieurs et notamment les CPEF de Cherbourg et Valognes.

Elles prennent la forme de discussions, libres ou basées sur des supports éducatifs (visionnage de vidéos, jeu de cartes ...) au cours de temps de vie scolaire ou sont directement incluses parmi les cours de SVT.

Les élèves participent par classe ou demi classe sur des séances de 1h30 à 2H ou viennent discuter avec le référent (infirmière scolaire ou intervenant du CPEF) lors des consultations mises en place au sein de l'établissement sur la base du volontariat.

Un seul lycée n'avait lors de notre étude pas clairement défini les modalités d'éducation et d'information pour l'année en cours.

- Une convention régionale a été signée entre les IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) et la région. Des étudiants infirmiers assurent des actions auprès des élèves de 2nde (partenariat important entre l'IFSI de Cherbourg et trois lycées publics du Nord Cotentin) :

Le Conseil régional a lancé en 2009 un projet d'information et de sensibilisation autour de la sexualité et de la contraception dans les lycées de Basse Normandie en incluant les élèves de l'IFSI après formation de ces derniers. L'IFSI de Cherbourg a participé à ce projet dès la phase expérimentale, les formateurs de l'IFSI ont reçu une formation adaptée pour aider leurs élèves et des plaquettes d'information sur les structures ressources mise à disposition des étudiants (93).

Aujourd'hui les élèves infirmiers organisent pour des projets de groupe des sessions basées sur un questionnaire (définissant les connaissances des adolescents) distribué à certaines classes de seconde, qu'ils analysent ensuite pour mettre en place des ateliers adaptés aux questions et difficultés des lycéens en matière de sexualité, contraception et prévention.

- Semaine de prévention SIDA, IST en décembre (n'a été évoqué que dans un seul établissement et mis en place sur la base du volontariat).

8/ Structures ressources et points d'information des adolescents

A/ Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Les CPEF, créés par le décret du 24 avril 1972 de la loi Neuwirth, proposent des consultations médicales anonymes et gratuites notamment pour les mineures (consultations, frais d'analyses et d'examens de laboratoire pris en charge) (25).

Ils ont pour missions d'informer sur la sexualité, le couple, l'éducation à la famille, de participer à des actions de prévention individuelles et collectives. Ce sont des lieux d'écoute et d'accueil pouvant répondre aux problématiques gynécologiques, d'IST, d'IVG et de contraception. Leur but est d'améliorer la maîtrise de la fécondité et la santé sexuelle en favorisant l'accès aux soins pour tous par le biais de consultations, entretiens et interventions collectives.

Ces dernières s'incluent dans le cadre de l'éducation à la santé sexuelle, les CPEF se mettant à disposition des établissements scolaires en proposant selon les recommandations du

Conseil Départemental de la Manche (94): « une intervention au cours de l'année pour les collèges publics et privées, élèves de 4^{ème} et 3^{ème}, les lycées d'enseignement général et professionnel sur projet de comité d'éducation, les MFR, les CFA, les centres pour personnes handicapées, les foyers de jeunes travailleurs, les maisons d'enfants à caractère social et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale». Ils ne peuvent ainsi pas remplir à eux seuls les directives gouvernementales.

Dépendant du Conseil Départemental, ils regroupent des professionnels de santé tels que des médecins, des sages-femmes, des conseillers conjugaux et des assistants des services sociaux. Dans le Nord Cotentin, on dénombre quatre CPEF : trois sur le secteur de Cherbourg et un sur le secteur de Valognes (cf. Annexe 10). Ils sont situés dans les centres médico-sociaux ou par convention au sein du centre hospitalier de Cherbourg-en-Cotentin.

Des difficultés d'accès à cette structure pourraient cependant être exposées :

- horaires pas toujours adaptés à une population soumise aux horaires scolaires, avec absence de consultations le week-end ou en fin de journée,
- lieux fixes au sein de structures médico-sociales ou de centre ville où ils risquent de rencontrer des connaissances ou avoir du mal à se rendre notamment pour les populations rurales (disparité territoriale),
- connotation rattachée au CPEF de consultation pour les adolescentes et les IVG, au risque d'oublier les adolescents et les parents (43,45). Il est à noter, par exemple, l'impossibilité pour les sages-femmes de prescrire un bilan IST à un jeune homme au sein d'une structure où le médecin n'est pas toujours présent.

Ils sont à distinguer du Planning Familial, qui est une association et un établissement d'information et de prévention, indépendant des instances gouvernementales et ne dispensant pas de prescription médicale. Ils sont cependant agréés « organisme de formation » pour leur activité d'information et de conseil sur la sexualité (45). Il n'en existe pas dans le département de la Manche.

B/ Maison des ados (cf. Annexes 11A et 11B)

Les Maisons des Adolescents qui se développent depuis 2004 en France, sont des structures d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation et de prise en charge, en lien avec un réseau de partenaires. Elles ont une vocation généraliste et leurs équipes sont pluridisciplinaires (24).

« Les adolescents peuvent s'y rendre librement et gratuitement sans autorisation préalable de leurs parents afin d'y trouver des permanences de conseil et d'orientation, des

consultations médicales, ou un entretien dans le cadre de la planification familiale. [...] Les maisons des adolescents ont également vocation à accueillir les parents auxquels elles peuvent offrir des espaces de dialogue ou des groupes de parole » (43)

En 2016, 104 Maisons des ados sont mises en place sur le territoire français, douze départements en sont pourvus et neuf sont en projet (3).

Dans le Nord Cotentin, la Maison des ados de la Manche ou Mado mise en place en 2012, possède un lieu d'accueil sur Cherbourg avec une antenne sur Valognes et a pour objectifs :

- Apporter une réponse de santé et plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, qui ne sont actuellement pas pris en charge dans le dispositif traditionnel (écoute, accompagnement, soutien psychologique, etc.).
- Fournir aux adolescents des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie. Le lieu se dit sans restriction d'âge formelle mais se tournant préférentiellement vers les 10-25 ans.
- Favoriser l'accueil en continu par des professionnels divers pour faciliter l'accès de ceux qui ont tendance à rester en dehors des circuits plus traditionnels.
- Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge.
- Constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions).
- Former les professionnels de la structure en matière d'accompagnement, d'écoute et de prise en charge des phénomènes de violences intrafamiliales et conjugales, de harcèlement, de mal-être...

La structure de Cherbourg regroupe deux accueillants-écoutants, éducateurs de formations, qui travaillent en partenariat avec un psychiatre et un psychologue n'ayant eux pas de rôle d'accueil mais de coordinateurs de prise de charge.

La Mado est de statut de droit privé, et est portée juridiquement par un GCSMS (Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale) constitué de la Fondation Bon Sauveur de la Manche et de l'Adcmpp/Camsp de la Manche. Financièrement, ce sont en grande majorité l'ARS et le Conseil Départemental de la Manche qui soutiennent le projet.

Au même titre que les CPEF, les horaires et localisations restent limités (pour l'antenne de Cherbourg : le lundi de 14h à 18h et les mardis, mercredis et jeudis de 13 à 18h et pour l'antenne de Valognes : consultations le lundi de 15H à 18H). Il est cependant à noter que la structure souhaitant être une ressource de la population adolescente, elle a pour objectif de répondre dans la semaine aux sollicitations.

C / CeGIDD

A partir du 1^{er} janvier 2016, les CDAG (centres de dépistages anonymes et gratuits) et CIDDIST (centre d'information, de dépistage, de diagnostic et de traitements des infections sexuellement transmissibles) ont fusionné en CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) en charge du VIH, des hépatites virales, des infections sexuellement transmissibles et de la santé sexuelle.

Il s'agit d'un service anonyme et gratuit où les patients reçus par un infirmier et un médecin peuvent effectuer des dépistages d'IST dans un cadre d'accueil, d'entretien, de prévention et de suivi thérapeutique et psychologique si besoin.

Le CeGIDD est géré par les équipes de l'UC-IRSA (Union de Caisses – Institut inter Régional pour la Santé) sur le département de la Manche et bénéficie d'une délégation de mission de service public, sous agrément du Ministère de la Santé.

Dans le Nord Cotentin, il existe un CeGIDD unique à Cherbourg, ayant lui-même deux antennes dans la Manche, sur Saint-Lô et sur Avranches.

D/ Infirmière scolaire

Selon le bulletin officiel de l'Education Nationale :

« La mission de l'infirmier (-ière) de l'éducation nationale s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale qui est de contribuer à la réussite des élèves et des étudiants. Elle permet de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver leur scolarité. L'infirmier (-ière) participe à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés à sa santé physique ou psychique. Il-elle concourt à cet objectif par la promotion de la santé de l'ensemble des élèves (...) Il-elle participe aux projets d'éducation à la santé et de prévention des conduites à risque menés dans les établissements et tient ainsi globalement un rôle éducatif au sein de la communauté scolaire. » (95)

En 2011, B.Poletti, signalait dans son rapport le manque d'infirmier scolaire (avec pourtant une croissance de 1500 postes entre 2005 et 2011), leurs absences dans certains établissements et leurs affectations sur plusieurs établissements (43).

C'est également ce que rapporte le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, en relatant les propos de Naïm Shili, vice-président de l'UNL (Union nationale lycéenne) : « Il manque de personnel médico-social sur le terrain : médecins et infirmiers ne sont pas assez souvent présents » (...) Comment faire dans un lycée en milieu rural pour avoir la pilule du lendemain si l'infirmier scolaire n'est pas présent tous les jours ? Par définition, la contraception d'urgence, il ne faut pas attendre pour la prendre. » (48).

Sur les onze établissements rencontrés au cours de l'étude cinq d'entre eux comptaient un ou deux infirmiers ou infirmières scolaires, sans double affectation.

Pour les autres établissements, leur absence était fréquemment citée comme une difficulté, tant leurs rôles variés et leur position de personne ressource sont importants (95):

- Accueil, protection, accompagnement et réorientation dans le cadre d'un suivi individualisé des élèves
- Participation à la communauté éducative
- Prise en charge des projets personnalisés de scolarisation dans le cadre de problèmes de santé complexes et chroniques
- Promotion de la santé et participation à l'éducation à la santé
- Organisation des soins et des urgences, gestion des événements traumatiques et prévention des maladies transmissibles en milieu scolaire

En matière de soins de premier recours, depuis janvier 2016, les infirmiers (-ières) scolaires ont l'autorisation de dispenser la contraception d'urgence simplement en cas d'urgence et non plus en cas de « détresse caractérisée » de l'élève et « si un médecin, une sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible (...) à titre exceptionnel » (96).

Ainsi, selon la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (97) : le rôle de l'infirmier (-ière) scolaire est d'informer des possibilités de contraception d'urgence et d'indiquer les structures pour se procurer les médicaments. Il peut administrer la contraception d'urgence afin d'éviter une grossesse non désirée. Dans ce cas, il s'assure de la prise effective par l'élève du médicament. Il propose, avec possibilité de refus du mineur, de rencontrer les titulaires de l'autorité parentale.

Et, par dérogation à l'article 371-1 du code civil : « l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. » (98)

E/ Les ressources en libéral

Outre le médecin traitant, d'autres professionnels de santé peuvent se placer comme ressources d'information pour les adolescents. Le gynécologue médical ou gynécologue-

obstétricien et le pédiatre peuvent être consulté par les adolescents. Les recommandations citées précédemment pour la consultation s'appliquent tout autant, et la cotation CCP leur est également accessible.

A noter que dans le Nord Cotentin la désertification médicale touche également ces spécialités (pas de pédiatre en libéral et des gynécologues en sous effectif) et reste un frein majeur à l'accès aux soins.

Les infirmiers libéraux sont également habilités, depuis la loi HPST de 2009 (99), comme les pharmaciens, à renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux datant de moins d'un an pour une durée, non renouvelable, de 6 mois maximum.

Lors du renouvellement, l'infirmier indique sur l'original de la prescription médicale : ses nom et prénom et son n° d'identifiant, la date du renouvellement, la mention « Renouvellement infirmier » et la durée du renouvellement exprimée en mois (100).

Les sages-femmes ont également toute leur place en matière d'information et de prévention en matière de sexualité et la loi HPST les autorise également à prescrire toute méthode contraceptive en dehors de tout recueil obligatoire, au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale.

Elles peuvent effectuer la pose, la surveillance et le retrait du diaphragme ou de la cape, l'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérins, la pose et le retrait de l'implant. Elles sont également habilitées à prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (dépistage IST, bilan biologique) (101). Ces autorisations ne concernent cependant que les jeunes femmes.

Comme détaillé précédemment, au même titre que le médecin, la sage-femme qui prescrit un contraceptif ou des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive à une mineure âgée d'au moins 15 ans, peut la faire bénéficier du tiers payant avec possibilité d'anonymisation. Le tiers payant s'applique également aux actes concernant la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif (100).

Elles ne peuvent cependant coter la CCP.

F/ Sites de référence et lignes d'écoute

Dans le cadre de la prise en charge d'une population de l'ère 2.0, il est important de connaître quelques sites Internet ou numéro d'appel pour réorienter notre patientèle.

Et ce d'autant plus qu'Internet est selon certaines études, plus cité comme moyen ressource que le médecin traitant (24).

Selon le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, les 13-24 ans utilisent bien plus régulièrement Internet que l'ensemble de la population et cette propension est en constante augmentation ces dernières années. En revanche, ils sont,

comparativement, moins amateurs de télévision. En 2011, plus de 80 % des 15-24 ans possèdent un compte Facebook, neuf adolescents sur dix utilisent au moins un réseau social et 23 % des 13 à 24 ans sont inscrits sur plus de quatre réseaux sociaux. En outre, les trois-quarts des 13-24 ans sont équipés en Smartphone.

Selon le CRIJ Normandie (Centre Régional Information Jeunesse) en matière de sites dédiés à l'information des jeunes vis-à-vis de leur santé sexuelle, on peut par exemple citer :

- www.choisirscontraception.fr
- www.onsexprime.fr
- www.info-ist.fr
- www.sida-info-service.org
- www.planning-familial.org
- www.inpes.sante.fr
- www.filsantejeunes.com
- www.le-refuge.org
- www.federation-lgbt.org
- www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Sites où les informations sont vérifiées et validées, la liste n'est évidemment pas exhaustive.

Et, pour ce qui est des lignes d'écoute :

- 0 808 800 122 (permanence téléphonique régionale Contraception, IVG : du lundi au vendredi 9h-17h et sur répondeur)
- 0 800 235 236 (numéro de Fil Santé Jeunes : depuis un téléphone fixe) et 01 44 93 30 74 (depuis un portable)
- 0800 840 800 (Sida info service)
- 0800 08 11 11 (numéro d'information proposé par le Mouvement Français du Planning Familial)
- 0810 20 30 40 (ligne azur pour celles et ceux qui se posent des questions sur leur orientation, leur identité et leur santé sexuelle)

Il est également intéressant de connaître des initiatives telles que les « Promeneurs du Net », concept importé de Suède et initié en France par la Caf et le conseil départemental de la Manche. Cette démarche regroupe des professionnels socio-éducatifs (au nombre de soixante-et-onze dans la Manche) allant à la rencontre des adolescents sur Internet et sur le terrain dans un but d'écoute, de prévention, de conseil et d'accompagnement.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude quantitative, descriptive et transversale repose sur une enquête menée au cours de l'année scolaire 2017-2018, dans les classes de seconde des lycées du Nord Cotentin.

L'étude a consisté en une distribution d'un questionnaire comportant quarante deux questions à choix unique ou multiple.

Sur les treize lycées du Nord Cotentin, seul un lycée a refusé de participer à l'étude : le lycée Thomas Hélye, lycée privé général et professionnel, de Cherbourg en Cotentin (cf. Annexe 12), et un lycée n'a pu participer à l'étude, l'information ayant déjà été dispensé à la MFR de Valognes lors de notre premier contact avec la structure.

1/ Questionnaire

Avant chaque distribution les lycées ont été contactés, l'accord des directeurs systématiquement demandé (directement par moi-même ou par l'intermédiaire des différents intervenants) et un exemplaire du questionnaire donné au besoin, pour étude, accord ou photocopie en vu de la distribution.

Une liste de consignes pour la distribution du questionnaire a été éditée pour les sessions où je ne pouvais être présente, et un formulaire de refus de réponse a été proposé aux directeurs selon les souhaits du CIL (cf. Annexe 13), à destinations des parents (cf. Annexe 14).

Une première version du questionnaire, a été exploitée pour test auprès d'un groupe de quinze adolescents, Pionniers-Caravelles de Falaise faisant partie des scouts et guides de France, participant à un camp d'été de quinze jours aux Pays Bas au cours du mois de juillet 2017.

Les résultats ont été analysés pour un mémoire rendu en octobre 2017, dans le cadre de l'obtention d'un DIU de Gynécologie Obstétrique (cf. Annexe 15). Les remarques, obstacles et difficultés de compréhension relevés lors de ce test ont permis la mise en place d'une seconde version du questionnaire, utilisée ici (cf. Annexe 16).

Ces questionnaires ont été distribués en amont de la session l'information et d'éducation à la sexualité reçue par les élèves au cours de leur année de seconde, selon les modalités décrites ci-dessous :

- **Lycée Sauxmarais, lycée LPMA Daniel Rigolet et lycée Grignard** : Distributions effectuées au début des sessions d'informations dispensées par le CPEF du Centre Hospitalier Public du Cotentin (Cherbourg en Cotentin). Elle a été effectuée par moi-

même en totalité pour le lycée LPMA Rigolet et pour les deux autres établissements : par moi-même ou lors de mes absences par l'infirmière scolaire ou la sage-femme référente du CPEF. Les proviseurs des lycées Sauxmarais et LPMA Daniel Rigolet ont été rencontrés.

- **Lycée Millet, lycée Tocqueville, lycée Cornat et lycée Doucet** : Distribution par moi-même ou l'infirmière scolaire pendant des heures dédiées à la vie scolaire. En ce qui concerne le lycée Millet l'enquête a été faite en amont du premier décembre, date à laquelle une information SIDA est mise en place dans l'établissement sous forme d'ateliers basés sur le volontariat des élèves. Pour le lycée Doucet, il n'était pas encore programmé de session d'éducation à la sexualité, idem pour le lycée Tocqueville. En ce qui concerne le lycée Cornat, les questionnaires ont été proposés aux élèves en amont des sessions mise en place par l'infirmière scolaire sur le modèle du CPEF. Pour ces quatre établissements, les directeurs ont donné leur accord par l'intermédiaire des différents intervenants.
- **Lycée Cachin et MFR d'Urville**: Distribution par mes soins au cours d'un temps de partage organisé par le professeur référent de l'éducation à la sexualité de l'établissement après rencontre avec les proviseurs. Pour les deux établissements, les sessions ont été suivies d'un temps d'échange avec les élèves sur le questionnaire, la sexualité, la contraception, le travail de médecin généraliste et autres sujets intéressants les élèves. Les deux sessions ont été effectuées avant toute session d'information ou d'éducation à la sexualité.
- **MFR de La Haye du Puits et lycée La Salle** : Distribution par le professeur référent, après envoi par email, du questionnaire, du formulaire de refus et des consignes et rendez-vous téléphonique ayant permis de clarifier les directives de l'enquête.

La période de recueil s'étalant du 06/10/2017 au 01/06/2018.

Le questionnaire est composé de trois pages de questions fermées à choix unique ou multiple, permettant d'individualiser trois parties : la première portant sur des généralités (caractéristiques de l'individu, consultation dédiée, secret médical, contraception et information reçue sur la sexualité), la seconde sur la relation entre le sujet et son médecin traitant et la troisième sur la vie sexuelle de l'adolescent. Le tutoiement a été mis en place au vu des études relatant le souhait des adolescents d'être tutoyé par leur médecin.

Après recueil physique ou par courrier des différents questionnaires, les réponses ont été informatisées par moi-même dans un fichier Google Forms, après analyse individuelle des questionnaires pour contrôle de la cohérence des réponses.

Un fichier a été créé pour chaque établissement puis les données ont été réunies.

Secondairement le tri et la fouille de données ont été effectués par plusieurs logiciels : le logiciel R pour la description de données, Excel pour le tracé des graphiques et Weka pour la fouille de données.

2/ Population

Il a été décidé une distribution aux élèves de classe de seconde tout d'abord dans l'optique de remplir au maximum les critères des différentes définitions de l'adolescence.

En outre, la majorité des établissements dispensant les sessions d'information et d'éducation à la sexualité en seconde, il paraissait intéressant de questionner cette population particulière. Et ce d'autant plus que pour la majorité de ces classes la non- participation aux épreuves nationales, rendait les élèves et leurs référents plus disponibles au cours de l'année. Nous avons, également, supposé une meilleure compréhension du questionnaire chez les lycéens.

Pour finir, certaines questions notamment la troisième partie de l'enquête, auraient pu paraître trop intrusive pour certains référents éducatifs, proviseurs ou parents d'élèves si distribuée dans les collèges.

En parallèle, nous avons espéré, un nombre de répondants plus importants au lycée qu'au collège, à cette partie du questionnaire.

A chaque classe a été rappelé les consignes avant chaque session : réponse individuelle et de façon anonyme avec un crayon noir ou bleu, une seule réponse par question sauf mention contraire et pas de commentaires écrits autorisés (cf. Annexe 17).

Si au cours des sessions, des problèmes de compréhension se posaient, des reformulations étaient proposées aux élèves de façon individuelle et sans interférer dans leurs réponses, cette consigne avait également été donnée aux assistants de vie scolaire, s'ils étaient présents.

Ont été exclus de l'étude, les adolescents non scolarisés en classe de seconde ainsi que les élèves :

- absents lors des sessions
- ayant manifesté un refus de participation écrit ou oral
- dont les parents ont retourné le formulaire de refus de réponse délivré aux proviseurs

- ayant déjà reçu au cours de l'année une information sur la sexualité peu importe l'intervenant (élèves de l'IFSI, professeur, infirmier scolaire, CPEF...)
- non francophones
- dont les questionnaires ou réponses ne respectaient pas les consignes (anonymat ou couleur non respecté, réponses par commentaires, réponses inappropriées et/ou farfelues, questionnaire majoritairement incomplet...)

RESULTATS

1304 questionnaires ont été distribués auprès des 2021 adolescents scolarisés en classe de seconde dans le Nord Cotentin :

- 1112 questionnaires ont été étudiés soit 55% de la population générale et un taux de réponses analysées de 85.3%.
- 179 questionnaires ont été annulés (13.7%) car ne répondant pas aux consignes, dont 157 questionnaires du lycée Cornat de Valognes, pour lesquels, les feuillets avaient été dégrafés, occasionnant des mélanges et individualisations des différents feuillets, ne permettaient pas leur exploitation.
- 13 adolescents (1%) ont exprimé oralement lors des distributions un refus de participation.

717 élèves n'ont pu être interrogés :

- 24 faisant parti d'un lycée ayant déjà effectué la session d'éducation à la sexualité (MFR de Valognes)
- 230 élèves pour lesquels le lycée référent n'a pas souhaité participer à l'étude (Lycée Thomas Hélye de Cherbourg-en-Cotentin)
- le reste de l'effectif, 463 élèves, étaient soit déjà interrogés notamment par l'IFSI pour la majorité, soit absents, soit non francophones...

1/ Généralités

Parmi les 1112 sujets, 547 (49.2%) sont de sexe masculin et 565 (50.8%) sont de sexe féminin.

Aucun sujet n'a strictement moins de 13 ans, 121 (10.9%) ont entre 13 ans inclus et 15 ans, 967 (87%) entre 15 ans inclus et 18 ans et 24 (2.2%) avaient au moins 18 ans.

La répartition des effectifs par lycée se faisant ainsi :

Figure 7. Tableau de répartition des effectifs de l'étude selon le lycée, le sexe et l'âge

Lycée		Abbaye Montebourg	LPMA D.Rigolet	Cachin	Cornat	Doucet	Grignard	Millet	Sauxmarais	Tocqueville	MFR La Haye du Puits	MFR Urville	TOTAL
Sexe	Masculin	14 (77.8%)	38 (95%)	29 (90.6%)	42 (36.8%)	71 (78%)	81 (38.2%)	91 (33.1%)	48 (57.8%)	122 (62.9%)	9 (81.8%)	2 (4.8%)	547 (49.2%)
	Féminin	4 (22.2%)	2 (5%)	3 (9.4%)	72 (63.2%)	20 (22%)	131 (61.8%)	184 (66.9%)	35 (42.2%)	72 (37.1%)	2 (18.2%)	40 (95.2%)	565 (50.8%)
Age	<13	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	≥ 13 < 15	2 (11.1%)	4 (10%)	0 (0%)	9 (7.89%)	12 (13.2%)	12 (5.66%)	50 (18.2%)	15 (18.1%)	15 (7.7%)	0 (0%)	2 (4.76%)	121 (10.9%)
	≥ 15 < 18	16 (88.9%)	34 (85%)	28 (87.5%)	103 (90.4%)	76 (83.5%)	198 (93.4%)	224 (81.5%)	67 (80.7%)	178 (91.8%)	9 (81.8%)	34 (81%)	967 (87%)
	≥ 18	0 (0%)	2 (5%)	4 (12.5%)	2 (1.75%)	3 (3.3%)	2 (0.94%)	1 (0.36%)	1 (1.2%)	1 (0.5%)	2 (18.2%)	6 (14.3%)	24 (2.2%)
TOTAL		18 (1.6%)	40 (3,6%)	32 (2,9%)	114 (10,3%)	91 (8,2%)	212 (19,1%)	275 (24,7%)	83 (7,5%)	194 (17,4%)	11 (1%)	42 (3,8%)	1112

A. Penses tu qu'il y a un intérêt à avoir une consultation dédiée aux ados et à leurs questions chez le médecin généraliste ? (sexualité, maladie sexuellement transmissible, contraception, bien être, addiction, psychologie, violence, etc.)

1107 sujets ont répondu à cette question, 544 adolescents et 563 adolescentes :

- 770 (69.6%) se disent intéressés (424 filles soit 55.1% et 346 garçons soit 44.9%),
- 114 (10.3%) se déclarent non intéressés (69 garçons soit 60.5% et 45 filles soit 39.5%),
- 211 (19%) ne savent pas (dont 57.3% de sujet masculin : 121, et 42.7% de sujet féminin : 90),
- 12 sujets (1.1%) ne souhaitent pas répondre.

Ces résultats présentent une différence de sexe significative, $p < 0.025$.

Ainsi 63.6% des élèves de sexe masculin interrogés (346 sur 544) et 75.3% des élèves de seconde de sexe féminin (424 sur 563) se disent intéressés.

12.7 % des filles et 22% des garçons interrogés se disent non intéressés et 8% des filles et 16% des garçons ne savent pas.

a. Selon toi ce genre de consultation pour être complète devrait durer

Parmi les 770 sujets séduits par cette consultation, 758 (98.4%) ont répondu à la question et envisagent comme durée de consultation :

Figure 8. Durée de consultation envisagée selon le sexe

Durée de la consultation	Adolescente	Adolescent	Total
Moins de 5 min	3 (0,7%)	7 (2,1%)	10 (1,3%)
5-10 min	46 (10,95%)	54 (16%)	100 (13,2%)
10-20 min	121 (28,8%)	90 (26,6%)	211 (27,8%)
20-30 min	119 (28,3%)	83 (24,6%)	202 (26,6%)
Plus de 30 min	64 (15,2%)	46 (13,6%)	110 (14,5%)
ne sait pas	66 (15,7%)	57 (16,9%)	123 (16,2%)
ne souhaite pas répondre	1 (0,24%)	1 (0,3%)	2 (0,26%)
Total	420 (55,4%)	338 (44,6%)	758

Il n’y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question sauf pour la réponse « entre 20 et 30 minutes » avec $p < 0.025$.

Durée de la consultation dédiée aux adolescents selon:

Figure 9. Durée de la consultation selon tous les sujets (758 répondants)

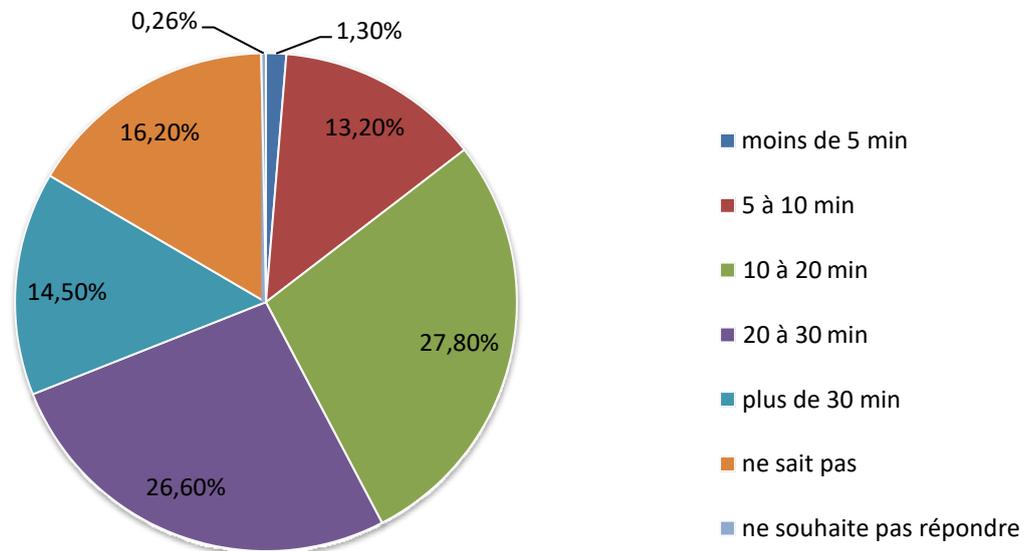


Figure 10. Durée de la consultation selon les filles (420 répondantes)

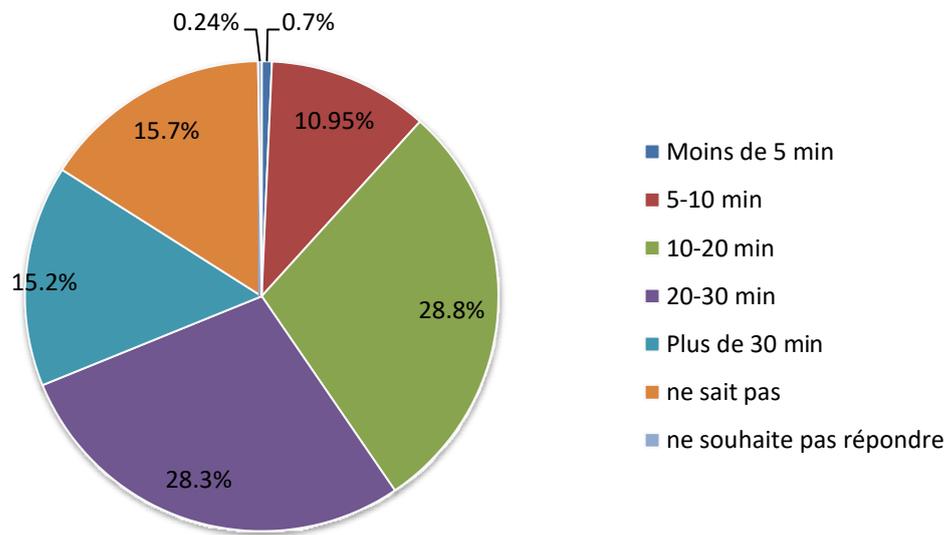
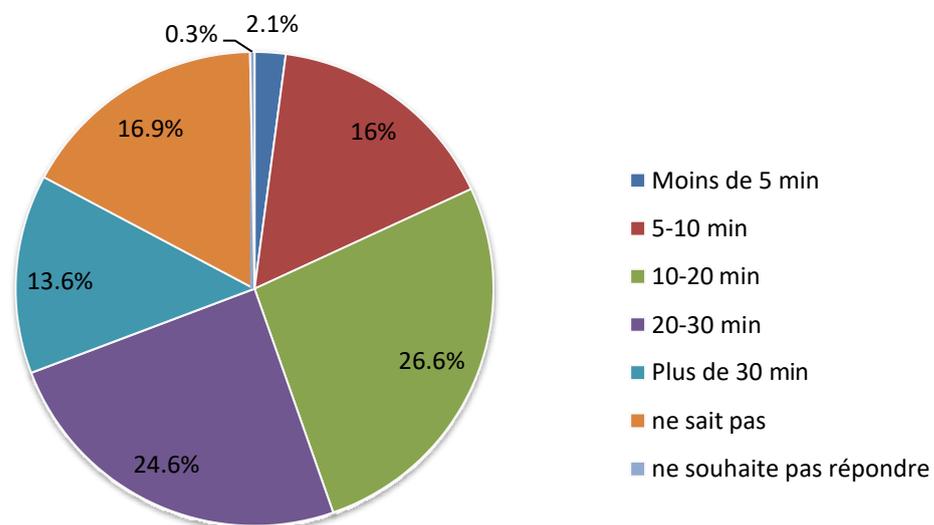


Figure 11. Durée de la consultation selon les garçons (338 répondants)



b. A la fin de cette consultation penses-tu qu'il serait plus intéressant que le médecin distribue des documents d'information ou qu'il propose une deuxième consultation (une seule réponse possible) ?

A cette question, 756 sujets (98.2%) ont répondu.

Selon eux les suites à donner sont :

Figure 12. Suites à donner à la consultation selon le sexe

Suite de la consultation	Adolescente	Adolescent	Total
Documentation	122 (29%)	93 (27,7%)	215 (28,4%)
Seconde consultation	228 (54,3%)	168 (50%)	396 (52%)
Ne sait pas	70 (16,7%)	71 (21,1%)	141 (18,6%)
Ne souhaite pas répondre	0 (0%)	4 (1,19%)	4 (0,53%)
Total	420 (55.5%)	336 (44.4%)	756

Il n’y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question sauf pour la réponse « documentation » avec $p < 0.025$.

Suites à donner à la consultation dédiée aux adolescents selon :

Figure 13. Suites à donner à la consultation dédiée aux adolescents selon tous les sujets (756 répondants)

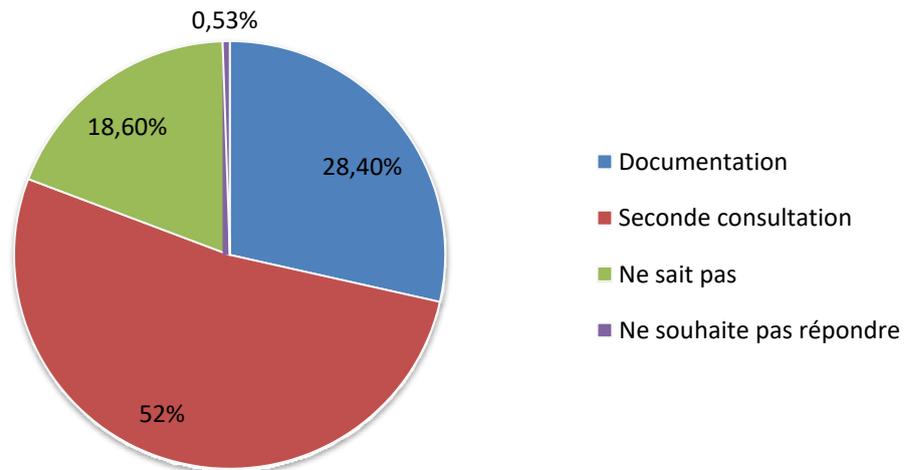


Figure 14. Suites à donner à la consultation selon les garçons (336 répondants)

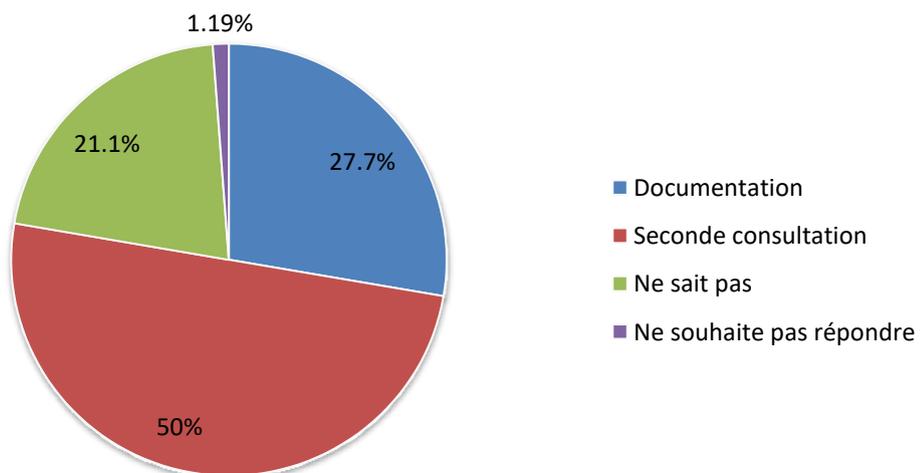
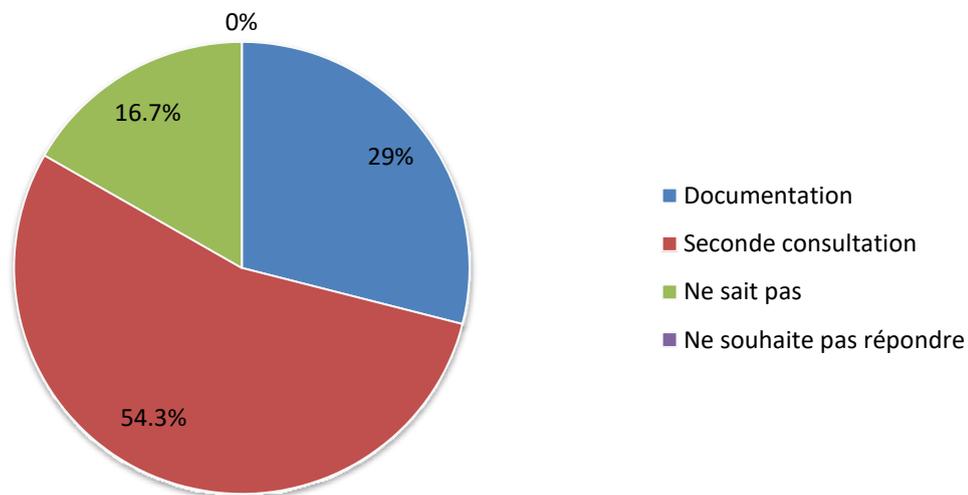


Figure 15. Suites à donner à la consultation selon les filles (420 répondantes)



B. Penses tu que pour les mineurs le secret médical est respecté même vis à vis des parents ou détenteurs de l'autorité parentale?

1100 sujets (99%) ont répondu à cette question dont 544 hommes et 556 femmes :

- 546 (49.6%) adolescents pensent qu'il est respecté même vis-à-vis des parents. Parmi eux, 283 (51.8%) garçons et 263 (48.2%) filles,
- 324 (29.5%) pensent que non, soit 172 (53.1%) filles et 152 (46.9%) garçons.
- 226 (20.6%) ne savent pas : 119 (52.7%) filles et 107 (47.3%) garçons,
- 4 sujets (0.363%) soit 2 (50%) filles et 2 (50%) garçons, n'ont pas souhaité répondre.

Ainsi, 52% des adolescents (effectif de 283) interrogés et 47.3% des adolescentes (effectif de 263) pensent qu'il est respecté, respectivement 27.9% (152 garçons) et 30.9% (172 filles) pensent que NON ; et 19.7% (107 garçons) et 21.4% (119 filles) ont répondu « ne pas savoir ».

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question.

C. En matière de contraception :

a. Te sens tu concerné par le sujet de la contraception ?

1091 sujets (98.1%) ont répondu à cette question. Dont 556 femmes et 535 hommes.

- 611 (56%) se disent concernés par le sujet dont : 309 (50.6%) filles et 302 (49.4%) garçons,

- 387 (35.5%) s'estiment non concernés : 198 (51.2%) filles et 189 (48.8%) garçons,
- 93 n'ont pas souhaité répondre à la question : (44 (47.3%) garçons et 49 (52.7%) filles.

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question.

Ainsi 56.4% des garçons (302 sur les 535 répondants) et 55.6% (309 sur 556 répondantes) des filles se disent concernés.

35.3 % des garçons (189) et 35.6% des filles (198) se disent non concernés.

b. Pour toi la contraception est surtout une affaire de (une seule réponse possible) ?

1068 (96%) sujets ont répondu à cette question : 544 filles et 524 garçons.

Ils considèrent que c'est une affaire :

- de couple pour 888 (83%) d'entre eux dont 449 (50.6%) garçons et 439 (49.4%) filles. Soit 85.7% des garçons interrogés et 80.7% des filles ont répondu « couple »,
- de femme pour 134 sujets (12.5%) dont : 85 (63.4%) de filles contre 49 (36.6%) garçons. Soit 15.6% des femmes et 9.35% des garçons.
- d'homme pour 18 sujets (1.7%) : 9 (50%) filles et 9 (50%) hommes. Soit 1.72% des garçons et 1.65% des filles.
- 28 (2.62%) n'ont pas souhaité répondre : 17 garçons (60.7%) et 11 filles (39.3%)

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question sauf pour la réponse « femme » avec $p < 0.025$.

D. En matière de contraception d'urgence :

a. Sais-tu où te procurer une contraception d'urgence ?

989 adolescents ont répondu à cette question (88.9%) : 490 filles et 499 garçons.

- 824 adolescents (83.3%) savent où se la procurer : 426 (51.7%) filles et 398 (48.3%) garçons. Soit 86.9% des femmes et 79.8% des garçons.
- 115 déclarent ne pas savoir (11.6%) dont 69 garçons (60%) et 46 filles (40%). Soit 9.39% des filles et 13.8% des garçons.
- 37 sujets ont répondu « je ne sais pas ce que c'est » (3.7%) avec 25 garçons (67.6%) et 12 filles (32.4%). Soit 2.45% des filles et 5.01% des garçons.
- 13 sujets n'ont pas souhaité répondre : 7 garçons (53.8%) et 6 filles (46.2%).

Il n'y a pas de différence significative entre les sexes pour cette question sauf pour les réponses « non » avec $p < 0.025$ et « je ne sais pas ce que c'est » avec $p < 0.05$.

b. Sais-tu dans quels délais utiliser une contraception d'urgence ?

988 lycéens ont répondu à cette question (88.8%) : 488 adolescentes et 500 adolescents.

- 635 sujets (348 adolescentes soit 54.8% et 287 adolescents soit 45.2%) affirment connaître le délai d'utilisation (64.3%). Soit 71.3% des adolescentes et 57.4% des adolescents.
- 123 sujets (12.4%) ne le connaissent pas : 82 adolescents (66.7%) et 41 adolescentes (33.3%). Soit 8.4% des adolescentes et 16.4% des adolescents.
- 219 ont répondu « pas vraiment » (22.2%) : 126 adolescents (57.5%) et 93 adolescentes (42.5%). Soit 19.1% des adolescentes et 25.2% des adolescents.
- 11 adolescents (1.11%) n'ont pas souhaité répondre (5 adolescents soit 45.5% et 6 adolescentes soit 54.5%)

Il existe une différence significative entre les sexes pour toutes ces réponses avec $p < 0.05$ sauf « ne souhaite pas répondre ».

E. As-tu déjà eu une information sur la sexualité/contraception en primaire/au collège?

En matière d'éducation à la sexualité, 1066 adolescents (95.9%) ont déclaré avoir déjà reçu une information sur la sexualité/contraception en primaire et/ou collège. Soit 526 garçons (49.3%) et 540 filles (50.7%).

38 (3.42%) n'y ont jamais participé : 18 garçons (47.4%) et 20 filles (52.6%).

7 sujets, 3 garçons (42.9%) et 4 filles (57.1%), ont coché « ne souhaite pas répondre ».

Il n'existe pas de différence significative de sexe.

Soit 1111 sujets ayant répondu à cette question sur les 1112 questionnaires traités (99.9%).

a. Combien de fois en tout ?

Parmi les 1066 adolescents ayant déclaré avoir déjà participé : 1061 ont répondu à cette question du nombre de sessions effectuées.

Ainsi :

- 389 (36.7%) auraient participé une fois : 193 adolescents (49.6%) et 196 adolescentes (50.4%),

- 661 sujets (62.3%) ont déclaré avoir participé à au moins deux sessions, 326 (49.3%) sont des garçons et 335 (50.7%) sont des filles,
- 11 sujets n'ont pas souhaité répondre (1.04%) dont 5 garçons (45.5%) et 6 filles (54.5%).

b. Était-ce satisfaisant ?

1042 adolescents (97.7%) ont répondu à cette question : 805 (77.3%) d'entre eux se déclarent satisfaits. Soit 404 garçons (50.2%) et 401 filles (49.8%).

149 sujets (14.3%), 72 adolescents (48.3%) et 77 adolescentes (51.7%), se disent non satisfaits.

88 sujets (8.45%) dont 36 garçons (40.9%) et 52 filles (59.1%) ont répondu « je ne souhaite pas répondre ».

c. Avais-tu encore des questions après cette information ?

1061 sujets (99.5%) ont répondu à cette question :

- 191 avaient encore des questions (18%) dont 87 adolescents (45.5%) et 104 adolescentes (54.5%)
- 852 (80.3%) n'avaient pas de questions secondairement : 431 adolescents (50.6%) et 421 adolescentes (49.4%)
- 18 sujets (1.7%) ont répondu « ne souhaite pas répondre » : 4 garçons (22.2%) et 14 filles (77.8%)

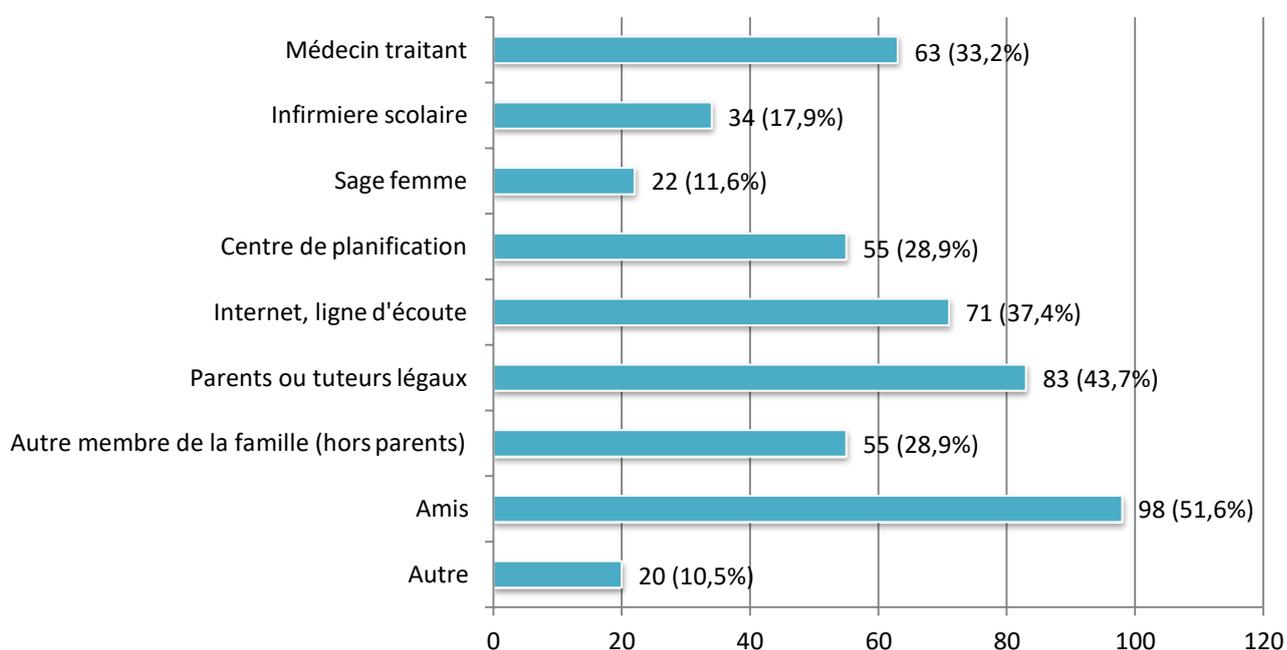
d. Pour ceux qui avaient encore des questions après la ou les sessions d'éducation à la sexualité :

Parmi les 191 lycéens déclarant avoir encore des interrogations, 189 ont répondu à cette question : 103 filles (54.5%) et 86 garçons (45.5%).

Figure 16. Personnes ressources post session d'éducation à la santé sexuelle selon le sexe

Personne(s) ressource(s)	Adolescente	Adolescent	Total
Médecin traitant	30 (29,1%)	33 (38,4%)	63 (33,2%)
Infirmière scolaire	18 (17,5%)	16 (18,6%)	34 (17,9%)
Sage femme	15 (14,6%)	7 (8,14%)	22 (11,6%)
Centre de planification	35 (34%)	20 (23,3%)	55 (28,9%)
Internet, Lignes d'écoute	42 (40,8%)	29 (33,7%)	71 (37,4%)
Parents ou tuteurs légaux	52 (50,5%)	31 (36%)	83 (43,7%)
Autre membre de la famille (hors parents)	37 (35,9%)	18 (20,9%)	55 (28,9%)
Amis	63 (61,2%)	35 (40,7%)	98 (51,6%)
Autre	9 (8,74%)	11 (12,8%)	20 (10,5%)
Total	103 (54.5%)	86 (45.5%)	189

Figure 17. Personnes ressources pour répondre aux questions post session d'éducation à la santé sexuelle (189 répondants)



Ainsi, sans distinction de sexe les adolescents iraient préférentiellement en parler avec leurs amis (51.6% ont cité cette réponse), puis leurs parents ou tuteurs légaux (43.7%), internet/ligne d'écoute (37.4%), puis le médecin traitant (33.2%), le CPEF et les autres membres de la famille à proportion égale(28.9%), l'infirmière scolaire (17.9%), les sages-femmes (11.6%) et en dernier lieu d'autres personnes ressources (10.5%).

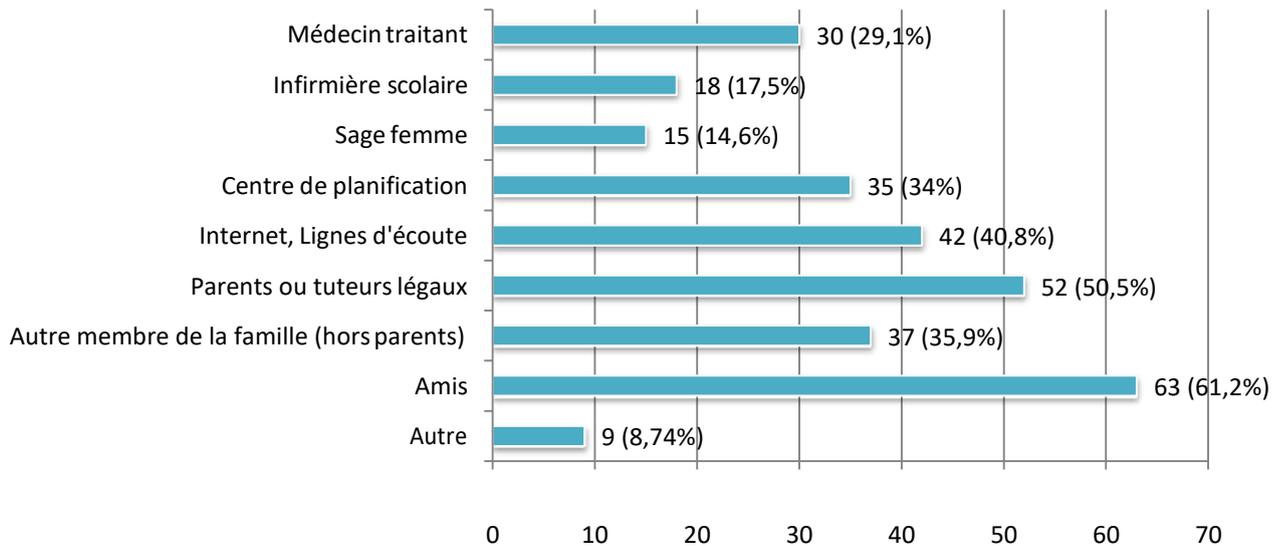
Il existe une différence significative de sexe pour les réponses :

- « parents tuteurs légaux » $p < 0.05$
- « autres membres de la famille (hors parents) » avec $p < 0.025$
- « amis » avec $p < 0.025$

En individualisant filles et garçons on retrouve:

- Pour les adolescentes :

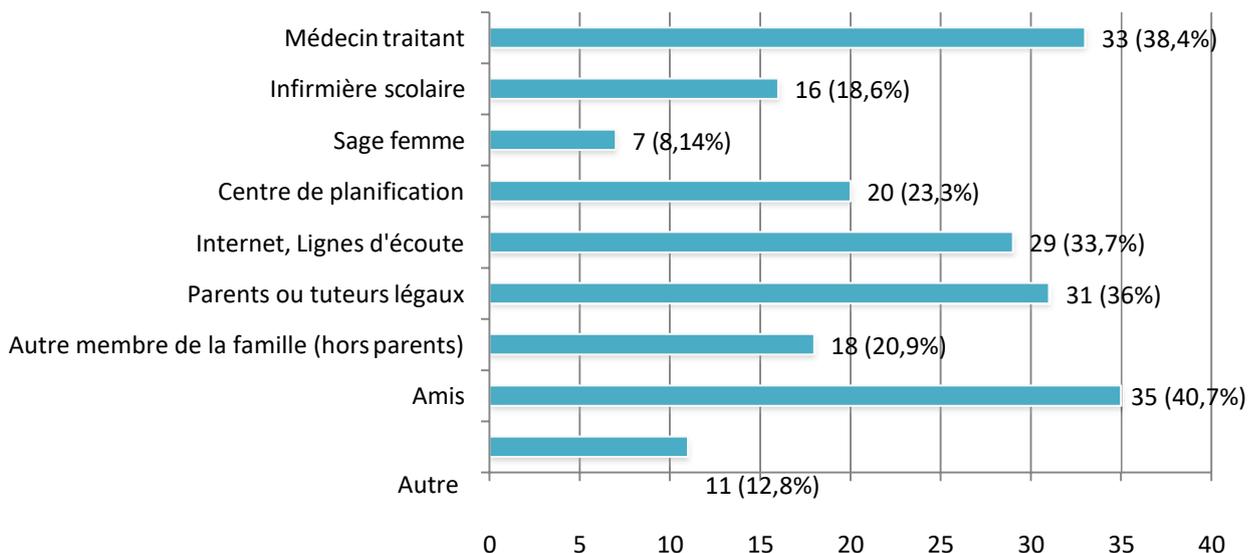
Figure 18. Personnes ressources pour répondre aux questions des adolescentes post session d'éducation à la santé sexuelle (103 répondantes)



Elles iraient préférentiellement en parler avec leurs amis (61.2% ont cité cette réponse), puis leurs parents ou tuteurs légaux (50.5%), internet/ligne d'écoute (40.8%), puis les autres membres de la famille (35.9%), le CPEF (34%), le médecin traitant (29.1%), l'infirmière scolaire (17.5%), les sages-femmes (14.6%) et en dernier lieu d'autres personnes ressources (8.74%).

- Pour les adolescents :

Figure 19. Personnes ressources pour répondre aux questions des adolescents post session d'éducation à la santé sexuelle (86 répondants)



Ils iraient préférentiellement en parler avec leurs amis (40.7% ont cité cette réponse), puis le médecin traitant (38.4%), leurs parents ou tuteurs légaux (36%), internet/ligne d'écoute (33.7%), puis le CPEF (23.3%), les autres membres de la famille (20.9%), l'infirmière scolaire (18.6%), d'autres personnes ressources (12.8%) et en dernier lieu les sages-femmes (8.14%).

Le médecin traitant est donc cité en 2^{ème} position par les garçons (33 le citent sur les 86 répondants : 38.4%) et en 6^{ème} position par les filles (30 le citent sur les 103 filles répondantes : 29.1%).

2/ Rapport médecin-patient

A. En règle générale, as-tu confiance en ton médecin traitant ?

1103 lycéens ont répondu à cette question (99.2%).

- 466 adolescents (52.9%) et 415 adolescentes (47.1%) soit 881 individus (79.9%) ont déclaré avoir confiance en leur généraliste,
- 172 sujets (15.6%) déclarent qu'ils n'ont pas confiance (dont 63 adolescents soit 36.6% et 109 adolescentes soit 63.4%),
- 50 sujets soit 4.53% : 14 adolescents (28%) et 36 adolescentes (72%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Il existe une différence significative de sexe pour cette question avec $p < 0.05$.

466 adolescents sur 534 (85.8%) et 415 adolescentes sur 560 (74.1%) ont confiance. Ce qui n'est pas le cas de 63 adolescents (11.6%) et 109 adolescentes (19.5%).

B. En règle générale, considères-tu l'opinion de ton médecin traitant comme importante?

1091 sujets ont répondu à cette question (98.1%):

- 945 d'entre eux la considèrent importante (86.6%). Soit 472 adolescents (49.9%) et 473 adolescentes (50.1%).
- 105 pensent que non (9.62%) avec 50 adolescents (47.6%) et 55 adolescentes (50.1%).
- 41 n'ont pas souhaité s'exprimer (3.76%) : 16 adolescents (39%) et 25 adolescentes (61%)

Il n'existe pas de différence significative entre les sexes pour cette question.

472 adolescents sur 538 (87.7%) et 473 (85.5%) adolescentes considèrent cela important. Alors que 50 (9.29%) adolescents et 55 (9.95%) adolescentes ne le pensent pas.

C. As-tu déjà parlé contraception avec ton médecin traitant ?

En ce qui concerne le sujet même de la contraception : 1109 sujets (99.7%) ont répondu à la question de son abord avec leur généraliste :

- 139 lycéens (12.5%), avec 22 adolescents et 117 adolescentes soit respectivement 15.8% et 84.2% ont déjà abordé le sujet avec leur généraliste,
- 960 sujets (86.6%) n'en ont jamais parlé soit 520 adolescents (54.2%) et 440 adolescentes (45.8%)
- 10 sujets n'ont pas souhaité répondre à cette question (0.9%) dont 4 adolescents (40%) et 6 adolescentes (60%).

Il existe une différence significative entre les sexes pour cette question avec $p < 0.025$ sauf pour la réponse « ne souhaite pas répondre ».

Ainsi : Sur les 546 adolescents et 563 adolescentes ayant répondu à cette question, respectivement 22 (4.03%) et 117 (20.8%) ont déjà abordé le sujet avec leur médecin traitant.

D. Pour ceux qui ont déjà discuté contraception avec leur Médecin traitant :

Soit 139 lycéens (22 garçons et 117 filles).

a. Qui a abordé le sujet ?

138 lycéens ont répondu à cette question soit 99.3% de ceux qui ont déjà discuté contraception avec leur généraliste.

Parmi eux 116 sont des adolescentes (84.1%) et 22 des adolescents (15.9%).

Figure 20. Personne ayant abordé en premier le sujet de la contraception selon le sexe

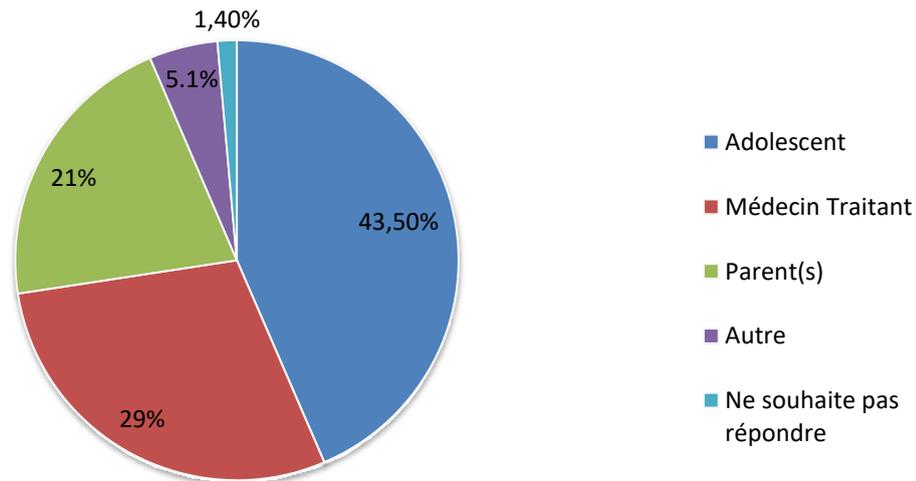
Abord du sujet de la contraception	Adolescent	Adolescente	Total
Moi	11 (50%)	49 (42,2%)	60 (43,5%)
Mon médecin traitant	5 (22,7%)	35 (30,2%)	40 (29%)
Mes parents	0 (0%)	29 (25%)	29 (21%)
Autres	4 (18,2%)	3 (2,59%)	7 (5,1%)
Ne souhaite pas répondre	2 (9,1%)	0 (0%)	2 (1,4%)
Total	22 (15.9%)	116 (84.1%)	138

Il existe une différence significative entre les sexes pour cette question avec $p < 0.025$ sauf pour les réponses « autres » et « ne souhaite pas répondre ».

En considérant tous les sujets (138 répondants):

La question a été abordée en premier par : l'adolescent lui-même (43.5%), le médecin traitant (29%), les parents (21%), un individu autre (5%).

Figure 21. Personne ayant abordé en premier le sujet de la contraception



En considérant uniquement les filles (116 répondantes) :

La question a été abordée en premier par : l'adolescente elle-même (42.2%), le médecin traitant (30.2%), les parents (25%), un individu autre (3%).

En considérant uniquement les garçons (22 répondants) :

La question a été abordée en premier par : l'adolescent lui-même (50%), le médecin traitant (22.7%), un individu autre (18.2%). Pour aucun d'entre eux le sujet n'a été abordé par les parents en premier.

b. Quels sujets ont été abordés (plusieurs réponses possibles) ?

137 lycéens (98.6%) ont répondu à cette question : 116 filles (84.7%) et 21 garçons (15.3%).

Figure 22. Sujets abordés avec le praticien lors de la consultation dédiée selon le sexe

Sujets abordés avec le praticien	Adolescent	Adolescente	Total
Les différents moyens de contraception	9 (42,9%)	79 (68,1%)	88 (64,2%)
L'utilisation des préservatifs et ses intérêts	12 (57,1%)	36 (31%)	48 (35%)
Les maladies sexuellement transmissibles	16 (76,2%)	47 (40,5%)	63 (46%)
Les modalités en cas d'oubli ou d'échec de contraception	6 (28,6%)	44 (37,9%)	50 (36,5%)
La contraception d'urgence, son emploi et la manière de se la procurer	6 (28,6%)	30 (25,9%)	36 (26,3%)
Les structures de recours en matière de contraception, sexualité et consultation ado	2 (9,5%)	18 (15,5%)	20 (14,6%)
Autres	2 (9,5%)	28 (24,1%)	30 (21,9%)
Total	21 (15,3%)	116 (84,7%)	137

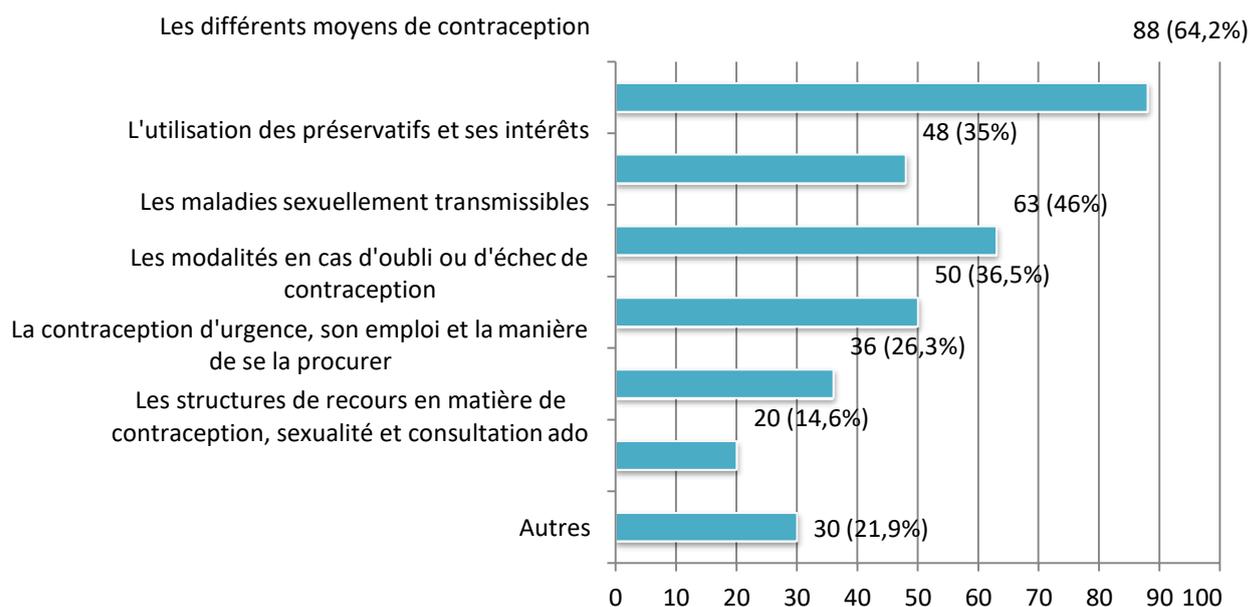
En considérant tous les sujets (137 répondants) :

Les sujets les plus abordés avec les adolescents sont donc « les différents moyens de contraception » (64.2%), « les MST » (46%), « les modalités en cas d'oublis ou d'échec de contraception » (36.5%) et « l'utilisation du préservatif et ses intérêts » (35%).

Sont moins discutés : « la contraception d'urgence » (26.3%), « d'autres sujets » (21.9%) et « les structures de recours » (14.6%).

Pour cette question il existe une différence significative entre les sexes pour toutes les réponses avec $p < 0.025$.

Figure 23. Sujets abordés entre les adolescents et leurs généralistes (137 répondants)

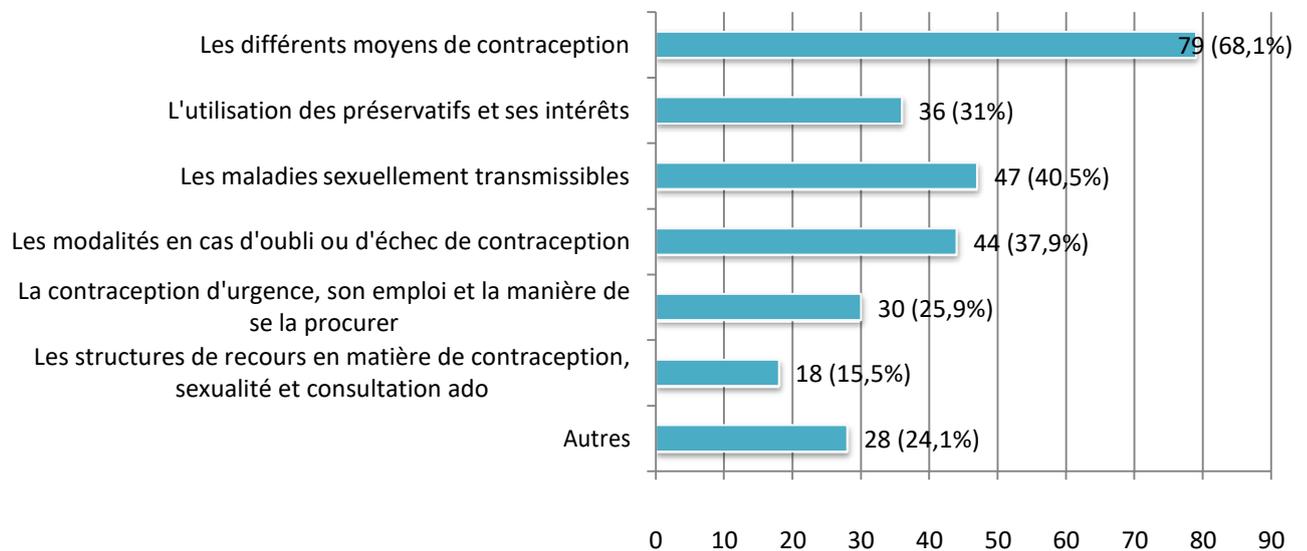


En considérant uniquement les filles (116 répondantes) :

Les sujets les plus abordés avec les adolescentes sont donc « les différents moyens de contraception » (68.1%), « les MST » (40.5%), « les modalités en cas d'oublis ou d'échec de contraception » (37.9%) et « l'utilisation du préservatif et ses intérêts » (31%).

Sont moins discutés avec les filles : « la contraception d'urgence » (25.9%), « d'autres sujets » (24.1%) et « les structures de recours » (15.5%).

Figure 24. Sujets abordés entre l'adolescente et son généraliste (116 répondantes)

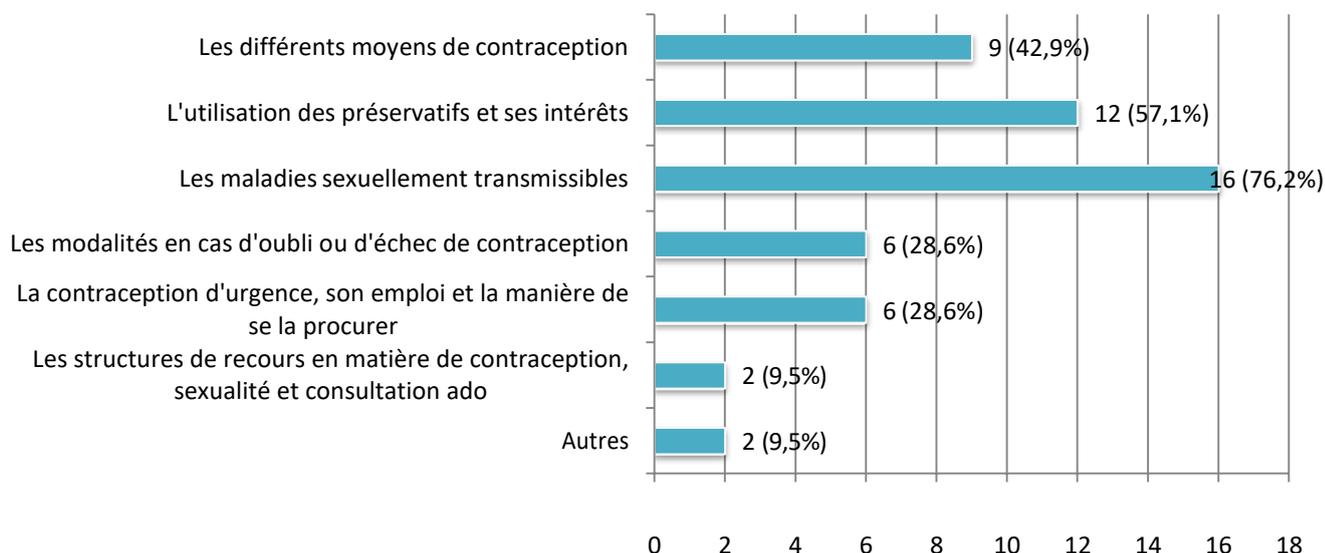


En considérant uniquement les garçons (21 répondants) :

Les sujets les plus abordés avec les adolescents sont donc : « les MST » (76.2%), « l'utilisation du préservatif et ses intérêts » (57.1%) et « les différents moyens de contraception » (42.9%).

Sont moins discutés avec les garçons : « la contraception d'urgence » à égalité avec « les modalités en cas d'oublis ou d'échec de contraception » (28.6%) et « les structures de recours à égalité avec d'autres sujets » (9.5%).

Figure 25. Sujets abordés entre l'adolescent et son généraliste (21 répondants)



c. En globalité, les informations reçues et les réponses à tes questions étaient elles satisfaisantes ?

137 sujets ont répondu à cette question soit 98.6% des sujets ayant déclaré avoir abordé le sujet avec leur médecin.

Les informations reçues étaient jugées satisfaisantes pour 122 (89%) lycéens (103 filles soit 89.6% et 19 garçons soit 86.4%) et non satisfaisantes pour 9 d'entre eux (6.6%), 6 (4%) n'ont pas souhaité répondre.

E. Pour ceux qui n'ont jamais abordé ce sujet avec leur Médecin traitant :

Pour rappel : 960 sujets (86.6%) n'en ont jamais discuté soit 520 lycéens (54.2%) et 440 lycéennes (45.8%).

a. Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?

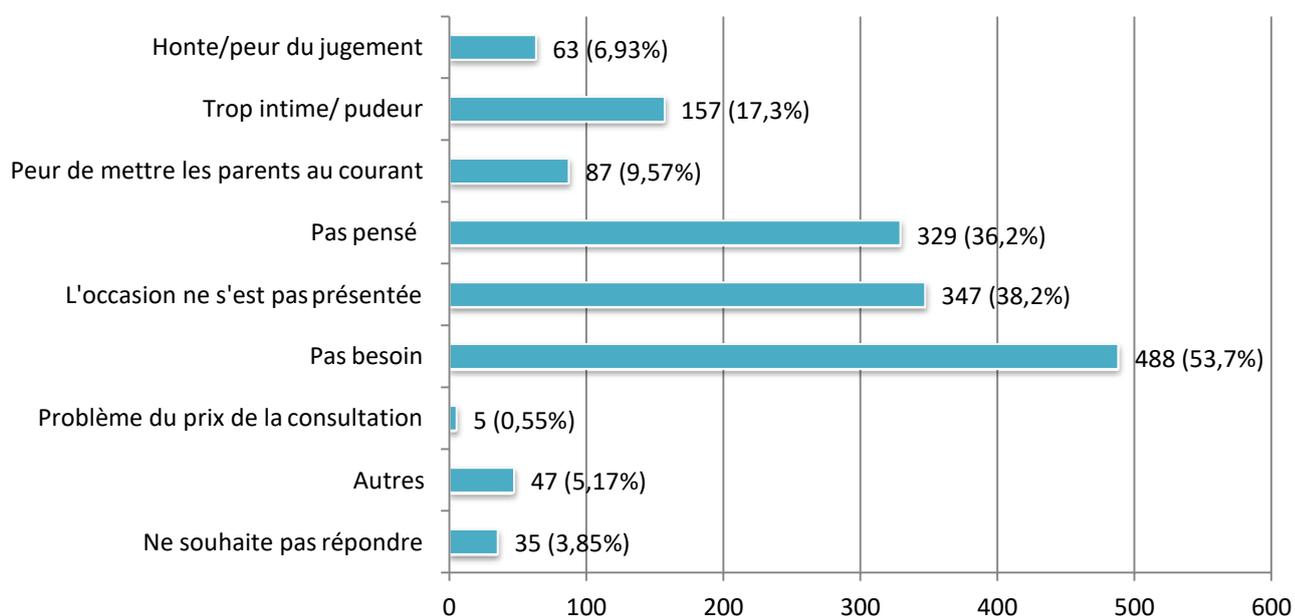
A la question des raisons pour lesquelles les sujets n'ont pas évoqué ce thème avec leur praticien : 909 sujets ont répondu soit 94.7%, avec 488 garçons (53.7%) et 421 filles (46.3%).

Figure 26. Motifs de non consultation chez le généraliste selon le sexe

Causes de non discussion avec leur médecin traitant	Adolescent	Adolescente	Total
Honte/peur du jugement	28 (5,74%)	35 (8,31%)	63 (6,93%)
Trop intime/ pudeur	57 (11,7%)	100 (23,8%)	157 (17,3%)
Peur de mettre les parents au courant	32 (6,56%)	55 (13,1%)	87 (9,57%)
Pas pensé	183 (37,5%)	146 (34,7%)	329 (36,2%)
L'occasion ne s'est pas présentée	162 (33,2%)	185 (43,9%)	347 (38,2%)
Pas besoin	274 (56,1%)	214 (50,8%)	488 (53,7%)
Problème du prix de la consultation	3 (0,62%)	2 (0,5%)	5 (0,55%)
Autres	23 (4,71%)	24 (5,7%)	47 (5,17%)
Ne souhaite pas répondre	18 (3,69%)	17 (4,04%)	35 (3,85%)
Total	488 (53,7%)	421 (46,3%)	909

En considérant tous les sujets (909 répondants) :

Figure 27. Causes d'absence de discussion entre les adolescents et leurs médecins traitants en matière de contraception (909 répondants)



Les raisons les plus citées sont donc « pas besoin » (cité dans 53.7% des cas), « l'occasion ne s'est pas présentée » (38.2%), « pas pensé » (36.2%) et « trop intime/pudeur » (17.3%).

Les moins citées sont : « peur de mettre les parents au courant » (9.57%), « honte/peur de jugement » (6.93%), « autres » (5.17%) et « problème du prix de la consultation » (0.55%).

35 sujets n'ont pas souhaité répondre (3.85%).

Pour cette question il existe une différence significative de sexe pour les réponses :

- « pas besoin » ($p < 0.025$)

- « pas pensé » ($p < 0.025$)
- « trop intime /pudeur » ($p < 0.025$)
- « peur de mettre les parents au courant » ($p < 0.025$).

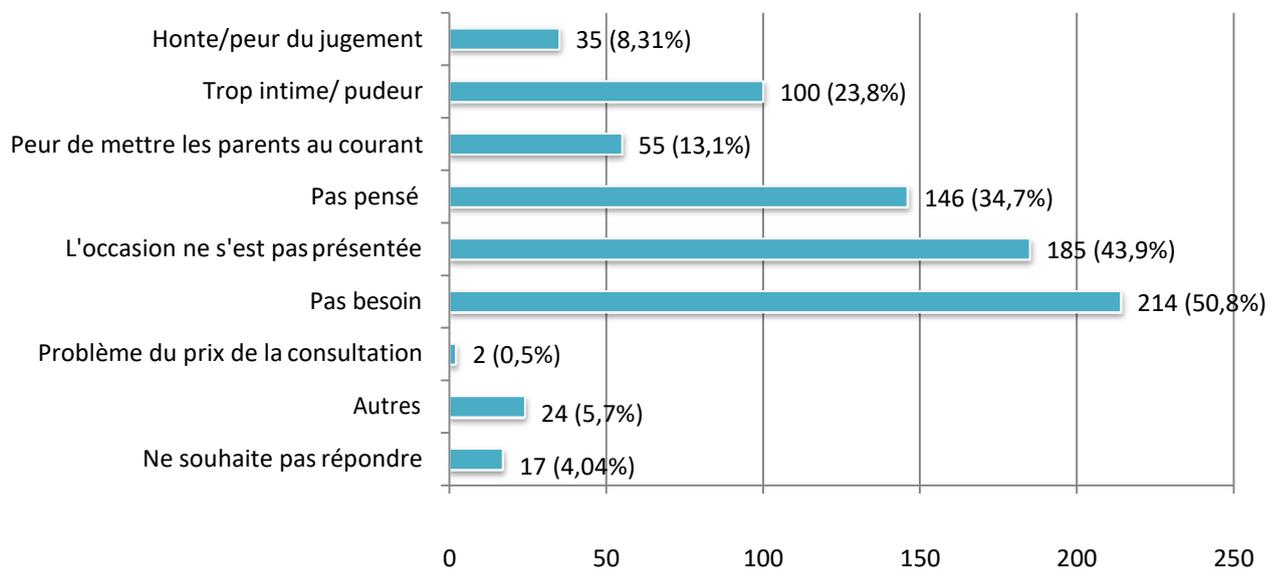
En considérant uniquement les filles (421 répondantes) :

Les raisons les plus citées par elles sont : « pas besoin » (cité dans 50.8% des cas), « l'occasion ne s'est pas présentée » (43.9%), « pas pensé » (34.7%) et « trop intime/pudeur » (23.8%).

Les moins citées sont : « peur de mettre les parents au courant » (13.1%), « honte/peur de jugement » (8.31%), « autres » (5.7%) et « problème du prix de la consultation » (0.5%).

17 filles n'ont pas souhaité répondre (4.04%).

Figure 28. Causes d'absence de discussion entre adolescentes et médecins traitants en matière de contraception (421 répondantes)



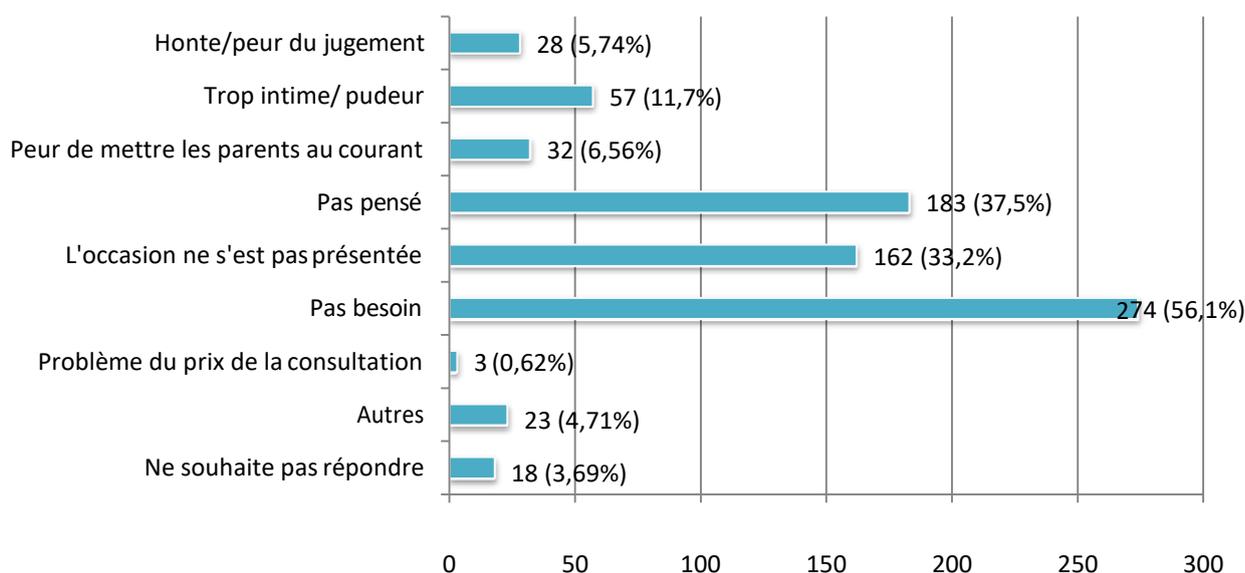
En considérant uniquement les garçons (488 répondants) :

Les raisons les plus citées par les garçons sont donc : « pas besoin » (cité dans 56.1% des cas), « pas pensé » (37.5%), « l'occasion ne s'est pas présentée » (33.2%) et « trop intime/pudeur » (11.7%).

Les moins citées sont : « peur de mettre les parents au courant » (6.56%), « honte/peur de jugement » (5.74%), « autres » (4.71%) et « problème du prix de la consultation » (0.62%).

18 garçons n'ont pas souhaité répondre (3.69%).

Figure 29. Causes d'absence de discussion entre adolescents et médecins traitants en matière de contraception (488 répondants)



b. Irais-tu lui en parler si tu avais des questions ?

931 adolescents (97%) ont répondu à cette question.

- 478 soit 51.3% pensent qu'ils lui en parleraient s'ils avaient des questions avec 282 (59%) lycéens et 196 (41%) lycéennes. Avec une différence significative de sexe avec $p < 0.025$.
- 395 (42.4%) n'iraient pas lui en parler : 198 lycéens (50.1%) et 197 lycéennes (49.9%)
- 58 sujets n'ont pas souhaité répondre à cette question (6.23%) : 25 lycéens (43.1%) et 33 lycéennes (56.9%).

Ainsi, parmi les 520 lycéens et 440 lycéennes n'ayant jamais parlé contraception avec leur médecin, respectivement 55.8% et 46% iraient lui poser des questions, 39.2% et 46.2% n'iraient pas.

c. Penses-tu que cela est important d'aborder le sujet avec lui ?

918 adolescents ont répondu à cette question (95.6%) :

- 461 (50.2%) pensent que c'est important soit 247 garçons (53.6%) et 214 filles (46.4%)
- 380 (41.4%) ne le pensent pas dont 219 (57.6%) garçons et 161 (42.4%) filles, différence significative de sexe avec $p < 0.025$
- 77 n'ont pas souhaité répondre (8.39%) dont 32 garçons (41.6%) et 45 filles (58.4%)

Soit 49.6% des adolescents et 51% des adolescentes qui jugent cela important et respectivement 44% et 38.3% d'avis contraire.

d. Aimerais tu que ce soit lui qui aborde le sujet ?

922 sujets ont répondu (96%) :

- 381 (41.3%) aimeraient que ce soit leur généraliste qui aborde le sujet soit 199 (52.2%) lycéens et 182 (47.8%) lycéennes,
- 455 (49.3%) ne préféreraient pas : 254 (55.8%) lycéens et 201 lycéennes (44.2%), différence significative de sexe $p < 0.025$
- 86 sujets (9.33%) n'ont pas souhaité répondre : 40 (46.5%) lycéens et 46 (53.5%) lycéennes.

Ainsi 40.4% des adolescents et 21.1% des adolescentes qui n'ont pas abordé le sujet avec leur généraliste aimeraient que ce dernier leur en parle. Respectivement 51.5% et 46.9% ne le souhaitent pas.

e. As-tu abordé le sujet avec un autre professionnel de santé ?

941 lycéens (510 adolescents et 431 adolescentes) ont répondu à cette question.

187 (96 lycéens et 91 lycéennes) soit 19.9% des adolescents n'ayant pas discuté contraception avec leur médecin généraliste ont abordé le sujet avec d'autres professionnels de santé.

Soit 19.9% des adolescents et 18.8% des adolescentes qui ont discuté de ce sujet avec un autre professionnel de santé que leur généraliste.

Et 742 (78.9%) n'ont jamais parlé contraception avec un professionnel de santé : 407 garçons (54.9%) et 335 filles (45.1%).

Ainsi 79.8% des garçons et 77.7% des filles interrogés, n'ayant pas discuté contraception avec leur médecin, n'en ont pas parlé non plus avec un autre professionnel de santé.

f. Tu as abordé le sujet avec (plusieurs réponses possibles) ?

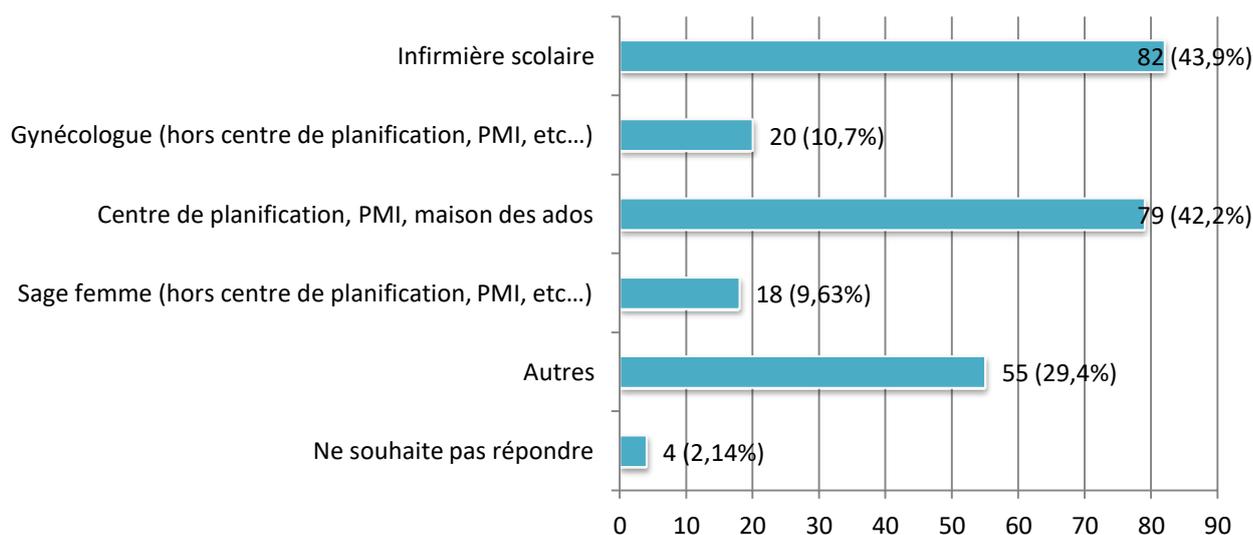
186 adolescents ont répondu à cette question sur les 187 répondants potentiels (99.5%).

Figure 30. Autres professionnels avec lesquels le sujet de la contraception a été abordé

Autres professionnels	Adolescent	Adolescente	Total
Infirmière scolaire	48 (50%)	34 (37,8%)	82 (43,9%)
Gynécologue (hors centre de planification, PMI, etc.)	4 (4,17%)	16 (17,8%)	20 (10,7%)
Centre de planification, PMI, maison des ados	43 (44,8%)	36 (40%)	79 (42,2%)
Sage femme (hors centre de planification, PMI, etc.)	5 (5,21%)	13 (14,4%)	18 (9,63%)
Autres	32 (33,3%)	23 (25,6%)	55 (29,4%)
Ne souhaite pas répondre	2 (2,08%)	2 (2,22%)	4 (2,14%)
Total	96 (51.6%)	90 (48.4%)	186

En considérant tous les sujets (186 répondants) :

Figure 31. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescents, sans distinction de sexe, ont abordé le sujet de la contraception (186 répondants)



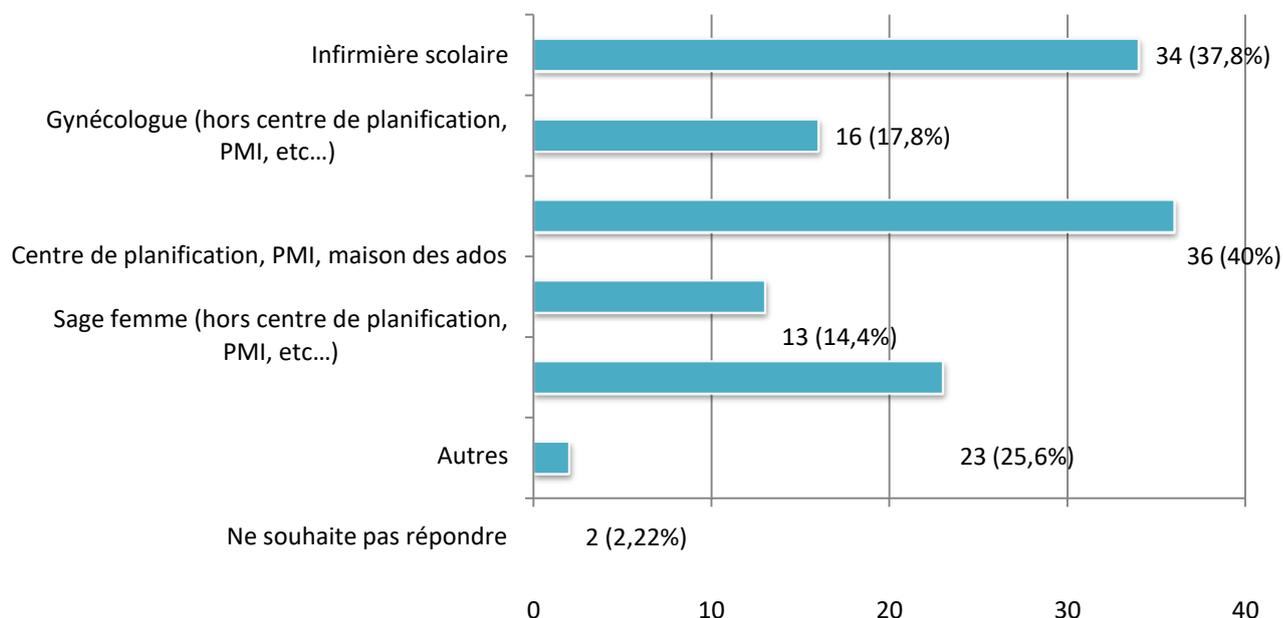
Donc les professionnels de santé que les adolescents (sans distinction de sexe) ont rencontré pour parler contraception lorsqu'ils n'ont pas discuté avec leur généraliste sont : en premier lieu les infirmiers(ères) scolaires (cités par 43.9% d'entre eux), puis les CPEF/PMI/Mado (42.2%), autres (29.4%), et enfin les gynécologues (10.7%) et les sages-femmes (9.63%).

Il n'existe pas de différence significative de sexe pour cette question sauf pour la réponse « gynécologue » avec $p < 0.025$.

En considérant uniquement les filles (90 répondantes) :

Ainsi, les professionnels de santé que les adolescentes de sexe féminin ont rencontré pour parler contraception lorsqu'elles n'ont pas discuté avec leur généraliste sont en premier lieu les CPEF/PMI/Mado (cités par 40% d'entre elles), puis les infirmiers(ères) scolaires (37.8%), autres (25.6%), et enfin les gynécologues (17.8%) et les sages-femmes (14.4%).

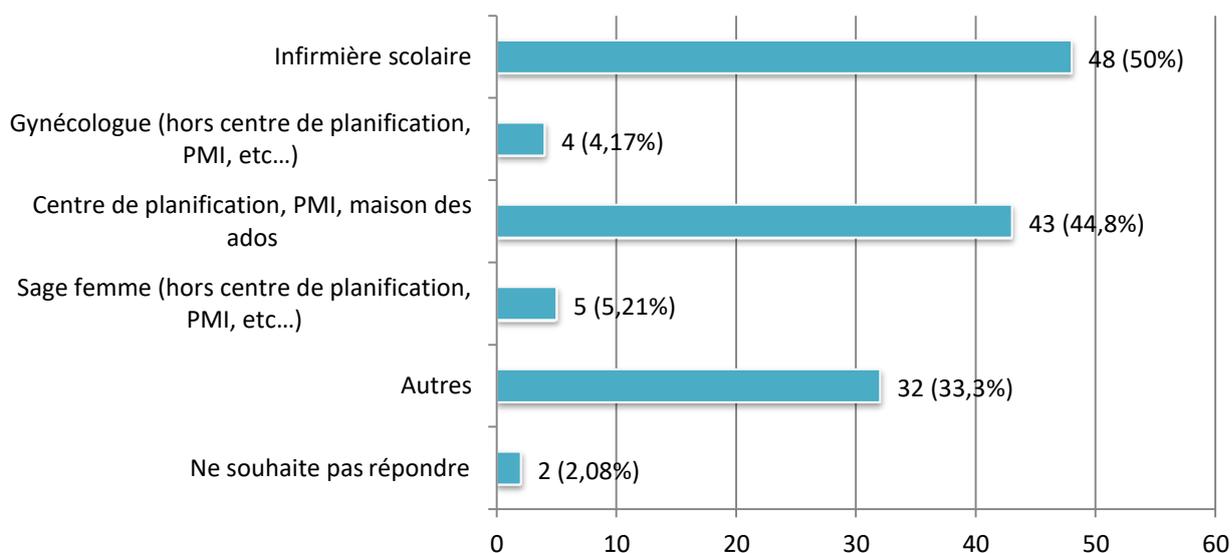
Figure 32. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescentes ont abordé le sujet de la contraception (90 répondantes)



En considérant uniquement les garçons (96 répondants) :

Les professionnels de santé que les adolescents ont rencontré lorsqu'ils n'ont pas discuté avec leur généraliste sont en premier lieu les infirmiers(ères) scolaires (cités par 50% d'entre eux), puis les CPEF/PMI/Mado (44.8%), autres (33.3%), et enfin les sages-femmes (5.21%) et les gynécologues (4.17%).

Figure 33. Autres professionnels de santé avec lesquels les adolescents ont abordé le sujet de la contraception (96 répondants)



3/ Santé sexuelle

A. As-tu déjà eu des rapports sexuels ?

1096 adolescents ont répondu à cette question (98.6%) :

- 298 sujets (27.2%) de notre étude ont déjà eu des rapports sexuels, parmi lesquels 125 (41.9%) filles et 173 (58.1%) garçons.
20 sujets (6.7%) ont entre 13 et 15 ans, 266 (89.3%) entre 15 et 18 ans et 12 sujets (4%) ont strictement plus de 18 ans.
- 734 (67%) n'avaient pas, au moment de l'étude, eu de rapports sexuels : 323 garçons (44%) et 411 filles (56%)
- 64 sujets (5.84%) n'ont pas souhaité répondre : 41 garçons (64.1%) et 23 filles (35.9%)

Pour cette question il existe une différence significative de sexe avec $p < 0.025$.

Ainsi 32.2% des adolescents interrogés et 22.4% des adolescentes interrogées ont déjà eu des rapports sexuels.

B. Pour ceux et celles qui ont déjà eu de rapports :

Soit 298 sujets potentiellement répondeurs avec 125 filles et 173 garçons.

a. Utilises-tu systématiquement un moyen de contraception (préservatifs inclus) ?

297 adolescents (99.7%) ont répondu à cette question dont 172 garçons et 125 filles:

- 239 (80.5%) d'entre eux soit 136 garçons (56.9%) et 103 filles (43.1%) en utilisent systématiquement
- 50 (16.8%) des sujets n'utilisent pas systématiquement un moyen de contraception, dont 32 (64%) garçons et 18 (36%) filles
- 8 sujets n'ont pas souhaité répondre (2.69%) : 4 garçons et 4 filles.

Soit 79.1% des adolescents et 82.4% des adolescentes, respectivement 136 et 103 sujets qui en utilisent systématiquement (il existe une différence significative de sexe avec $p < 0.05$).

b. Pour celles et ceux qui utilisent une contraception avec leurs partenaires :

i. Quelle est-elle ? (une seule réponse possible)

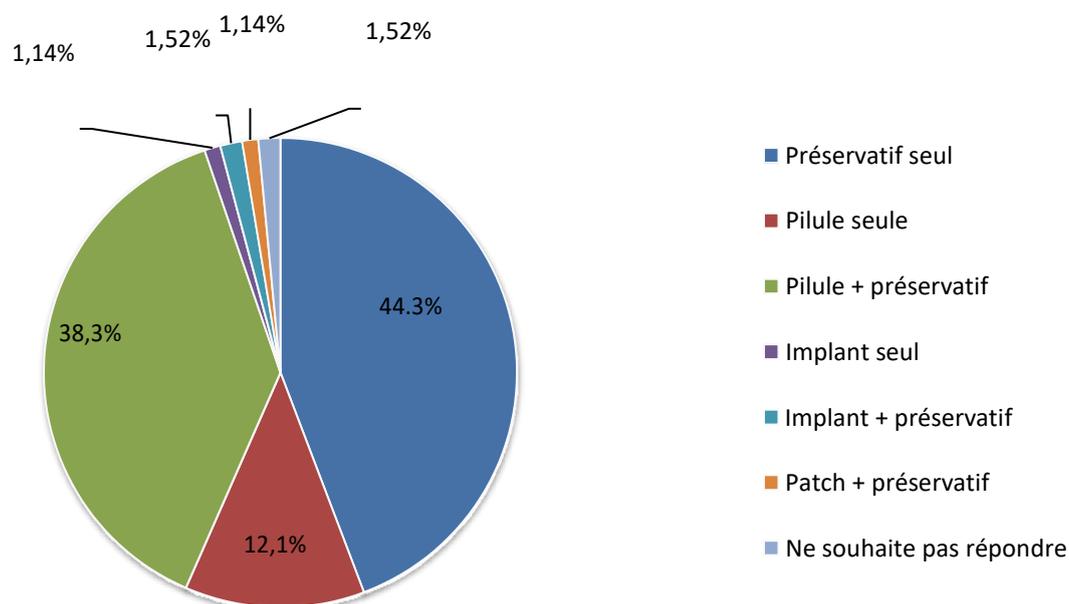
264 lycéens ont répondu à cette question, employant systématiquement ou occasionnellement un moyen contraceptif : soit 149 garçons (56.4%) et 115 filles (43.6%).

Les moyens sont répartis selon la disposition suivante :

Figure 34. Méthodes contraceptives employées préférentiellement par les adolescents selon le sexe

Méthodes contraceptives	Adolescent	Adolescente	Total
Préservatif seul	84 (56,4%)	33 (28,7%)	117 (44,3%)
Pilule seule	10 (6,71%)	22 (19,1%)	32 (12,1%)
Pilule + Préservatif	48 (32,2%)	53 (46,1%)	101 (38,3%)
Stérilet seul	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Stérilet + Préservatif	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Implant	1 (0,67%)	2 (1,74%)	3 (1,14%)
Implant + Préservatif	2 (1,34%)	2 (1,74%)	4 (1,52%)
Patch contraceptif	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Patch contraceptif + Préservatif	2 (1,34%)	1 (0,87%)	3 (1,14%)
Anneau	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Anneau + Préservatif	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autre moyen	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autre moyen + Préservatif	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ne souhaite pas répondre	2 (1,34%)	2 (1,74%)	4 (1,52%)
Total	149 (56.4%)	115 (43.6%)	264

Figure 35. Méthodes contraceptives utilisées par les adolescents, sans distinction de sexe (264 répondants)



Il est à noter des réponses différentes selon les sexes :

- Les sujets masculins citent préférentiellement le préservatif seul (56.4%) et les sujets féminins, l'association « pilule + préservatif » (46.1%).

- L'emploi de la « pilule seule » est cité par 6.71% des adolescents et 19.1% des adolescentes.
- 71.8% des sujets ayant répondu « préservatif seul » sont des adolescents
- 68.8% de ceux qui ont répondu « pilule seule » sont des adolescentes
- Pour la réponse « pilule + préservatif » on note 47.5% de garçons et 52.5% de filles, pour « implant + préservatif » : 50% de chaque sexe, « patch+préservatif » 66.7% de garçons et 33.3% de filles et pour « implant seul » 33.3% de sujets masculins et 66.7% de sujets féminins.
- Au moins 13.5% des sujets n'utilisent pas de préservatifs.

Il existe une différence significative de sexe pour les réponses :

- « Préservatif seul », $p < 0.025$
- « Pilule seule », $p < 0.05$

Les modalités contraceptives suivantes n'ont pas été citées par les lycéens : stérilet seul ou avec préservatif, anneau seul ou avec préservatif, patch seul, autre moyen seul ou avec préservatif.

c. Pour celles et ceux qui n'utilisent pas de contraception systématiquement, pourquoi? (une seule réponse possible, principale motivation)

18.6% des adolescents et 14.4% des adolescentes ayant des rapports n'utilisent pas systématiquement de contraception.

Pour ceux qui n'en emploient pas (39 sujets ayant répondu à cette question sur les 50 déclarant ne pas en utiliser automatiquement soit un taux de réponse de 78%), le motif « ne sait pas où s'en procurer » n'a pas été cité.

Pour le reste :

La raison principale citée est « autre » (14 sujets : 35.9%), puis « n'en a pas l'utilité » à égalité avec « ne veut pas en utiliser » (7 sujets : 17.9%), en dernière place (3 sujets : 7.7%) le problème du « cout trop élevé ».

8 sujets (20.5%) n'ont pas souhaité répondre à cette question.

Il n'existe pas de différence significative de sexe à cette question.

Figure 36. Motifs de non emploi de méthode contraceptive selon le sexe

Causes du non emploi de contraceptifs	Adolescent	Adolescente	Total
Ne veut pas en utiliser	6 (24%)	1 (7,14%)	7 (17,9%)
N'en a pas l'utilité	3 (12%)	4 (28,6%)	7 (17,9%)
Ne sait pas où ou comment s'en procurer	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Coût trop élevé	3 (12%)	0 (0%)	3 (7,7%)
Autre	8 (32%)	6 (42,9%)	14 (35,9%)
Ne souhaite pas répondre	5 (20%)	3 (21,4%)	8 (20,5%)
Total	25 (64.1%)	14 (35.9%)	39

Figure 37. Motifs du non emploi de méthode contraceptive (39 répondants)

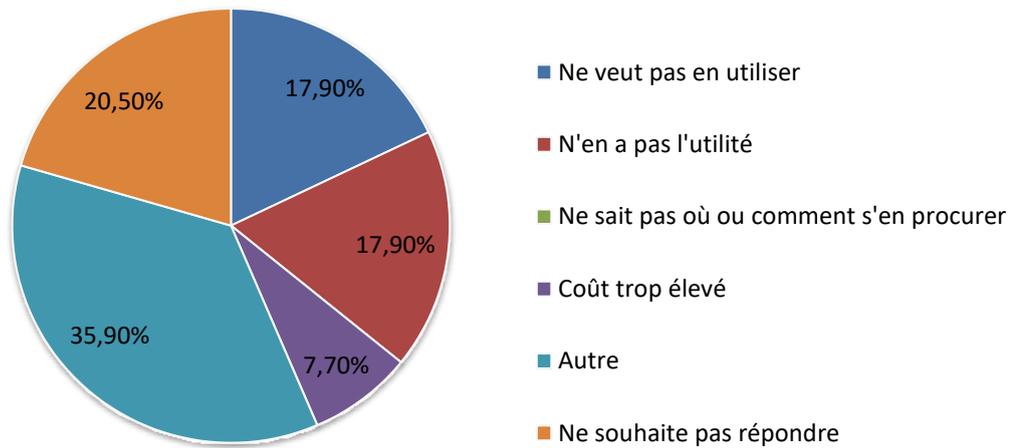


Figure 38. Motifs du non emploi de méthode contraceptive par les sujets masculins (25 hommes)

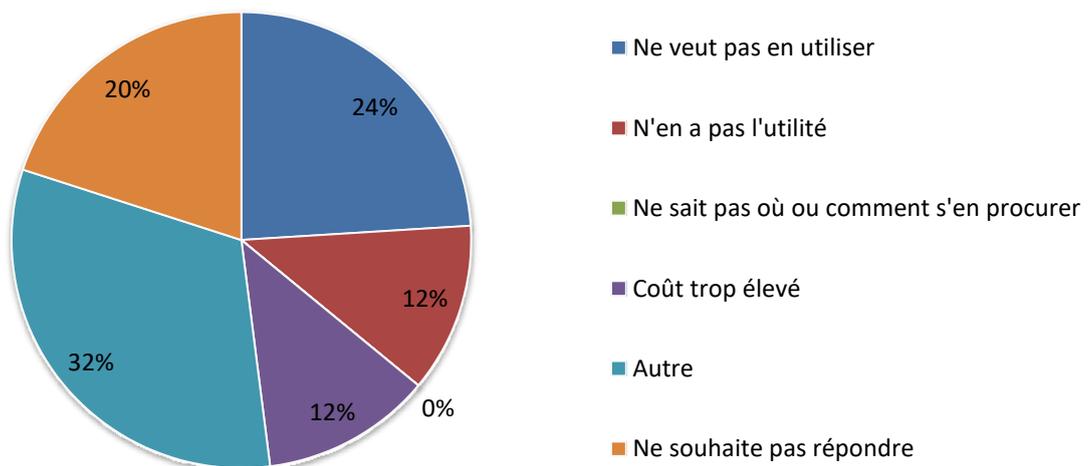
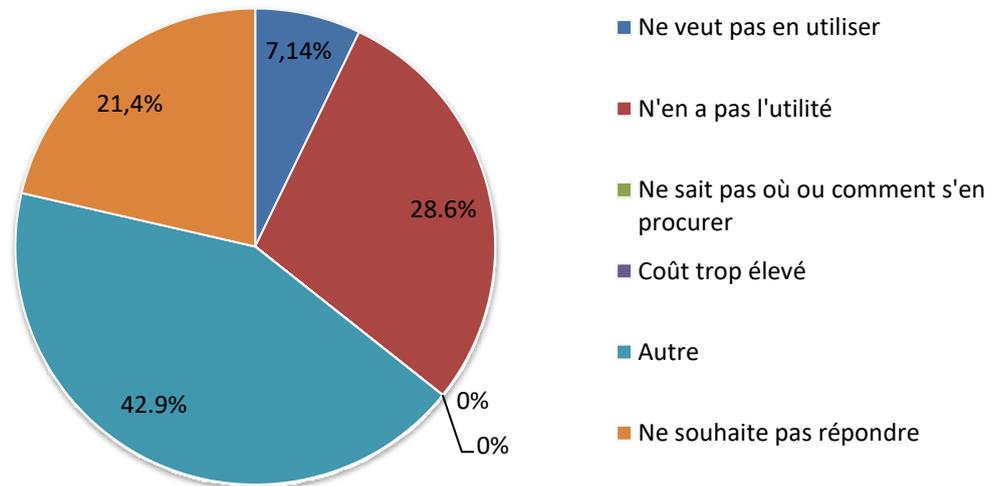


Figure 39. Motifs du non emploi de méthode contraceptive par les sujets féminins (14 femmes)



C. Pour ceux et celles qui n'ont jamais eu de rapports :

Pour rappel : 734 adolescents (323 lycéens et 411 lycéennes) déclaraient ne pas avoir eu de rapports au moment de l'enquête.

a. Penses-tu en utiliser dès ton premier rapport ?

707 sujets ont répondu à cette question soit un taux de réponse de 96.3%.

Ils déclarent pour 644 d'entre eux (287 garçons et 357 filles) soit 91.1%, qu'ils pensent utiliser un moyen de contraception dès le premier rapport.

Pour les 1.3% qui estiment qu'ils n'en emploieront pas, 66.7% sont des garçons (9 sujets avec 6 garçons et 3 filles).

b. Si tu es une fille as-tu tout de même un moyen de contraception ?

Parmi les 411 filles n'ayant jamais eu de rapports, 384 ont répondu à cette question (93.4%) :

- 130 adolescentes (34%) usent d'un moyen à des fins autre que contraceptive
- 213 n'ont ainsi pas de moyen contraceptif soit 55.5%
- 41 adolescentes n'ont pas souhaité répondre soit 10.7%

D. Pour ceux qui utilisent un moyen contraceptif : Ton choix a-t-il été guidé par le prix ?

271 sujets (154 lycéens et 117 lycéennes) ont répondu à cette question parmi :

- les 264 sujets (149 garçons et 115 filles) déclarant utiliser systématiquement ou occasionnellement un moyen à visée contraceptive et/ou préventive
- les 130 adolescentes l'utilisant à d'autres fins que sa fonction première

Soit un taux de réponse de 68.8%.

Pour 26 sujets soit 9.6% des cas, le choix du moyen de contraception a été guidé par le prix, ce qui n'est pas le cas pour 231 sujets (85.2%).

Parmi ces 26 sujets : 16 sont des garçons et 10 sont des filles.

Soit parmi les garçons ayant accepté de répondre : 10.4% qui déclarent avoir été guidé par le prix, et 8.5% des filles.

231 sujets ont répondu « non », 131 sont des garçons et 100 des filles, soit respectivement 85.1% et 85.5% des sujets répondants.

14 individus (7 garçons et 7 filles) n'ont pas souhaité répondre (5.17%).

E. Pour les filles :

a. Pour celles à qui l'on a déjà prescrit une contraception : as-tu eu l'impression d'avoir le choix de ton moyen de contraception ?

Parmi celles qui emploient une méthode contraceptive (de façon systématique, occasionnelle ou autre que pour son action première), soit 245 adolescentes potentiellement répondantes, 157 ont réellement répondu à cette question (64.1%).

92 lycéennes (58.6%) ont eu l'impression d'avoir le choix et 33 (21%) n'ont pas eu cette sensation. 23 n'ont pas souhaité répondre (14.6%).

b. As-tu déjà utilisé une contraception d'urgence ?

Parmi les 125 adolescentes ayant déjà eu des rapports : 34 (27.2%) ont déjà utilisé une contraception d'urgence, ce qui n'est pas le cas de 88 (70.4%) d'entre elles et 3 (2.4%) n'ont pas souhaité répondre.

c. As-tu déjà été enceinte ?

Parmi les 125 adolescentes ayant déjà eu des rapports, 6 (4.8%) ont déclaré avoir déjà été enceintes. Soit 1.1% des lycéennes du Nord Cotentin ayant participé à l'étude.

5 d'entre elles ont répondu aux dernières questions de l'étude soit un taux de réponse de 83.3%.

i. Est-ce (une seule réponse possible) :

Pour 2 adolescentes (40%) cela faisait suite à « un oubli de contraception », 2 autres (40%) à « une bonne utilisation de son moyen contraceptif » et pour la dernière (20%) à « une absence de moyen contraceptif ».

ii. As-tu abordé le sujet de la grossesse avec ton médecin traitant ?

1 seule (20%) a abordé le sujet de la grossesse avec son médecin traitant.

iii. Y'a-t-il eu Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?

Dans 4 cas sur 5 (80%) il y a eu Interruption Volontaire de Grossesse.

iv. S'il y a eu IVG as-tu abordé le sujet avec ton médecin traitant ?

2 des sujets ont discuté de cela avec leur généraliste (40%).

v. S'il y a eu IVG ou poursuite de grossesse as-tu changé de contraception ou débuté une contraception à la suite ?

3 des 5 adolescentes (60%) ont changé de moyen de contraception par la suite : 2 ayant eu une IVG et l'adolescente ayant poursuivi sa grossesse.

DISCUSSION

1/ Modalités de l'étude

A. Population

La population étudiée correspond aux élèves de classe de seconde du Nord Cotentin. Le but était de répondre à un maximum de définitions de l'adolescence qui sont, nous l'avons vu dans le contextuel (p2), multiples et non consensuelles, et d'obtenir un groupe ayant en majorité entre 15 et 18 ans (87%), tranche d'âges désignée pour la Consultation Contraception et Prévention pour les jeunes filles.

Cependant interroger une population en globalité mineure (97.9% des sujets déclarant ne pas avoir atteint leur majorité) expose à des contraintes d'ordre éthique. C'est pourquoi il a été nécessaire en amont de notre étude de questionner le Correspond Informatique et Liberté (CIL) de l'Université de Caen (cf. Annexe 13) pour adapter les modalités de la recherche.

Ainsi après avis auprès du CIL il a été décidé de présenter dans chaque établissement un formulaire de refus à distribuer aux parents ou tuteurs légaux.

Ce parti-pris de fournir un formulaire de refus plutôt qu'un formulaire d'accord permettait de considérer que si le document ne nous était pas retourné signé, l'accord des parents était acquis. Evitant ainsi la perte de sujet pour des motifs administratifs notamment.

Ensuite la question du code postal permettant de distinguer milieu urbain, rural et semi urbain ainsi que la comparaison entre les lycées n'ont pu être effectués au risque, selon le CIL, d'identifier facilement les réponses des individus notamment pour les lycées à faible effectif de garçons ou de filles.

Notre étude, incluant 55% des élèves de seconde du Nord Cotentin, est représentative de la population globale avec une répartition des sexes se faisant selon : 49.2% de sujets de sexe masculin et 50.8% de sujet de sexe féminin, quand, dans la population générale en France en janvier 2018 (selon le bilan démographique INSEE 2017), la répartition se faisait selon : 48.4% d'hommes et 51.6% de femmes.

Mais on observe dans les établissements à filières générales (comme par exemple : Millet, Grignard ou Cornat) que le sexe féminin est le plus représenté, et des disparités d'autant plus flagrantes dans les filières professionnelles (comme par exemple : LPMA D.Rigolet, Cachin ou dans les MFR).

Ainsi, des disparités existent entre les enseignements généraux et professionnels, et pour ces différentes raisons, il nous semblait difficile de détailler les statistiques de santé sexuelle d'une population masculine ou féminine d'un lycée en particulier. Et ce notamment quand au sein d'un établissement, l'un ou l'autre des sexes n'est représenté que par, par exemple,

deux individus. Certains lycées ont d'ailleurs demandé à récupérer leurs propres statistiques ce à quoi nous nous sommes opposés, par respect du secret. Les statistiques globales de tous les établissements pourront être par la suite discutées avec eux.

Le choix de la région Nord Cotentin était également intéressant de par sa diversité de population entre les zones rurales, urbaines et semi-urbaines, les différentes filières disponibles dans les différents lycées, les initiatives développées dans la région (la Maison des ados, les promeneurs du net etc.) et les difficultés d'accès aux soins notamment en matière de gynécologie, pédiatrie et pédopsychiatrie. Cette démographie médicale faisant des médecins généralistes des acteurs centraux de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes dans cette région. Cette ressource étant cependant elle aussi, nous l'avons vu, en déficit (13,14).

Ensuite, le fait d'avoir interrogé les lycéens en amont des sessions d'éducation à la santé sexuelle, a exposé l'étude à un biais de sélection.

En effet, n'ont été interrogés que les adolescents scolarisés, présents lors des distributions de questionnaires et n'ayant pas déjà, au cours de l'année, effectué ces sessions.

Certains adolescents ont donc été exclus de cette enquête, et notamment les jeunes déscolarisés.

Ce biais a été renforcé par la non-participation d'un lycée, officiellement non enclin à participer à ce genre de démarche ; officieusement par appréhension de la réaction des parents d'élèves. Ce fait met également en évidence une difficulté d'accès à ce sujet pour certaines institutions. Cet établissement accueille cependant une équipe du CPEF du CHPC pour mettre en place la session d'information dispensée aux classes de seconde.

Cependant le faible taux de refus des élèves eux même : 1% lors de la distribution des questionnaires, renforce l'idée que le sujet les intéresse et qu'ils ont le souhait de donner leurs points de vue : taux de réponses analysées de 85.3%. Ce taux de réponses est minoré par les multiples questionnaires annulés lors de l'étude.

B. Questionnaire

Le principe même de questionnaire soulève à lui seul des biais :

- Biais de déclaration : chaque individu déclarant ce qu'il souhaite ou non, que ce soit véridique ou pas.

Les questionnaires ont été vérifiés un par un puis saisis informatiquement, pour supprimer les réponses aberrantes telles que « garçon déjà tombé enceinte », « garçon ayant déjà eu recours à une IVG », « fille enceinte n'ayant jamais eu de rapports » etc. Cependant cela ne permet pas d'écartier totalement ce biais, le

principe même de l'étude étant basé sur du déclaratif avec ainsi risque de non ou de fausse déclaration.

- Biais de mémorisation (oubli du passé): l'exemple le plus parlant ici pourrait être la question : « as-tu déjà eu une information sur la sexualité/contraception en primaire/au collège ? », les sujets peuvent répondre à tort « non » ou « une fois » s'ils ont oublié telle ou telle séance par exemple.

Secondairement, nous avons fait le choix d'un questionnaire de trois pages, la longueur du document pouvant à elle seule engendrer une diminution progressive de la participation des sujets. Le nombre de répondants est alors à risque de décroissance au fur et à mesure des pages. Et c'est discrètement ce qui peut être observé ici avec au début de la page 1, 100 % de participation, et une décroissance progressive, occasionnant notamment pour une question de la page 3 un taux de réponse à 78%.

Ainsi nous avons organisé le questionnaire de façon à ce que les questions nécessitant le plus de répondants soient incluses au début et avons pris le parti de ne pas multiplier les sujets d'interrogations et les thèmes.

Pour ce qui est du format, le choix d'une version papier s'est imposé au décours des différents entretiens avec les partenaires éducatifs.

Certains lycées interdisant par exemple l'emploi du téléphone portable au sein de l'établissement, d'autres n'ayant pas de salle informatique assez conséquente pour permettre de mettre en place ce dispositif, etc.

En outre, la possibilité pour les élèves de répondre via informatique chez eux en amont de la session nous semblait trop à risque : d'exclusion des sujets n'ayant pas d'outils à domicile, de diminution du taux de réponse ou encore d'influence d'un tiers (parents ou autre), majorant ainsi le biais d'intervention.

Pour finir, les questionnaires papiers ayant été informatisés secondairement un par un dans un document Google Forms cela a permis un contrôle des réponses avec cependant un risque d'erreur lors de l'informatisation et une charge de temps plus conséquente.

Ainsi, il est vrai qu'un format informatique aurait pu minimiser ces risques ainsi que les réponses aberrantes (par propositions de questions en fonction des réponses précédemment données par le sujet) et les annulations de questionnaires, notamment pour cause de dissociation de feuillets-réponses. Mais aurait pu occasionner une moindre participation et des réponses inadaptées.

Autre inconvénient du questionnaire : le problème de compréhension des questions.

En effet, certains termes ont pu poser soucis pour certains lycéens : il a été relevé par exemple des questions sur ce qu'étaient : « le secret médical », « les tuteurs légaux », « les

maladies sexuellement transmissibles » ou encore les définitions de « rapports sexuels » ou de « professionnels de santé ».

Des reformulations ont pu être proposées individuellement mais seulement à ceux qui osaient dire qu'ils ne comprenaient pas ces termes.

Il avait déjà été tenté d'éviter ces problèmes de compréhension par réorganisation et reformulation du questionnaire, entre le groupe test et le questionnaire final distribué (cf. Annexes 15 et 16) : simplification de la syntaxe des phrases, réorganisation des questions, ajout de questions, etc.

Pour finir, il est à noter l'emploi du tutoiement dans ce questionnaire afin de prendre en considération le désir des adolescents d'être tutoyés (20). Ce choix a été débattu avec les professionnels de santé et éducatif en amont de l'étude.

C. Mode de recueil et traitement des données

Les questionnaires ont été distribués en amont d'une session d'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire.

Dans ce contexte, les chefs d'établissements ont eu un droit de regard sur le contenu de cette enquête.

Aussi certains sujets qui auraient pu, comme nous l'avons vu précédemment, alourdir le questionnaire, auraient également pu bloquer l'accès aux lycées par désaccord des équipes éducatives : pornographie, sexting, masturbation, orientations et pratiques sexuelles, violence, addictions etc.

Cependant ce sont des sujets importants et d'actualité, comme nous l'avons vu dans le contextuel, et il aurait pu par exemple être intéressant de demander « as-tu déjà regardé de la pornographie ? », « As-tu déjà été victime de violence ? », « Consommes-tu de l'alcool, du tabac, de la drogue ? », etc.

Toutes les distributions n'ont pas été effectuées de la même façon : d'un point de vue logistique certains groupes ont pu être questionnés en classe sur tables individuelles, d'autres dans des salles de technologie sur paillasse, d'autres encore en amphithéâtre.

Les interlocuteurs étaient également différents selon les lycées : certains lycées ont permis une intervention de l'exploitant seul, d'autres ont souhaité un accompagnement par une infirmière scolaire, d'autres un éducateur de vie scolaire, un professeur ou encore une équipe de CPEF.

Les professionnels paramédicaux sont parfois intervenus seuls en l'absence de l'exploitant. Une feuille de consignes leur était alors délivrée après discussion et informations orales des modalités de l'étude (cf. Annexe 17).

Le but de cette mise à disposition de consignes, était de limiter au maximum le biais d'intervention qui restait tout de même présent au vu des modalités de recueil (présence de tiers et de pairs) et des reformulations possibles de questions.

2/ Partie 1 du questionnaire : Généralités

A. Consultation dédiée aux adolescents

99.5% des sujets interrogés ont souhaité s'exprimer sur ce sujet : 69.6% d'entre eux se disent intéressés par ce type de consultation avec 63.6% des garçons interrogés et 75.3% des filles interrogés.

Même si une différence significative de sexe existe, on observe aisément que les garçons sont tout aussi demandeurs de ce type de consultation que leurs homologues féminins.

Or nous l'avons vu, la Consultation de Contraception et Prévention, ne s'adresse qu'aux filles de 15 à 18 ans.

Ces constatations appuient donc les recommandations de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (35) pour inclure les jeunes hommes dans le champ de la santé sexuelle. Il existe une réelle demande de dialogue de la part de la population masculine et des intérêts certains à y répondre.

L'énumération de sujets possibles dans la question ayant pour but de ne pas cloisonner leurs réponses à la simple discussion sur la contraception, il semble intéressant de prendre la mesure, qu'outre leur demande, la proposition d'un thème pour tous les autres (17) semble les séduire. Et que le principe de CCP cloisonnant la discussion à la contraception et prévention des MST devrait évoluer vers une consultation de l'adolescent dans sa globalité. Le modèle de questionnaire de pré-consultation (cf. Annexe 3) se pose alors comme un début de réflexion autour de cette consultation (4) qui se veut initiatrice des autres.

Tous les sujets doivent être évoqués au fur et à mesure du développement de la relation médecin-patient : il faut pouvoir poser la question des violences, des différentes consommations et addictions, du mal-être, des rapports sexuels mais également des orientations sexuelles. En effet, un adolescent qu'il soit hétéro, homo, bi, asexuel, etc. doit pouvoir poser des questions à son médecin et ne pas se sentir jugé ou non-entendu.

Outre cela, on observe que plus de sujets ont répondu « ne sais pas » (19%), plutôt que « non » (10.3%) avec dans les deux cas, des réponses à majorité masculine. Ils seraient donc plus indécis qu'opposés.

Il peut apparaître difficile pour les adolescents, d'imaginer une consultation de ce type avec leur médecin (18).

En effet si comme nous l'avons vu, dans 75% des cas les consultations « habituelles » pour l'adolescent ont un motif somatique (8), il paraît difficile pour eux d'évaluer le rôle préventif de leur généraliste. Pourtant, il est l'un des principaux potentiels acteurs en matière de prévention puisqu'il est le professionnel de santé le plus consulté par ces jeunes patients (15) Et si 18.7% des adolescents dont 75.6% de garçons ne savent pas qu'ils peuvent parler contraception avec leur médecin (22), qu'en est-il de sujets tels que les addictions, le bien-être, les violences, etc.

Certains ont également pu répondre « non » ou « ne sait pas » à la simple lecture des suggestions qui leur étaient faites dans la question.

En ce qui concerne les modalités de cette consultation, les souhaits en matière de durée sont très hétérogènes.

54.4% des lycéens sont demandeurs d'une consultation entre 10 et 30 minutes : 10-20 minutes pour 27.8% et 20-30 minutes pour 26.6%. Avec pour ce dernier créneau une différence significative de sexe avec des filles plus demandeuses que les garçons.

14.5% souhaitent une consultation de plus de 30 minutes et la même proportion est demandeuse d'une consultation de moins de 10 minutes, il n'y a pas de différence significative de sexe pour ces créneaux. Pour rappel, l'IGAS avait, déjà en 2009, proposé une consultation d'au moins 30 minutes (67).

Dans le cadre de la CCP, la rémunération tarifaire a été fixée à 46 euros considérant qu'il s'agit d'un acte complexe de Santé Publique à valoriser par rapport à une consultation « classique » dite G dont la rémunération est fixée à 25 euros et qui dure en règle générale entre 10 et 20 minutes.

Il est donc important de rappeler aux praticiens, que les adolescents sont demandeurs d'une consultation plus longue que d'ordinaire et que les tarifs fixés par les instances vont dans ce sens. Le but étant de permettre, comme nous l'avons vu dans le contextuel, de: « prendre le temps de la discussion (...) partir de la demande pour aborder d'autres sujets (...) valoriser les compétences des professionnels » (8,17,24).

Il semble cependant également nécessaire de rappeler la zone déficitaire dans laquelle se trouve le Nord Cotentin du point de vue de la démographie médicale ce qui est un frein à cette « prise de temps pour la discussion » par les médecins généralistes. « Prise de temps » pourtant souhaité comme nous venons de le voir par les adolescents.

Pour les suites à donner, 52% des lycéens demandent une seconde consultation sans différence selon le sexe et 28.4% dont une majorité de filles, une documentation.

Il serait intéressant de définir sous quel format ils souhaitent ces documents pour en adapter la forme et le contenu.

Il est intéressant de noter que les sujets souhaitant une consultation de 5-10 minutes sont ceux qui proportionnellement sont plus demandeurs de documentation que les autres (cf. Annexe 18). Cela pourrait mettre en lumière une autre façon d'envisager le rôle préventif du médecin comme un contact ponctuel distribuant des informations fiables à s'approprier secondairement.

Pour ce qui est de la seconde consultation, il semble important de leur rappeler que des consultations annuelles et de suivis sont possibles et gratuites via le code exo 3 sur la feuille de soins (rémunération standard pour le professionnel), mais toujours uniquement pour les filles entre 15 et 18 ans. Et que cela peut se dérouler sous couvert de l'anonymat, si elles en font la demande (cf. contextuel p20).

Il n'a pas été proposé dans les réponses « documentation et seconde consultation » pour que les adolescents puissent décrire leurs préférences mais bien évidemment il est possible de combiner les deux propositions comme le propose l'HAS et la méthode BERCER (cf. contextuel p 20-23).

B. Secret médical

Dans notre étude, seuls 49.6% des adolescents du Nord Cotentin, pensent que le secret médical est respecté, 52% des garçons interrogés et 47.3% des filles, sans différence significative de sexe.

20.6% déclarent ne pas savoir et 29.5% pensent qu'il n'est pas respecté.

Ces chiffres sont à mettre en relation avec les chiffres des études antérieures précédemment citées. Ainsi en 2011 plus d'un tiers des adolescents étaient inquiets du non respect du secret médical vis-à-vis de leurs parents (24). Cette crainte semble donc moindre aujourd'hui, mais au vu de nos chiffres il semble important de rappeler systématiquement aux adolescents la notion de secret médical : sa définition, certains lycéens nous ayant posé la question lors de la distribution, et ce que cela implique (cf. contextuel p7).

Ce serait également l'occasion, notamment pour les plus sceptiques, d'informer les adolescentes mais aussi les professionnels de santé, sur la possibilité d'anonymisation des consultations et prescriptions pour les jeunes filles de 15 à 18 ans qui le souhaitent, selon les modalités détaillées dans le contextuel p18 et dans l'Annexe 5. Cette anonymisation renforce ce secret médical puisque permettant de ne pas afficher certains éléments sur les remboursements de carte vitale, que ce soit celle des parents ou de l'adolescent.

A l'heure actuelle, les consultations et prescriptions pour les garçons ne peuvent être anonymisées, par exemple dans le cadre d'un bilan de MST, sauf dans les structures prévues à cet effet comme le CeGIDD par exemple.

C. A propos de la contraception

56% des sujets de l'étude, se disent concernés par le sujet de la contraception soit 56.4% des garçons interrogés et 55.6% des filles.

Certains individus ont répondu, par commentaires, leurs réponses ayant donc été supprimées, ne pas être intéressés car n'ayant « jamais eu de rapports ». Il est donc possible que certains aient répondu « non » pour ce même motif.

Ils considèrent que c'est une affaire de couple pour 83% d'entre eux sans distinction de sexe et de femmes pour 12.5% des adolescents dont une majorité de filles (63.4%), la différence étant pour cette réponse significative.

Ainsi, il aurait pu être pensé au premier abord une prise de position désintéressée des sujets masculins alors qu'au contraire, ils sont sensibles à ce thème et souhaite s'impliquer, ce qui n'était pas le cas, il y a quelques années, selon les professionnels de santé rencontrés au cours de l'étude.

Et ce sont les filles qui, peut-être par esprit féministe ou souhait de garder le contrôle, veulent pour certaines conserver ce domaine pour elles.

A cette question, certaines réponses ont également été supprimées car incluant des commentaires tels que « pour tout le monde », « pas que pour le couple », etc. ou par sélection délibérée des trois réponses.

Ces résultats sont un appui supplémentaire au propos de l'Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe (35), les sujets masculins considérant avoir leur place dans le champ de la contraception et non plus seulement celui de la santé sexuelle en général.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, 83.3% des adolescents du Nord Cotentin déclarent savoir où se la procurer.

Mais 11.6% ne le savent pas et 3.7% d'entre eux répondent ne pas savoir ce que c'est.

En comparaison d'autres études exposées dans le contextuel (24,45), on observe une majoration de la connaissance des structures et personnes pouvant délivrer ce type de médication.

Pour ce qui est du délai, dans le Nord Cotentin, 64.3% des lycéens déclarent connaître le délai d'utilisation alors que dans l'étude de T.Raginel (45), seul 6.4% le connaissait réellement. Dans notre analyse, 12.4% des sujets déclarent ne pas connaître ce délai et 22.2% « pas vraiment ». Il est important de relever que les différences significatives de sexe mettent en relief que les garçons déclarent être moins informés que les filles pour ce qui est du lieu de procuration et de l'échéance d'emploi de la méthode. Pourtant nous l'avons vu secondairement, ce sujet

est peu abordé dans le cabinet du généraliste et l'est encore moins avec les filles qui probablement trouvent donc les informations ailleurs.

Il a été fait le choix dans notre étude de ne pas proposer de durée pour étayer les connaissances des adolescents puisque : les délais sont différents selon la contraception d'urgence choisie (cf. contextuel p23) et qu'il y aurait eu un risque de suggestion de réponses et de choix aléatoires ne validant pas les réelles connaissances des lycéens.

Cependant, il a été discuté de ce sujet avec une dizaine de classes par moi-même ou par les professionnels de santé présents et il a été noté que le terme de « pilule du lendemain » reste quasi prédominant dans le discours des jeunes avec des propositions de délais de « 24 ou 48H » ou a contrario de « 1-2semaines » voir « jusqu'au prochaines règles ».

Il semble donc nécessaire de rappeler l'importance d'informer les adolescents, peu importe leur sexe et stade de vie sexuelle, de tout ce qui concerne la contraception d'urgence.

Certes ce sont les filles qui emploient ces médicaments cependant si elles-mêmes ne sont pas informées des modalités de procréation et d'utilisation, il semble important que leurs partenaires voir leurs entourages, disposent de ce type d'information. Et ce d'autant plus qu'au vu de nos chiffres les garçons sont significativement moins documentés que les filles sur ce sujet.

C'est donc à tous les professionnels de santé, médecins généralistes et pharmaciens inclus (73), et de l'Education Nationale de travailler en ce sens.

Pour finir les notions de gratuité et de secret doivent là aussi leur être rappelées, pour ne pas devenir des obstacles à la prise de ces contraceptions d'exception.

D. Information et éducation à la sexualité

Pour cette question, il a été décidé d'utiliser le terme d'information et non d'éducation à la santé sexuelle, pour garder une connotation ponctuelle et non d'évolutivité dans le temps.

95.9 % des lycéens déclarent avoir déjà reçu une information lors de leurs passages en primaire et/ou au collège. Et 3.42% déclarent n'avoir jamais reçu d'information à la sexualité au cours de leur scolarité.

Parmi ceux qui l'ont déjà reçu, 36.7% déclarent y avoir participé une fois et 62.3% au moins deux fois ce qui pourrait dans une moindre mesure correspondre à un début d'éducation à la sexualité.

Or, selon la loi du 4 juillet 2001 et les différentes directives qui ont suivies (83) : arrivés en classe de seconde tous les élèves, et non seulement 62.3%, auraient du pouvoir répondre « 2 fois ou plus ».

En effet, hors absences ou annulation, ils auraient du participer à trois séances annuelles depuis, au moins, leur entrée en classe de 6^{ème}.

Il est cependant à rappeler le biais de mémorisation qui peut s'appliquer ici, ainsi que la possible incompréhension de ce qui est sous entendu sous le terme d' « information à la sexualité ».

Ils peuvent par exemple considérer que les cours de Science de la Vie et de la Terre (module reproduction au programme de la classe de 4^{ème} au collège notamment) ou les journées/semaines de prévention dispensées dans certains établissements ne s'inscrivent pas sous ce terme.

Malgré cela, les 100% ne sont probablement pas atteints, ce qui va à l'encontre des directives gouvernementales et des dires de l'infirmière départementale (cf. Annexe 9). A contrario, cela illustre le rapport du Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes qui relevait qu'entre 2014 et 2015 : 25% des établissements n'avaient pas mis en place d'éducation à la sexualité, et que seules 69% des classes de CM2, 92% des classes de 4^{ème} et 80% des classes de seconde avaient bénéficié de ce type de sessions. 12% des classes de secondes déclaraient avoir bien reçu les 3 séances de formation obligatoires (48).

En outre, pour ce qui est des informations ou sessions d'éducation dispensées, il est important de mettre en lumière une parfaite hétérogénéité des informations délivrées, des supports employés, des intervenants, des modalités de mise en place dans les différents établissements, etc. Cela avait déjà été évalué par plusieurs rapports : IGAS de 2009 (86) et par B.Poletti en 2011 (43) et nous en avons décrit les aspects dans le Nord Cotentin dans le contextuel p 33-34.

L'uniformisation au niveau mondial souhaitée par l'UNESCO (92) doit d'abord se faire au niveau national.

En effet certains établissements ont recours dans le Nord Cotentin, à la participation des professionnels des CPEF, d'autres à l'implication de leurs infirmiers (-ières) scolaires, si tenté que le lycée en dispose, ou d'autres encore à la formation plus ou moins adaptée et effectuée de leurs professeurs.

Après discussion avec les équipes éducatives, il est clairement souligné les grandes difficultés auxquelles elles font face pour aborder ces sujets avec leurs élèves quand les professionnels de santé ne font pas partie du circuit d'information.

Ils sont ainsi demandeurs de formation comme ils l'étaient déjà en 1973 (80), et cela malgré les directives datant de 2013 pour former le personnel de l'Éducation Nationale (86–88) qui semblent peu efficaces.

Parmi les élèves ayant déjà participé à ces sessions, 77.3% se sont dit satisfaits et 14.3% ont déclaré ne pas l'être. Il aurait pu être intéressant notamment pour les professionnels

organisant ces sessions de connaître les motifs de satisfaction ou non-satisfaction pour adapter leurs pratiques à leurs demandes.

Les élèves souhaitent peut-être :

- évoluer par petit groupe, dans ou en dehors de leurs classes respectives,
- que l'on réponde à leurs questions, posées par exemple de manière anonyme en amont de l'intervention, plutôt que de se voir imposé un modèle type de session,
- que d'autres sujets soient abordés et que certains ne le soient pas car déjà discuté les années précédentes, etc.

Cela pourrait également permettre d'évaluer auprès des lycéens leurs préférences entre une véritable éducation à la santé sexuelle ou des informations ponctuelles : multiples sessions individualisées les unes des autres sur un ou plusieurs questionnements ou principe de progression au sein d'un groupe, avec un ou deux professionnels référents pour permettre la mise en place d'un lien de confiance permettant potentiellement d'élargir le questionnement, etc.

Enfin, cela permettrait de définir si les trois champs de connaissances et de compétences définis par la loi du 26 janvier 2016, qui sont pour rappel : Biologique, Psycho-affectif et Social (cf. Annexe 6), sont adaptés (87).

Une franche uniformisation des sessions semblent à mettre en place pour respecter le terme légal d' « éducation à la santé sexuelle » : cela nécessite une continuité et une régularité, pour un apprentissage complet du concept, via l'intervention de professionnel compétents, informés et formés, ayant la possibilité de suivre au fur et à mesure des années, l'évolution des adolescents et de leurs questionnements.

Pour finir, 18% des lycéens avaient des interrogations à la suite de ces sessions. Dans ce cas, on observe que les ressources auprès desquelles ils iraient poser leurs questions sont multiples.

En premier lieu, les « amis » (51.6%), les « parents ou tuteurs légaux » (43.7%) puis « internet et les lignes d'écoute » (37.4%). Le « médecin traitant » arrive alors en 4^{ème} position (33.2%) devant les « autres membres de la famille » à égalité avec les « CPEF » (28.9%), « l'infirmière scolaire » (17.9%), les « sages-femmes » (11.6%) et les « autres » personnes ressources (10.5%).

Mais par individualisation des sexes on observe que les « amis » et les « parents » sont prépondérants dans les réponses des filles (respectivement 61.2% et 50.5%), le « médecin » arrivant en 6^{ème} position (29.1%). Ces résultats sont à mettre en parallèle des résultats obtenus en 2013 dans les Hauts-de-Seine où le médecin traitant était cité en 7^{ème} position par les filles (24) après la structure scolaire notamment.

Et que pour les garçons, le « médecin traitant » se place comme 2^{ème} référent (38.4%) après les « amis » (40.7%) et devant les « parents » (36%), « internet et les lignes d'écoute » (33.7%) et les autres propositions.

Cet élément met de nouveau en lumière, l'intérêt que portent les sujets masculins de notre étude à une discussion avec leurs généralistes, qu'ils peuvent percevoir comme une source d'informations supplémentaires.

En outre, l'importance des amis et de la famille pour les deux sexes est non négligeable, il y a donc tout intérêt à tous les informer, que ce soit dans le milieu scolaire ou non et à inclure les parents dans cette éducation comme cela se fait déjà, nous l'avons vu, aux Pays-Bas (26).

Enfin, il semble important de noter la bonne place qu'occupe les CPEF que ce soit auprès des garçons ou des filles et que les sages-femmes sont évidemment plus citées par les filles mais également évoquées par quelques garçons.

Pour finir, en ce qui concerne les infirmiers(ères) scolaires cité(e)s par 17.9% des lycéens, elles pourraient voir ce pourcentage minimisé par le fait que cette profession, n'est pas représentée dans tous les lycées (dans le Nord Cotentin, six établissements sur treize en sont pourvus, soit 46.2%).

3/ Partie 2 du questionnaire : Relation Médecin-patient

Les adolescents déclarent pour 79.9% d'entre eux avoir confiance en leur médecin traitant avec une différence significative de sexe révélant que ce sont les garçons qui accordent le plus leur confiance à leur généraliste.

Pour ce qui est de l'opinion du praticien, 86.6% la considèrent comme importante. A cette question il n'y avait pas de différence significative de sexe.

Ainsi même si la confiance n'est pas acquise pour certains, les dires de leurs médecins peuvent être reçus et entendus.

Ces constatations s'ajoutent aux études antérieures qui relevaient que : si trois quarts des adolescents déclaraient ressentir une bonne compréhension de la part de leur praticien, un tiers avouaient ne pas avoir pu se confier et 30% à 45% estiment ne pas avoir réussi à dire tout ce qu'ils voulaient au cours de ces consultations (16).

Pour étayer ces résultats, il aurait pu être posé la question des causes du manque de confiance ou de l'absence de considération. Une étude qualitative sur le sujet pourrait, par exemple, nous apporter des réponses.

Lors des distributions certains professionnels éducatifs et médicaux ont souhaité nous exprimer la crainte des adolescents vis-à-vis de leur généraliste. Ils soulignent notamment la pudeur et les inquiétudes des adolescents d'aborder ce type de sujet avec leur médecin de famille.

En outre comme nous l'avons vu dans d'autres études : les jeunes et en particulier les filles se sentent gênées de discuter avec un médecin du sexe opposé, qu'elles connaissent trop ou pas assez (22). Or dans le Nord Cotentin, nous l'avons décrit précédemment (cf. contextuel p4), la démographie médicale est en majorité représentée par des hommes de plus de 40 ans. Cette notion pouvant être un frein pour les adolescentes et avoir l'effet contraire auprès des garçons voyant en quelques sortes en ces professionnels, des « figures d'autorité masculine », serait une piste d'étude à évaluer.

Autre élément souligné par les professionnels éducatifs mais également par une majorité des professionnels de santé: la situation de Zone d'Intervention Prioritaire dans laquelle se trouve la démographie médicale du Nord Cotentin (13,14).

Cela occasionnant des difficultés d'accès notamment aux médecins généralistes avec parfois, des délais d'attente et une impossibilité de choix du médecin, non compatibles avec la mise en place adaptée de ce lien de confiance tissé au fur et à mesure des consultations avec cette population dites « spontanée ».

En ce qui concerne le sujet de la contraception, seul 12.5% des lycéens de classe de seconde dans le Nord Cotentin ont déjà abordé ce sujet avec leur généraliste. Dont une nette majorité de filles : 116 adolescentes contre 22 adolescents.

Pour rappel dans une étude menée à Clermont-Ferrand (23), 50.54% des filles en classe de Terminale avaient discuté de la contraception avec leur généraliste, ce qui était déjà peu pour une tranche d'âge supérieure.

Ainsi, il peut-être supposé différentes explications : le sujet est abordé plus tardivement auprès des adolescents d'un point de vue national, les praticiens du Nord Cotentin travaillent moins ce thème que leurs homologues d'autres territoires français, ou encore le développement de structures ressources diverses et adaptées, dans la région, encouragent les jeunes à aller parler de ce sujet ailleurs que dans le cabinet de leur médecin.

A. Adolescents ayant déjà discuté contraception avec leur médecin traitant

Les 139 lycéens (22 garçons et 17 filles) ayant déjà abordé le sujet de la contraception avec leur généraliste ont, pour la plupart, accepté de répondre à la suite de notre questionnaire : taux de participation entre 98.6% et 99.3% selon les questions.

Pour la majorité d'entre eux, et en particulier les lycéens (50% contre 42.2% des lycéennes), ce sont eux-mêmes qui ont, en premier, initié la discussion autour de ce sujet.

Secondairement c'est le praticien pour les deux sexes qui a abordé la contraception : 22.7% pour les garçons et 30.2% pour les filles et enfin les parents pour les filles (25%).

Aucun sujet de sexe masculin n'a vu ce thème discuté par ses parents. Pourtant les parents assistent pour 78.7% d'entre eux à la consultation de leur enfant et accompagnent même d'avantage leurs garçons (16).

Il est intéressant de noter que pour les lycéennes dont les parents ont été les premiers demandeurs, elles sont proportionnellement plus nombreuses que dans la population générale à déclarer avoir déjà eu des rapports (cf. Annexe 18). Il peut alors être supposé que les parents abordent le sujet quand ils ont connaissance ou quand ils suspectent un début de vie sexuelle pour leurs filles mais pas pour leurs garçons, peut-être par crainte principale de la survenue d'une grossesse, plutôt que des autres risques éventuels.

Connaitre les idées et craintes parentales pourraient donc être intéressant dans un second temps d'où l'intérêt, lors de la présence des parents, de prendre un temps ensemble puis séparément pour qu'eux et leur enfant puissent individuellement s'exprimer. En effet, comme nous le citons précédemment : 34% des adolescents qui consultent avec leurs parents préféreraient être seul (20).

Ensuite, si 91% des médecins traitants aimeraient recevoir l'adolescent seul, seul 55% d'entre eux acceptent cette rencontre individuelle demandée par l'adolescent, quand les parents sont présents (21). Il ne s'agirait donc pas d'évincer les responsables légaux mais de les faire participer en leur faisant prendre conscience de la nécessité et de la capacité des adolescents à s'autonomiser (26).

Ces chiffres mettent également en lumière que si peu de lycéens ont déjà discuté contraception avec leur praticien, pour la plupart ce dialogue a été mis en place à leur demande et non sur proposition du corps médical.

Ainsi, les pratiques des professionnels de santé sont à remettre en cause : très peu abordent le sujet et attendent une demande explicite de la part des adolescents ou de leurs parents. Pourtant, en France, 83% des généralistes se jugent aptes à s'investir dans ce domaine (17), il serait intéressant d'évaluer ce paramètre dans le Nord Cotentin pour définir les freins et les obstacles qu'ils rencontrent.

Aussi, nous l'avons vu il est recommandé dans de multiples études d'élargir la discussion au-delà de la demande initiale (4,16,17,19), or si le sujet de la contraception semble lui-même difficile à aborder, ne serait ce qu'à partir d'autres, on peut se poser justement la question de ces « autres ».

Il semble donc important que les professionnels de santé se forment à ce type de discussion avec leurs jeunes patients (23) car il est certain que les situations de mal-être, violence, grossesse, IVG, découverte de MST, etc. sont plus complexes à prendre en charge que la prévention elle-même.

Pour ce qui est des sujets abordés par les généralistes avec leurs jeunes patients : des différences significatives entre les sexes sont mises en évidence pour tous les sujets cités dans notre questionnaire.

Ainsi si avec les filles les sujets les plus discutés sont : « les différents moyens de contraception » (68.1%), « les MST » (40.5%), « les modalités en cas d'oublis ou d'échec de contraception » (37.9%) et « l'utilisation du préservatif et ses intérêts » (31%). Avec les garçons on parle plutôt de : « les MST » (76.2%), « l'utilisation du préservatif et ses intérêts » (57.1%) et « les différents moyens de contraception » (42.9%).

Alors que le préservatif est la contraception la plus employée (7,37), il semble important de noter que son emploi n'est pas systématiquement discuté, même avec les garçons, et que les autres moyens de contraception ne le sont également pas, même avec les filles. De plus, les risques liés à la sexualité ne sont pas toujours détaillés : MST, modalités en cas de non ou mauvaise emploi des contraceptifs, etc.

Ensuite, comme le révélaient déjà d'autres études, la contraception d'urgence est peu abordée : 25.9% des filles et 28.6% des garçons en ont déjà discuté avec leurs praticiens. On en parlerait donc plus avec les garçons qu'avec les filles. Cela paraît surprenant puisque ce sont eux qui se déclarent moins bien informés. On peut supposer que les filles trouvent les informations ailleurs ou que celles fournies aux garçons ne sont pas bien comprises.

Et, nous l'avons vu précédemment, dans les Hauts de Seine, 13% des jeunes en classe de 3^{ème} et 4^{ème}, déclarent avoir reçu une information sur la contraception d'urgence par leur médecin (24) alors que en reprenant la population globale de notre étude : sur les 1112 adolescents interrogés seuls 36 (3.2%) ont évoqué cette médication avec leur généraliste.

En ce qui concerne les structures ressources le sujet est plus discuté avec les filles (15.5%) qu'avec les garçons (9.5%), renforçant l'idée qu'elles puissent trouver les informations ailleurs, même si cela reste anecdotique (20 adolescents en tout). Pour les lycéennes il a été plus discuté d'autres sujets (potentiellement ceux non abordés dans notre questionnaire) que de ces structures.

Mais, nous l'avons vu, les lycéens du Nord Cotentin, citent « Internet », les « CPEF », les « infirmiers (-ères) scolaires » et les « sages-femmes » comme professionnels de santé de référence et savent donc pour la plupart où se renseigner en dehors du cabinet médical.

Pour finir, les informations reçues lors de ces entretiens ont été jugées satisfaisantes par 89% des lycéens interrogés et non satisfaisantes par 6.6% d'entre eux.

Les médecins sauraient donc, en majorité, répondre aux interrogations des adolescents et leur discours aurait un impact sur la santé sexuelle de leur jeune patientèle.

En effet, de façon proportionnelle, les filles satisfaites du dialogue mis en place entre elles et leurs généralistes, sont plus nombreuses que dans la population générale à déclarer, avoir

eu l'impression d'avoir le choix de leur moyen de contraception, ne pas avoir utilisé de contraception d'urgence ou ne pas avoir été confronté à une grossesse (cf. Annexe 18).

Pour les non-satisfaits, il pourrait être intéressant d'en connaître les motifs et leurs attentes pour adapter le discours et permettre une vraie alliance thérapeutique et de confiance introduisant les consultations suivantes.

B. Adolescents n'ayant pas abordé le sujet de la contraception avec leur médecin traitant

Nous avons tout d'abord voulu connaître les raisons pour lesquelles la discussion ne s'était pas engagée pour 86.6% de nos sujets : 520 garçons (95.2%) et 440 filles (78.15%). D'autres études relevant, que 94% des adolescents estiment qu'il existe des obstacles à parler sexualité avec leur médecin (22), il semblait important de chercher à en définir les contours.

Pour les 909 sujets qui se sont exprimés sur ce sujet : les raisons principales évoquées sont « pas besoin » (53.7%), « l'occasion ne s'est pas présentée » (38.2%), « pas pensé » (36.2%) et dans une moindre mesure « trop intime, pudeur » (17.3%). Il est à noter que pour toutes ces réponses sauf « l'occasion ne s'est pas présentée », il existe une différence significative entre les sexes avec des garçons qui répondent plus que les filles « pas besoin », « pas pensé », et des filles exprimant plus que les garçons leur « pudeur ».

On peut rappeler ici que la démographie médicale du Nord Cotentin étant à majorité masculine (59%), la pudeur des jeunes filles pourrait en être majorée, prenant sa place de frein à la discussion.

Les raisons les moins citées sont :

- « peur de mettre les parents au courant » (9.57%) sans différence significative de sexe, motif qui semble peu important en comparaison des seuls 49.6% de sujets croyant en un respect du secret médical. Et résultat qui est superposable aux chiffres relevés dans d'autres études (24).

Il demeure un intérêt de rappeler aux adolescents la notion de secret médical (même si la crainte de non confidentialité comme raison majeure selon H.Boulestreau-Grasset (20) ne semble pas s'appliquer dans le Nord Cotentin), la possibilité d'anonymisation des prestations (selon les modalités définies dans le contextuel et dans l'Annexe 5 pour ce qui est des prescriptions et facturations) et de favoriser une consultation individuelle avec les jeunes patients.

- « honte, peur du jugement » (6.93%), sentiment qui pourrait aller de pair avec le fait que 15.6% des lycéens n'ont pas confiance en leur médecin mais qui également, correspond bien à cette population adolescente en pleine mutation, qui cherche ses repères dans cette « période de transition critique » au « rythme important de croissance et de changement » (2).

- « autres » (5.17%), cette catégorie pourrait avoir été sélectionné par des lycéens souhaitant exprimer comme dans certaines études : les caractéristiques physiques et relationnelles de leur médecin, que le sujet a déjà été abordé ailleurs, l'obstacle de la prise de rendez-vous et d'emploi de la carte vitale (22), etc.
- « prix de la consultation » cité par 0.55% des sujets, ne semble pas être un frein majeur a contrario d'autres études (22) mais même au cas par cas cette raison doit être prise en compte. Il faut rappeler aux jeunes filles la gratuité potentiellement applicable à certains actes et certaines médications (cf. contextuel p19-20). Nos résultats mettent en outre, en lumière, la nécessité d'intégrer les jeunes hommes dans ces dispositifs car sur les 5 sujets ayant évoqué ce motif, 3 sont des garçons.

Il est intéressant de remarquer que par l'étude des réponses des lycéens, certains schémas de réponse apparaissent : on retrouve par exemple l'association des réponses « peur de mettre les parents au courant » avec « honte, peur du jugement » et « l'occasion ne s'est pas présentée » avec « pas besoin ».

Ainsi, beaucoup d'adolescents n'échangent pas avec leur médecin sur le sujet de la contraception et ils ne sont que 51.3% à déclarer qu'ils iraient lui en parler s'ils avaient des questions et 50.2% à penser que c'est important d'aborder ce sujet avec lui.

Là encore une différence significative est mise en évidence : les garçons (respectivement pour ces deux items : 59% et 53.6%) plus que leurs homologues féminins, voient en leur généraliste une personne ressource. Cependant l'instauration systématique d'un dialogue, voir l'obligation de cette consultation proposée par certains (68), n'est pour le moment pas ancré dans leurs esprits.

Aussi, pour ceux qui ont précédemment évoqué comme motifs : « honte, peur du jugement », « peur de mettre les parents au courant » ou encore « trop intime, pudeur » on peut remarquer qu'ils sont proportionnellement plus nombreux que dans la population globale à déclarer qu'ils n'iraient pas lui en parler s'ils avaient des questions (cf. Annexe 18). On peut alors considérer que même si peu citées ces raisons sont des motivations plus fortes que les autres pour freiner l'initiative des adolescents. C'est alors aux professionnels de santé de prendre d'autant plus en main l'ouverture de ce dialogue.

Mais comme nous l'avons vu, ceux qui ont déjà parlé contraception avec leur médecin ont le plus souvent initié eux même la discussion et ceux qui ne se sont jamais entretenu avec leur praticien, n'envisagent pas pour 49.3% d'entre eux (principalement les garçons) que ce soit lui qui initie la conversation. 41.3% le souhaitent, ce qui est plus important que dans d'autres études où l'on retrouvait notamment des valeurs de 30% (24).

Ainsi, les lycéens aimeraient aborder le sujet avec leur médecin, professionnel qu'ils envisagent comme une personne pouvant répondre à leurs questions, et avec laquelle il leur semble important de discuter, quand ils ont des interrogations, sous entendu quand ils le souhaitent.

En ces constatations réside toute la difficulté de la relation médecin-patient et la phrase de P.Binder prend ici tout son sens : « cette rencontre quotidienne pour le médecin généraliste, est ponctuelle dans la vie de l'adolescent (...). Trop souvent, c'est un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais n'osent pas rentrer en relation ».

Là est tout l'intérêt comme certains le préconisent, d'ouvrir progressivement le dialogue, ne pas imposer le thème mais suggérer que tout peut être abordé de façon informative voir médical et qu'aucun sujet n'est tabou (8,17,26,40). Le but étant comme nous le décrivions dans la contextuel de délivrer une information qui fait réfléchir et grandir sans sur ou sous estimer leurs connaissances et capacité de compréhension.

C'est un modèle de pratiques professionnelles qu'il est nécessaire d'apprendre et de valoriser (24,26), car comme nous l'avons vu précédemment, peu de praticiens s'écartent du motif initial (16).

Pour finir, nous avons souhaité connaître les autres ressources employées par les adolescents n'ayant pas abordé le sujet avec leur praticien et seul 19.9% d'entre eux l'ont fait avec un autre professionnel de santé.

Ainsi, 78.9% des adolescents en classe de seconde dans le Nord Cotentin n'ont jamais discuté contraception avec un professionnel de santé, ils connaissent donc les ressources, comme nous l'avons vu précédemment, mais ne les emploient pas suffisamment.

Pour ceux qui l'ont fait : 43.9% se sont tourné vers « l'infirmière scolaire » (cité en premier par les garçons, 50%), 42.2% vers les « CPEF, PMI, maison des ados » (cité en premier par les filles, 40%), 29.4% « autres », 10.7% « les gynécologues » (en majorité les filles) et 9.63% « les sages-femmes ».

Sous le terme « autres », certains adolescents ont souhaité préciser sur leur questionnaire (réponses alors annulées) ou à l'oral, lors de la distribution ou secondairement, ce qu'ils mettaient sous ce terme : psychologue (cité deux fois), psychiatre, neurologue et infirmière libérale notamment.

Aussi comme nous l'avons vu précédemment, le rôle des infirmiers (-ières) scolaires semble à souligner : ils sont, nous l'avons vu, absents dans certains établissement malgré l'importance de la profession (cf. contextuel) que relèvent ces chiffres.

Les structures telles que les CPEF, PMI et Mado sont également visitées par les adolescents en quête d'informations et il semblerait nécessaire d'en accroître d'avantage le travail et les actions pour une majoration de leur emploi par les jeunes : développement de nouveaux centres, majoration des horaires d'ouvertures, formation de plus de personnel, augmentation du recours notamment pour les garçons et les parents, etc.

4/ Partie 3 du questionnaire : Santé sexuelle

Dans notre étude, 27.2% des adolescents ont déjà eu des rapports sexuels, majoritairement des garçons (32% des lycéens et 22.4% des lycéennes). Pour rappel, 87% des sujets de l'étude ont entre 15 et 18 ans et 10.9% entre 13 et 15 ans ce qui pourrait faire correspondre ces chiffres avec les âges médians relevés par le Baromètre Santé de 2010 (33) pour le premier rapport : 17.4 ans pour les hommes et 17.6 ans pour les femmes.

Ici, 16.5% des 13-15 ans ont déclaré avoir déjà eu des rapports, 27.5% des 14-18 ans et 50% des plus de 18 ans.

Pour cette question, certains lycéens nous ont demandé lors de la distribution ce que nous entendions par « rapports sexuels ». Le terme n'a effectivement pas été explicité par des exemples dans l'intitulé même de la question. Or, nous l'avons vu précédemment (4,41,42), certaines pratiques ne sont pas considérées par les adolescents comme des rapports sexuels à proprement parlé : rapports oro-génitaux hétéro ou homosexuels, fellation, masturbation, pénétration anale, etc.

Le listing de ces pratiques aurait peut-être pu permettre d'obtenir un taux de réponse plus représentatif de la réalité.

A. Considérant les adolescents déclarant avoir déjà eu des rapports (298 individus)

Seul 80.5% des lycéens utilisent systématiquement un moyen contraceptif avec leur partenaire, soit 79.1% des garçons et 82.4% des filles sexuellement actifs.

16.8% n'en utilisent pas systématiquement, dont une majorité de garçons (64%).

Or, c'est pour cette population masculine que le dialogue est moins mis en place, et que le coût des différents dispositifs et consultations semble plus être un frein. Il est probable que si le thème était plus abordé avec eux et la gratuité appliquée au même titre que les filles, ils utiliseraient plus systématiquement une méthode contraceptive.

Cette non-utilisation systématique pour 1/6^{ème} de la population lycéenne pose un problème de Santé Publique qui peut se corréliser aux 24% de jeunes déclarant ne pas avoir peur du SIDA/VIH (44) et aux problèmes de méconnaissances des autres MST et de la physiologie même de la reproduction.

Pour rappel :

- En classe de troisième, 2/3 des jeunes filles pensent que le premier rapport ne peut pas être fécondant, 3/4 pensent qu'il est impossible d'être fécondé pendant les règles (40).
- 11.6% des collégiens pensent qu'une pénétration courte sans préservatif n'est pas dangereuse (45)
- 17% pensent que la prise d'une pilule contraceptive d'urgence est un des moyens pour empêcher la transmission du VIH (chiffre diffusé lors de la 22^{ème} édition du Sidaction en 2016).

Elle pourrait faire suite également aux différentes controverses et idées fausses concernant les pilules. Il a effectivement été repéré une diminution significative de l'emploi de la pilule (60% à 52% entre 2010 et 2016) suite aux polémiques des dernières années (38), et 1/3 des 15-20 ans pensent, aujourd'hui encore, que la pilule peut rendre stérile (42), 24% qu'elle fait systématiquement grossir (43).

En ce qui concerne le type de contraception employé par les lycéens : l'emploi du préservatif seul (44.3%) ou avec un autre moyen de contraception (avec pilule, 38.3%, avec implant, 1.52%, avec patch, 1.14%) reste majoritaire : 85.3% des lycéens l'emploient lors de leurs rapports sexuels.

L'utilisation de la pilule, représente le deuxième moyen de contraception puisqu'il concerne 50.4% des adolescents avec 12.1% d'entre eux qui emploient cette méthode seule.

En considérant uniquement la population féminine, on observe une utilisation du préservatif à hauteur de 77.41% et de la pilule de 65.2%.

Ainsi, par rapport aux chiffres donnés par le Baromètre Santé de 2016 pour les femmes de 15-19 ans (38) , dans le Nord Cotentin entre 2017 et 2018, les élèves de seconde ayant déjà eu des rapports, utilisent un peu plus la pilule que dans la population française (65.2% contre 60.4%) et bien plus le préservatif (77.41% contre 45.6%). Il est cependant à noter que n'est pas proposé dans le Baromètre Santé d'autres emplois du préservatif que seul ou avec pilule.

Il est nécessaire de repérer dans notre étude, les différences significatives de sexe pour les réponses « pilule » et « préservatif », on peut se poser la question de la bonne compréhension des adolescents de répondre à cette question par leur méthode de contraception de couple ou la plus fréquemment utilisée lors de leur rapport avec leur(s) partenaire(s). Ces notions peuvent cependant être difficile à appréhender dans une population où le profil de monogamie en série (4) prédomine.

Dans leur analyse, ces chiffres de modèle contraceptif des adolescents dans le Nord Cotentin, pourraient paraître rassurants cependant ils mettent en lumière qu'au moins 15.3% des lycéens ne citent pas le préservatif comme moyen de contraception pourtant seul protecteur vis-à-vis des MST. Et l'idée d'une double contraception proposée notamment pas

Le Pr Nisand (40), n'est à ce jour pas complétement intégrée dans « cette population fertile » : cela concerne 48.7% des adolescents de notre étude. On sait pourtant que 18% des grossesses et demandes d'IVG surviennent lors d'échecs de préservatifs et que 10% des adolescents qui l'utilisent ont eu un problème avec (39).

Pour ce qui est des autres moyens de contraception : 2.66% citent l'implant, dont l'emploi se développe ces dernières années mais qui semble l'être dans une moindre mesure dans le Nord Cotentin, et 1.14% citent le patch ce qui semble, superposable aux chiffres de la population française (38).

Aucun sujet n'a cité le stérilet et l'anneau, qui sont également peu utilisés par les femmes de 15-19 ans en 2016, toujours selon le Baromètre Santé de 2016 (38).

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cela :

- Le manque de connaissance anatomique des jeunes femmes et leur pudeur à utiliser ces méthodes dans des parties de leur corps qu'elles découvrent à peine. L'emploi des DIU est pour étayer cette hypothèse en croissance chez les 20-24 ans (38).
- L'inquiétude vis-à-vis de l'examen gynécologique qui ne doit pas être systématique lors de la première consultation de contraception et dont il est nécessaire d'expliquer les modalités aux adolescentes (26). Egalement, la peur de la douleur pour la pose d'un DIU. Avec surajouté à cela, les notions ancrées dans les mœurs de risque de stérilité et d'impossibilité de pose chez les nullipares.
- La difficulté d'accès à des praticiens sachant mettre en place les DIU, d'autant plus pour les nullipares.
- Le non remboursement pour le dispositif d'anneau vaginal (70). Ce dernier motif peut également concerner le patch contraceptif nous l'avons dit également peu employé.

Dans le cas du non emploi de méthode contraceptive, les causes sont multiples et la plus citée par les adolescents est « autre » (35.9%), ce qui ne permet pas de répondre aux interrogations. Secondairement, les réponses données sont : « n'en a pas l'utilité » à égalité avec « ne veut pas en utiliser » (17.9%), le « coût » n'est cité que par 7.7% des adolescents mais est évoqué comme obstacle.

A noter qu'aucun n'a répondu « je ne sais pas ou m'en procurer » comme justification, l'information sur les structures délivrantes que nous avons vu peu dispensé par les généralistes (1.6%) trouve donc sa place ailleurs. Probablement via les sessions d'éducation à la santé sexuelle dispensées en milieu scolaire.

Le faible taux de répondant (taux de participation de 78% soit 39 sujets) peut laisser supposer une envie de maintien du secret par les adolescents des raisons de la non-

utilisation d'une méthode contraceptive. La prédominance de la réponse « autre » pourrait aussi s'interpréter dans ce sens.

Il n'est pas retrouvé de différence significative entre les sexes pour cette question. Cependant il est intéressant d'observer que le coût n'est pas cité par les filles : le principe d'accès à différents modes de contraception (25,70) semblerait donc bien entendu pour elles, mais le coût se pose comme obstacle pour leurs homologues masculins, ceux-là même qui nous l'avons déjà dit, emploient moins systématiquement une méthode contraceptive.

B. Considérant les adolescents déclarant ne jamais avoir eu de rapports (734 individus)

91.1% d'entre eux pensent utiliser un contraceptif lors de leur premier rapport, principalement les filles et 1.3% ne pensent pas, principalement des garçons. Aussi 7.6% ne se sont pas exprimés ce qui peut faire supposer un doute sur leur souhait.

Or, nous l'avons vu, dans une autre étude, 14.3% des adolescents n'avaient pas protégé leurs premiers rapports (36), ce qui peut faire supposer que même s'ils en ont l'intention, lors de leur premier rapport ils ne disposent pas de la méthode contraceptive bien qu'ils sachent pour la plupart où se la procurer.

Cela est à mettre en parallèle des constatations faites par J.Ried dans sa thèse : 13.4% des adolescents ont avoué qu'ils ne se sentaient pas prêts lors de leur première fois et 21.3% d'entre eux auraient préférés que ce premier rapport ait lieu plus tard (7). Ceci explicite l'affirmation de « spontanéité et impulsivité des relations sexuelles » : même s'ils ont l'intention d'employer une méthode, l'excitation du premier rapport peu en éluder les intérêts.

C. Choix de la méthode contraceptive selon le coût

Comme nous l'évoquions précédemment, les filles n'utilisant pas de méthode contraceptive pendant leurs rapports, ne citent pas le coût du produit comme un frein.

Cependant, 10 lycéennes et 16 lycéens utilisant ces produits à des fins anti-fécondantes ou non, expriment avoir fait leur choix selon le tarif du moyen contraceptif.

Nous l'avons vu précédemment, 12% des garçons évoquaient un problème de coût du dispositif freinant leur utilisation, et cette question confirme cette tendance avec : 10.4% qui déclarent avoir été guidés par le prix, contre 8.5% des filles.

Ainsi, certains adolescents ou couples se voient contraints de choisir une contraception selon le tarif appliqué à telle ou telle méthode, ce qui ne devrait plus être le cas en 2018 ; et ce notamment au vu des rapports, celui du Pr Nisand de 2006 (40) ou de la députée B.Poletti

de 2010 (43) par exemple , valorisant le préventif plutôt que le curatif, que ce soit d'un point de vu médical ou budgétaire.

Pour finir, un lien de probabilité est ici à signaler : les adolescents ayant discuté contraception avec leur médecin traitant sont proportionnellement plus nombreux que dans la population générale à ne pas avoir été guidé par le prix (cf. Annexe 18). Les méthodes potentiellement remboursables sont donc bien envisagées par les généralistes.

D. Considérant la population féminine de l'étude

Outre le coût qui, nous l'avons vu a guidé la décision de 10 lycéennes, 157 lycéennes se sont exprimées sur leur choix de moyen de contraception : seules 58.6% d'entre elles ont réellement eu l'impression d'avoir la possibilité de choisir leur méthode contraceptive.

Cela pose la question du discours tenus par les professionnels de santé lors de leurs prescriptions.

Pour rappel, il est recommandé par l'HAS (25), et cela prend toute sa place dans la méthode BERGER (62,71), d'indiquer à l'adolescente les différentes possibilités contraceptives qui s'offrent à elle, dans le respect des contre-indications des produits, et que le choix final lui appartient à elle seule.

Il existe ici aussi un lien de probabilité : les adolescentes déclarant avoir discuté contraception avec leur praticien sont proportionnellement plus nombreuses que dans la population générale à avoir eu l'impression d'avoir le choix de leur méthode contraceptive (cf. Annexe 18).

Ensuite, selon notre étude, 27.2% des adolescentes ayant déjà eu au moins un rapport, ont déjà utilisé une contraception d'urgence, ce qui semble plus important que les chiffres donnés par l'INPES (33) : entre 2005 et 2010, il est observé une croissance de la consommation de cette contraception d'exception de 9% à 11% chez les 15-29 ans, avec secondairement une stabilisation de cette consommation puis une décroissance à partir de 2013.

Il peut être supposé :

- une majoration de la consommation après la stabilisation observée en 2013
- que les jeunes filles du Nord Cotentin soient plus utilisatrices que le reste de la France, parce que plus informées des modalités de prise de cette contraception ou parce qu'elles ont plus de comportements à risque
- les plus jeunes femmes soient plus consommatrices que les 20-29 ans questionnées par l'INPES.

En outre, 6 adolescentes vont déclarer avoir déjà été confrontées à une grossesse. Pour l'une d'entre elles on ne connaît ni les raisons, ni les suites données.

Pour les 5 autres ayant toutes entre 15 et 18 ans :

- cela faisait suite à un « oubli de contraception » pour deux d'entre elles, elles ont toutes les deux eu recours à une IVG, elles en ont discuté avec leur médecin : l'une l'a consulté lors de la découverte de la grossesse et lors de l'IVG, l'autre seulement au moment de l'interruption, et ont par la suite toutes les deux changé de contraception
- cela faisait suite à une « bonne utilisation de contraception » pour deux autres jeunes filles, elles ont toutes les deux eu recours à une IVG, ce sujet et celui de la grossesse n'ont pas été discutés avec leur généraliste, aucune des deux n'a changé de contraception par la suite. Il peut être supposé voir espéré que l'utilisation de leur méthode a été réévaluée lors de la demande d'interruption, et par la suite
- Pour la dernière, la grossesse faisait suite à une absence de contraception, elle n'en a pas discuté avec son médecin, la grossesse a été menée à terme et secondairement un changement de contraception a été effectué au cours du postpartum.

Au vu des chiffres obtenus auprès du CHPC de Cherbourg (seule maternité du Nord Cotentin) et de l'ARS (cf. Annexes 19A et 19B), détaillés dans le contextuel p.26, on peut observer que les lycéennes de seconde rencontrées sont peu nombreuses à déclarer une grossesse avec IVG ou non, par rapport aux chiffres officiels.

Il est possible que ce soit le biais de sélection qui s'exprime (risque de déscolarisation lors de la survenue d'une grossesse chez une mineure) ou que le fait d'interroger des élèves de seconde ne permet d'accéder qu'à une population plutôt jeune (probablement en majorité autour de 16 ans qui auraient ainsi été confronté à ces situations à leurs âges de 14, 15 ou 16 ans, âges non majoritaires dans les statistiques officielles).

5/ Finalités de l'étude

Initialement nous souhaitions mettre en lumière les demandes et attentes des adolescents qu'ils soient filles ou garçons en matière de Consultation de Contraception et Prévention chez leurs médecins généralistes.

Si les recommandations HAS sont claires en ce qui concerne la contraception des filles, celles des garçons et la santé sexuelle en elle-même ne sont pas clairement établies ce qui peut occasionner nous le voyons dans notre étude une hétérogénéité de la prise en charge de ces jeunes patients.

Or, les pratiques professionnelles et le retour d'expériences des médecins sont souvent questionnés alors qu'il existe peu de thèse ayant souhaité connaître le point de vu des adolescents sur cette consultation, certes mise en place récemment (1^{er} novembre 2017), pour en définir avec eux, les premiers concernés, les tenants et aboutissants.

Il aurait pu être proposé une étude qualitative pour connaître les attentes des adolescents mais débiter avec un questionnaire et donc une étude quantitative permet d'élaborer des hypothèses qui seraient à étayer ou non par la suite du point de vu du relationnel et du ressentiment.

Ainsi il a pu être abordé les connaissances dont disposent les adolescents, leur point de vu global et celui plus spécifique de leur relation de patient à médecin, et succinctement leur vie sexuelle pour en définir les contours et potentiellement susciter dans leurs esprits l'idée qu'avec le généraliste, « on peut parler de tout ».

Il n'a pas été étudié en détails les caractéristiques de la santé sexuelle des adolescents notamment pour ce qui est des risques cités dans le contextuel (pornographie, cybersexualité, violence, etc.), tout comme nous n'avons pas abordé les questions de bien-être, d'addiction, d'orientation sexuelle par exemple dans le but de ne pas alourdir notre étude et/ou de l'exposer à un refus de participation des établissements, au risque de ne pas cerner toutes les dimensions du sujet de santé sexuelle. D'autres études sont donc à envisager sur ces sujets pour prendre en considération tous les aspects de ce thème dans la région Nord Cotentin.

Connaître les attentes des adolescents doit permettre aux professionnels de se questionner et d'améliorer leurs pratiques en les adaptant aux besoins de leur patientèle. Les mœurs, la sexualité, les risques, les pratiques, la médecine, tout est en perpétuelle évolution et c'est en parti le rôle des médecins d'accompagner dans ces changements cette population particulière lors de ce « passage » (3), cette période de transition sous l'influence du contexte socioculturel.

Outre les demandes, les praticiens doivent connaître et identifier ce que leurs jeunes patients définissent comme des freins et des obstacles à l'abord du sujet avec eux. Ainsi ils peuvent être anticipés, par information et mise en place d'un vrai lien de confiance, dans l'optique d'une démarche plus préventive prenant la première place devant le curatif.

Il pourrait être intéressant, au vu des constatations faites dans notre étude, de créer un support, flyers par exemple, à destination des adolescents et des professionnels (pour que eux-mêmes les informent, puisque leurs patients ne sont pas toujours demandeurs de documentation).

L'intérêt serait de faire un rappel sur le rôle de personne ressource que peuvent avoir les généralistes pour tous les sujets inhérents à la santé, notamment la santé sexuelle, et le bien-être des jeunes. Mais également de promouvoir la Consultation de Contraception et Prévention en détaillant les différentes modalités de facturation avec le principe de gratuité pour les adolescentes de 15 à 18 ans, la possibilité d'anonymisation avec un bref rappel du principe de secret médical et enfin les structures ressources présentent dans le Nord Cotentin.

Ce document pourrait potentiellement être mis en place et distribué en partenariat avec l'IREPS (Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé) Basse Normandie, l'antenne de la Manche se trouvant à Cherbourg.

Du point de vu gouvernemental, il semble nécessaire au vu de notre étude d'élargir les CCP aux garçons qui souhaitent prendre leur place dans le champ de la contraception, d'élargir la catégorie d'âge, et ne pas lier cette consultation à tel ou tel état de vie sexuelle.

Du point de vu des modalités de l'étude, il est apparu intéressant au cours de l'évolution du projet d'inclure ce travail au sein des sessions d'éducation à la santé sexuelle pour plusieurs raisons :

Interroger les adolescents venant en consultation, que ce soit chez le généraliste, au CPEF, chez la sage-femme etc., aurait occasionné un plus grand biais de sélection. N'aurait été inclus dans l'étude que les adolescents consultant ces ressources. Le sujet de la sexualité restant un thème délicat à aborder avec les professionnels de santé pour certains jeunes patients, surajouter à cela un questionnaire de trois pages aurait pu paraître malvenu. Cependant connaître le ressenti des adolescents à la sortie de leur CCP en cabinet de médecine générale, serait une question intéressante.

Le milieu scolaire permettait un plus large accès aux jeunes et de faire le point sur l'état de l'éducation à la santé sexuelle en France, de leur point de vu, puisqu'ils sont les premiers concernés.

Cela a également permis d'échanger avec certains référents éducatifs et de recueillir leurs impressions, leurs demandes, leurs interrogations et les problèmes auxquels ils sont confrontés. Cela a été particulièrement informatif dans les lycées ne disposant pas d'infirmier scolaire.

Pour ces établissements, l'éducation à la santé sexuelle était difficile à mettre en place voir impossible sans intervention extérieure. Ils ne savaient également pas toujours comment réagir face aux risques inhérents à la sexualité de leurs élèves : difficultés de prise en charge médicale, difficultés d'orientation vers un professionnel lié aux déserts médicaux et à la méconnaissance des structures ressources notamment, etc.

Et les infirmiers (-ières) scolaires eux aussi se retrouvaient confrontés à une multiplication considérable de leurs missions laissant parfois peu de place à l'organisation de session d'éducation à la santé sexuelle, qui dans ce cas était déléguées aux intervenants extérieurs.

Il a aussi été possible dans certains établissements, d'échanger avec les lycéens sur leurs ressentis vis-à-vis des sessions et du questionnaire en lui-même ou même sur le travail de médecin généraliste, sur la contraception, les orientations sexuelles, la cybersexualité, le rapport à l'autre, etc.

Un retour de ce travail semble à faire auprès de ces équipes pour mettre en place quelques pistes de réflexion. Tous ces échanges ayant montré une partie des intérêts qu'il y aurait à ce qu'un médecin, autre que le médecin scolaire, intervienne au cours de sessions mais aussi en soutien aux équipes éducatives pour de multiples sujets de santé.

CONCLUSION

Apprendre à connaître les adolescents, leur avis, ressentis, attentes et inquiétudes pour nous permettre en tant que professionnels de les accompagner vers une vie sexuelle autonome en garantissant pour eux et leurs pairs une bonne santé sexuelle constituent l'intérêt même de ce travail.

Dans le but d'obtenir les avis du plus grand nombre nous avons réalisé une étude quantitative au sein des établissements scolaires. Ce choix d'inclure dans notre travail, la dimension éducative nous a également permis de faire le point sur le respect des obligations gouvernementales en matière d'éducation à la santé sexuelle.

Enfin, le choix d'une région déficitaire en médecins mais cherchant à développer différentes structures et sources d'informations nous a permis d'évaluer le recours à ces ressources par les adolescents.

L'enquête a ainsi pu mettre en évidence que les adolescents sont demandeurs de consultations dédiées à leurs questions, d'environ vingt minutes et répétées.

Ils se sentent concernés par le sujet de la contraception et souhaitent pour la plupart s'impliquer avec leur(s) partenaire(s) dans cette discussion.

Ceci pouvant en partie expliquer la satisfaction qu'ils ressentent vis-à-vis des informations à la santé sexuelle dispensées en milieu scolaire. Ces sessions restent cependant non- universelles, hétérogènes et ponctuelles, ne permettant pas dans l'état actuel d'employer le terme d'éducation à la santé sexuelle.

Pour ce qui est des figures ressources identifiées, les premières restent l'entourage proche (amis, famille) et internet, même si pour les garçons, le médecin se place plus que les filles comme un acteur central de cette santé sexuelle.

Malgré tout, peu d'adolescents ont déjà discuté contraception avec leur généraliste ou avec un autre professionnel de santé. Ceux qui l'ont fait en sont satisfaits et ont le plus souvent abordé le sujet d'eux-mêmes.

La variabilité de dialogue à l'école comme au cabinet peut alors expliquer que certaines connaissances soient incomplètes (contraception d'urgence, MST, méthodes contraceptives, IVG, etc.).

Pour ce qui est des jeunes n'ayant pas discuté contraception avec leur généraliste les raisons sont multiples et la notion de secret médical bien que non acquise pour tous, ne se pose pas comme frein principal.

Ce « rendez-vous manqué », les garçons plus que les filles envisagent de le rattraper, que se soit par leur initiative ou celle du professionnel.

Malgré tout certains trouvent les informations ailleurs, principalement auprès des infirmiers (-ières) scolaires ou des centre CPEF, PMI, Mado.

Concernant la santé sexuelle des sujets de l'étude, nous avons observé des normes contraceptives similaires à celles de la population générale. Une majorité de lycéens ont déclaré prévoir d'utiliser une contraception dès leur premier rapport. Cependant, pour ceux qui avaient déjà démarré leur vie sexuelle, l'emploi n'est pas systématique. Les raisons restent peu explicites : choix, préférence, coût ou autre...

Pour finir, des propositions pourraient être formulées à la suite de ce travail :

- Etendre les modalités d'accès au dispositif de la CCP en incluant les garçons, en élargissant la tranche d'âge et en permettant une seconde consultation selon les mêmes modalités.
- Informer les adolescents et leurs parents que ce soit en milieu scolaire ou chez les professionnels de santé du principe de secret médical
- Informer les professionnels de santé de la nécessité d'élargir le dialogue pour une mise en place plus systématique du principe « d'un thème pour tous les autres ».
- Promouvoir la formation des professionnels vis-à-vis des freins et obstacles rencontrés par leurs jeunes patients et l'abord de certaines problématiques de santé publique : cybersexualité, violence, etc.
- Création d'un outil ou d'un support permettant la mise en place d'un lien pour et entre professionnels et adolescents
- Homogénéiser et organiser l'éducation à la santé sexuelle pour une information progressive et complète en formant des professionnels dédiés à cette tâche et en incluant les parents dans ce processus d'autonomisation de leurs enfants.
- Promouvoir les structures ressources en dehors des zones urbaines pour en développer l'accès en milieu rural.

BIBLIOGRAPHIE

1. Encyclopédie Larousse . Adolescence [Internet]. Dictionnaire de français Larousse. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur:
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 5 avr 2018]. Disponible sur:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
3. BRISON JL, MORO MR. Mission Bien-être et santé des jeunes. Rapport du Ministère des affaires sociales et de la santé nov 2016. Disponible sur
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/164000747/index.shtml>
4. ALVIN P. D.MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2^{ème} édition Elsevier Masson,2005 (Pour le praticien).
5. LAKE A. L'adolescence: l'âge de tous les possibles. La Situation des Enfants Dans le Monde en 2011. UNICEF 2011;
6. SAWYER SM, AZZOPARDI PS, WICKREMARATHNE D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 1 mars 2018;2(3):223-8.
7. RIED Johanne. Questions de sexualité : résultats d'une enquête menée auprès de 240 adolescents de l'agglomération caennaise. Thèse d'exercice : Médecine : Caen Basse Normandie; 2010.
8. GALLOIS P, VALLEE J-P, NOC YL. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. Médecine. 1 mars 2010;6(3):111-7.
9. CANU B. Les moulins du Clos du Cotentin : contribution à l'étude d'un facteur et indicateur de l'évolution du territoire et de ses contingences naturelles et anthropiques. Situ Rev Patrim [Internet]. 2006 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur:
<http://journals.openedition.org/insitu/2578>
10. NEDELEC Y. Qu'est ce que le Cotentin ? Le Cotentin. Manche Tourisme; 1977. p. 51-62.
11. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. Insee; 2016 déc. (Recensement de la population).
12. RAULT JF. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en Région Basse-Normandie Situation en 2015. 4^{ème} Edition bi-annuelle des Atlas régionaux de la démographie médicale, le Conseil national de l'Ordre des médecins.
13. Arrêté du 13 novembre 2017 La méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

14. Arrêté du 29.12.2017 Le zonage des médecins [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-04/FAQ%20ZONAGE%20MEDECIN_1.pdf
15. SOMMELET D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011-9.
16. BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 2005;5.
17. GALLAIS JL, MALOULI A. Contraceptions des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale. Société Française de Médecine Générale. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes. 9 déc 2010.
18. POIRIER Maud. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? A partir d'un focus group de médecins généralistes. Thèse d'exercice : Médecine : Faculté de Médecine Nantes; 2010.
19. BINDER P. CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. La revue du Praticien Médecine Générale, 21 nov 2005; 19(710/711):7.
20. BOULESTREAU-GRASSET Hélène. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Internet]. Thèse d'exercice : Médecine : Université de Nantes; 2009 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-2-theseboulestreau.pdf
21. LACOTTE-MARLY Elodie. Les jeunes et leur médecin traitant: pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse d'exercice: Médecine: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2004.
22. POTEY Merra, TORRES Johanna. 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 d'exercice : Médecine/ Faculté de Médecine de Grenoble.
23. BERNARD P. LARTIGUE S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009;20(86):41.
24. HAMI Zina. Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention. Enquête auprès de 498 adolescents de 4e et de 3e des Hauts de Seine. Thèse d'exercice : Médecine : Faculté de Médecine Bobigny: PARIS 13; 2013.
25. Haute autorité de Santé. Contraception chez l'adolescente [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf [cité 1 mai 2018]

26. NISAND I. LETOMBE B. MARINOPOULOS S. Et si on parlait de sexe à nos ados? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes femmes. Edition Odile Jacob, fév 2012.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Secret professionnel, article 4 [Internet]. 2016 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913>
28. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
30. Code de la santé publique - Article R4127-4. Code de la santé publique.
31. Code pénal - Article 226-13. Code pénal.
32. Code pénal - Article 226-14. Code pénal.
33. BECK F, RICHARD J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
34. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 23 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
35. VIEL H. L'implication des hommes dans la contraception [Internet]. Université de Caen, Ecole de Sages-femmes; 2015 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329557/document>
36. NAVES MC. SAUNERON S. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. La note d'analyse n°226. Juin 2011 [cité 8 déc 2016]; Disponible sur: <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-06-09-contraception-na226.pdf>
37. BAJOS N, BOHET A, GUEN ML, MOREAU C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Institut National d'études démographiques, Population et Sociétés n° 492, septembre 2012.
38. Baromètre santé 2016 - Contraception. 2016;8.
39. SUIVRE C. La contraception de l'adolescent: enquête de pratique auprès de 98 adolescents de 14 à 18 ans. Thèse d'exercice: Médecine: Université de Caen. UFR de médecine; 2002.
40. NISAND I. TOULEMON L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille; déc 2006.

41. DELMOTTE SOPHIE. Le sexting chez les adolescents : modalités, conséquences, rapports avec la pornographie et leur sexualité. Etude prospective chez 337 adolescents de 13 à 17 ans dans le Nord de la France. Th7se d'exercice: Médecine: Faculté de Médecine Lille 2 Droit et Santé; 2016 [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/21_AVRIL_2016_DELMOTTE_SOPHIE.pdf
42. NOVES Valérie. Sexualité et Contraception : le point de vue des Adolescents Étude qualitative auprès de Collégiens et de Lycéens en Région Toulousaine Thèse d'exercice: Médecine: Université Toulouse III – Paul SABATIER; 2012 [cité 6 avr 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/123/1/2013TOU31094.pdf>
43. POLETTI B. Rapport d'information de Mme Bérengère Poletti déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures [Internet]. Assemblée Nationale; 2011 mai [cité 6 févr 2017]. Report No.: N° 3444. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i3444.asp>
44. BENNIA-BOURAI S. ASSELIN I. M. VALLEE M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). Recherche en soins primaires Revue Médecine, févr 2006;2(2):84.
45. RAGINEL Thibault. L'éducation à la sexualité chez les adolescents en milieu rural: état des lieux et place des médecins généralistes dans le Bocage Virois Thèse d'exercice: Médecine: Université de Caen. UFR de médecine; 2012.
46. JACQUIN P. Sexualité de l'adolescent. Identité, Normalité... Comment en parler. La Rev Prat Médecine Générale. 29 déc 2010;24(851):839.
47. Viols et agressions sexuelles en France, enquête 2015. Prescrire Rev. mars 2018;38(413):224-6.
48. BOUSQUET D. LAURENT F. COLLET M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. [Internet]. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin [cité 19 févr 2018]. Report No.: 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf>
49. Qu'est-ce qu'une Lolita ? [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/quest-ce-quune-lolita-6777>
50. ASSELIN I, ROUSSEAU M. Santé sexuelle et cybersexualité chez les adolescents, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 6 déc 2017.
51. LACHANCE J. LEROUX Y. LIMARE S. Selfies d'ados [Internet]. Hermann. 2017 [cité 8 mai 2018]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/23310>
52. Amendement n°841 concernant la République Numérique. Assemblée Nationale. [Internet]. janv 16, 2016. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3399/AN/841.asp>

53. MARZANO M. ROZIER C. Alice au pays du porno, ados : leurs nouveaux imaginaires. Editions Ramsay Questions de Familles, janv. 2005.
54. BONNET G. Défi à la pudeur Quand la pornographie devient l'initiation sexuelle des jeunes. Albin Michel [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.albin-michel.fr/ouvrages/defi-a-la-pudeur-9782226136732>
55. REYNIÉ D. Porno Addiction. Nouvel enjeu de société. Fondation pour l'innovation politique, fondapol.org; 2017 mars [cité 3 févr 2018]. [Internet] Disponible sur: http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/2017/03/101-PornoADDICTION-2017-03-23_A_web.pdf
56. BRUNISSEN N. Streaming illégal : le loisir privilégié des enfants ! [Internet]. Ma Famille Zen. 2017 [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.mafamillezen.com/streaming-illegal-le-loisir-privilgie-des-enfants/>
57. GIRAUD F. POULIN R., Sexualisation précoce et pornographie. Lectures [Internet]. 25 déc 2009 [cité 24 avr 2018]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/861>
58. PETER J, VALKENBURG PM. Adolescents' Exposure to a Sexualized Media Environment and Their Notions of Women as Sex Objects. Sex Roles. 6 mars 2007;56(5-6):381-95.
59. Code pénal - Article 227-24. Code pénal.
60. La pornographie. Que dit la loi ? [Internet]. [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/que-dit-la-loi1271-5139>
61. L'école des parents. La sexualité des ados à l'ère d'Internet. mars 2018;(626):31-60.
62. EURIN G. La première prescription de contraception en Médecine Générale. Caractéristiques de la consultation de primo prescription de contraception. Enquête auprès des médecins généralistes du Nord. Thèse d'exercice: Médecine: Faculté de Médecine H.Warembourg du Droit et de la Santé - Lille 2; 2012.
63. RACCAH-TEBEKA B. PLU-BUREAU G. La contraception en pratique. De la situation clinique à la prescription. Elsevier Masson; 2013. 272 p.
64. La consultation de 1ère contraception-prévention [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <http://nomenclature-medecin-generaliste.freesite.host/index.php/astuces-de-nomenclature/41-la-consultation-de-1ere-contraception#conditions-de-cotation>
65. Contraception, Assurance Maladie [Internet]. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
66. BONNET CHASLES Clémence. La connaissance des adolescents sur la campagne « choisir sa contraception » et les nouveaux moyens contraceptifs : enquête réalisée auprès de

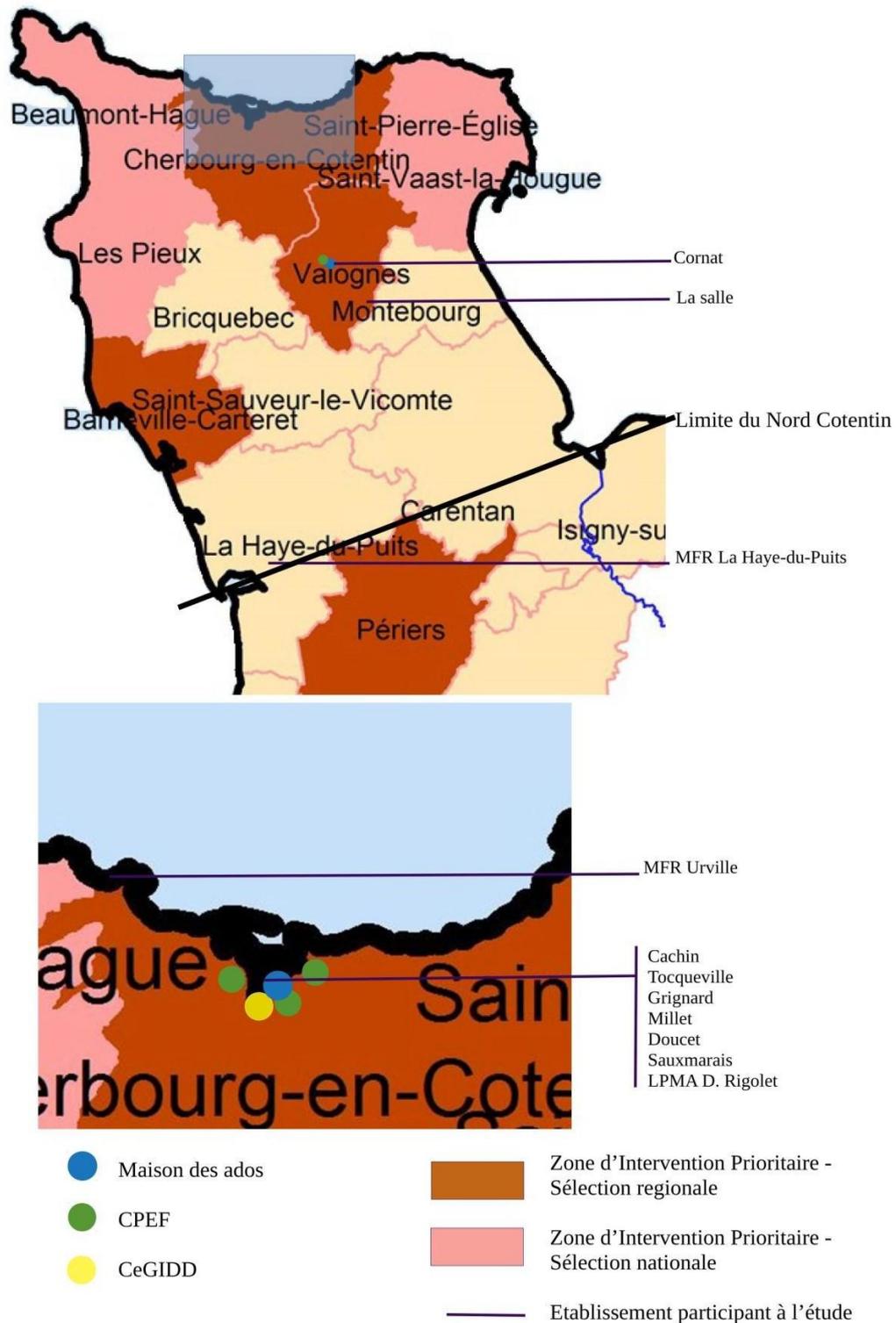
- 295 élèves de seconde du lycée Blaise Pascal à Orsay (91). 2009. Thèse d'exercice: Médecine: Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. Kremlin-Bicêtre
67. AUBIN C. JOURDAIN D. MENNINGER. CHAMBAUD. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 oct [cité 20 mai 2018]. Report No.: RM2009-104A. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049.pdf>
 68. LOQUIN Delphine. Consultation « contraception »: Les attentes des adolescentes Etude qualitative auprès de 14 adolescentes consultant au centre de planification et d'éducation familiale Flora Tristan d'Angers. Thèse d'exercice: Médecine: Faculté d'Angers; 2014.
 69. Contraception gratuite pour les mineures de 15 à 17 ans : comment faire en pratique ? [Internet]. VIDAL. [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/19707/contraception_gratuite_pour_les_mineures_de_15_a_17_ans_comment_faire_en_pratique/
 70. Ameli.fr. Contraception [Internet]. 2018 [cité 10 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
 71. SUFFISSAIS Delphine. Evaluation des causes d'échecs de la contraception orale à partir d'une étude rétrospective comprenant 241 femmes. Thèse d'exercice: Médecine: Université de Caen. UFR de médecine; 2012.
 72. Haute autorité de Santé. Contraception chez l'homme [Internet]. 2013 [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-homme.pdf>
 73. Décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence | Legifrance [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/1/9/MESP0123909D/jo/texte>
 74. Code pénal - Article 223-10. Code pénal.
 75. Ministère des affaires sociales et de la santé. Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), dossier-guide [Internet]. Dicom 17-021; 2017 [cité 21 mai 2018]. Disponible sur: https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_2017-2.pdf
 76. POULIQUEN L. Les conséquences psychologiques de l'avortement [Internet]. Institut Européen de Bioéthique; 2011 [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <https://ivg.net/sites/default/files/etudes-consq-psych-avortement.pdf>
 77. SEINCE N. PHARISIEN I. UZAN M. Grossesse et accouchement des adolescentes. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 27 nov 2003.

78. VILAIN A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 [Internet]. Drees Solidarité; 2017 juin [cité 24 févr 2018]. Report No.: 1013. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
79. SUZANNE M, SALAUN F. Echecs contraceptifs à l'origine d'une interruption volontaire de grossesse: étude rétrospective portant sur 211 cas au centre d'orthogénie du CHU de Caen. Caen, France; 2015. 53 p.
80. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/edso/951>
81. Orientation pour l'éducation à la santé à l'école et au collège [Internet]. Education Nationale, Recherche et Technologie; 1998 nov [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1452.pdf
82. ZELNIK M. KIM YJ. Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use. Fam Plann Perspect [Internet]. juin 1982 [cité 10 avr 2018]; Disponible sur: <https://www.popline.org/node/388308>
83. DE GAUDEMAR JP. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire n°2003-027 B.O n°9 [Internet]. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche; 2003 févr [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
84. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
85. AUBIN C. JOURDAIN D. MENNINGER, CHAMBAUD. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001 [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2009 oct [cité 1 mai 2018]. Report No.: RM2009-112P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000047.pdf>
86. ROBINE F. Education à la santé. Orientations générales pour les comités d'éducation à la santé et la citoyenneté _ circulaire n° 2016-114 du 10-8-2016 [Internet]. [cité 10 avr 2018]. Report No.: Bulletin officiel n°30 du 25 aout 2016. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=105518
87. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
88. Éducation à la sexualité - Les enjeux de l'éducation à la sexualité - Éduscol [Internet]. <http://eduscol.education.fr>. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
89. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie Nationale de santé sexuelle Agenda 217-2030 [Internet]. [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf

90. HAMADA H. ZAKI A. NEJJAR H. FILALI A. CHRAIBIC. BEZAD R. et al. Grossesse et accouchement chez l'adolescente : caractéristiques et profil [Internet]. EM-Consulte. [cité 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/115143/alertePM>
91. La mauvaise éducation sexuelle [Internet]. My Europ. [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <http://fr.myeurop.info/dossier/la-mauvaise-education-sexuelle>
92. Pourquoi l'éducation sexuelle complète est importante [Internet]. UNESCO. 2018 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <https://fr.unesco.org/news/pourquoi-education-sexuelle-complete-est-importante>
93. ASSELIN I. Éducation à la sexualité par les pairs. Retour d'expériences en Basse-Normandie. Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr. sept 2005;34(5):513.
94. Conseil Départemental de la Manche. Règlement Départemental de l'aide sociale _ Volet enfance-famille. 2017.
95. ROBINE F. Missions des infirmiers-ières de l'éducation nationale [Internet]. [cité 11 mai 2018]. Report No.: circulaire n° 2015-119 du 10-11-2015. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=91584
96. La pilule du lendemain plus facile d'accès dans les collèges et lycées [Internet]. Infirmiers.com. 2016 [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/ide-scolaire-et-contraception-urgence-une-delivrance-simplifiee.html>
97. Décret n° 2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires. 2016-683 mai 26, 2016.
98. Code de la santé publique - Article L1111-5-1. Code de la santé publique.
99. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
100. Délivrance-contraception [Internet]. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/contraception/delivrance-contraception>
101. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>

ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie de la région Nord Cotentin dans le cadre de cette étude



Annexe 2 : Effectifs d'élèves de seconde dans les lycées publics et privés de Cherbourg et Valognes selon le Rectorat de la région académique Normandie

			TOTAL 2NDE GENERA LE	TOTAL 2NDE PROFESSIONNE LLE	TOTAL ETABLISSEM ENT
JEAN FRANCOIS MILLET LGT	CHERBOURG EN COTENTIN	public	413	0	413
ALEXIS DE TOCQUEVILLE LPO	CHERBOURG OCTEVILLE	public	230	128	358
EDMOND DOUCET LP	CHERBOURG EN COTENTIN	public	0	113	113
HENRI CORNAT LGT	VALOGNES	public	351	0	351
INGENIEUR CACHIN LP	CHERBOURG EN COTENTIN	privé	0	43	43
THOMAS HELYE LGT	CHERBOURG EN COTENTIN	privé	187	0	187
SAUXMARAIS LP	CHERBOURG EN COTENTIN	public	0	120	120
THOMAS HELYE LP	CHERBOURG EN COTENTIN	privé	0	43	43
VICTOR GRIGNARD LGT	CHERBOURG EN COTENTIN	public	242	0	242
				TOTAL ELEVES SECONDE	1870

Nous ne disposons pas des chiffres pour les établissements : lycée Aquacole (LPMA Daniel Rigolet), MFR de Valognes, Urville et La Haye du Puits, car ils ne dépendent pas de l'éducation nationale.

Lucie RULIER

Division de l'enseignement scolaire - DESCO
Évaluation Prospective et cartographie

Rectorat de la région académique Normandie

Direction des Services Départementaux de l'éducation nationale de la Manche
12, rue de la Chancellerie - 50002 Saint-Lô Cedex | [Accès et horaires](#)

Annexe 3 : Questionnaire de pré-consultation



Questionnaire PRÉ-CONSULTATION

Voici un questionnaire confidentiel. Remplis-le et donne-le au professionnel qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses (« oui » ou « non ») permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. As-tu déjà fumé de l'herbe ou du hash ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Est-ce que tu sautes souvent un repas ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Si oui, plusieurs fois par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Est-ce que tu fumes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D'autres adolescents comme toi parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns (ici aussi, réponds par « oui » ou « non »).

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. J'ai du mal à m'endormir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. L'école, c'est un problème pour moi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Je me réveille souvent la nuit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Je suis assez fatigué pendant la journée. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. J'ai peur de devenir enceinte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. J'ai souvent mal à la tête. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. J'ai peur de rendre une fille enceinte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. J'ai souvent mal au ventre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Sais-tu ce qu'est la contraception ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. J'ai souvent des douleurs aux jambes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. J'ai des règles douloureuses. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits / trop gros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ma santé m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Je me sens trop maigre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je me sens trop gros / trop grosse. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête. | | |
| 24. Je me sens trop petit / trop petite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 25. Je me sens trop grand / trop grande. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. Je pense que mes parents s'entendent bien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Le Test TSTS CAFARD

Repérer les conduites suicidaires chez les adolescents

Le nom du test – TSTS CAFARD – est l’acronyme d’une série de questions pour évaluer le mal-être chez l’adolescent.

Les questions d’ouverture : TSTS

- **Traumatologie** – As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ?
- **Sommeil** – As-tu des difficultés à t’endormir le soir ?
- **Tabac** – As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté)
- **Stress scolaire ou familial** – Deux questions en une : es-tu stressé par la vie de famille et/ou par le travail scolaire ?

L’idéal est de distiller ces questions au cours de l’entretien avec le jeune pour éviter l’effet « interrogatoire » qui être perçu de manière intrusive.

Les clés de gravité : CAFARD

- Difficultés de sommeil => **Cauchemars** : fais-tu souvent des cauchemars ?
- Antécédents traumatiques => **Agression** : as-tu été victime d’une agression physique ?
- Tabac => **Fumeur** : fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ?
- Stress lié au travail scolaire => **Absentéisme** : es-tu souvent absent ou en retard à l’école/au collège/au lycée ?
- Stress lié à la vie de famille => **Ressenti Désagréable** : dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?

S’enquérir systématiquement d’antécédents d’idées ou d’actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 3 questions du test.

Sources :

Binder P, Chabaud F. To detect teenagers' suicide behaviour (I). Elaboration of a test and its validation. Rev Prat 2007; 57: 1187-1192.

Binder P, Chabaud F. To detect teenagers' suicide behaviour (II). Clinical audit among 40 general practitioners. Rev Prat 2007; 57: 1193-1199

Annexe 5 : Aide à la facturation et modalités (Ameli.fr)

A/ Médecins, Sages-femmes, Directeurs de laboratoire

Médecins
Sages-femmes
Directeurs de
laboratoire

Contraception des mineures d'au moins 15 ans

Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures d'au moins 15 ans. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

- **Une consultation annuelle (médecin - sage-femme)** au cours de laquelle sont prescrits des examens de biologie médicale en vue d'une contraception ou une contraception.
- **Une consultation de suivi (médecin - sage-femme)**, la première année d'accès à la contraception
- **Les actes liés à la pose au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif**
- **Certains examens de biologie médicale** (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire.
- **Les contraceptifs remboursables**

L'ensemble du parcours est protégé par le secret. Si la mineure le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations, contraceptifs sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que la jeune fille bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance <u>isolée</u> mentionnant l'identité et âge de la mineure + « contraception mineures ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale **		
<u>Hypothèse 1</u> La jeune fille mineure est immatriculée personnellement et vous présente sa carte Vitale***	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la jeune fille mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 2</u> La jeune fille mineure présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la mineure (ou de l'ouvrant droit) Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
<u>Hypothèse 3</u> La jeune fille mineure n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF) Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 – Décret N°2016-865 du 29 juin 2016

** les prélèvements éventuellement réalisés par un(e) infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de financement ***ou attestation de droits.

Contraception des mineures d'au moins 15 ans

Aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures d'au moins 15 ans. **Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :**

→ Les contraceptifs remboursables par l'assurance maladie, prescrits par un médecin ou une sage-femme

L'ensemble du parcours d'accès à la contraception est protégé par le secret (prescription, réalisation des examens, délivrance et prise en charge du contraceptif). Si la mineure le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention de la délivrance du contraceptif sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Mineures d'au moins 15 ans Hypothèse 1 La jeune fille mineure est immatriculée personnellement et vous présente sa carte Vitale** <i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la jeune fille mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Hypothèse 2 La jeune fille mineure présente : Sa carte Vitale** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale** des parents Moins de 16 ans ou si elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la mineure (ou de l'ouvrant droit) Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
Hypothèse 3 La jeune fille mineure n'a pas en sa possession sa carte Vitale**	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)

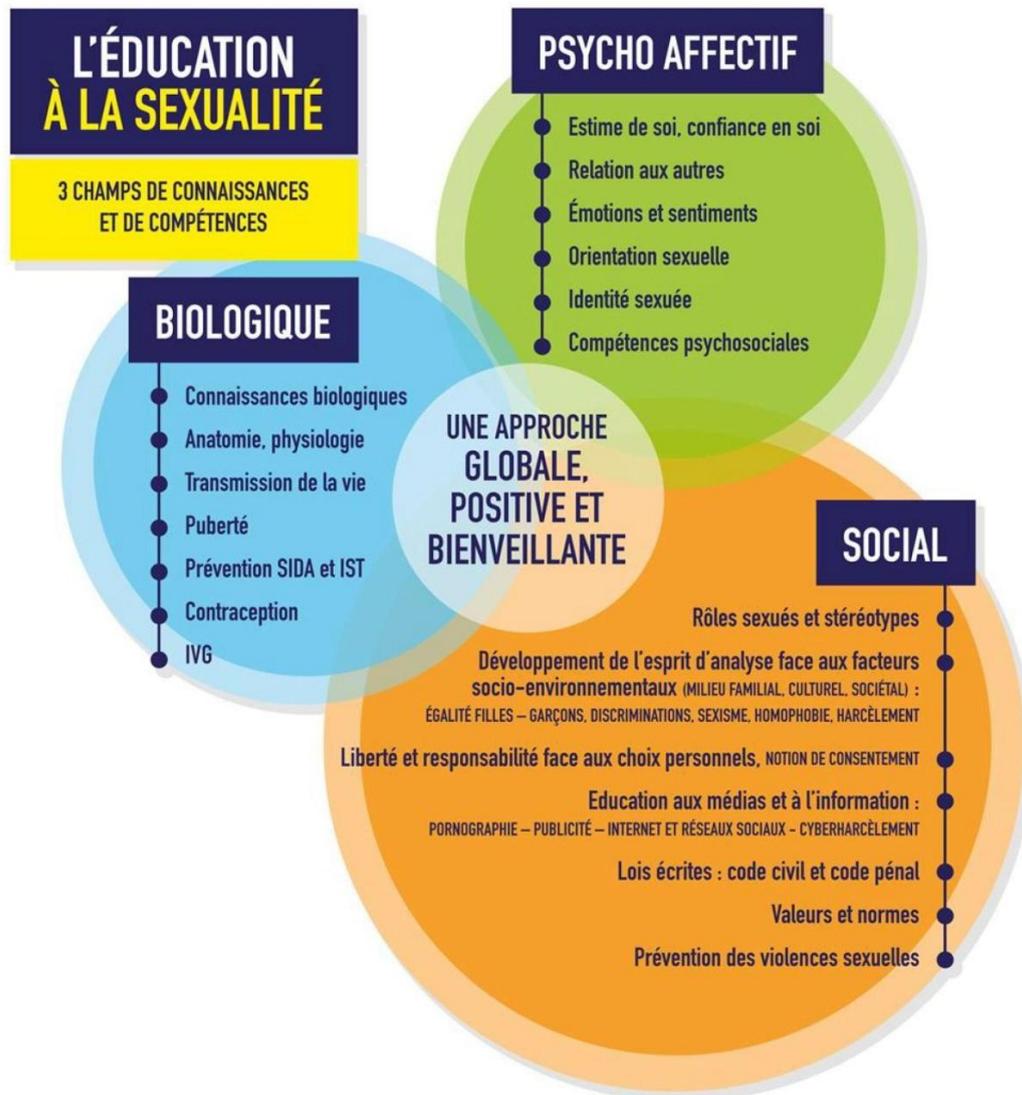
* Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 - Décret N°2016-865 du 29 juin 2016

**ou attestation de droits.

- La délivrance gratuite est assurée par l'utilisation du code exonération 3
- Le secret, s'il est demandé, est assuré par l'utilisation d'un NIR anonyme spécifique **2 55 55 55 CCC 042/XX** en renseignant la date de naissance exacte - La demande de secret génère une absence de mention de la délivrance du contraceptif sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

Les modalités de délivrance et de facturation de la contraception d'urgence aux mineures restent inchangées

Annexe 6 : Champs de connaissances et de compétences dans le cadre de l'Education à la santé sexuelle (Education Nationale)



Annexe 7 : Formation des intervenants en éducation à la sexualité (Education Nationale)

Formation d'intervenants en éducation à la sexualité

Module initiation (3 jours)

Cette formation s'adresse aux personnels de l'éducation nationale, tous corps confondus, ainsi qu'aux partenaires extérieurs, professionnels d'éducation et/ ou de santé.

Ces personnels sont intéressés pour mettre en place, avec des groupes d'adolescents, des séances d'éducation à la sexualité.

Cette formation est réalisée dans le cadre de la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003.

Les partenaires extérieurs sont intervenants dans le cadre de cette même circulaire.

Cette formation propose une approche pluridisciplinaire, et le travail s'appuiera sur les compétences et les acquis de chacun.

Objectifs

- Connaître et s'approprier la définition et les objectifs de la loi, du code de l'éducation et de la circulaire de février 2003 afin de mettre en place les séquences d'éducation à la sexualité ;
- Comprendre en quoi et comment l'éducation la sexualité s'inscrit dans une politique de promotion de la santé (références de l'OMS) et dans le cadre du parcours éducatif de santé ;
- Sensibiliser les intervenants aux différents champs de la sexualité humaine en pointant les spécificités en matière d'éducation à la sexualité ;
- Acquérir les connaissances indispensables dans le champ biologique ou dans le champ social vers une culture commune, en lien avec le parcours citoyen ;
- Permettre une réflexion sur soi comme professionnel intervenant en éducation à la sexualité
- Repérer les difficultés spécifiques des jeunes afin d'adapter les interventions et d'utiliser au mieux les ressources locales.

Contenu

- Faire réfléchir les participants sur leurs représentations de la sexualité humaine et sur leurs représentations de l'éducation à la sexualité en fonction de leur institution d'origine ;
- Travailler sur les légitimités à intervenir dans la sphère publique ;
- Appréhender les différents champs concernés par la sexualité (psychoaffectif, biologique, social) et resituer l'éducation à la sexualité par rapport à ces différents champs ;
- Réfléchir à ce qu'est l'éducation à la sexualité afin d'appréhender ses propres limites, mieux se connaître, mesurer la distance nécessaire entre soi et les autres ;
- Connaître le développement psychosexuel de l'enfant et de l'adolescent ;
- Connaître les questionnements des jeunes en fonction de leur développement psychosexuel et du contexte social ;
- Réfléchir sur les réponses à apporter : place, rôle des adultes et des jeunes dans la relation éducative, dans la construction de réponses collectives en lien avec la promotion de la santé et la prévention ;
- Travailler sur les thèmes incontournables : compléments biologiques (contraception, IST et SIDA) et représentations sociales, désir d'enfants et grossesses adolescentes, valeurs et normes, identité sexuelle (dans les 3 dimensions), rôles et stéréotypes, orientation sexuelle, égalité filles-garçons, homosexualité, discriminations (sexisme, homophobie), lois et sexualité, violences sexuelles, médias et sexualité ;
- Travailler sur différentes techniques d'animation ;
- Aborder la méthodologie de projet, de charte de partenariat ;
- Réfléchir aux possibilités de mise en œuvre dans les enseignements disciplinaires, l'enseignement moral et civique, et d'autres thématiques en lien avec le climat scolaire telles que le harcèlement.

Annexe 8 : Programme d'éducation scolaire proposé par l'UNESCO

<p>Notion clé 1 : Relations interpersonnelles</p>	<p>Notion clé 2 : Valeurs, droits, culture et sexualité</p>	<p>Notion clé 3 : Comprendre la notion de genre</p>
<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Familles 1.2 Relations amicales, amoureuses et romantiques 1.3 Tolérance, inclusion et respect 1.4 Engagement à long terme et parentalité 	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Valeurs et sexualité 2.2 Droits de l'homme et sexualité 2.3 Culture, société et sexualité 	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Construction sociale du genre et des normes liées au genre 3.2 Égalité des genres, stéréotypes et préjugés 3.3 Violences basées sur le genre
<p>Notion clé 4 : Violence et sécurité</p>	<p>Notion clé 5 : Compétences pour la santé et le bien-être</p>	<p>Notion clé 6 : Corps et développement humains</p>
<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Violence 4.2 Consentement, vie privée et intégrité physique 4.3 Utilisation en toute sécurité des Technologies de l'information et de la communication (TIC) 	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Normes et influence des pairs sur le comportement sexuel 5.2 Prise de décisions 5.3 Techniques de communication, de refus et de négociation 5.4 Maîtrise des médias et sexualité 5.5 Trouver de l'aide et du soutien 	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Anatomie et physiologie sexuelles et reproductives 6.2 Reproduction 6.3 Puberté 6.4 Image du corps
<p>Notion clé 7 : Sexualité et comportement sexuel</p>	<p>Notion clé 8 : Santé sexuelle et reproductive</p>	
<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Sexe, sexualité et cycle de la vie sexuelle 7.2 Comportement sexuel et réponse sexuelle 	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Grossesse et prévention de la grossesse 8.2 Stigmatisation associée au VIH et au SIDA, traitement, soins et soutien 8.3 Compréhension, prise en compte et réduction du risque d'IST, y compris d'infection au VIH 	

Annexe 9 : Mail de l'infirmière départementale Mme M.J Legrand, Direction des services départementaux de la Manche : Annexe non déposée sur DUMAS

Centres de planification et d'éducation familiale (CPÉF)

Territoires de solidarité

Territoire de projet Nord

CPÉF du centre hospitalier public du Cotentin
Rue Jean Fleury (maternité)
50100 Cherbourg-Octeville

☎ 02 33 20 75 48

TERRITOIRE DE CHERBOURG - VAL DE SAIRE

Centre médico-social - Service de PMI
Place Jean Moulin - 50651 Cherbourg-Octeville cedex

☎ 02 33 88 77 11

TERRITOIRE DE CHERBOURG - HAGUE

Centre médico-social - Service de PMI
Avenue de Normandie - 50130 Cherbourg-Octeville

☎ 02 33 10 01 56

TERRITOIRE DU VALOGNAIS

Centre médico-social - Service de PMI
27 bis rue du Grand Moulin - 50700 Valognes

☎ 02 33 21 74 00

Territoire de projet Centre

TERRITOIRE DES MARAIS DU COTENTIN

Centre médico-social - Service de PMI
28 rue de la 101^e Airborne - 50500 Carentan

☎ 02 33 71 63 83

TERRITOIRE DU COUTANÇAIS

Centre médico-social - Service de PMI
C2 bis rue Rémy-de-Gourmont
50200 Coutances

☎ 02 33 17 40 02

TERRITOIRE DU VAL DE VIRE

Centre médico-social - Service de PMI
7 rue de la libération
50008 Saint-Lô cedex

☎ 02 33 77 25 31

Territoire de projet Sud

TERRITOIRE DU MORTAINAIS

Centre médico-social - Service de PMI
16 rue de la 30^e division américaine - 50140 Mortain
65 place Delaporte - 50600 Saint-Hilaire-du-Harcouët

☎ 02 33 69 28 00

TERRITOIRE DE LA BAIE DU MONT SAINT-MICHEL

Centre médico-social - Service de PMI
Place du Marché - 50300 Avranches

☎ 02 33 89 27 63

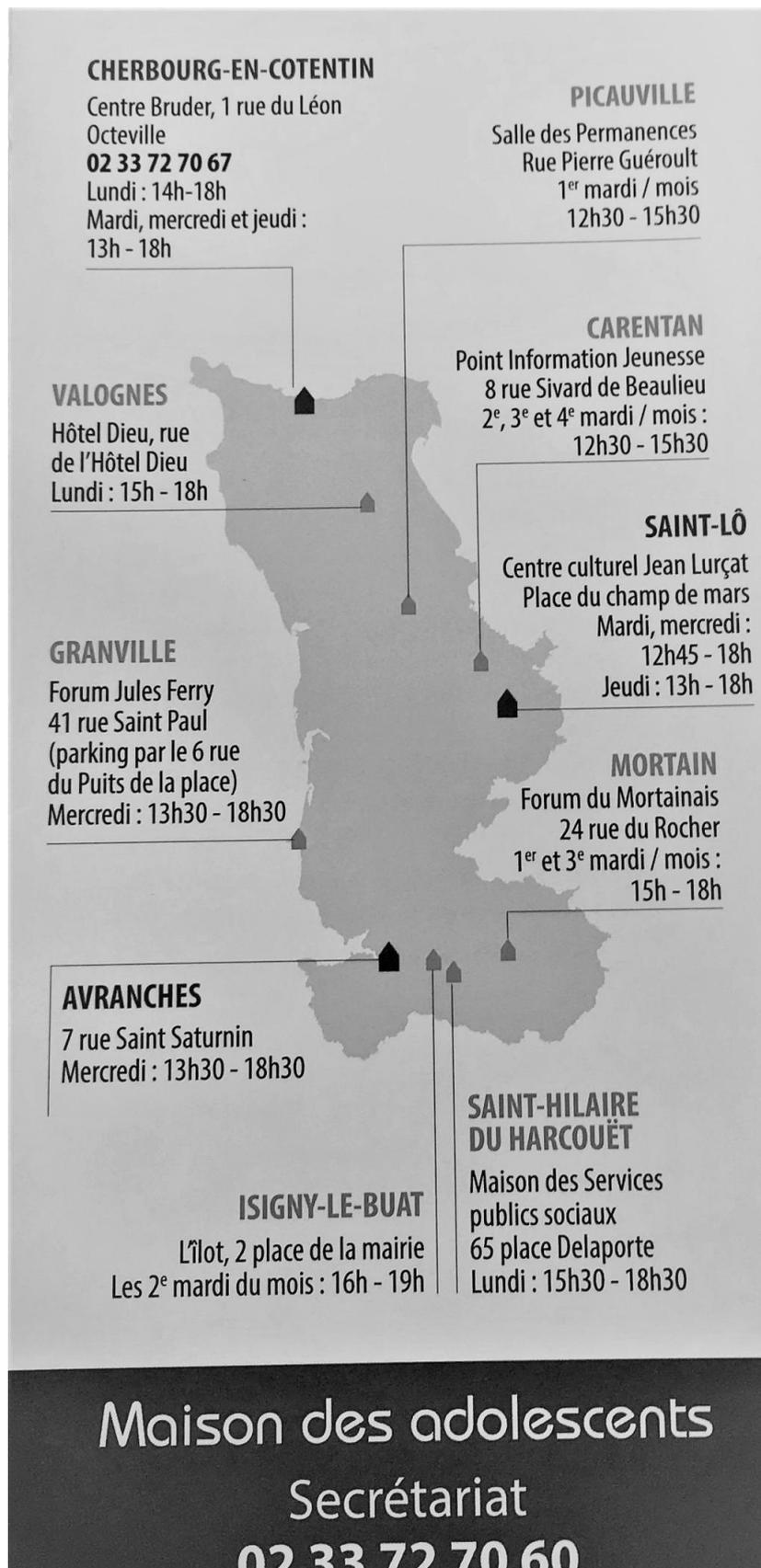
CPÉF du centre hospitalier d'Avranches/Granville
Rue des Menneries - 50400 Granville

☎ 02 33 91 51 43



Annexe 11 : Maison des adolescents

A/ Répartition géographique des Mado



MAISON DES ADOLESCENTS de la Manche

BILAN DEPARTEMENTAL



Nos Missions :

- Accueil/Ecoute/Evaluation
- Prévention
- Espace ressource

3 publics cibles :

- Les adolescents
- Leur entourage (famille, amis ...)
- Les professionnels en lien avec les adolescents

Présentation :
La Mado est portée par un GCSMS, constitué de la Fondation Bon Sauveur de la Manche et de l'Adcmpp/Camp

Une équipe de 16 personnes pour 7,3 ETP avec :

- Directrice, secrétaires, comptable
- Accueillants-Ecouteurs
- Médecins-psychologues

3 Antennes :

- Cherbourg-Octeville
- Saint-Lô
- Avranches

Centre Culturel Jean Lurçat
 Place du champ de Mairs
 50000 SAINT-LO
 02.33.72.70.60
 maisondesados50@maisondesados50.fr

www.maisondesados50.fr  maison des adolescents de la Manche

Activité 2017

Espace ressource et prévention

Un travail de réseau : Développer et maintenir les liens avec les professionnels de l'adolescence :

- Au total près de 73 rencontres partenariales à l'échelle départementale ce qui représente 762 professionnels touchés.
- Nombreuses rencontres partenariales sur chaque territoire
- Liens en région avec d'autres Maisons des ados
- Réseau national



La prévention

Actions de prévention collective :

- Prévention du harcèlement
- Prévention santé (sexualité, vie affective, conduites à risques)
- Soutien à la parentalité

54 Actions menées :

2120 Personnes touchées, dont 1050 jeunes, 120 professionnels et 950 parents

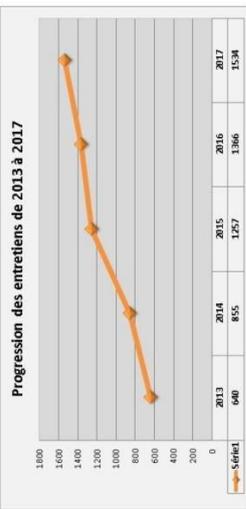
Avec le soutien de : l'ARS, le Conseil Départemental, la DDCS, la CAF, la MSA ainsi que les collectivités territoriales, la Fondation des Hôpitaux de Paris, la MIDECCA, le FPPD, le CGET. Ainsi que les villes de Cherbourg-Octeville, Valognes, Saint-Lô, Granville, Avranches, Saint-Hilaire du Harcouët, Signy le Buat, Villedeu les poêles, Mortain.

Accueil-Ecoute

Chiffres clés 2017 :

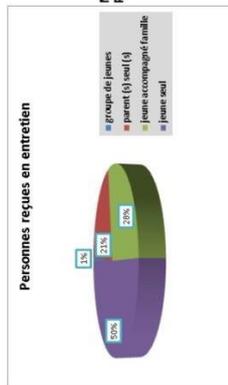
- Entretiens menés : 1534 soit +13 %
- Nouvelles situations rencontrées : 534 soit +33 %

- Offre départementale d'accueil du lundi au jeudi après midi
- Accueil physique, téléphonique et sur les réseaux sociaux



Une constante augmentation, pour des entretiens d'une durée de 30 mn à 1 heure.

Qui vient à la Mado ?

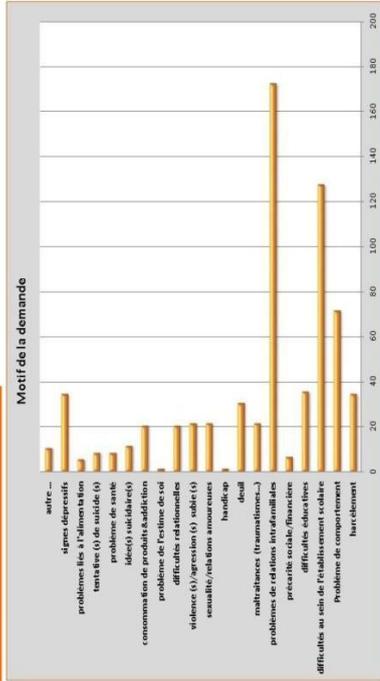


Nous avons reçu en 2017, 534 personnes pour 1534 entretiens.

répartition par tranches d'âge des ados

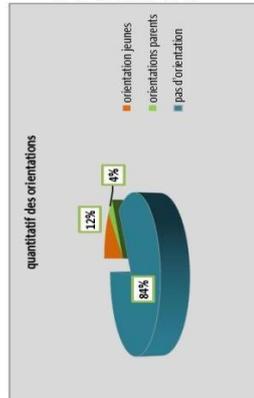


Pourquoi ?



Les problématiques sont variables, et souvent multiples, pour un même jeune.

Et ensuite ?



La majorité des situations connaissent un apaisement avec une moyenne de 3 entretiens.

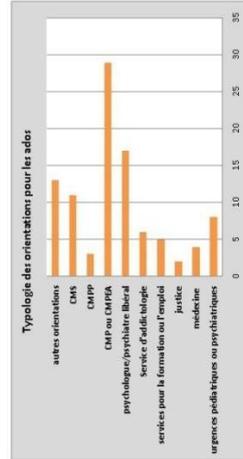
La Mado donne beaucoup d'informations, aide à des relais divers dont les jeunes, leur entourage peuvent se saisir (Mission locale, CIO, Bij, services animation, centres sociaux, ...)

Si besoin, avec l'accord du jeune, un contact est pris auprès de la structure qui l'a orienté.

Les orientations sont travaillées en équipe clinique (Accueillants-Ecouteurs, psychologues, médecins). Les relais sont basés sur du partenariat entre structures.

Notre projet :

Renforcer les partenariats avec les professionnels de santé et sociaux



Annexe 12 : Mail de refus de participation de l'établissement scolaire Thomas Hélye : Annexe non déposée sur DUMAS

Annexe 13 : Mail d'avis du CIL : Annexe non déposée sur DUMAS

Annexe 14 : Formulaire de refus à destination des parents

Monsieur, Madame,

Dans le cadre d'un travail de thèse effectué dans le but d'obtenir un doctorat de médecine générale, j'ai le souhait de questionner via un formulaire anonyme vos adolescents sur le thème de :

"Adhésion des adolescents en classe de seconde du Nord Cotentin, devant assister à une information à la santé sexuelle, à une consultation dédiée à la prévention et la contraception chez le médecin généraliste."

En accord avec l'établissement où est scolarisé votre enfant, ce questionnaire sera distribué au cours de l'information à la santé sexuelle qui leur est faite cette année.

Bien sur par respect des lois, de la déontologie médicale et avec l'accord du CIL (Comité Ethique et Liberté), vous et/ou votre enfant pouvez refuser de répondre à ce questionnaire et ceci en signant ci dessous ce document que votre enfant remettra par la suite en lieu et place du questionnaire.

Sachez que toutes les informations seront traitées anonymement et que les réponses ne seront nullement traitées individuellement. L'intérêt de cette étude étant d'améliorer nos pratiques médicales et l'information que nous pouvons offrir à nos jeunes.

Cochez la case suivante si refus de réponses de votre part ou de la part de votre enfant

Cordialement

VIGIER-DESQUESNES Tiffany
Interne de Médecine Générale CHU de Caen

Annexe 15 : Version initiale du questionnaire pour le groupe test avec effectif

Age	< 13	0	
	15 ≥ 13 < 15	2	
	≥ 15 < 18	12	
	≥ 18	1	
Sexe	féminin	7	
	15 masculin	8	

Penses tu qu'il y a un intérêt à avoir une consultation dédiée aux ados et à leurs questions chez le médecin généraliste ?
(sexualité, maladie sexuellement transmissible, contraception, bien être, addiction, psychologie, violence, etc...)

	oui	12	
	non	1	
	ne sait pas	2	
	ne souhaite pas répondre	0	

SI OUI : Selon toi ce genre de consultation pour être complète devrait durer :

	Moins de 5 min	0	Plus de 30 min	0
	5-10 min	0	ne sait pas	3
	10-20 min	8	ne souhaite pas répondre	0
	20-30 min	1		

A la fin de cette consultation penses tu qu'il serait plus intéressant que le médecin distribue des documents d'information ou qu'il propose une deuxième consultation ?

	Documentation	4	
	Second consultation	4	
	ne sait pas	3	
	ne souhaite pas répondre	0	

Penses tu que pour les mineurs le secret médical est respecté même vis à vis des parents ou détenteurs de l'autorité parentale?

	oui	3	
	non	5	
	ne sait pas	7	
	ne souhaite pas répondre	0	

Te sens tu concerné par le sujet de la contraception

	oui	9	
	non	4	
	ne souhaite pas répondre	0	

13 2 annulations car rép par commentaires : oui car femme non car trop jeune

Pour toi la contraception est surtout une affaire de ?

	femme	2	
	homme	0	
	couple	12	
	ne souhaite pas répondre	1	

As-tu déjà eu une information sur la sexualité/contraception en primaire/au collège ?

	oui	13	
	non	2	
	ne souhaite pas répondre	0	

2 non ≠ les plus jeunes

SI OUI : Combien de fois en tout ?

	1 fois	6	
	2 fois ou plus	7	
	ne souhaite pas répondre	0	

Était-ce satisfaisant ?

	oui	9	
	non	3	
	ne souhaite pas répondre	1	

Avais-tu encore des questions ensuite ?

	oui	5	
	non	8	
	ne souhaite pas répondre	0	

Si tu avais encore des questions ensuite à qui irais tu poser ces questions ? (plusieurs réponses possibles)

	Médecin traitant	1	Famille	2
	Infirmière scolaire	0	Amis	5
	Sage femme	0	Internet, ligne d'écoute	3
	Centre de planification	1	Autre	0

As-tu confiance en ton médecin traitant ?

	oui	10	
	non	1	
	ne souhaite pas répondre	2	

Considères tu l'opinion de ton médecin traitant comme importante?

	oui	11	
	non	1	
	ne souhaite pas répondre	0	

As-tu déjà parlé contraception avec ton médecin traitant ?

oui	3
non	12
ne souhaite pas répondre	0

SI OUI : Qui a abordé le sujet ?

3	Moi	1
	Mon médecin traitant	1
	Mes parents	0
	Autres	1
	ne souhaite pas répondre	0

Quels sujets ont été abordés (plusieurs réponses possibles) ?

Les différents moyens de contraception	1
L'utilisation des préservatifs et ses intérêts	2
Les maladies sexuellement transmissibles	0
Les modalités en cas d'oubli ou d'échec de contraception	1
La contraception d'urgence, son emploi et la manière de se la procurer	0
Les structures de recours en matière de contraception, sexualité et consultation ado	2
Autres	1

En globalité, les informations reçues et les réponses à tes questions étaient elles satisfaisantes ?

oui	3
non	0
ne souhaite pas répondre	0

Pour les filles à qui leur médecin a prescrit une contraception, as-tu eu l'impression d'avoir le choix du moyen de contraception?

oui	
non	<i>Pas de réponse à cette question</i>
ne souhaite pas répondre	

SI NON : Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?

12	Honte/peur du jugement	3	Pas besoin	6
	Trop intime/ pudeur	4	Problème du prix de la consultation	1
	Peur de mettre les parents au courant	3	Autres	0
	Pas penser	3	Ne souhaite pas répondre	0
	L'occasion ne s'est pas présenté	8		

Irais tu lui en parler si tu avais des questions ?

oui	6
non	5
ne souhaite pas répondre	1

Penses tu que cela est important d'aborder le sujet avec lui ?

oui	8
non	4
ne souhaite pas répondre	0

Aimerais tu que ce soit lui qui aborde le sujet ?

oui	3
non	7
ne souhaite pas répondre	2

As-tu abordé le sujet avec un autre professionnel de santé ?

oui	3
non	9
ne souhaite pas répondre	0

SI OUI (tu as abordé le sujet avec un autre professionnel de santé que ton médecin traitant) :

Tu as abordé le sujet avec (plusieurs réponses possibles) :

Infirmière scolaire	1
Gynécologue (hors centre de planification, PMI, etc...)	0
Centre de planification, PMI, maison des ados	0
Sage femme (hors centre de planification, PMI, etc...)	1
Autres	2
Ne souhaite pas répondre	0

As-tu déjà eu des rapports sexuels ?

oui	2
non	13
ne souhaite pas répondre	0

15

Si OUI : Utilises-tu systématiquement un moyen de contraception (préservatifs inclus) ?

oui	2
non	0
ne souhaite pas répondre	0

2

Si NON : Penses-tu en utiliser dès ton premier rapport ?

oui	12
non	0
ne souhaite pas répondre	1

13

Si tu es une fille as-tu tout de même un moyen de contraception ?

oui	0
non	7
ne souhaite pas répondre	0

7

Pour ceux qui utilisent une contraception avec leurs partenaires quelle est-elle ? (une seule réponse possible)

Préservatif seul	1	Patch contraceptif	0
Pilule seule	0	Patch contraceptif + Préservatif	0
Pilule + Préservatif	1	Anneau + Préservatif	0
Stérilet seul	0	Autre moyen + Préservatif	0
Stérilet + Préservatif	0	Autre moyen	0
Implant	0	Autre moyen + Préservatif	0
Implant + Préservatif	0	Ne souhaite pas répondre	0

Pour ceux qui ont une contraception, le choix a-t-il été guidé par le prix ?

oui	1
non	0
ne souhaite pas répondre	1

Pour celles et ceux qui n'utilisent pas de contraception, pourquoi ? (une seule réponse possible, principale motivation)

Beaucoup de non réponse

Ne veut pas en utiliser	0
N'en a pas l'utilité	1
Ne sait pas où ou comment s'en procurer	0
Coût trop élevé	0
Autre	1
Ne souhaite pas répondre	0

Pour les filles :

As-tu déjà utilisé une contraception d'urgence ?

oui	0
non	7
ne souhaite pas répondre	0

Sais-tu où te procurer une contraception d'urgence ?

oui	6
non	1
ne souhaite pas répondre	0

As-tu déjà été enceinte ?

oui	0
non	7
ne souhaite pas répondre	0

Si OUI : Est-ce (une seule réponse possible) :

0 réponse

- A la suite d'un oubli de contraception
- A la suite d'une absence de contraception
- A la suite d'une "bonne" utilisation de contraception
- Par choix
- ne souhaite pas répondre

As-tu abordé le sujet de la grossesse avec ton médecin traitant ?

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>
ne souhaite pas répondre	<input type="radio"/>

Y'a-t-il eu interruption volontaire de grossesse (IVG) ?

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>
ne souhaite pas répondre	<input type="radio"/>

S'il y a eu IVG as-tu abordé le sujet avec ton médecin traitant ?

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>
ne souhaite pas répondre	<input type="radio"/>

S'il y a eu IVG ou poursuite de grossesse as-tu changé de contraception ou débuté une contraception à la suite ?

oui	<input type="radio"/>
non	<input type="radio"/>
ne souhaite pas répondre	<input type="radio"/>

Annexe 16 : Version finale du questionnaire pour étude quantitative

Age < 13
 ≥ 13 < 15
 ≥ 15 < 18
 ≥ 18

page 1 de 3

Sexe féminin
 masculin

Penses tu qu'il y a un intérêt à avoir une consultation dédiée aux ados et à leurs questions chez le médecin généraliste ?
 (sexualité, maladie sexuellement transmissible, contraception, bien être, addiction, psychologie, violence, etc...)

oui
 non
 ne sait pas
 ne souhaite pas répondre

Si OUI : Selon toi ce genre de consultation pour être complète devrait durer :

Moins de 5 min Plus de 30 min
 5-10 min ne sait pas
 10-20 min ne souhaite pas répondre
 20-30 min

A la fin de cette consultation penses tu qu'il serait plus intéressant que le médecin distribue des documents d'information ou qu'il propose une deuxième consultation (une seule réponse possible) ?

Documentation
 Seconde consultation
 ne sait pas
 ne souhaite pas répondre

Penses tu que pour les mineurs le secret médical est respecté même vis à vis des parents ou détenteurs de l'autorité parentale?

oui
 non
 ne sait pas
 ne souhaite pas répondre

Te sens tu concerné par le sujet de la contraception ?

oui
 non
 ne souhaite pas répondre

Pour toi la contraception est surtout une affaire de (une seule réponse possible) ?

femme
 homme
 couple
 ne souhaite pas répondre

Sais tu où te procurer une contraception d'urgence ?

oui
 non
 je ne sais pas ce que c'est
 ne souhaite pas répondre

Sais tu dans quels délais utiliser une contraception d'urgence ?

oui
 non
 pas vraiment
 ne souhaite pas répondre

As-tu déjà eu une information sur la sexualité/contraception en primaire/au collège ?

oui
 non
 ne souhaite pas répondre

Si OUI : Combien de fois en tout ?

1 fois
 2 fois ou plus
 ne souhaite pas répondre

Était-ce satisfaisant ?

oui
 non
 ne souhaite pas répondre

Avais-tu encore des questions après cette information ?

oui
 non
 ne souhaite pas répondre

Si OUI, à qui irais tu poser ces questions ? (plusieurs réponses possibles)

Médecin traitant Parents ou tuteurs légaux
 Infirmière scolaire Autre membre de la famille (hors parents)
 Sage femme Amis
 Centre de planification Autre
 Internet, Lignes d'écoute

En règle générale, as-tu confiance en ton médecin traitant ?

page 2 de 3

- oui
non
ne souhaite pas répondre

En règle générale, considères-tu l'opinion de ton médecin traitant comme importante ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

As-tu déjà parlé contraception avec ton médecin traitant ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

Si OUI : Qui a abordé le sujet ?

- Moi
Mon médecin traitant
Mes parents
Autres
ne souhaite pas répondre

Quels sujets ont été abordés (plusieurs réponses possibles) ?

- Les différents moyens de contraception
L'utilisation des préservatifs et ses intérêts
Les maladies sexuellement transmissibles
Les modalités en cas d'oubli ou d'échec de contraception
La contraception d'urgence, son emploi et la manière de se la procurer
Les structures de recours en matière de contraception, sexualité et consultation ado
Autres

En globalité, les informations reçues et les réponses à tes questions étaient-elles satisfaisantes ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

Si NON : Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Honte/peur du jugement | <input type="radio"/> | Pas besoin | <input type="radio"/> |
| Trop intime/ pudeur | <input type="radio"/> | Problème du prix de la consultation | <input type="radio"/> |
| Peur de mettre les parents au courant | <input type="radio"/> | Autres | <input type="radio"/> |
| Pas penser | <input type="radio"/> | Ne souhaite pas répondre | <input type="radio"/> |
| L'occasion ne s'est pas présentée | <input type="radio"/> | | |

Irais-tu lui en parler si tu avais des questions ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

Penses-tu que cela est important d'aborder le sujet avec lui ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

Aimerais-tu que ce soit lui qui aborde le sujet ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

As-tu abordé le sujet avec un autre professionnel de santé ?

- oui
non
ne souhaite pas répondre

Si OUI (tu as abordé le sujet avec un autre professionnel de santé que ton médecin traitant) :

Tu as abordé le sujet avec (plusieurs réponses possibles) :

- Infirmière scolaire
Gynécologue (hors centre de planification, PMI, etc...)
Centre de planification, PMI, maison des ados
Sage femme (hors centre de planification, PMI, etc...)
Autres
Ne souhaite pas répondre

As-tu déjà eu des rapports sexuels ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

page 3 de 3

Si OUI : Utilises tu systématiquement un moyen de contraception (préservatifs inclus) ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Si NON : Penses tu en utiliser dès ton premier rapport ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Si tu es une fille as-tu tout de même un moyen de contraception ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Pour celles et ceux qui utilisent une contraception avec leurs partenaires :

Quelle est-elle ? (une seule réponse possible)

Préservatif seul	<input type="radio"/>	Patch contraceptif	<input type="radio"/>
Pilule seule	<input type="radio"/>	Patch contraceptif + Préservatif	<input type="radio"/>
Pilule + Préservatif	<input type="radio"/>	Anneau	<input type="radio"/>
Stérilet seul	<input type="radio"/>	Anneau + Préservatif	<input type="radio"/>
Stérilet + Préservatif	<input type="radio"/>	Autre moyen	<input type="radio"/>
Implant	<input type="radio"/>	Autre moyen + Préservatif	<input type="radio"/>
Implant + Préservatif	<input type="radio"/>	Ne souhaite pas répondre	<input type="radio"/>

Ton choix a-t-il été guidé par le prix ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Pour celles et ceux qui n'utilisent pas de contraception, pourquoi ? (une seule réponse possible, principale motivation)

Ne veut pas en utiliser
N'en a pas l'utilité
Ne sait pas où ou comment s'en procurer
Coût trop élevé
Autre
Ne souhaite pas répondre

Pour les filles :

Pour celles à qui l'on a déjà prescrit une contraception : as-tu eu l'impression d'avoir le choix de ton moyen de contraception ?

oui ne souhaite pas répondre
non on ne m'en a jamais prescrit

As-tu déjà utilisé une contraception d'urgence ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

As-tu déjà été enceinte ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Si OUI : Est-ce (une seule réponse possible) :

A la suite d'un oubli de contraception
A la suite d'une absence de contraception
A la suite d'une "bonne" utilisation de contraception
Par choix
ne souhaite pas répondre

As-tu abordé le sujet de la grossesse avec ton médecin traitant ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

Y'a-t-il eu Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

S'il y a eu IVG as-tu abordé le sujet avec ton médecin traitant ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

S'il y a eu IVG ou poursuite de grossesse as-tu changé de contraception ou débuté une contraception à la suite ?

oui
non
ne souhaite pas répondre

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Annexe 17 : Feuille de consignes

Dans le cadre de mon projet de thèse et en mon absence, merci de respecter les consignes suivantes pour une uniformisation de l'étude.

1. Rappeler à vos élèves :

- ❖ l'intérêt pour les médecins de connaître l'opinion et les attentes des adolescents pour une meilleure prise en charge
- ❖ que l'étude va être faite auprès de tous les lycées du Nord Cotentin et que leur voix compte.
- ❖ que le questionnaire est strictement anonyme, aucun parent, professeur ou proviseur n'aura accès à leurs réponses
- ❖ qu'ils ont le droit de refuser de répondre même si leurs parents ont donné leurs accords.

2. Les informer des consignes suivantes :

- ❖ répondre de façon anonyme : pas de nom, prénom, surnom ou tout autre élément pouvant permettre d'identifier l'élève
- ❖ réponse individuelle, si questionnement sur les termes employés dans les questions : une reformulation individuelle est possible si elle n'influence pas la réponse de l'élève
- ❖ une réponse à cocher par question sauf s'il est précisé plusieurs réponses possibles
- ❖ répondre avec un crayon noir ou bleu
- ❖ pas de commentaire écrit aux questions sous risque d'annulation des réponses
- ❖ les remercier pour leur participation

Cordialement
VIGIER-DESQUESNES Tiffany

Annexe 18 : Probabilités statistiques

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "entre 5 et 10 minutes" à la question "Selon toi, ce genre de consultation, pour être complète, devrait durer"

soit B la réponse "Documentation" à la question "À la fin de cette consultation penses tu qu'il serait plus intéressant que le médecin distribue des documents d'information ou qu'il propose une deuxième consultation ?"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.59, \text{ alors que } P(B) = 0.356$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Mes parents" à la question "Qui a abordé le sujet"

soit B la réponse "Oui" à la question "As tu déjà eu des rapports sexuels ?"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.517, \text{ alors que } P(B) = 0.268$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Oui" à la question "Les infos reçues et les réponses à tes questions étaient elles satisfaisantes ?"

soit B la réponse "Oui" à la question "Pour celles à qui l'on a déjà prescrit une contraception : as-tu eu l'impression d'avoir le choix de ton moyen de contraception ?"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.451, \text{ alors que } P(B) = 0.0827$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Oui" à la question "Les infos reçues et les réponses à tes questions étaient elles satisfaisantes ?"

soit B la réponse "Non" à la question "As-tu déjà utilisé une contraception d'urgence ?"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.344, \text{ alors que } P(B) = 0.0845$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Oui" à la question "Les infos reçues et les réponses à tes questions étaient elles satisfaisantes ?"

soit B la réponse "Non" à la question "As tu déjà été enceinte"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.475, \text{ alors que } P(B) = 0.111$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Honte/peur du jugement" à la question "Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?"

soit B la réponse "Oui" à la question "Irais-tu lui en parler si tu avais des questions ?"

$$P(A \cap B) / P(A) = 0.222, \text{ alors que } P(B) = 0.429$$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Peur de mettre les parents au courant" à la question "Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?"

soit B la réponse "Non" à la question "Irais-tu lui en parler si tu avais des questions ?"

$P(A \cap B)/P(A) = 0.701$, alors que $P(B)=0.355$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Trop intime/ pudeur" à la question "Pourquoi n'as-tu jamais parlé contraception avec ton médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?"

soit B la réponse "Non" à la question "Irais-tu lui en parler si tu avais des questions ?"

$P(A \cap B)/P(A) = 0.605$, alors que $P(B)=0.355$.

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Oui" à la question "As tu déjà parlé contraception avec ton médecin traitant ?"

soit B la réponse "Non" à la question "Ton choix a-t-il été guidé par le prix"

$P(A \cap B)/P(A) = 0.504$, alors que $P(B)=0.208$

Dépendance de probabilité détectée :

soit A la réponse "Oui" à la question "As tu déjà parlé contraception avec ton médecin traitant ?"

soit B la réponse "Oui" à la question "Pour celles à qui l'on a déjà prescrit une contraception : as-tu eu l'impression d'avoir le choix de ton moyen de contraception ?"

$P(A \cap B)/P(A) = 0.417$, alors que $P(B)=0.0827$

Annexe 19 : Statistiques de grossesses chez les mineures

A/ CHPC

De: "Christine MATHIS"

À: "Tiffany"

Envoyé: Mardi 13 Février 2018 15:15:53

Objet: Re: projet de thèse

Ce sont effectivement uniquement les chiffres du CHPC. Certains médecins et maintenant deux sages-femmes pratiquent également des IVG médicamenteuses en libéral dans le nord Cotentin. Les IVG chirurgicales ne se font qu'au CHPC.

Pour avoir plus de statistiques, il faudrait contacter l'ARS qui est dépositaire de tous les bulletins statistiques des IVG.

Bien cordialement

Christine MATHIS

De: "Tiffany"

À: "Christine MATHIS »

Envoyé: Mardi 13 Février 2018 15:07:09

Objet: RE: projet de thèse

Bonjour,

Ce sont les chiffres uniquement du CHPC, vous n'avez pas accès aux statistiques de tout le nord cotentin (CPEF du territoire valognais, Hague et Val de Saire inclus, pas d'inclusion des territoires de Carentan ou Saint Lo) ? Les IVG chir ne sont de toute façon faites que sur le CHPC pas a Valognes ?

Merci

Cordialement

De : Christine MATHIS

Envoyé : mardi 13 février 2018 10:09

À : « tiffany »

Objet : Fwd: projet de thèse

Bonjour,

Je vous communique les dernières statistiques obtenues qui concernent le nombre d'IVG chez les mineures au CHPC.

en 2011 : 29

en 2012 : 19

en 2013 : 34

en 2014 : 24

en 2015 : 15
en 2016 : 14
en 2017 : 8

Excellente journée
Bien cordialement

Christine MATHIS

De : Christine MATHIS
Envoyé : lundi 12 février 2018 09:37
À : tiffany
Objet : Fwd: projet de thèse

Bonjour,

Le DIM a fait des recherches concernant les naissances chez des mères mineures sur les 6 dernières années au CHPC.

Vous trouverez les chiffres ci-dessous :

la requête est faite sur l'âge <18 de la patiente à l'entrée du séjour

2012 : 13
2013 : 14
2014 : 8
2015 : 10
2016 : 8
2017 : 4

Bonne réception
Bien cordialement
Christine MATHIS

De : "Christine MATHIS"
À : "Tiffany"
Envoyé : Lundi 5 Février 2018 16:19:12
Objet : Re: Remerciements et projet de thèse

Bonjour,

Je vous remercie pour vos vœux et vous adresse en retour les miens, ainsi que toutes mes félicitations pour votre réussite au DIU de gynécologie.

Tout le mérite vous revient.

Concernant votre demande de statistiques, je vais faire des recherches auprès du DIM et du CPP. Dès que j'ai les informations souhaitées, je reprends contact avec vous.

Bien cordialement
Christine MATHIS

De: "Tiffany"

À: "Christine MATHIS"

Envoyé: Lundi 5 Février 2018 10:03:10

Objet: Remerciements et projet de thèse

Bonjour,

Tout d'abord bonne année à vous et toute l'équipe de la maternité.

Je souhaite tout d'abord tous vous remercier pour votre accueil que ce soit en salle de naissance, en consultations à Cherbourg comme à Valognes, au CPEF, au SIG et au bloc... car j'ai pu obtenir la semaine dernière mon diplôme de DU de gynécologie grâce à vous.

Ensuite, je vous recontacte vous personnellement dans le cadre de mon travail de thèse. Nous avons déjà discuté de la possibilité d'obtenir quelques chiffres pour étoffer mes recherches notamment en ce qui concerne le nombre d'IVG et de grossesses chez les mineures dans le nord Cotentin (Cherbourg et Valognes, Carentan non inclus) et autres chiffres dont vous pourriez disposer sur les adolescents de la région ou même en France pour faire un comparatif d'activité.

Merci des réponses que vous pourrez m'apporter.

Cordialement

B/ ARS Normandie

Bonjour,

Je m'aperçois qu'il manquait à ma réponse les accouchements chez les mineures domiciliées dans la Manche (et j'ai mis également les accouchements à l'âge de 18 ans révolus ; la grossesse a pu se dérouler en partie pendant la période de minorité...)

Age des femmes qui ont accouché en établissement de santé	50 - Manche			
Année	2014	2015	2016	2017
13 ans		1		
14 ans		1		
15 ans	4	1	1	
16 ans	5	5	1	4
17 ans	14	15	16	10
18 ans	30	25	14	22

Source PMSI.

Cordialement,

Dr Marie-Françoise MERLIN-BERNARD

Direction de l'Offre de Soins

= = Agence régionale de santé (ARS) de Normandie

Site régional annexe de Rouen

Tél. : 02.32.18.32.26

<http://www.ars.normandie.sante.fr>

De : MERLIN-BERNARD, Marie-Françoise

Envoyé : mardi 20 mars 2018 16:09

À : 'Tiffany V.'

Objet : RE: Thèse médecine générale

Bonjour,

Je viens de faire la recherche.

Pour des femmes domiciliées dans la Manche, les chiffres sont les suivants pour les IVG réalisées en établissement de santé quelle que soit la méthode choisie :

Age des femmes	50 - Manche			
----------------	-------------	--	--	--

Année	2014	2015	2016	2017
total IVG	926	854	841	827
5-17 ans	61	47	41	28
18 à 24 ans	279	263	275	246
25 à 34 ans	385	365	356	364
35 à 44 ans	191	175	163	183
45 à 54 ans	10	4	6	6

Il manque donc celles qui auraient pu être faites en cabinet de ville ou en centre de planification et d'éducation familiale.

Bon courage pour votre travail.

Cordialement,

Dr Marie-Françoise MERLIN-BERNARD

Direction de l'Offre de Soins

== Agence régionale de santé (ARS) de Normandie

Site régional annexe de Rouen

Tél. : 02.32.18.32.26

<http://www.ars.normandie.sante.fr>

De : Tiffany V.

Envoyé : mardi 20 mars 2018 15:27

À : MERLIN-BERNARD, Marie-Françoise

Objet : RE: Thèse médecine générale

Bonjour,

Je me permets de vous recontacter dans le cadre de mon travail de thèse.

Avez vous pu obtenir des chiffres plus précis sur les IVG et les grossesses chez les mineures dans la Manche ces dernières années?

Cordialement

VIGIER DESQUESNES Tiffany

De : Marie-Francoise.MERLIN-BERNARD

Envoyé : jeudi 22 février 2018 18:45

À :

Objet : RE: Thèse médecine générale

Bonjour,

Voici les documents de référence pour la France et la région :

http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf

211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016

drees.solidarites-sante.gouv.fr

3 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 juin 2015 n u m é r o 1013 Un taux de recours en légère baisse parmi les moins de 20 ans

http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Sante_populationnelle.pdf
<https://www.normandie.ars.sante.fr/laces-la-contraception-et-le-droit-lavortement>
<https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Bilan%20SROS%20ex-BN.pdf> page 116

Je verrai si je peux vous apporter d'autres données ultérieurement.

N'hésitez pas à me solliciter à nouveau si je tardais trop.

Cordialement

Dr Marie-Françoise MERLIN-BERNARD
Direction de l'Offre de Soins
== Agence régionale de santé (ARS) de Normandie
Site régional annexe de Rouen
Tél. : 02.32.18.32.26
<http://www.ars.normandie.sante.fr>

De : Tiffany V.

Envoyé : jeudi 22 février 2018 09:54

À : MERLIN-BERNARD, Marie-Françoise

Objet : Thèse médecine générale

Bonjour,

Comme nous venons d'en discuter au téléphone je vous réitère ma demande de chiffres pour complément de ma thèse sur "l'adhésion des adolescents à une consultation dédiée à la prévention et la contraception dans le nord cotentin"

il serait intéressant pour moi de connaître :

- le nombre d'ivg effectuées chez les mineures dans la manche mais également en normandie et france en 2017 (et si chiffres disponibles dans les années précédentes)
- le nombre de grossesses menées à terme chez les mineures dans la manche, en normandie et en france sur cette même période.

Merci de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Cordialement

VIGIER DESQUESNES Tiffany

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THESE :

Adhésion des adolescents, devant assister à une session d' éducation à la santé sexuelle, en classe de seconde dans le Nord Cotentin, à une consultation dédiée à la contraception et la prévention chez leur médecin traitant.

RESUME :

La Consultation Contraception et Prévention (CCP), mise en place le 1^{er} novembre 2017, a vocation à favoriser une discussion entre adolescents et médecins généralistes. Cette étude quantitative réalisée auprès de lycéens en classe de seconde dans le Nord Cotentin a cherché à en déterminer les tenants et aboutissants du point de vu de cette population particulière. Les 1112 répondants, filles comme garçons sont en majorité demandeurs d'une consultation dédiée aux adolescents et que celle-ci soit réitérée. Ils ont une mauvaise connaissance de leurs droits et des risques auxquels ils exposent leur santé sexuelle. Ils connaissent les structures et personnes ressources sans en percevoir toutes les dimensions. Peu d'entre eux ont discuté contraception avec leur généraliste. Ceux qui l'ont fait ont abordé d'eux-mêmes le sujet et en sont plutôt satisfaits. Les freins exprimés par les lycéens sont multiples et tous ne se réfèrent pas aux autres professionnels de santé pour répondre à leurs questions. L'absence d'une réelle éducation à la santé sexuelle, comme définit par les directives gouvernementales, ne permet pas de pallier à ces absences d'échanges. Il semble donc nécessaire d'accroître le dispositif de la CCP, d'en informer les adolescents et leur entourage, de former les professionnels de santé à une consultation globale sur les problématiques adolescentes, d'homogénéiser et organiser les sessions d'information dispensées en milieu scolaire pour mettre en place une vraie éducation et de développer et valoriser les structures ressources. Tout ceci ayant pour but de guider la prise d'autonomie des générations futures dans le cadre de leur santé sexuelle.

MOTS CLES : médecine générale ; consultation ; prévention ; contraception ; adolescents ; éducation ; santé sexuelle ; sexualité