L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents : quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ?

Emmanuelle Collet

▶ **To cite this version:**

Emmanuelle Collet. L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents : quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02957401

HAL Id: dumas-02957401

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02957401

Submitted on 5 Oct 2020

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Emmanuelle COLLET

Le 28 juin 2018

TITRE

L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents : Quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ?

Directeur de thèse : Dr Philippe TRICHARD

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Pr Pierre DUJOLS

Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS

Dr Philippe TRICHARD

Membre invité : Dr Corinne DUMONTIER

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Emmanuelle COLLET

Le 28 juin 2018

TITRE

L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents : Quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ?

Directeur de thèse : Dr Philippe TRICHARD

JURY

Président : Pr Philippe LAMBERT

Assesseurs :
Pr Pierre DUJOLS
Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS
Dr Philippe TRICHARD

Membre invité : Dr Corinne DUMONTIER

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian - Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges - Néphrologie
PELISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe -Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie; radiothérapie

PU-PH de 1re classe
AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie; transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie; addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive
BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANOVAS François - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTES Valérie -Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes; addictologie
CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal - Pneumologie; addictologie
DEREURE Olivier - Dermatologie-vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne - Neurologie
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada - Réanimation; médecine d'urgence
KOENIG Michel - Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence - Cardiologie
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis - Pédiatrie
NAVARRO Francis - Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERNEY Pascal - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis - Pneumologie; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane - Pédopsychiatrie; addictologie
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert - Maladies infectieuses; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie; radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand -Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DE VOS John - Cytologie et histologie
DORANDEU Anne - Médecine légale
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GENEVIEVE David - Génétique
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice - Physiologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie; radiothérapie
JACOT William - Cancérologie; Radiothérapie
JUNG Boris - Réanimation; médecine d'urgence
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent - Maladies infectieuses; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes; addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier - Néphrologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David - Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio - Chirurgie générale
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry - Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe

2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe
CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique
CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
PUJOL Joseph - Anatomie
RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno - Thérapeutique; addictologie
RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe
ALLARDET-SERVENT Annick - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire
BOURGIER Céline - Cancérologie; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie biologique
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine - Hématologie; transfusion
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin - Anatomie
BRUN Michel - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie - Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
GOUZI Farès - Physiologie
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes; addictologie
THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN - Rhumatologie
BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc- Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian - Chirurgie plastique; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid - Chirurgie générale
PANTEL Alix - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie - Thérapeutique, médecine d'urgence; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux Membres du jury

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert, Professeur des Universités de Médecine Générale
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail.
Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.
Merci pour votre disponibilité et votre réactivité face à mes questions.
Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre Dujols, Professeur des Universités de Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de la Communication
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.
Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame la Docteure Béatrice Folco-Lognos, Maitre de Conférence des Universités de Médecine Générale
Vous me faites l'honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.
Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Philippe Trichard, Directeur de thèse et ancien maître de stage
Merci d'avoir accepté de faire cette thèse avec moi, malgré ma constante indécision lors du choix du sujet (et même après !)
Merci, merci, merci pour ta disponibilité, ta présence, ton écoute, ta patience tout au long de ce travail.
Aux discussions autres que sur la médecine.

A Madame la Docteure Corinne Dumontier, Gynécologue
Merci d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse. Merci pour ces 2 stages passés au centre de planification de Nîmes. Pour ton écoute, ta gentillesse, ton apprentissage. D'avoir répondu à mes questions, même quand je n'étais plus en stage.

Aux professionnels rencontrés durant mon internat,

Au Dr Nathan-Bonnet et à tout l'équipe médicale, infirmière et paramédicale du service de gériatrie de l'hôpital de Carcassonne. Un de mes meilleurs stages qui m'a réconcilié avec l'hôpital. Merci pour la bonne humeur et l'ambiance dans le service, l'autonomie et les connaissances acquises.

Aux Dr Balducchi, Dr Laborde, Dr Pujante, Dr Reyne et Dr Valette, et à toute l'équipe de la PMI de Nîmes. Merci de m'avoir accueilli, toujours dans la bonne humeur, dans les différentes antennes de la PMI de Nîmes.

Au centre de planification de Nîmes centre et notamment, à Dominique Henriot, Agnès Hippolyte et Marie-Sophie Granero. Merci de m'avoir accueillie par deux fois, merci d'avoir répondu à mes questions, merci pour votre disponibilité et votre gentillesse.

Aux Dr Pitiot, Dr Panthène-Chalaud, Dr Queyranne et Dr Ladet : Merci pour ces 6 mois de stage, la vraie première découverte de la médecine générale. Merci pour vos conseils, votre écoute, la bonne humeur et bonne ambiance du cabinet. Merci de m'avoir confortée dans mon choix de la médecine générale grâce à votre empathie et à la prise en charge de vos patients.

Au Dr Emilie Morcrette, la meilleure des CCA ! Merci pour ta disponibilité, tes explications, ta gentillesse. Que tes projets futurs, personnels et professionnels, se réalisent et te comblent. Que ta petite Adèle soit toujours aussi mignonne et grandisse bien.

Au Dr Nadia Rachedi de la PMI de Montpellier, merci de m'avoir accordé un entretien pour discuter du sujet de ma thèse et de m'avoir aidée à avancer dans mes idées.

Merci aux médecins, pharmaciens et associations d'avoir pris de leur temps et d'avoir accepté de me recevoir pour mes entretiens.

A ma famille,

A ma Maman, MERCI pour tout, ton amour, tes bons petits plats, ton attention, tes sacs et autres porte-monnaie. Merci pour toute ton écoute depuis toujours, malgré mes nombreuses angoisses et mon manque de confiance en moi. Tu es mon modèle dans la vie, je t'admire pour ta gentillesse, ta disponibilité, ta générosité. Tu es toujours présente pour tes filles ou tes petits-fils, on peut te décerner le prix de la meilleure Maman et la meilleure Grand-mère. Même loin je pense à vous tous les jours. Je t'aime Maman.

A mon Papa, MERCI aussi pour tout, ton amour, ton soutien sans faille, tes allers-retours en voiture pour me conduire au cheval, même à 4 ou 5h du matin. A mes souvenirs d'enfance où

tu venais me chercher à l'école pour ensuite aller chez Pépé et Mémé. Tu es la personne la plus cultivée et intelligente que je connaisse, tu m'impressionnes par tout ton savoir. Tu es aussi toujours là pour nous tous et tu es le meilleur Papa et Grand-père. Tu m'as fait pleurer pour le bac, pour la 1ère année, peut-être pour la thèse ?! Je t'aime Papa.

A ma sœur Elisabeth, MERCI. Pour ta générosité, pour ta cuisine, ta culture, ton sens de la famille et des petites attentions pour chacun. Merci de m'avoir accueillie de si nombreuses fois, de m'avoir trainée en vacances, de supporter ma constante indécision. Je ne pouvais pas rêver d'avoir une meilleure sœur. Et pour les niaiseries de Noël, Noël en général et le chocolat ! Je t'aime.

A mon beau-frère Pierre-Yves, Merci de nous supporter tous ! A ta cuisine vietnamienne et tes pizzas, tous tes conseils en informatique ou en bricolage, ton accueil, ta patience et ta générosité.

A mes neveux, Camille et Gustave, mes petits chouchous. Déjà si grands et si beaux ! Restez comme vous êtes : intelligents, gentils, cultivés et bien élevés. Je vous aime.

A tous mes cousins et cousines : Bénédicte, Gael, Sylvaine, Klervi, Nolwenn, Aourell, Laurent, Dorit, Fabien, Vincent et petits cousins-cousines, Clémentine, Sidonie, Rosalie, Simon, Lilian, Hélios, Hayati, Axel, Wendy, Lisa et à mes tantes Odile, Françoise, Jocelyne : à toutes les fêtes passées et toutes celles à venir.

A la famille Terrade-Vivès, Marie, Jacquot, Laurence, Jean-Pierre, Thibaut, Françoise, Sandrine, une deuxième famille.

Aux amis,

A Jeanne, ma tigresse :). 22 ans d'amitié…pour tous les moments passés ensemble, les parfaits comme les coups durs. Merci pour ton indéfectible amitié, ta gentillesse, tes petites attentions personnalisées, ton sens des beaux mots. Que tous tes projets se réalisent car tu le mérites. Et c'est parti pour encore 22 ans (et plus) d'amitié !

A Anaïs, pour notre amitié depuis le collège. Merci d'être toi tout simplement, magnifique à l'intérieur comme à l'extérieur. Que tu puisses réaliser ce tour du monde dont tu rêves tant. Tout le bonheur du monde avec Loïc.

A Charles, Merci pour tes GIFs. (J'aurais voulu m'arrêter à cette phrase ! Je te souhaite tout le bonheur du monde qu'il soit à Nantes, Montréal ou Tombouctou. Prends des risques !)

A Carine, au Québec, où je l'espère, tu vis ton rêve canadien.

A tous les quatre réunis, Merci pour nos déjeuners du jeudi midi au lycée, pour nos voyages scolaires, pour nos vacances en Bretagne. A votre loyauté en amitié et que cela continue encore de très nombreuses années. Je vous aime les copains !

A Clémentine, merci pour ton écoute, tes conseils mais aussi ta folie ! Pour tes vêtements vintage, ta créativité, tes couronnes de fleurs. A nos multiples conversations et aux fous rires. Merci pour ton amitié précieuse. A quand l'appartement à Montpellier ?! Je te souhaite le meilleur du monde car tu le mérites tant.

A tout le groupe Laetitia, Laurence, Lou, Raph, Estelle, Emeric, pour ces moments passés ensemble, à Nantes, Noirmoutier, Arzon ou Paris. Toujours dans la bonne humeur, l'écoute et l'amour. Pour encore plus de fête et de paddle géant.

A Nina, pour ces 6 premières années de médecine à Paris, ce stage de deux mois à Montréal (dédicace au passage à Ben, Jen et Elise, que de souvenirs), ces vacances à New York et en Croatie (épiques !).

A Céline et Philippe, à ces années d'externat, ces rigolades en colle ou en stages.

A Caro, une évidence dès la première rencontre. Merci pour ton soutien lors de notre 1er semestre en enfer, merci pour ton écoute, ta bienveillance, ton intégrité, ta gentillesse. Merci d'être toi. J'espère que tu t'épanouiras dans tes futurs projets professionnels, quoique tu choisisses. A l'aménagement dans ton nouveau cocon et que tu t'y sentes bien. A toutes nos futures conversations et sorties !

A Sofia et Florian, pour ces déjà 4 années d'amitié ! Merci d'être toujours présents et fidèles. A toutes nos aventures passées : les diners, les randos, les soirées, aux matchs de hand ou de rugby, les sorties canoé ou plage et surtout à toutes celles à venir. On a traversé l'internat ensemble et on continuera à se soutenir je l'espère. Vous êtes le couple parfait et un exemple pour nous tous ! Je vous souhaite le meilleur.

A Robin, tu auras essayé de me faire courir…en vain. Pour ces 6 mois de colocation à Nîmes (et 2 à Carcassonne !), à te regarder manger des pâtes. A ta bonne humeur et à ta gentillesse, toujours disponible et motivé pour tout. A la piscine lors de la soirée blanche et au canoé le lendemain !

A Sarah et Laurie, 4 années qu'on se connait et on se redécouvre. Tellement contente de vous connaitre, toujours de bonne humeur et motivées pour tout faire ! A nous la vie de remplaçante et à toutes les activités à faire, refaire et découvrir ensemble. Je vous souhaite tout le bonheur du monde dans vos vies personnelles et professionnelles.

A Camille, Florence, Floriane et Agnès, pour toutes ces soirées médecine ou repas hebdomadaire, les sorties plages et les après-midi gouter. A toutes, que vous puissiez réaliser vos rêves.

A tout l'internat de Perpignan, pour ces premiers 6 mois d'internat. A toutes les soirées faites, à ma colocation qui m'a permis de tenir le coup, au salon 34, aux PO et au soleil. Plein de bons souvenirs.

A l'internat de Carcassonne, merci d'avoir fait de ce semestre un ensemble de bons souvenirs. Pour les visites dans la région, pour les barbecues, pour les soirées et les améliorés. Pour nos FFI Roumains.

A la team endoc Alexia, Justine, Marion, Edwige, Karine, Fanchon, Caroline, Manon, François, Merci pour ces 6 mois de stage au milieu des pieds diabétiques, des personnes anorexiques et familles gitanes ! Le stage est passé beaucoup plus vite grâce à vous tous et toutes. On galère pour se réunir

A mes co-internes des urgences, Julie, Charlotte, Julie, Marion, Clément et Camille, pour avoir réussi à finir et à survivre aux 6 mois.

A tout le groupe des Normands, merci à Philippe et Fanfan d'avoir fait le déplacement jusqu'à Montpellier, merci à celles et ceux qui ont tout fait pour venir mais n'ont pas pu (Véro, Domi, Marie-Claude, Liliane entre autres) et merci à tous pour vos gentils messages.

Et enfin, à Hugo, mon petit chat, pour notre rencontre. A notre magnifique voyage au Vietnam, les scooters, les couchers de soleil et les rizières. Pour tous les voyages qui suivront dans le futur. A tout ce qui nous reste à vivre et à construire tous les deux, que ce soit dans notre bel appartement ou n'importe où dans le monde. Je te suivrai où tu iras. Pour ta gentillesse, ta loyauté, ta sensibilité, ton écoute. Je t'aime.

A Romy Schneider et Sissi et Julie Andrews et la Mélodie du Bonheur, de m'avoir accompagnée (plusieurs fois par an) depuis 28 ans.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 15
LISTE DES ABREVIATIONS 18
I. Introduction 19
II. Généralités 22
A. Les adolescents et la sexualité 22
1. L'adolescence 22
2. La sexualité 22
3. L'éducation à la sexualité 23
4. La sexualité des adolescents 26
B. La contraception des adolescents 28
1. Les méthodes utilisées 28
2. Modalités de délivrance et de prescription 31
3. Les particularités de la consultation avec les adolescents 32
C. L'IVG chez les adolescents 33
1. Chiffre des IVG chez les adolescents 33
2. Causes des IVG 34
D. Les modes d'information et de désinformation des adolescents 35
1. Retour des adolescents sur les sources d'information 36
2. L'éducation nationale 37
3. L'entourage familial et amical 38
4. Le milieu médical 39
5. Internet et les réseaux sociaux 44
6. La pornographie 45
III. Etude 47
A. Matériel et Méthode 47

1. Population....47
2. Choix de la méthode....48
3. Déroulement des entretiens....48
4. Guide d'entretien....49
5. Recueil et analyses des données....50
B. Résultats....50
1. Médecins généralistes....50
2. Pharmaciens....63
3. Associations....69
4. Perception de l'information des adolescents (tableau en Annexe XXI)....75
C. Analyse et Discussion....79
1. Limites....79
2. Discussion des résultats....79
IV. CONCLUSION....88
BIBLIOGRAPHIE....89
ANNEXES....95
I. Brochure : Que faire en cas d'oubli....95
II. Brochure : Carte Onsexprime.fr....96
III. Brochure : Questions d'ados....97
IV. Brochure : Les Premières Fois....114
V. Brochure : La Première Consultation Gynécologique....130
VI. Brochure : Choisir sa Contraception....135
VII. Formulaire de consentement....141
VIII. Entretien Médecins....143
IX. Entretien des pharmaciens....144
X. Entretien des associations....145
XI. Résultats médecins : Conditions de la consultation....146

XII. Résultats médecins : Contenu du message donné 147
XIII. Résultats médecins : Aides à la consultation 148
XIV. Résultats médecins : les professionnels de santé et l'information 149
XV. Résultats pharmaciens : Conditions d'éducation 150
XVI. Résultats pharmaciens : Informations et facteurs favorisants 151
XVII. Résultats pharmaciens : Difficultés rencontrées 152
XVIII. Résultats pharmaciens : Approche genrée 153
XIX. Résultats associations : Conditions d'animation 154
XX. Résultats associations : Contenu du message donné 155
XXI. Résultats associations : Perception de l'information des adolescents 156
SERMENT 157
PERMIS D'IMPRIMER 158
RESUME 159

LISTE DES ABREVIATIONS

CAAECEP : Conseil Académique des Associations Educatives Complémentaires de l'Enseignement Public

CNGO : Collège National de Gynécologie-Obstétrique

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CREAI-ORS : Centre Régional d'Etude d'Action et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon.

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité

HPV : Papillomavirus Humain

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MG : Médecin Généraliste

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire des personnes physiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SVT : Science de la Vie et de la Terre

VAS : Vie Affective et Sexuelle

I. Introduction

L'éducation à la vie affective et sexuelle (VAS) n'est, avant les années 70, qu'un sujet tabou, restreinte au cercle familial et conjugal, avec un discours moralisateur. Elle n'a réellement émergé qu'avec la circulaire n°73-299 du 23 juillet 1973 dite circulaire « Fontanet ». L'éducation à la VAS entre dans les établissements scolaires, mais de manière facultative en dehors du temps scolaire. Une importante distinction est faite entre information sexuelle et éducation sexuelle.

Ce n'est que dans le milieu des années 90, plus de 10 ans après la découverte du SIDA, qu'arrive la Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 (1) puis la Circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 (2) relatives à la prévention du SIDA en milieu scolaire. Elles fixent des cours de 2h/an pour les classes de 4ème et 3ème et définissent des objectifs clairs pour « *fournir (…) les possibilités de connaître et de comprendre ces différentes dimensions de la -et de leur- sexualité dans le respect des consciences et du droit à l'intimité* ». Il y a alors une définition plus large de la sexualité qui « *intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales* ».

Enfin, c'est par la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception et surtout par la Circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 (3) que sont mises en place « *une information et une éducation à la sexualité (…) dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ».

Nous voyons alors que l'éducation à la VAS, d'un point de vue législatif, concerne spécifiquement l'éducation nationale. C'est pourtant un sujet de santé publique et de prévention primordial.

Or l'éducation à la VAS « *dépasse largement une simple éducation à la santé et ne saurait se limiter à un simple apport de connaissances ou d'informations sur les risques liés à la sexualité* ».(4) Elle a des difficultés à s'adapter aux nouveaux moyens, notamment numériques, d'informations des jeunes aujourd'hui.

Le sujet n'est que peu abordé dans les études des futurs professionnels de la santé, que ce soit en 2ème ou 3ème cycle universitaire. Le médecin généraliste est un des médecins de

premier recours en soin primaire, le pharmacien est quotidiennement au contact des adolescents pour la délivrance de la contraception. Le généraliste demeure le professionnel de santé le plus sollicité puisque près de 80% des 15-30 ans l'ont consulté au moins une fois dans l'année. (5) Quels sont leurs discours ?

Dans un rapport de Michèle UZAN (6), on constate que « *dans tous les pays développés où une contraception efficace est aisément accessible et disponible, de même qu'une éducation sexuelle diffusée de façon appropriée, le taux d'I.V.G. des mineures diminue* ». Il s'agit de programmes d'éducation sexuelle holistique tel que faits en Suède ou aux Pays-bas (7).
Au contraire, dans les pays anglo-saxons (USA, Grande-Bretagne), où est prônée l'abstinence via une information culpabilisante et dramatisante, le taux de grossesse chez les adolescentes est de 57,3‰ contre 22,6‰ en France. (8)

En France, chez les adolescents, la couverture contraceptive est de 93,5% (incluant pilule, préservatifs et implants) (9) avec un taux d'IVG (6,7 IVG pour 1000 femmes de 15-17 ans en France métropolitaine et 7,7 pour 1000 en région Occitanie (10)) et un taux de grossesse (16 477 en 2013 (11)) stagnant depuis plusieurs années. Et 70% des IVG sur mineures interviennent chez des jeunes femmes qui prenaient un contraceptif à la date de la conception (12).

De plus, près de 30% de ceux qui regardent des films pornographiques seraient des adolescents âgés de 13 à 14 ans (13). A 14 ans, ils sont 61% de garçons et 45 % de filles à avoir déjà regardé un film pornographique. Les adolescents font leur éducation sexuelle via des images sexistes, misogynes et véhiculant de fausses informations sur les rapports humains.

D'où l'importance de la reconnaissance de la sexualité des adolescents et donc de leur éducation. La construction d'un être humain se fait dès l'adolescence pour poser les fondements de ce que seront les futurs citoyens.

Le rôle éducatif en matière de vie affective et sexuelle des professionnels de santé est mal défini. Comment les médecins généralistes abordent le sujet en consultation ? Comment peuvent s'articuler ensemble les informations données par les médecins, par les associations intervenant dans les collèges et lycées et par les pharmaciens ?

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à comprendre les stratégies d'informations mises en place par les professionnels de santé sur l'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents.

II. Généralités

A. Les adolescents et la sexualité

1. L'adolescence

L'OMS considère que 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* ». (14)

Dans le dictionnaire Larousse, l'adolescence est « *la période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* ».

Françoise DOLTO compare celle-ci à une seconde naissance, celle de la séparation d'avec le cocon familial. Elle met en parallèle les adolescents avec les homards, qui, pendant leur mue, quittent leurs carapaces et se retrouvent face à tous les dangers (15).

Michel BOZON la simplifie en *« la bornant d'une part par les premières manifestations de la puberté et de l'autre par le passage à la sexualité génitale. L'adolescence est ainsi devenue une période de préparation et d'apprentissage de la sexualité* » (16).

Mais nous pouvons constater comme cette étude l'indique (17), que dans la littérature traitant du sujet, l'adolescence n'est jamais clairement définie et l'on parle de « mineurs », de « jeunes de moins de 20 ans » ou encore de « 15-19 ans ».

2. La sexualité

L'OMS dans les *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe* (7) propose une définition de la **Santé sexuelle** comme étant : « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou d'infirmités. La santé sexuelle exige une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences plaisantes, en toute sécurité,*

sans coercition, discrimination et violence. Pour réaliser la santé sexuelle et la maintenir, il faut protéger les droits sexuels de chacun ».

De cette définition où la sexualité est vue de manière positive et selon une approche physique mais aussi psychologique et émotionnelle, en découle une définition des **Droits Sexuels** (7) qui incluent « *[…] de jouir du meilleur état de santé sexuelle possible, grâce notamment à l'accès à des services médicaux spécialisés en matière de santé sexuelle et reproductive ; de demander, d'obtenir et de transmettre des informations ayant trait à la sexualité ; une éducation sexuelle ; d'avoir une vie sexuelle satisfaisante, agréable et sans risque ; au respect de son intégrité physique […]* ».

L'IPPF, Fédération Internationale pour la Planification Familiale, a rédigé **une Déclaration des Droits Sexuels,** (18)**,** où sont notamment cités le droit à l'éducation et à l'information à la sexualité.

Le terme de santé sexuelle est entré dans le code de santé publique dans l'article 10 de la loi du 26 janvier 2016 (19). Les professionnels de soin primaire doivent l'intégrer à leurs discours.

3. L'éducation à la sexualité

L'UNESCO en 2009 (19) définit l'éducation à la sexualité comme « *une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui soit adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur. L'éducation sexuelle offre la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant de nombreux aspects de la sexualité* ».

Une définition sensiblement comparable est celle du Haut Conseil à l'Egalité en 2016 (20) et qui dit que c'est « *une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations*

interpersonnelles. Adaptée à l'âge, globale, positive et sans jugement de valeur, elle vise à doter les jeunes des connaissances, compétences, attitudes et valeurs dont ils et elles ont besoin pour déterminer leur sexualité et s'y épanouir. Elle permet de transmettre des savoirs relatifs à l'anatomie et la reproduction, mais doit aussi permettre de construire une culture de l'égalité, dont elle constitue l'un des aspects ».

Ce rapport préconise aussi une éducation à la sexualité où « *les stéréotypes et les rôles traditionnellement attribués aux femmes et aux hommes* » se déconstruisent. Pour in fine, permettre une égalité entre les sexes et entre les sexualités mais aussi un développement personnel épanouissant. (20)

L'OMS le confirme en argumentant que la sexualité est une composante centrale de l'être humain et que son éducation est un droit à l'information. Sources d'informations de plus en plus nombreuses et variées (Internet, réseaux sociaux, pornographies) et touchant plus les adolescents mais qui transmettent souvent une information « *dénaturée, incohérente, non réaliste et souvent humiliante* » (7).

Dans le monde, l'OMS en 2010 a défini 3 types de programmes d'éducation à la sexualité :

- *« Les programmes qui se concentrent essentiellement ou exclusivement sur l'abstinence sexuelle avant le mariage. Ils sont connus sous l'appellation « comment dire non » ou « abstinence seulement »* (pratiqués aux États-Unis et dans les pays d'Europe de l'Est) ;
- *« Les programmes qui incluent l'abstinence en tant qu'option mais qui abordent également les moyens de contraception et les pratiques du « safer sex »*
- *« Les programmes qui incluent les éléments de la catégorie précédente et les placent dans le contexte plus large du développement personnel et sexuel. Ce sont ces programmes que les standards pour l'éducation en Europe définissent comme « programmes d'éducation sexuelle holistique ».* (Comme au Pays-Bas ou en Suède) (7) (20)

La France, avec sa législation sur l'éducation à la sexualité dans l'Education Nationale, appartiendrait théoriquement à la 3ème catégorie. Mais en pratique, le rapport de la HCE 2016 montre qu'elle se situe plutôt entre la 2ème et la 3ème catégorie. « *Si la sexualité des mineurs n'est pas ouvertement réprimée par la morale et les pouvoirs publics, elle fait encore l'objet de préjugés* » (8).

Michel Bozon introduit le concept de « *panique morale* » de la part des adultes sur le sujet de la sexualité des adolescents. Que ce soit les politiques publiques ou les médias, il existe une angoisse sexuelle faisant ressurgir de nombreux fantasmes. Elle est liée à la fin de la mainmise des parents et de l'école sur la vie et la sexualité des adolescents mais aussi à l'émergence des nouvelles technologies comme Internet et les réseaux sociaux. (16)
Cela contribue à *« un double standard de comportement selon le sexe, où les femmes représenteraient l'agent civilisateur voué à inscrire les hommes dans une sexualité positive* » (16).

Pourtant, il a été prouvé que l'éducation à la sexualité n'entraine pas de rapports sexuels plus précoces mais au contraire permet une amélioration des connaissances et de l'estime de soi, des changements de comportement, impacte sur les normes de genre et renforce l'efficacité personnelle (19).

De plus, « *la large diffusion de la contraception moderne et la légalisation de l'avortement dans les années 1970 ou l'apparition du sida au milieu des années 1980 n'ont en revanche pas eu beaucoup d'influence sur l'âge des premières expériences sexuelles* » (21)

Cependant, plus il existe une pression parentale, sociétale et éducative et plus les adolescents chercheront à braver l'interdit et à prendre des risques dans leur sexualité. Le tout pour se démarquer des normes imposées (8).

Pour être traitée de manière positive et non jugeante, il faudrait que l'éducation à la VAS soit participative, interactive, dans un langage adapté au public, continue, multisectorielle, contextuelle, en collaboration avec les parents et en tenant compte du genre. (7)

Malgré une angoisse morale et des idées reçues sur la sexualité des adolescents, c'est une composante majeure du bien-être humain. Adaptée à l'âge, elle contribue à l'égalité homme-femme et à l'égalité entre les sexualités.

4. La sexualité des adolescents

L'âge médian au premier rapport sexuel, soit l'âge auquel la moitié des adolescents a déjà eu une relation sexuelle, est de 17,4 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles en 2010 (21)

Selon, l'enquête HSBC 2014, 9,2% des jeunes des classes de quatrième et 18,2% des jeunes de troisième déclarent avoir déjà eu un rapport sexuel, les garçons étant plus nombreux que les filles. (22)

D'un point de vue régional, en 2009, l'enquête de l'Observatoire régional d'épidémiologie scolaire du Languedoc Roussillon (23) chez des jeunes de classe de 3ème (âge médian 15 ans), montre que 26,2% des adolescents avaient déjà eu des rapports sexuels. Les garçons encore une fois étant plus nombreux que les filles (33,4% VS 18,7%, p = 0,001).

En 2013, l'étude du CREAI-ORS du Languedoc Roussillon sur la santé des élèves des écoles régionales de la deuxième chance (24) montre que l'âge moyen du 1er rapport est de 15,8 ans. La différence garçons/filles étant toujours présente (14,7 ans VS 16,6 ans). Les élèves accueillis en école de la deuxième chance sont des jeunes ayant quitté prématurément le système scolaire, sans diplôme ni formation.

Mais ce chiffre ne nous informe pas sur les pratiques sexuelles des adolescents comme par exemple le nombre de partenaires différents, le nombre de relations sexuelles par an, le temps entre le premier rapport sexuel et le second ou encore le motif d'entrée dans la sexualité. Il apparait qu'un quart (27,7 %) des femmes de 15 à 17 ans sont sexuellement actives (soit les adolescentes ayant eu un rapport sexuel dans les 12 derniers mois). (12)

De plus, ce chiffre d'âge médian, relayé et connu par le plus grand nombre peut être interprété par les adolescents comme l'âge normal (25) ou encore l'âge « idéal » (20) de l'entrée dans la sexualité.

Il existe, en France, peu d'études faites sur la sexualité des adolescents, sans en parler à travers la contraception. Tout au plus, savons-nous qu'elle est variable et irrégulière (5 à 15 rapports par an), imprévisible et non planifiée (63% des rapports ont lieu pendant les vacances scolaires) (26) et avec un nombre de partenaires rapidement croissant (27). Et d'un autre côté, la fertilité des adolescents est très élevée (8) (28).

La 1ère recommandation du HCE en 2016 lors de son rapport relatif à la sexualité (20) est d'ailleurs de *« lancer une enquête nationale sur les comportements, les pratiques, les sources d'informations et les représentations des jeunes en matière de sexualité »*, pour réactualiser les résultats de la dernière enquête de 1995.

Or connaitre la sexualité des adolescents permet au final de s'adapter à leur besoins réels (12).

Enfin, il a été établi que les jeunes croyant à l'égalité des sexes ont une sexualité plus épanouie et moins empreinte de violence (20). Le rapport IGAS en 2015 (12) le confirme en disant que *« l'enjeu de la meilleure contraception des mineures devrait avant tout reposer sur la recherche d'une sexualité épanouie des adolescentes qui seraient mises en situation de faire des choix éclairés sur les conséquences de leurs pratiques sexuelles et contraceptives* ».

L'âge médian au 1er rapport sexuel est stable en France depuis 8 ans. Ce chiffre qui peut être vu comme une norme sociale ne nous informe pas des pratiques sexuelles des adolescents. Nous savons juste que leur sexualité est irrégulière et imprévisible, avec un nombre de partenaires rapidement croissant. Connaitre leur sexualité permet aussi de s'adapter à leurs besoins.

B. *La contraception des adolescents*

« *Les deux enjeux de la contraception à l'adolescence sont l'éviction des grossesses non désirées et la prévention des infections sexuellement transmissibles* » (26)

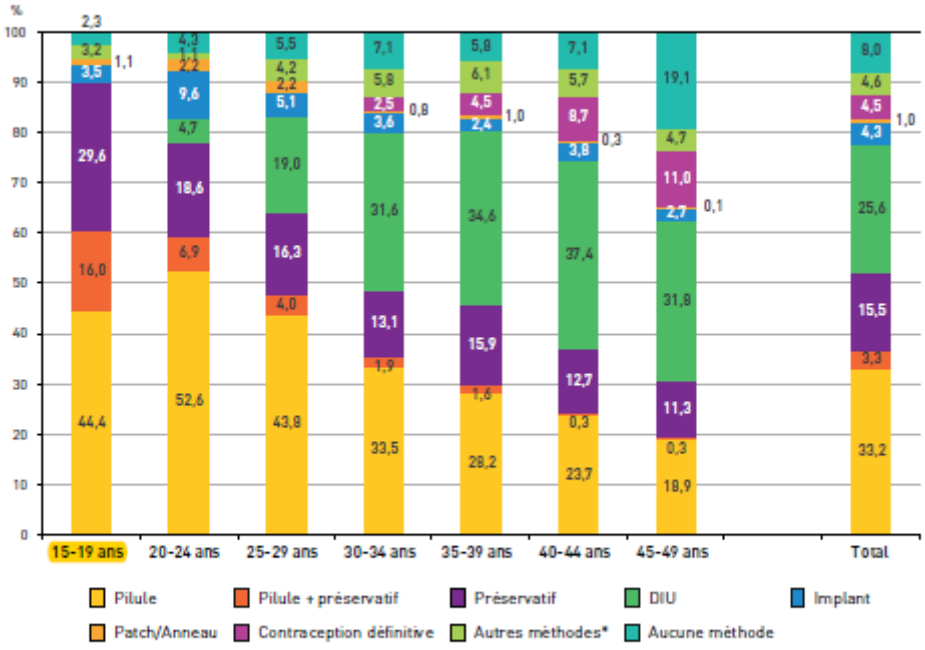
1. Les méthodes utilisées

En 2013, la HAS a émis des recommandations pour la contraception des adolescentes (29). Les oestro-progestatifs (pilule, patch, anneau vaginal), les progestatifs (pilule, implant, injection), les DIU et les méthodes barrières sont recommandées. Les méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et auto observation) et la stérilisation ne le sont pas.

Il existe en France une « norme contraceptive » (8) : le préservatif est utilisé au début de la sexualité, puis vient la pilule lorsque la relation devient stable et enfin le DIU après le 1er enfant. (9)

Dans l'étude Baromètre Santé de 2016 qui ne portent que sur des femmes, 94,6% des 15-19ans utilisent une méthode contraceptive recommandée par la HAS. Les 5,4% restant soit n'utilisent pas de contraception soit utilisent des méthodes naturelles. (9)

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



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

- <u>Le préservatif</u> seul est utilisé par 29,6% des 15-19 ans et par 16% associé à une pilule.

80% ont utilisé le préservatif lors de leur premier rapport. Mais dès lors que les rapports deviennent réguliers, seulement 41 % des adolescents l'utilisent. (26)

Son efficacité théorique est de 2 sur l'Indice de Pearl mais en pratique les échecs peuvent aller jusqu'à 15%. Le manque d'expérience des adolescents conduit à de plus nombreux accidents d'utilisation du préservatif (par exemple : préservatif déroulé dans le mauvais sens, abîmé par les ongles ou les dents, taille du préservatif non adaptée, non-respect de la date de péremption) (12).

Il peut aussi exister des réticences à l'utilisation du préservatif chez les adolescents : « *l'envie de faire plaisir à l'autre, l'idée que son utilisation jette le doute sur la confiance faite à l'autre et que l'amour protège de tout* » et l'idée d'invulnérabilité présente à l'adolescence…(26)

Aussi, les différents auteurs s'entendent pour dire que le préservatif seul n'est pas le moyen contraceptif recommandé chez les adolescents (26–28). La proportion d'échec du préservatif

est significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8 % contre 11,5 % chez les adultes) (28)

- La pilule, principalement oestro-progestative, est utilisée seule par 44,4% des 15-19 ans et associée à un préservatif par 16% d'entre eux.

40% des utilisatrices de pilules chez les 15-17ans (12) y ont recours pour des raisons autres que contraceptives (acné majoritairement). On peut supposer qu'elles peuvent être moins observantes quant à la prise. Il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent aussi avoir des rapports sexuels et se retrouver donc à risque.

L'indice de Pearl théorique de la pilule est de 0,3 mais il peut monter en pratique jusqu'à 8.

Il a été mis en évidence dans certaines études des difficultés d'observance de la pilule chez la femme adulte, expliquant cette différence de l'indice de Pearl : il faut s'attendre à pire chez l'adolescente. La difficulté pour les adolescentes d'anticiper, une prétendue infertilité, « *la pensée magique « cela ne peut pas m'arriver à moi »* sont autant d'obstacles à l'utilisation de la contraception oestro-progestative (26). De même que l'observance particulière de la pilule n'est pas toujours adaptée au mode de vie des adolescentes et à leurs connaissances du cycle menstruel (12).

Dans cette étude sur l'adolescente, sa contraception et le médecin généraliste (30), lors du premier rapport sexuel, le préservatif seul a été utilisé dans 70,25 % des cas, la pilule associée à un préservatif dans 18,04 % des cas, la pilule seule dans 2,22 % des cas, aucune contraception dans 7,28 % des cas.

Tout de même, le préservatif est le seul moyen de prévention contre les IST. Au Pays-Bas, de nombreuses campagnes d'éducation sexuelle prônent le « Double Dutch » soit l'utilisation conjointe du préservatif et d'une contraception hormonale. 71 % des Néerlandais de 15-19 ans adoptent cette méthode contre seulement 16 % des Français du même âge (8). C'est pourquoi l'OMS, relayé par de nombreux auteurs, recommande l'usage du préservatif en « double protection, avec un autre moyen de contraception » (12,26,28)

Le préservatif et la pilule sont les deux principaux moyens de contraception des adolescents en France. Leur indice de Pearl pratique est de 15 et 8 respectivement. Le préservatif étant le seul moyen de prévention contre les IST, il est important d'encourager le Double Dutch chez les adolescents : le préservatif associé à une autre contraception.

2. Modalités de délivrance et de prescription

L'article 24 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 (31) supprime l'obligation du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour toute prescription et délivrance de la contraception orale d'urgence aux mineures.

Depuis juin 2010, les infirmiers et pharmaciens peuvent renouveler une prescription de contraception orale, pour une durée maximale de six mois, à condition que l'ordonnance date de moins d'un an (8).

En 2013, avec l'article L322-3 Code de la sécurité sociale (32) apparait la gratuité lors de la délivrance de contraceptifs pour les mineurs (15-17ans). Ceux-ci doivent être normalement prescrits sur une ordonnance isolée avec la mention « contraception mineure ». Mais en réalité, moins de 0,6% des contraceptifs délivrés à des mineures de 15 à 17 ans en 2014 ont fait l'objet d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. La majorité ignorant l'existence de cette prise en charge. (12)

Dans l'article L5134-1 du code de santé publique (33) s'ajoute aussi la notion de secret dans la délivrance. La notion de secret diffère de l'anonymat : la mineure peut communiquer son identité au professionnel de santé. Le secret se fait vis-à-vis des parents. Mais de même, moins de 1% des contraceptifs délivrés à des mineures de 15 à 17 ans en 2014 ont fait l'objet d'une prise en charge via un NIR anonyme. (12)

Enfin depuis le décret n°2016-865 du 29 juin 2016 (34), la prise en charge à 100 % des frais liés à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans est étendue « *notamment à 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 et à la consultation de suivi par un médecin ou une sage-femme la première année d'accès à la contraception. »

Autant de décrets et de lois faits pour permettre un accès égal à la contraception pour tous et toutes.

La prescription, la délivrance et l'examen biologique en rapport avec la contraception chez les mineures sont gratuits et sans obligation d'autorisation parentale.

3. Les particularités de la consultation avec les adolescents

La HAS en 2013 donne ses recommandations sur le bon déroulement d'une consultation sur la contraception avec une adolescente (29) :

- *« Recevoir l'adolescente sans ses parents, et l'assurer de la confidentialité de l'entretien ;*
- *Aborder sans a priori le sujet de la sexualité ;*
- *Adapter la démarche à l'âge et aux besoins. Éviter d'être intrusif, partir de ses représentations de la sexualité et de la grossesse, de ses projets et de ses besoins, la rassurer sur sa normalité. Travailler avec elle la manière de répondre à une demande insistante d'avoir des rapports sexuels si elle n'en a pas envie ;*
- *Ne pas hésiter à reporter l'examen gynécologique et les examens sanguins à une consultation ultérieure (sauf symptômes ou antécédents) ;*
- *Aider l'adolescente à se projeter dans une utilisation future de la méthode envisagée, en abordant la question des freins à son utilisation (représentations, opinion du partenaire, coût, approvisionnement, accessibilité) ;*
- *Discuter de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et des méthodes de rattrapage possibles (contraception d'urgence) ;*

- *Informer sur les IST et l'efficacité des préservatifs en prévention ;*
- *Rattraper une éventuelle vaccination anti-HPV, dans la première année suivant le début des rapports sexuels ;*
- *Prévoir un suivi régulier et rapproché »*

La première consultation contraception devrait être dédiée à ce sujet (27) et l'occasion d'informer les adolescents de l'existence de sites Internet (26).

Pour plusieurs auteurs, il parait indispensable d'informer sur la contraception d'urgence et devrait même être prescrite en même temps que la contraception choisie, afin d'être immédiatement disponible en cas de besoin. (26,27,35). En 2007, 90 % des boites de contraception d'urgence ont été délivrées en dehors d'une prescription médicale. (35)

L'INPES, dans un document fait pour la pratique des professionnels (36), relaye la méthode BERCER de l'OMS pour le déroulement d'une consultation : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignements, **C**hoix, **E**xplication, **R**etour.

C. L'IVG chez les adolescents

1. Chiffre des IVG chez les adolescents

En 2016, on dénombre 197 800 IVG en Métropole dont 20 000 chez les moins de 20 ans. Le taux de recours à l'IVG est donc de 6,7 pour 1 000 femmes parmi les 15-17 ans et de 17,8 parmi les 18-19 ans.
D'un point de vue régional, des disparités persistent avec des chiffres plus élevés dans le Sud et notamment en Occitanie avec un taux de recours à l'IVG de 7,7 pour 1000 femmes parmi les 15-17 ans. (10)

D'un point de vue départemental, dans l'Hérault, en 2016, on note 177 IVG chez les mineures (< 18 ans) sur 4135 IVG (données CPAM34 : service stat. direction Mr Claude Imbert).

Pour les mineures ayant eu recours à une IVG, 20 % d'entre elles sont sorties du système scolaire, 10 % ont quitté le domicile parental contre 1 % parmi l'ensemble des mineures et 6% déclarent vivre en couple. Et près de 7 % déclarent avoir déjà eu auparavant une ou plusieurs IVG. (37)

En France, taux d'IVG de 6,7 pour 1000 chez les 15-17 ans et 17,8 pour 1000 chez les 18-19 ans.

Dans l'Hérault, pour 100 femmes ayant eu une IVG, 4,3 avaient moins de 18 ans.

2. Causes des IVG

- Méconnaissances et croyances

Il existe de fausses représentations des risques, notamment en cas d'utilisation fréquente de la contraception d'urgence, une ambiguïté sur le terme « pilule du lendemain », une information théorique des manuels scolaires (ovulation au 14e jour du cycle prise à la lettre, (35) une surestimation des risques de la pilule (stérilité ultérieure, cancer). (28)

Une mauvaise information ou un manque d'analyse incitent les jeunes à ne pas se protéger (par exemple, croyance selon laquelle on ne peut pas tomber enceinte au premier rapport…) (37). En classe de 3ème, 2/3 des jeunes filles pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants, et les 3/4 qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles. (28)

- Echecs de contraception

Dans 70% des cas d'IVG, la mineure utilisait une méthode contraceptive (12) : 20% citaient la pilule et 60% le préservatif. Les 20% restantes citaient les méthodes naturelles. (37)

Lors de l'analyse des chiffres de la DREES sur les IVG en 2007, 37% des échecs étaient liés à une méthode contraceptive non médicale (rupture ou glissement du préservatif dans 31% des cas, méthode du retrait ou calcul du cycle), 18% dus à une absence de contraception et 12% à un

échec de la pilule (dans 92% des cas à cause d'un oubli) (37). Chez les adolescentes n'ayant pas de contraception, 31 % pensaient qu'elles ne courraient pas de risque de grossesse, 23 % n'avaient pas anticipé le fait d'avoir des relations sexuelles, 20 % déclaraient avoir déjà rencontré des problèmes avec la contraception dans le passé, 14 % ne pas avoir pensé à la contraception, 7 % disaient que soit leur partenaire était réticent à utiliser la contraception soit voulait qu'elles tombent enceintes, 5 % avancent le coût et 5 % ne voulaient pas que leurs parents sachent qu'elles prenaient la contraception. (12)

85% des mineures interrogées n'ont pas utilisé la contraception d'urgence : elles ne pensaient pas risquer d'être enceintes (48 %), elles n'y ont pas pensé (14 %) ou la combinaison de ces deux réponses (8 %). (37)

Ces chiffres révèlent les difficultés auxquelles sont confrontées les jeunes femmes dans la gestion quotidienne de leur contraception en début de vie sexuelle (38).

La prévention des IVG chez les mineures s'appuie donc sur l'information concernant la contraception d'urgence, son efficacité et les conditions d'accès en cas de rapport non ou mal protégé. Puis sur la prescription d'une contraception régulière efficace dès que possible : « *La priorité n'est pas de banaliser l'imprévu, mais d'informer sur toutes les mesures préventives possibles* ». (35)

Deux causes principales aux IVG chez les adolescentes : l'échec de contraception (absence de contraception, méthodes naturelles ou mauvaise utilisation de la contraception) ou les méconnaissances et les croyances.

D. Les modes d'information et de désinformation des adolescents

Dû à leur inexpérience et à l'insuffisance des campagnes d'éducation à la VAS, les adolescents, et notamment les jeunes filles, connaissent mal le fonctionnement de leur propre corps (le

cycle menstruel, le risque de grossesse dès le premier rapport sexuel) ainsi que celui des contraceptifs (utilisation de la pilule un jour sur deux avec le partenaire par exemple). Elles ne parviennent pas toujours à faire un parallèle avec les enseignements faits en classe de SVT à l'école (12) (4)

D'un point de vue de l'information, on est « *passé pour les adolescents […] à une socialisation « horizontale », où la construction de soi passe par les pairs, les moyens de communication et les références culturelles de génération, les expériences personnelles, les recommandations et les campagnes publiques* ». De nouvelles sources d'informations ont vu le jour : les médias et Internet, le cinéma, les magazines, la publicité… « *Il existe une prolifération des discours, des savoirs et des images de la sexualité ainsi que des recommandations en matière de comportements, partiellement contradictoires*. » (16)

1. Retour des adolescents sur les sources d'information

Dans le livre de BAJOS et BOZON (39), l'enquête interroge sur les moyens d'information sur la sexualité. Les femmes citent en premier l'école à 85,6%, la télévision et la radio à 70,4 %, la mère à 67,2 %, les magazines féminins à 59,5%, le médecin à 45,5% et enfin les copines à 39,3%. Les hommes citent aussi l'école en premier à 83,6%, la télévision et la radio à 70,6 %, les copains à 45,3%, la mère à 38,8% et la partenaire à 20,1%.
Une autre enquête en 2005 donne à peu près les mêmes résultats sur les sources d'information sur la contraception. Les adolescents, d'une moyenne d'âge de 16 ans, citaient le cours de biologie de 3e : 100 %, les médias : 77 %, le CPEF : 66 %, la famille : 45 %, les ami(e)s : 27 %, le médecin scolaire : 25 % et le médecin de famille : 2 %. (40)

Enfin dans une étude de 2007 auprès d'adolescentes de terminale, l'entourage proche (la famille 49,08 % et les amis 45,81 %) a été la source privilégiée d'informations. Les médecins, qu'ils soient gynécologues (36,77 %) ou généralistes (21,94 %), n'arrivent qu'en troisième et quatrième positions. (30)

Dans la thèse de Z. HAMI, réalisée en 2003, 83,7% des adolescents ont été informés par le collège et 33,3% par l'infirmière scolaire. Et 24% n'ont été informés que par le collège (infirmière comprise). A noter, que les adolescents ont pu inclure les amis et pairs dans l'item « collège ». Le médecin généraliste n'est alors cité que dans 13,8% des cas. A contrario, ils sont 26,9% à vouloir être informés par le médecin généraliste et 56% pensent que c'est un bon interlocuteur pour parler sexualité. (41)

Le Pr SOMMELET, dans un rapport de 2006 (42), insiste sur *« l'importance de la formation initiale et continue* » de tous les professionnels de santé.

L'information sur la vie affective et sexuelle des adolescents vient principalement de l'école, de la famille et des pairs. Les médecins, généralistes ou gynécologues, n'arrivent qu'en bas de classement, après les médias notamment.

2. L'éducation nationale

Comme nous l'avons vu en introduction, depuis 1973, l'éducation à la sexualité en milieu scolaire est régie par la loi. La dernière date de 2003 (3) et pose les objectifs éducatifs suivants :

« *- comprendre comment l'image de soi se construit à travers la relation aux autres ;*
- analyser les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits et comprendre l'importance du respect mutuel ; se situer dans la différence des sexes et des générations ;
- apprendre à identifier et à intégrer les différentes dimensions de la sexualité humaine, biologique affective, psychologique, juridique, sociale, culturelle et éthique ;
- développer l'exercice de l'esprit critique notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias, en matière de sexualité ;
- favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre ;
- apprendre à connaître et utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement. »

Les associations intervenant en milieu scolaire peuvent obtenir un agrément qui, s'il n'est juridiquement pas obligatoire, est « *gage de qualité* ». Il est alors acquis auprès du Rectorat et du CAAECEP, pour une durée de 5 ans. Cependant l'agrément obtenu ne l'est pas dans le champ spécifique de l'éducation à la sexualité. (20)

Pour Nicole ATHEA (4), les différents intervenants en milieu scolaire n'ont pas tous les mêmes objectifs. Ils viennent de structures différentes, avec des formations disparates et des objectifs variables. L'éducation qui en résulte peut alors être « *éclatée* » en ne prenant pas forcément en compte les questionnements des adolescents. Pour Nathalie BAJOS, le discours à l'école serait même genré (43).

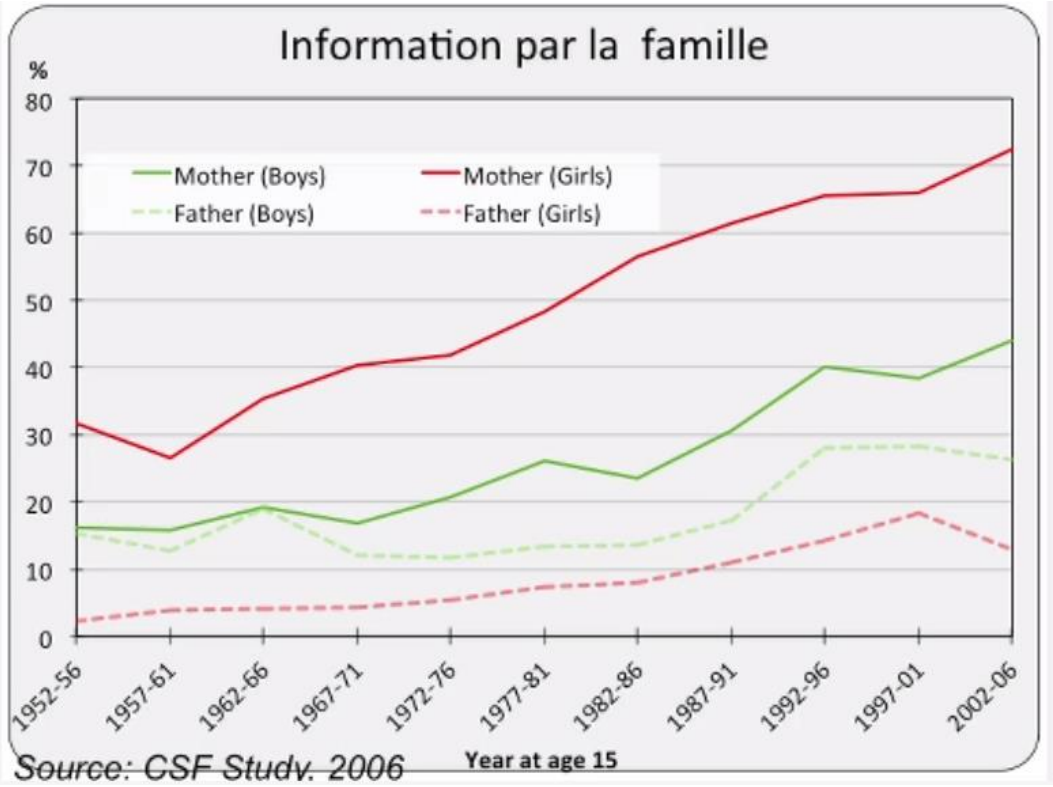
Mais, pour l'OMS et ses standards européens (7), l'éducation à la sexualité formelle des professionnels de santé est nécessaire.

Seulement, 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité. Lorsqu'elle est présente, elle se concentre sur l'aspect scientifique. Et majoritairement, seules les classes de CM1, CM2, 4ème, 3ème et 2nde bénéficient de ces heures d'éducation, normalement obligatoires dès la primaire (20).

Avec la loi de 2003, il est obligatoire de mettre en place 3 séances par an d'éducation à la sexualité de la primaire à la terminale. Ses animations sont réalisées par des associations ayant reçu un agrément du rectorat. Malheureusement, plus d'un quart des établissement scolaires en France ne font pas appliquer cette loi.

3. L'entourage familial et amical

Même si « *au tournant du XXIème siècle, les parents ne régentent plus les jeunes et leur vie sexuelle, dont ils ne fixent plus les normes* » (16), ils restent tout de même des interlocuteurs privilégiés.



Mais là encore, le discours est très genré puisqu'on voit que les mères informent plus que les pères. Et elles-mêmes informent plus leurs filles que leurs garçons (43).

Or l'éducation informelle des parents n'est pas suffisante. Surtout que les parents « *se sentent parfois dépassés ou le sujet les embarrasse* » (17)

Pour certains même, dont Françoise DOLTO (15), la sexualité ne peut être abordée et partagée avec les parents « *pour des raisons psychologiques évidentes* » (28).

4. Le milieu médical

Grace à l'aide de Santé Publique France, il est possible pour les professionnels de santé, de commander gratuitement des affiches, des brochures de prévention (cf. Annexes I à VI).

a) Les médecins

Un médecin généraliste verrait en consultation 2 adolescents par jour et serait le professionnel de santé le plus vu. En effet, l'accès au généraliste est plus facile pour des raisons démographiques ou socio-économiques et grâce à la permanence des soins. Mais les médecins « *se sentent souvent mal préparés pour aborder certaines thématiques jugées sensibles : sexualité…* ». (42)

Pour Israël NISAND, le médecin généraliste de famille n'est que peu consulté par les adolescents et ce pour 3 raisons :

- Les adolescents ignorent souvent le secret professionnel et ont peur de la divulgation d'informations aux parents
- Ils n'ont pas forcément les ressources financières pour payer la consultation
- Les jeunes femmes redoutent l'examen gynécologique (28)

La vaccination anti-HPV contre le cancer du col de l'utérus est maintenant recommandée entre 11 et 14 ans. Seulement le taux de couverture vaccinal reste trop bas : seule 20% de la population cible est vaccinée (44). Ce qui apparait alors comme une porte d'entrée possible pour parler VAS avec l'adolescente ne peut pas être utilisée par les médecins généralistes.

b) Les pharmaciens

Les pharmaciens sont quotidiennement au contact d'adolescents, parfois plus que les généralistes, notamment grâce à la délivrance gratuite et anonyme de la contraception.

L'éducation est une de leurs missions inscrites dans le Code de santé publique : « *contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale* ».

Dans la loi de 2002 relative à la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures, il est mentionné qu'elle doit être précédée d'un entretien fait par le pharmacien et que cela « *permet […] de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur*

ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche. » (45)

On ne les retrouve pourtant que très peu, voire quasiment pas, cités comme ressources auprès des adolescents.

c) Les infirmières scolaires

Ce sont « *un des premiers éléments de la chaîne de l'éducation à la sexualité* ». (20)

Dans un premier temps, les infirmières peuvent administrer la contraception d'urgence aux élèves, qu'elles soient mineures ou majeures, depuis 2000 dans les établissements d'enseignement du second degré (33).
Un nouveau décret en 2016, enlève le caractère de « détresse » de la demande de l'adolescente (20).
En 2012-2013, 14 500 élèves, dont 84 % de mineures, se sont rendues à l'infirmerie pour demander une contraception d'urgence soit un taux de 6,9‰, rapporté aux nombres de filles scolarisées.
La délivrance a été faite à 10 279 élèves soit un taux de 4,9‰, les autres ayant été orientées en CPEF. (12)

Dans un deuxième temps, elles peuvent renouveler les prescriptions et traitements contraceptifs depuis la Loi de 2011 modifiée par la loi de 2017 n°2017-220 (46) : « *L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable* ».
Le renouvellement doit se faire sur l'ordonnance médicale originale avec la mention « renouvellement infirmier » ainsi que la durée et la date à laquelle il a été effectué. (12)

Elles sont aussi chargées d'écouter, de répondre aux questionnements des adolescents et d'orienter les élèves vers les centres de planification ou d'éducation familiale (20).

Seulement, la disponibilité des personnels de santé est la difficulté la plus rencontrée dans les établissements scolaires : on note 1 infirmière pour 1740 élèves.(20) Elles n'ont donc souvent qu'une présence partielle dans les établissements scolaires.

d) Les CPEF

Les centres de planification et d'éducation familiale voient le jour après la loi Neuwirth de 1967 pour la diffusion des méthodes contraceptives. Les missions d'information, d'éducation à la sexualité et à la planification familiale sont centrales.

Au fur et à mesure des différentes lois, les missions ont été étendues et offrent maintenant « *une palette quasi-complète de prestations en matière de santé sexuelle* ». (47)

Ses missions sont :

« *1 – Consultations médicales relatives à la fécondité ;*

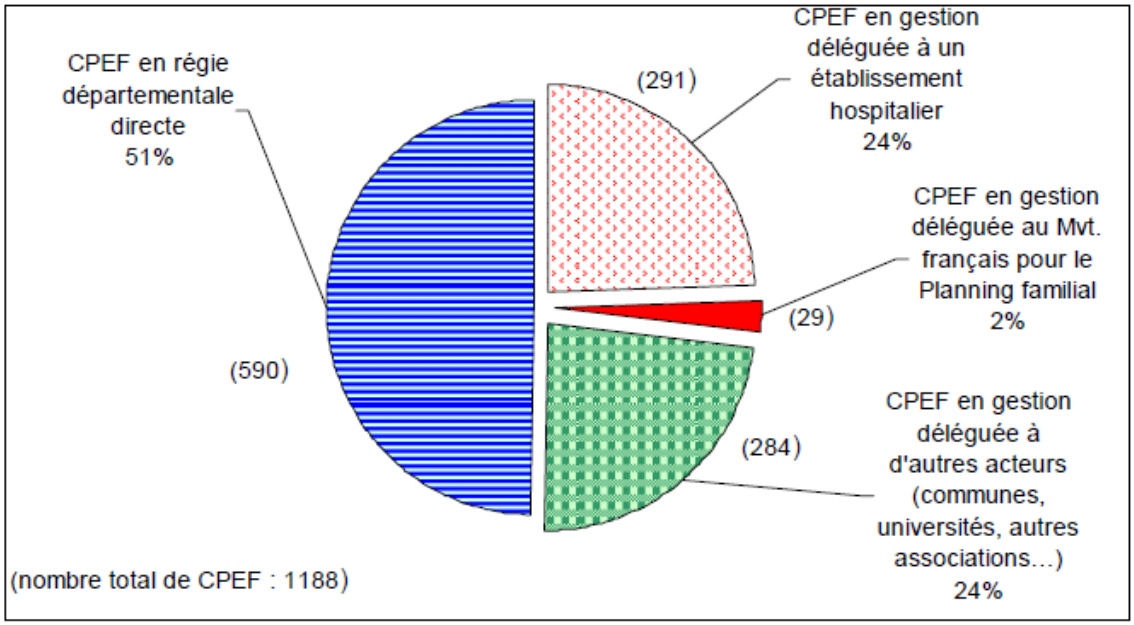
2 – Diffusion d'informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les Centres et à l'extérieur de ceux-ci, en liaison avec les autres organismes et collectivités concerné.e.s ;

3 – Préparation à la vie de couple et à la fonction parentale, entretiens de conseil conjugal ;

4 – Entretiens préalables à l'IVG ;

5 – Entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG » (20)

Seulement en France, les 1188 CPEF n'ont pas de gestion unique, et cela depuis 2003 et la loi de décentralisation :



Source : DGS 2010, Mouvement français pour le Planning familial

Il existe alors un manque de cohérence dans la gestion et le pilotage politique des centres.

De plus l'accessibilité géographique des CPEF rencontre des difficultés notamment en zone péri-urbaine et rurale (20,28,47). Dans certains départements français, l'offre peut aller d'un seul centre à plusieurs dizaines, (20) s'expliquant aussi par la diversité des gestions des centres (8).

Enfin, les horaires d'ouverture sont souvent restreints et ne correspondent pas aux disponibilités des jeunes, malgré des efforts faits pour s'adapter au public (ouverture entre midi et deux, le mercredi après-midi…) (8,12,47)

Pourtant, les CPEF accueillent 30% de mineurs. La qualité et la diversité des professionnels y travaillant, les nombreuses missions accomplies et les capacités d'accueil et d'écoute en font un des piliers de l'éducation à la vie affective et sexuelle.

Deux rapports (8,20) préconisent la création d'un site Internet et/ou d'une application permettant un recensement des structures et lieux de ressources d'éducation à la sexualité afin de centraliser l'offre disponible en France pour les jeunes.

Les médecins et les pharmaciens sont présents auprès des adolescents pour éduquer, conseiller, prescrire et délivrer la contraception. Ils ne sont pourtant que peu cités par les adolescents comme sources d'information.

Les infirmières scolaires, quotidiennement au contact des adolescents, ne sont pas assez nombreuses et doivent se partager entre plusieurs établissements.

Les CPEF, dont les missions d'information et d'éducation sont centrales, ne sont parfois que peu connues des adolescents. La répartition territoriale est inégale et les horaires sont parfois en contradiction avec les disponibilités des adolescents.

5. Internet et les réseaux sociaux

Les adolescents ont grandi avec Internet et les réseaux sociaux. Ils sont connectés via des ordinateurs, des tablettes, des smartphones. Ils permettent une facilité d'accès et un anonymat, recherchés à ces âges. En 2011, 98 % des 12-17 ans ont un ordinateur à domicile et 84% sont sur des réseaux sociaux. (25)

Pour les questions de vie sexuelle et affective, les jeunes se tournent très facilement vers des sites de vulgarisation médicale ou encore sur des forums où ils peuvent librement poser leurs questions. Les moins à l'aise avec les professionnels de santé osent alors plus facilement rendre compte de leurs pratiques. Seulement, les informations trouvées ou données par les autres peuvent être très hétérogènes, normatives, erronées ou encore culpabilisantes (20). Pour l'OMS, elles sont souvent incohérentes, non réalistes et humiliantes pour les femmes (7). « *L'émergence et la forte progression des réseaux sociaux conduisent à rendre publique son intimité et à s'exposer* ». (25)

44 % des adolescents recherchent des informations sur la sexualité sur Internet sans toujours les compléter par un dialogue direct avec un adulte. (25)

Mais les nouvelles technologies n'ont pas que des défauts quand elles sont utilisées à bon escient et par des sources scientifiquement reconnues comme l'INPES. Elles utilisent alors les nouveaux modes de communication des jeunes pour les informer mais aussi leur permettre de

communiquer librement via des blogs ou des pages Facebook. L'avantage des réseaux sociaux, c'est « *qu'ils donnent l'opportunité de construire une relation pérenne avec un public cible* ». (25)

Internet permet d'effectuer des recherches en toute confidentialité et anonymement (20). Il contribue à réduire le déficit d'accès et d'utilisation des sources plus traditionnelles (25).

Il est aussi de la compétence des professionnels de santé d'orienter les adolescents vers des sites Internet reconnus et délivrant des informations « *justes et adaptées* » (25).

Comme sources fiables, nous pouvons citer www.filsantéjeunes.com (48), www.onsexprime.fr (49), www.choisirsacontraception.fr (50).

Internet fait parti du quotidien des adolescents. Ils s'y dirigent facilement pour s'informer mais ne se tournent pas tout le temps vers des sites d'information fiables et reconnus. Aux professionnels de santé de savoir rediriger vers les sources de confiance.

6. La pornographie

Tous les rapports officiels sur l'éducation à la vie sexuelle et affective parlent des effets néfastes de la pornographie tels que la soumission de la femme, les violences, la prise de risque…

Lors d'une enquête du CSA en 2004, 67 % à 14 ans et 77 % à 15 ans de garçons ont vu au moins un film pornographique. Chez les filles, 36 % à 14 ans et 45 % à 15 ans. Les garçons ont une opinion positive à l'égard de la pornographie (54 % disent que cela les amuse et les distrait, 34 % que cela leur plaît et 16 % que cela leur est utile), alors que les filles notifient leur aversion pour ce type d'images (56 % disent que cela les dégoûte, 28 % que cela les met mal à l'aise, 26 % que cela les choque). (51)

Les adolescents s'informent via la pornographie pour savoir ce qui est attendu de l'autre et d'eux-mêmes. Elle peut pousser les adolescents à des pratiques sexuelles d'adultes dès leur premier rapport, normalement propice à la découverte de son corps et de son partenaire. 40%

d'entre eux puisent des idées pour leurs rapports, 30% y trouvent des informations et 25% en tirent un modèle pour leur sexualité (13).

Pourtant pour Michel Bozon, la pornographie se retrouverait au centre de la *« panique morale* » citée plus haut comme « *source de pulsions d'imitation, de terribles complexes, d'une perte du sens de la réalité et de comportements violents »*. Elle constituerait « *un abcès de fixation de l'anxiété adulte en France* ». (16)

Florian VOROS abonde dans ce sens dans son article en disant : « *L'usage de pornographie n'est qu'une des nombreuses pratiques à travers lesquelles les adolescents construisent leur rapport à la masculinité et à la féminité* » (25).

Tout de même, les garçons s'initient parallèlement à la pornographie et à la masturbation dans leur adolescence et continuent donc à faire l'apprentissage précoce d'un désir individuel plutôt qu'à des relations. (16)

Le Rapport du Haut Conseil de l'égalité de 2016 note : « *Qu'elles soient erronées, normatives, moralisatrices ou d'ordre pornographique, il existe des risques que les jeunes, sans accompagnement ni réponses à leurs questions, se tournent vers des sources d'information souvent marquées par des remarques sexistes, homophobes, lesbophobes et/ou moralisatrices et jugeant leurs désirs, pratiques, identités ou orientation sexuelle.* » (20)

Finalement, on peut noter qu'à ce jour il n'existe pas d'étude ayant objectivé les effets néfastes de la pornographie sur les pratiques ou les représentations sexuelles des adolescents. Ces études sont pourtant nécessaires pour se défaire d'a priori et orienter la politique en matière d'éducation à la sexualité. (25)

Avec l'essor d'Internet, la pornographie est devenue accessible à tous. Les garçons sont plus nombreux à en regarder à âge comparable et y trouvent plus de plaisir et y cherchent plus d'informations que les filles.

Certains auteurs pensent que les effets de la pornographie sur les adolescents sont surévalués tandis que d'autres y voient une source de normes et de violence.

III. Etude

L'objectif étant de comprendre les stratégies d'information des professionnels de santé en matière d'éducation à la sexualité, nous avons d'organiser des entretiens avec les acteurs de santé de premier recours : médecins généralistes et pharmaciens. Mais aussi, celles et ceux qui participent aux ateliers éducatifs réalisés en collège et lycée via des associations.

A. Matériel et Méthode

1. Population

Pour les médecins généralistes, l'enquête a été menée auprès de 10 médecins (M1 à M10). Ils ont été recrutés dans mon entourage professionnel et par appel téléphonique. Je présentais ma fonction ainsi que la thématique du sujet et le temps approximatif de l'entretien. Pour avoir un échantillon le plus hétérogène et représentatif possible, le recrutement s'est porté sur les variables suivantes : l'âge, le sexe, le mode d'exercice, les formations complémentaires, le fait d'être maitre de stage en médecine générale.
Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecin généraliste thésé, remplaçant ou installé, pratiquant dans le département de l'Hérault.

Pour les pharmaciens, le recrutement s'est fait dans l'entourage professionnel après appel téléphonique. Là encore, je présentais ma fonction ainsi que le thème de l'étude et le temps approximatif de l'entretien. Les critères d'inclusion étaient : pharmacien d'officine, salarié ou installé, pratiquant dans le département de l'Hérault.

Concernant les associations, un premier entretien a été fait avec le Dr Rachedi Nadia, Gynécologue-Obstétricienne Territoriale et Médecin chef de service prénatal et planification de la PMI de Montpellier, où nous avons discuté du sujet de ma thèse. Grâce à ses conseils, le recrutement des associations s'est fait via le site internet du Rectorat de Montpellier avec l'aide de leur « *liste des associations agréées par le Conseil Académique des Associations Educatives Complémentaires de l'Enseignement Public (C.A.A.E.C.E.P.) de l'académie de Montpellier* ». Les associations ont ensuite été contactées par mail où était mentionné le thème de ma thèse avec

l'objectif principal. Sur les quatre contactées, 3 associations (A1 à A3) ont répondu positivement. La dernière ayant refusé par manque de temps et restructuration du personnel.
Le critère d'inclusion principal était le fait d'intervenir en collège et lycée sur le thème de la sexualité.

2. Choix de la méthode

Le choix de la méthode s'est porté sur une analyse qualitative. En effet, l'étude se focalise sur les comportements et les pratiques des professionnels de santé, le tout dans un contexte de phénomènes sociologiques. Nous avons cherché à en comprendre le sens et non à en dégager des statistiques pour finalement créer des hypothèses. (52) A la fin, nous pouvons en dégager un état des lieux sur les différentes pratiques existantes.

Pour les médecins et les pharmaciens, le choix s'est naturellement porté sur des entretiens semi-dirigés. J'ai essayé d'établir un climat de confiance permettant de libérer la parole afin qu'ils puissent exprimer leurs idées sans peur du jugement. D'autant plus que le sujet de la sexualité peut provoquer gêne et inconfort.

Pour les associations, au contraire, nous avons réalisé des focus group. Il nous paraissait en effet plus pertinent de s'entretenir avec l'ensemble des personnes d'une même association, permettant ainsi une réflexion de groupe et des échanges dynamiques. Le tout amenant chaque participant à s'exprimer librement. Pour cela, l'entretien a été réalisé en présence d'un modérateur et d'un observateur.

3. Déroulement des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont été mené par une enquêtrice seule. Les focus group ont été menés avec un observateur ou seule par faute d'emplois du temps discordants.

Pour les médecins généralistes, les entretiens se sont déroulés soit au cabinet médical, en dehors du temps des consultations, soit au domicile des médecins. Les entretiens durent de 15min04s à 29min15s.

Pour les pharmaciens, les entretiens se sont réalisés soit en officine soit en lieu neutre (type café). Les entretiens durent de 7min07sec à 24min54sec.

Pour les associations, les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des associations.

Dans les trois cas, un rappel oral de la confidentialité et de l'anonymat des entretiens et la signature d'un consentement écrit (cf. Annexe 1) ont été faits. Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone via un smartphone Apple après un rappel du sujet et de l'objectif de la thèse.

4. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé pour chaque catégorie interrogée avec une évolution du guide au fil des entretiens (cf. Annexes 2, 3, 4). Pour tous, la première question concernait les données socio-épidémiologiques.

Pour les médecins généralistes, un premier groupe de 5 questions traitait de l'information donné aux adolescents en consultation (consultation, aides, contenu). Pour cela des brochures commandées sur le site de Santé Publique France ont été présentées (cf. Annexes I à VI). Puis un deuxième groupe de 3 questions traitait de l'avis porté sur les adolescents et l'information qu'ils reçoivent.

Pour les pharmaciens, la première question concernait leur mission d'information. Puis le reste des questions concernait l'information donnée aux adolescents, sur les circonstances, la fréquence, les aides utilisées, le contenu du message donné.

Pour les associations, une première question revenait sur l'agrément de l'éducation nationale nécessaire aux animations. Puis une question sur le contenu des animations. Et enfin, deux questions sur l'avis porté sur les adolescents et l'information qu'ils reçoivent.

Pour chaque entretien, des relances étaient prévues pour réorienter le participant sur le sujet souhaité ou pour approfondir certaines réponses.

Deux entretiens tests ont été réalisés avec des médecins ne participant pas à l'étude.

5. Recueil et analyses des données

La retranscription des entretiens s'est faite via un logiciel de traitement de texte WORD Office. Le recueil des données a été effectué jusqu'à atteindre la saturation des données.

Après plusieurs lectures des verbatim, de nombreux sujets ont été dégagés. Une analyse thématique a été réalisée avec recueil des thèmes par thématisation en continue puis regroupement thématique avec catégorisation par analyse du relevé de thèmes. Le choix de la méthode d'analyse thématique a été prise après lecture du livre « L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales » (53)

Une cartographie a été faite avec le logiciel Xmind pour chaque analyse de relevé de thèmes (cf. Annexes XI à XXI).

Une double lecture a été réalisée par mon directeur de thèse et moi-même.

B. Résultats

Les entretiens se sont déroulés sur la période allant de Novembre 2017 à Janvier 2018.

1. Médecins généralistes

a) Caractéristiques de la population

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Diplômes complémentaires	Maître de stage
Médecin 1	44 ans	Femme	Thésée, cabinet seule	Ville	Non	Non
Médecin 2	42 ans	Femme	Thésée, cabinet de groupe	Ville	Oui, DU d'Urgences Pédiatriques	Non
Médecin 3	37 ans	Femme	Thésée, cabinet de groupe	Ville	Oui, DU de gynécologie	Oui
Médecin 4	41 ans	Femme	Thésée, cabinet à deux	Semi-rural	Non	Oui
Médecin 5	35 ans	Homme	Thésé, cabinet de groupe	Ville	Oui, DU d'Etudes approfondies des polyarthrites et maladies systémiques	Oui
Médecin 6	30 ans	Femme	Thésée, collaboration en cabinet de groupe	Ville	Non	Non
Médecin 7	30 ans	Femme	Thésée, remplaçante	Ville/Semi-rural	Oui, DU d'entretien motivationnel	Non

	Age	Sexe	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Diplômes complémentaires	Maître de stage
Médecin 8	65 ans	Homme	Thésé, maison médicale	Semi-rural	Non	Non (arrêt depuis quelques années)
Médecin 9	58 ans	Homme	Thésé, maison médicale, a travaillé en planning familial	Semi-rural	Non	Non
Médecin 10	43 ans	Homme	Thésé, cabinet de groupe	Ville	Non	Non

b) Conditions de la consultation (tableau en annexe XI)

- Place des parents

Les parents, lorsqu'ils accompagnent les adolescents, sont peu de fois sortis systématiquement. Seuls 20% des médecins le font : « *Dans tous les cas, quand on aborde le sujet, je fais sortir les parents* » (M2). 3 médecins ne les font pas du tout sortir soit par difficulté *« Oui c'est plus dur »* (M1) soit n'en voit pas l'utilité et ont d'autres techniques *« si j'ai des questions à poser je le fais par écrit »* (M10).

Et il y a ceux qui font sortir les parents en fonction du contexte, soit lors de l'examen physique : «*je profiterai de l'examen clinique pour faire sortir les parents* » (M3) ou « *en général je les fais*

sortir quand il y a un examen » (M4), soit après avoir demandé à l'adolescent s'il souhaitait un moment seul avec le médecin : « *leur demander toujours si elles sont d'accord pour que les parents restent* » (M6) ou « *Je pose la question. « Tu veux qu'on reste seul(e) ? »* (M9)

Les parents sont sortis dans 20% des cas systématiquement, dans 30% des cas jamais, et dans 50% des cas en fonction du souhait de l'adolescent.

- Qui aborde le sujet ?

Dans la majorité des cas, le médecin n'aborde pas le sujet de la VAS spontanément : « *je ne vais pas l'aborder de but en blanc si le sujet n'est pas là* » (M4), « *s'il n'y a pas de demande en face c'est difficile* » (M2), « *la plupart du temps je n'aborde pas* » (M8), « *Spontanément non jamais, je ne l'aborde pas* » (M10). L'éducation à la VAS ne se fera que si l'adolescent aborde le sujet : « *l'idéal pour que j'en parle c'est qu'eux commence à m'en parler* » (M1)

Certains l'abordent en restant vague et en posant des questions ouvertes : « *on essaye de poser des questions un peu ouvertes, sur comment ça se passe pour eux* » (M7) ou « *Après voilà ce sont des questions ouvertes* » (M9).

Seuls 20% des médecins l'abordent spontanément : *« S'il n'y en a pas, il m'arrive de poser la question « As-tu besoin d'information au sujet de la contraception ou les relations ? ». Surtout les relations sexuelles* » (M3) ou « *J'essaye de les brancher, pour les certificats de sport par exemple* » (M9).

20% des médecins abordent la vie affective et sexuelle spontanément. 20% posent des questions ouvertes générales. Les autres ne l'abordent que si l'adolescent souhaite en parler.

- Contexte de la consultation

Certains médecins (30%) ont évoqué le manque de temps en consultation pour aborder le sujet de la VAS (lorsque la consultation n'est pas dédiée à ça) : « C*'est pas que j'ai pas l'envie, mais le temps* » (M1), « *Je pense qu'on n'a pas le temps de la faire, enfin honnêtement* » (M4), « *Et ce qu'on fait en réalité dépend beaucoup du temps* » (M5).

La question a aussi été posée de la vaccination anti-HPV comme pouvant être une porte d'entrée à l'éducation à la VAS. 40% des médecins pensent que c'est une aide : « *Le fait que ça soit annoncé c'est plus facile à aborder je trouve* » (M2) ou « *la question du Gardasil qui se pose par les parents « est-ce qu'il faut le faire ou pas le faire ? » amène à parler des MST, des rapports, de la sexualité en général* » (M4). Au contraire, 50% des médecins n'ont pas trouvé cela aidant : « *je ne propose pas spontanément la vaccination anti-HPV. Je n'ai pas ce moyen là pour ouvrir* » (M3), « *ça peut mais ce n'est pas ce que je fais* » (M5), « *je ne m'en sers pas comme ça* » (M9).

La difficulté vient aussi de parler de VAS en consultation dite lambda : « *S'ils viennent pour un rhume je me vois mal commencer à parler sexualité* » (M2), « *S'ils viennent pour une rhino… voilà. Pour un certificat de sport…je revois les derniers cas que j'ai eus. Non non je ne suis à l'initiative de rien du tout* » (M10). Le sujet sera alors abordé lors de motifs gynécologiques : symptômes « *quand elles viennent pour une dysménorrhée ou des règles douloureuses* » (M6), « *ça peut aussi passer par leurs règles, comment se passent les menstruations et puis après dévier* » (M7) ; contraception « *il est abordé souvent quand on parle de contraception* » (M5), « *Après c'est vrai que la contraception c'est un bon moyen d'entrée* » (M6) ; bilan MST « *ils nous disent « Je voudrais faire un bilan IST », y en a souvent qui viennent pour ça, c'est vrai que c'est aussi une autre porte d'entrée pour en parler* » (M7).

Le manque de temps est avancé par certains médecins comme facteur limitant l'éducation à la VAS. La vaccination anti-HPV est une porte d'entrée pour seulement 40% des médecins d'entre eux. Finalement, le sujet sera plus facilement abordé lors de consultations pour motifs gynécologiques.

c) Contenu du message donné (tableau en Annexe XII)

- Prévention

Tous les médecins sans exception abordent le sujet de la prévention des IST et des grossesses non prévues lorsqu'ils font de l'éducation à la VAS.

« *La priorité c'est la prévention des IST. Donc on insiste bien sur le préservatif* » (M2), « *Les grands messages c'est […] la possibilité de la contraception pour les grossesses non désirées. Le recours en cas de grossesse. Les MST, leur prévention, quelles sont-elles et comment les prévenir* » (M3), « *la contraception pour les filles et de façon plus générale la prévention des MST* » (M4), « *les messages de prévention MST, les messages de prévention de grossesse, les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule* » (M6), « *Chez les filles, la contraception et d'autre part la prise de risque avec l'utilisation du préservatif* » (M8), « *Contraception et MST, ça oui j'en parle* » (M9).

20% des médecins essayaient aussi d'aborder le sujet des violences sexuelles : « *Un autre sujet que j'essaye d'aborder, c'est celui des violences* » (M4), « *se poser la question des violences sexuelles* » (M6).

La prévention des IST et des grossesses non désirées est abordée par 100% des médecins.

- Contraception

Concernant la prescription d'une contraception chez les adolescentes, on distingue deux groupes. Celui des médecins qui prescrivent systématiquement la pilule, surtout parce qu'ils ne sont pas formés ou pas à l'aise avec les autres méthodes : « *Après il y a des choses que je connais moins et donc dont je parle moins comme les anneaux, et tout le tralala. Je dis que ça existe mais effectivement je suis moins fort* » (M8), « *Oui, d'abord parce je suis pas très fort pour le reste, ça ne m'intéresse pas* » (M9). Et de l'autre côté, le groupe des médecins expliquant les différents types de contraception possible et faisant le choix avec l'adolescente :

« J*'expose les différents modes de Co et puis j'essaie de voir avec l'adolescente ce qui lui conviendrait le mieux* » (M2), « *On leur explique ce qui fonctionne, ce qui est possible pour elles, ce qui existe et puis voilà* » (M4), « O*n va parler contraception pour la 1ère fois, on parle contraception, des différents modes de Co et moi ce que je leur dis c'est justement de prendre de l'info* » (M3).

Concernant la gratuité de la prescription et de la délivrance de la contraception, l'information n'est que peu donnée par les médecins : « *Mais ce n'est pas quelque chose que je dis non plus* » (M3), « E*n plus je ne communique pas du tout là-dessus. Enfin si je leur dis que ça peut être remboursé* » (M4), « *Pour moi c'est quelque chose qui est rentré dans le légal donc je ne pose pas la question* » (M7).

40% des médecins prescrivent d'emblée la pilule chez les adolescentes et 60% expliquent les méthodes disponibles et laissent le choix à l'adolescente. Sur les conditions d'accès à la contraception, 20% des médecins informent sur la gratuité de la délivrance et de la prescription.

- <u>Psycho-social</u>

Sur les 10 médecins interrogés, seuls 20% abordent la notion de consentement et informent les adolescents : « *le message important de dire que ça doit être consenti, avec quelqu'un de bienveillant, et ouvert au dialogue* » (M3), « *puis selon le contexte, bien rappeler, c'est bête, mais les notions de consentement* » (M6).

Le sujet des relations, qu'elles soient amoureuses ou sexuelles, n'est que peu abordé : soit si des fragilités sont ressenties par le médecin *« Non c'est vrai que ça ne va pas être du systématique mais si je sens des fragilités oui je vais parler de ça* » (M7), « *Non j'avoue que spontanément, s'il n'y a pas un motif de consultation avec difficultés relationnelles, dépression, difficultés scolaires, où là je vais aller explorer ce champ-là, spontanément je ne fais pas de prévention ou de dépistage des difficultés relationnelles* » (M3). Soit pas du tout « *Ce n'est pas*

qq chose que je vais aborder » (M5), « *Non pas de mon fait* » (M8), « *J'avoue que non je ne l'aborde pas* » (M2).

Beaucoup de médecins préfèrent alors laisser les adolescents venir poser leurs questions en laissant la porte ouverte : « *L'idée c'est plutôt de laisser la porte ouverte afin de pouvoir leur expliquer qu'on est là s'ils ont la moindre question* » (M4), « *de lancer une perche et de dire « si tu veux qu'on en reparle, on se revoit* » (M5), « *plus laisser la porte ouverte sur nous on est dispo* » (M6).

20% des médecins informent sur la notion de consentement. 50% n'abordent jamais le sujet des relations spontanément et 30% le font s'ils ressentent des fragilités chez l'adolescent. Les médecins préfèrent laisser la porte ouverte pour que les adolescents puissent revenir si besoin.

- <u>Un discours genré</u>

Une des constantes dans l'éducation à la VAS est que le discours apparait genré. Certains se rendent compte qu'ils informent plus les filles : « *Parce que ça c'est vrai que c'est quelque chose qui interroge, pourquoi s'adresser qu'aux filles en fait* » (M3), « *les garçons, le sujet est peut-être moins abordé, beaucoup moins d'ailleurs c'est certain* » (M5), « *Et bien parce que les filles sont plus demandeuses et plus réceptives* » (M8). D'autres ont des difficultés à aborder le sujet avec les garçons : « *Pour les garçons c'est plus difficile à aborder* » (M2), « *Les garçons, on fait un peu moins, beaucoup moins même* » (M4), « *Pour les garçons c'est différent* » (M7).

100% des médecins abordent la vie affective et sexuelle plus avec les filles qu'avec les garçons.

d) Aides à la consultation (tableau en annexe XIII)

- Les brochures

Les brochures sont dans la majorité peu voire non utilisées. Parfois, elles ne sont pas connues par les médecins (M1, M2, M5, M8, M9, M10 soit 60% des médecins qui ne connaissent pas au moins la moitié des brochures présentées).

40% des médecins ne voient pas l'utilité de ces brochures en consultation ou en salle d'attente : « *Non pendant ma consultation je ne vais pas forcément m'en servir, je vais pas y penser en tout cas et je pense que ça sera trop compliqué* » (M4), « *des fois on nous laisse des papiers, je n'ai jamais trop fait* » (M8), « *Je pense au fond de moi que maintenant les ados ont assez de sources avec Internet, et qu'ils n'ont pas forcément besoin de moi pour que je leur indique des brochures* » (M9).

20% des médecins les utilisent durant leurs consultations en expliquant leur contenu pour appuyer leurs discours : « *Oui, moi je leur montre, pour pas qu'ils soient choqués, parce qu'il y a des dessins anatomiques, du périnée et des organes génitaux externes* » (M3) ou « *en consultation pour soit en discuter ensemble soit en fin de consultation pour lui dire « je te laisse regarder et on en reparle »* (M6).

Le reste, qui ne les utilisent pas, pense que ces brochures peuvent avoir une utilité soit lors de la consultation soit en salle d'attente : « *Ça permettrait, d'abord ils se renseigneraient et s'il y avait ça dans la salle d'attente ça serait pas mal* » (M1), « *Etre une aide pendant la consultation en ouvrant avec eux la brochure* » (M2), *« c'est peut-être quelque chose que je vais distribuer pour qu'ils le lisent tranquillement* » (M5), « *Ça peut être intéressant en salle d'attente pour le jeunes* » (M7)

60% des médecins ne connaissaient pas au moins la moitié des brochures présentées. 40% n'y voient pas d'utilité, 20% les utilisent et 40% ne les utilisent pas mais y voient un intérêt en consultation ou disposées en salle d'attente.

- Echantillons de contraceptif ou de matériel gynécologique

60% médecins n'utilisent pas d'échantillon (dont 1 médecin étant remplaçant et n'ayant donc pas de cabinet) : « *Non ça je n'ai pas, je peux expliquer tous les moyens de contraception mais non* » (M8).

Les 40% autres utilisent ces échantillons comme aide au choix et à l'explication des différentes méthodes contraceptives ou pour expliquer le déroulement d'un examen gynécologique avec le spéculum : « *Oui, car ils ne se représentent pas du tout comment ça se passe, comment ça peut être donc ça aide énormément d'expliquer comment ça va se passer, comment ça fonctionne aussi* » (M3), « *il y a des échantillons du stérilet, le diaphragme […] on a l'implant* » (M6), « *Et aussi le truc important c'est l'examen gynéco, donc je leur montre le spéculum* » (M4), « *Mes petits échantillons oui* » (M10)

60% des médecins n'ont pas d'échantillons de contraception ou de matériel gynécologique à présenter durant leurs consultations. Les 40% les utilisant y voient une utilité aux choix de l'adolescente.

e) Professionnels de santé (tableau en Annexe XIV)

- Orientation

Concernant l'orientation vers des associations ou des confrères, les réponses données sont divisées en deux. Ceux qui n'orientent pas du tout : « *Sinon non, j'arrive à gérer ici* » (M4), « *je n'ai pas trop eu de questions d'ados qui m'ont gêné au point d'orienter ou de dire « allez voir sur tel site* » (M7), « *sinon sur l'éducation à la VAS, non* » (M8).

Et ceux qui orientent soit vers le planning familial, le CDAG ou la Maison des Ados : « *Je leur parle du planning, éventuellement du gynéco* » (M1), « *Souvent vers le planning ou la maison des ados* » (M2), « *Oui vers le planning familial, l'hôpital pour des demandes d'IVG […]. Ça m'arrive d'orienter vers le centre de dépistage anonyme et gratuit* » (M6).

50% des médecins n'orientent pas vers des confrères ou associations. Les 50% qui orientent le font vers la maison des ados, le planning familial ou le CDAG.

- Rôle du médecin généraliste et des professionnels de santé

Dans la grande majorité des cas, les médecins interviewés pensent que l'éducation à la vie affective et sexuelle ne relèvent pas du rôle du médecin généraliste, devant la nature trop intrusive du sujet : « *notre rôle à nous devrait être purement médical* » (M2), « *ça ne relève pas du médecin ça relève du bon sens et de l'éducation, c'est plus sociétal* » (M4), « *je pense qu'effectivement c'est dans les planning ou les maisons des ados qu'ils vont avoir plus de facilité pour parler de ça* » (M7), « *je ne suis pas certain que ça soit de notre ressort, je trouve peut-être même que ça serait intrusif de notre part* » (M9), « , *est-ce que c'est de mon domaine ? A priori non, vu que je n'en parle pas des masses*. » (M10)

D'un autre côté, quelques médecins pensent qu'aborder le sujet permet de créer une alliance thérapeutique et fait aussi partie du bien-être global du patient : « *c'est vrai que d'en discuter aussi, ça permet d'établir une alliance thérapeutique* » (M2), « *ça fait partie de la prise en charge globale des patients de savoir s'ils sont bien dans leurs relations sociales. […] je suis persuadée que le MG a sa place là-dedans et se doit de se rendre accessible et de développer lui-même ses compétences psycho-sociales* » (M3), « *Je le vois assez prépondérant finalement et je pense qu'on a tout intérêt à poser des questions* » (M6)

Pour délivrer cette information, certains évoquent alors le rôle prépondérant des infirmières scolaires : « *probablement il y a des infirmières scolaires qui sont dispos, probablement tu peux demander de l'info* » (M6), « *Eventuellement les mieux placées seraient les infirmières scolaires qui sont au contact au quotidien* » (M9) ou celui des cours à l'école : « *Il y a quand même un gros tabou donc c'est vrai que par le collège/lycée il faut que ça soit impératif* » (M7).

L'apport complémentaire de personnels formés sur le sujet semble nécessaire : « *Oui je pense qu'il vaudrait mieux avoir des personnes plus/mieux formées* » (M2), « *c'est à des assos, à des gens formés à le faire, ça se complète* » (M3). Tout comme le besoin d'un travail pluridisciplinaire : « *Et il faut aussi qu'il y ait d'autres partenaires en dehors du cabinet de médecine générale* » (M3), « *encore une fois il y a les infirmières scolaires, il y a les pharmaciens mais peut être qu'on ne bosse pas assez en équipe avec eux pour délivrer le message qu'il faut* » (M6).

60% des médecins pensent qu'il n'est pas du rôle du généraliste de parler de vie affective et sexuelle aux adolescents. Des professionnels formés au sujet leur semblent plus appropriés. Pourtant certains pensent que cela permet une alliance thérapeutique et fait partie du bien-être global.

- <u>Discours du médecin généraliste</u>

Certains médecins pensent que le discours du médecin généraliste peut être trop accès prévention et donc alarmiste : « *On est trop alarmiste avec les questions de prévention, de MST, avec le VIH, on en a tellement parlé* » (M6) et donc essayent de ne pas donner d'injonctions aux adolescents : « *Je pense que pour installer la confiance, je ne vais pas du tout être moralisatrice « il faut mettre des préservatifs* », *enfin je vais donner l'info autrement en fait* » (M7).

Le sujet touchant à l'intimité : « *Même avec son médecin, c'est tellement tabou* » (M7), il peut exister un côté paternaliste du médecin, surtout quand il suit toute la famille : « *C'est compliqué quand le médecin de famille suit aussi bien les parents et tout ça et que du coup il y a un côté un peu paternaliste du médecin* » (M6), « *Oui comme je ferai avec mes filles, comme je l'ai fait avec mes filles, ce côté paternaliste, être bien sûr de toi* » (M9).

- Ressenti des médecins généralistes sur l'information des adolescents

Pour la majorité des médecins, la principale source d'informations des adolescents vient d'Internet et des pairs : « *je pense que l'information qu'ils en ont, elles se fait entre eux et sur internet* » (M5), « *Internet, surtout quand c'est tabou et qu'ils ne peuvent pas en parler avec les parents* » (M7), « *le plus c'est entre les copains et après Internet* » (M6), *« La source principale des ados oui actuellement c'est internet* » (M9).

Et par Internet dérive l'information venant de la pornographie : « *Si l'information démarre comme on disait par internet…Et surtout par les sites porno* » (M10), « *je pense qu'il y a aussi une influence de la pornographie avec une représentations des rapports sexuels qui fait que la norme change* » (M4), « *des filles qui se plaignent que les garçons ont vu beaucoup de choses à la télévision* » (M8).

Seul 10% des médecins pense que l'information vient de la famille : « *Je pense que le 1er, c'est leurs parents.* » (M4). Le milieu social serait aussi un facteur d'informations par la famille selon 20% des médecins : « *Je pense qu'il y a des biais de toutes façons en fonction des classes sociales déjà* » (M7).

Les connaissances des adolescents sont principalement vues comme de fausses idées, beaucoup concernant l'anatomie : *« On se rend compte qu'ils ont des représentations complètement fausses* » (M4), « *Je trouve qu'on est toujours assez surpris des réponses et des connaissances qu'elles ont notamment de leur corps* » (M6), « *Il y a maintenant l'idée par exemple que le 1er rapport est moins fécondant, les fausses idées comme ça* » (M8).

Certains pensent qu'il peut exister un manque d'information : « *Et puis souvent un manque de connaissances* » (M2), « *manque d'information et manque de banalisation du sujet* » (M3). 1 médecin se pose aussi la question s'il existe un manque d'information ou si les médecins généralistes n'informent pas assez : « *Je ne sais pas si c'est une histoire d'un manque d'information ou si c'est qu'on en parle, nous, pas assez* » (M4).

Et pourtant, paradoxalement, 20% des médecins pensent que les adolescents n'ont pas besoin d'informations de la part des médecins généralistes : « *les sites info SIDA etc., je pense qu'ils*

sont assez informés » (M9), « *Alors on se dit qu'elles savent à peu près comment ça marche* » ou « *Je n'ai pas l'impression qu'il y ait un gros déficit d'information* » (M8).

Internet et les pairs sont vus comme sources principales d'information par 90% des médecins généralistes. 10% pensent que c'est la famille. 40% sont concernés par le rôle de la pornographie. Les adolescents sont vus comme ayant de fausses idées avec un manque de connaissances. Pourtant 20% des médecins pensent les adolescents n'ont pas besoin d'informations de la part des médecins.

2. Pharmaciens

a) Caractéristiques de la population

	Age	**Sexe**	**Mode d'exercice**		**Lieu d'exercice**
Pharmacien 1	67 ans	Homme	Pharmacie d'hôpital puis officine depuis 35 ans	Propriétaire	Semi-rural
Pharmacien 2	26 ans	Homme	Officine depuis 2 ans	Propriétaire	Ville
Pharmacien 3	26 ans	Homme	Officine depuis 2 ans	Propriétaire	Ville
Pharmacien 4	30 ans	Femme	Officine depuis 6 ans	Salariée	Ville puis semi-rural
Pharmacien 5	60 ans	Femme	Laboratoire puis officine	Propriétaire	Semi rural

b) Conditions d'éducation (tableau en Annexe XV)

- Contexte

L'éducation à la VAS en officine peut se faire selon plusieurs motifs de venue. D'abord l'achat de préservatifs, qui peut permettre d'aborder les MST : « *Ouais ça ne protège pas de tout, que de la grossesse donc on essaye d'en parler* » (P4), « *On vend pas mal de préservatifs, ça permet de faire de l'information sur les MST* » (P5).

Ensuite, lorsque les jeunes filles viennent chercher leur contraception, 1ère délivrance ou renouvellement : « *un rôle plus ou moins important à jouer notamment la 1ère délivrance. C'est là où il faut essayer de donner le maximum d'informations sans les submerger* » (P4), « *Après on répond aux questions qu'elles ont lors des renouvellements parce qu'on les voit souvent* » (P4), « *délivrance d'une contraception, lorsque l'adolescente est sous traitement type Roaccutane* » (P5).

Il y a aussi le contexte d'urgence lorsqu'une adolescente vient chercher une contraception d'urgence : « *Quand ils viennent demander des conseils, ils viennent au secours. C'est qu'il y a quelque chose qui coince complètement et qu'ils sont débordés* » (P1), « *C'est vraiment quand ils sont devant le fait accompli et qu'ils sont dans l'urgence* » (P2), « *Elles viennent demander quoi faire quand elles ont oublié* » (P4), « *Délivrance de contraception d'urgence* » (P5)

Enfin, il y les pharmaciens qui n'abordent pratiquement jamais le sujet de la VAS : « *On ne l'aborde pas directement* » (P1), « *Elles en parlent plutôt avec leurs médecins. Elles ne nous posent pas trop de questions* » (P3), « *Non pas trop. Difficile au comptoir* » (P2)

100% des pharmaciens voient les adolescentes lors de la délivrance d'une contraception d'urgence. Mais aussi lors de la délivrance d'une 1ère contraception ou d'un renouvellement. 60% des pharmaciens n'abordent quasiment pas le sujet de la VAS avec les adolescents.

- Lieu

40% des pharmaciens ont un lieu dédié pour faire de l'éducation à la VAS : « *Oui nous avons un lieu dédié pour parler avec les adolescents. C'est maintenant une obligation pour les officines* » (P5), « *Soit on a un lieu semi-protégé soit on a une cabine là. C'est vrai qu'effectivement parfois ça demande d'être en lieu clos*. » (P1)

40% des pharmaciens ont un lieu dédié dans leur officine pour faire de l'éducation.

c) Information et facteurs favorisants (tableau en Annexe XVI)

- Contenu de l'information

Tous les pharmaciens informent sur les modalités de prise de la pilule ou la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule : « *On regarde les indications de la pilule en question, on voit le schéma à adopter si elle oublie une prise ou si elle a eu des rapports 3 jours avant ou si elle compte en avoir 3 jours après, on voit ce qu'il faut faire* » (P2), « *Comment la prendre, des petites aides techniques comme toujours la prendre à la même heure, essayer de voir par rapport à sa journée* » (P4), « *Le message donné ça va être le choix de la contraception, comment prendre la contraception* » (P5)

20% des pharmaciens aborde d'emblée la pharmacovigilance : « *Effets secondaires, interactions médicamenteuses. Souvent les oestro-progestatifs sont prescrits en même temps que les triptans alors que la migraine est une contre-indication aux oestro-progestatifs* » (P5).

Pour les contraceptions d'urgence, 40% des pharmaciens essayent de comprendre pourquoi il y a eu oubli et d'orienter l'adolescente à avoir une contraception chronique : « *On explique qu'il y a d'autres moyens contraceptifs que celui-ci.* » (P1), « *Lors venue pour prise d'une Co d'urgence, là vraiment on essaye de voir ce qui s'est passé sans faire la morale, c'est un coté pédagogique important, leur dire que c'est dans leur intérêt* » (P4)

Tous les pharmaciens essayent d'éduquer sur les modalités de prise de la pilule et la conduite à tenir en cas d'oubli. 20% abordent d'emblée la pharmacovigilance et 40% essayent d'interroger les adolescentes sur les raisons des oublis de pilule.

- Aides

Pour délivrer leur information, 60% des pharmaciens utilisent des brochures, venant soit de l'INPES soit de laboratoires : « *Brochures « questions d'ados », oui on les donne. On les donne et puis on les a déjà lus* » (P1), « *Oui du coup les petites cartes INPES « que faire en cas d'oubli de pilule », des petites brochures de laboratoire, notamment Biogaran, c'est notre générique principal* » (P4), « *Il existe des outils INPES avec brochures. Lors de la délivrance de la pilule, on peut donner une carte « que faire en cas d'oubli » et cela permet d'ouvrir la communication, explorer la notion d'oubli. Ou « choisir sa contraception », et discuter avec l'adolescente voir si sa contraception est adaptée* » (P5), « *Les brochures, quand elles sont lues avec les ados, permettent de parler des effets secondaires, de comment prendre la contraception d'urgence, puis que faire par la suite* » (P5)

20% des pharmaciens mettent parfois des affiches dans leurs officines : « *On a des affiches, choisir sa contraception, voilà je vous les ai mises là parce qu'on ne les met pas en permanence* » (P1).

Certains renvoient aussi vers des sites internet : « *Des sites internet comme choisirsacontraception.fr* » (P4), « *Oui site internet choisir sa contraception. Il existe un site fait par Biogaran « Mademoiselle j'oublie tout » ou quelque chose comme ça, je trouve ça dégradant et réducteur* » (P5).

60% des pharmaciens distribuent des brochures provenant de l'INPES ou de laboratoire. 40% orientent vers des sites internet. 20% mettent parfois des affiches dans l'officine.

- Orientation

La majorité des pharmaciens orientent les adolescents vers des confrères, médecin traitant, infirmières scolaires, planning familial : « *Moi c'est le médecin traitant, j'oriente vers le médecin. Souvent on réoriente c'est vrai parce que souvent c'est compliqué.* » (P1), « *Vers le*

médecin tout simplement » (P2), « *Oui voilà planning, médecin traitant* » (P4), « *Sinon, orientation vers le planning familial, l'IDE scolaire ou la SF* » (P5).

20% des pharmaciens n'orientent pas et surtout ne sauraient pas vers qui orienter : « *Je pourrais le faire mais c'est vrai que je n'ai jamais eu l'occasion. Je ne saurais pas où orienter* » (P3).

80% des pharmaciens orientent, principalement chez le médecin traitant ou le planning familial.

d) Difficultés rencontrées (tableau en Annexe XVII)

- <u>Gêne</u>

Il existe souvent une gêne à la fois de la part des patients : « *Au comptoir c'est plus gênant pour les gens qui nous en parle que pour nous. Ce n'est pas nous qui, nous on répond aux questions, c'est plus dur pour les patients.* » (P3), « *Quand elles venaient avec leur maman, elles ne posent pas une seule question. Elles doivent être un peu gênées, elles n'osent pas* » (P4) mais aussi de la part des professionnels : « *C'est vrai qu'on reste discret, on n'essaye pas de…, on nous a appris c'est vrai à insister un peu, à faire de la prévention mais c'est délicat. Je préfère rester discret* » (P3)

Les pharmaciens se trouvent confrontés à la gêne des patients lorsqu'ils viennent en officine pour parler vie affective et sexuelle.

- <u>Gérer l'urgence</u>

Souvent lors de la venue pour une contraception d'urgence, c'est le partenaire qui vient à la place de la patiente : « *Parfois c'est le copain qui vient* » (P2), « *Et ce qui arrive là par contre c'est le jeune, le gars qui vient. Donc là je dis non il faut qu'elle vienne* » (P1), « *Ça arrive souvent*

aussi que ça soit le copain qui vienne chercher à la place de sa copine. On essaye de lui dire que c'est important qu'elle vienne nous voir » (P4), « *Ils viennent parfois chercher la contraception pour leurs copines. J'appelle alors toujours la jeune fille pour recueillir son consentement*. » (P5).

Même si le discours essaye d'être non moralisateur, dans le contexte de la contraception d'urgence certains pharmaciens peuvent avoir des commentaires paraissant jugeants : « *On explique qu'il y a d'autres moyens contraceptifs que celui-ci. Pourquoi ? Parce que ce n'est pas bien de prendre sans arrêt une molécule active comme celle-ci trop souvent* » (P1).

Lors de la délivrance de contraception d'urgence, 80% des pharmaciens voient le partenaire et non l'adolescente concernée.

- <u>L'adolescence</u>

Certains pharmaciens trouvent que les adolescents sont peu vus en officine : « *Des adolescentes, il n'y en a pas tant que ça* » (P3), « *L'occasion elle est pas permanente, c'est rare quand un ado vient chercher son traitement.* » (P1). Et quand ils viennent, ils ne posent que peu de questions : « *Pas très demandeurs de renseignements sauf s'ils viennent pour un oubli de prise de pilule* » (P2), « *Elles ne nous posent pas trop de questions. Même pour la contraception d'urgence elles nous ne posent pas trop de questions* » (P3), « *Quand ils viennent demander des conseils, ils viennent au secours* » (P1), « *Souvent elles sont quand même assez timides* » (P4).

20% des pharmaciens pensent qu'en officine, avec les adolescents en particulier, il faut apprendre à poser des questions ouvertes pour permettre la conversation : « *S'assurer d'une bonne communication/compréhension et surtout ce que les professionnels de la santé ont du mal à faire, utiliser des questions ouvertes* » (P5)

40% trouvent que les adolescents viennent peu en officine et quand ils viennent, 80% des pharmaciens constatent qu'ils n'ont que peu de questions. 20% des pharmaciens essayent les questions ouvertes pour créer une relation de confiance.

- Confidentialité

Lorsqu'il n'existe pas de lieu dédié dans l'officine, l'information au comptoir pose un problème de confidentialité et de secret professionnel : « *Non pas trop. Difficile au comptoir, pas très demandeurs de renseignements* » (P2).

e) Approche genrée (tableau en Annexe XVIII)

60% des pharmaciens font le constat suivant : l'information et l'éducation à la VAS se fait plus aux filles qu'aux garçons : « *Parce que c'est souvent des jeunes filles qui posent des questions. C'est rare quand c'est un gars* » (P1), « *Oui mais alors ils ne parlent pas, notamment les jeunes, surtout dans une pharmacie de village, ils baissent les yeux. Oui non là il n'y a pas trop de discussion possible* » (P4), « *Les jeunes hommes sont peu concernés. Ils viennent parfois chercher la Co pour leurs copines.* » (P5).

Les formations qui peuvent être faites sont aussi genrées : « *La formation c'était sur la sexualité féminine plutôt, plus accès sur le médicament.* » (P1).

60% des pharmaciens constatent qu'ils informent plus les filles que les garçons.

3. Associations

a) Caractéristiques de la population

Trois associations ont été interviewées :

- APARSA

Associations de 4 personnes fondée en 1999 par des médecins qui travaillant en centres IVG ont décidé d'aller en collège et lycée pour parler vie sexuelle et affective avec les adolescents. Les thèmes abordés par cette association sont le développement des compétences psycho-sociales et la prévention des risques (vie sexuelle/contraception). Siège social sans locaux.

- Allo Jeunes 34

Association départementale de psychologues créée en 2015, 3 ans après la création d'Allo Parents. Elle a pour mission d'écouter et de soutenir les jeunes en mal-être ou de répondre à leurs questionnements via des permanences téléphoniques et internet. Les jeunes majeurs peuvent être reçus en consultation gratuite. L'équipe est actuellement composée de 6 personnes. Existence aussi d'un site internet avec articles thématiques.

- Le planning familial 34

Le Mouvement Français du Planning Familial est une association nationale crée en 1956. Militante, apolitique, elle défend le droit à la contraception, à l'avortement et à l'éducation à la sexualité et lutte contre les violences et les IST. Dans l'Hérault, l'antenne se trouve à Montpellier. Elle est composée de médecins généralistes et conseiller(e)s conjugaux et familiaux. Ils interviennent en milieu scolaire et accueillent en consultation à Montpellier et à Lunel.

b) Conditions d'animation (tableau en Annexe XIX)

- Education nationale

Pour pouvoir animer des cours en milieu scolaire, les associations doivent demander un agrément auprès du rectorat. Pour certains, cette demande est faite parce que c'est simplement la loi : « *Et tout simplement c'est parce que ça fait partie de la loi, laquelle je ne pourrai pas vous le dire* » (A1). Pour d'autres, l'agrément répond aux objectifs de l'association : « *Aller sur leur lieu de travail comme on dit, sur le lieu de travail des collégiens qu'en 1999 les médecins pouvaient rencontrer pour se faire avorter.* » (A1), *« Parce que cet agrément répond au besoin à l'éducation à la sexualité et notamment des jeunes et répond aussi aux objectifs du planning* » (A3). C'est aussi une reconnaissance de la part de l'éducation nationale envers ses associations : « *L'agrément c'est une reconnaissance de la part de l'éducation nationale, une reconnaissance sur l'aptitude à animer ses ateliers de prévention* » (A2).

Le programme des animations n'est pas centralisé d'un point de vue national : « *Notre cahier des charges il est surtout établi par le projet qui est rédigé avant l'intervention, en accord avec l'IDE et le principal d'établissement* » (A1), « *Ce n'est pas nationalisé du coup* » (A2), ce sont les associations qui organisent chacune le leur en travaillant avec la sensibilité de chacun de leurs membres : « *Chaque association a une certaine manière de faire qu'elle décrit, va s'expliquer sur les tenants et les aboutissants et va se mettre d'accord sur un projet* » (A1), « *Nous on est guidé par notre code de déontologie de psychologue, ça c'est notre cahier des charges* » (A2), « *On est un mouvement apartisan mais politique donc il y a des revendications et des valeurs qu'on porte* » (A3).

L'agrément de l'Education Nationale est une obligation pour intervenir en milieu scolaire, mais c'est aussi une reconnaissance. Chaque association organise son programme comme elle le souhaite, selon leur sensibilité et les compétences de chaque membre.

- <u>Moyens</u>

Pour rentrer dans les établissements scolaires, les contacts privilégiés se font via l'infirmière scolaire : « *C'est tout simplement parce qu'il y a des IDE qui nous connaissent […]. Des IDE qui nous connaissent, qui sont-elles mêmes réunies en réunion de bassin d'IDE et qui se posent des questions* » (A1), « *Le contact c'est BEAUCOUP l'infirmière scolaire, extrêmement précieux* » (A3) ou en démarchant directement les établissements pour les plus petites associations : « *On a fait une 1ère prise de contact par email, voilà on a présenté l'association et on proposait de rencontrer les établissements qui le souhaitaient. Voyant que les gens c'est plus facile en allant au contact on les appelle directement* » (A2).

Mais en général, les moyens de faire des animations manquent. Que ce soit au niveau du temps : « *Dans le sens où on est avec eux 3h en 4ème et 3h en 3ème, ce n'est rien, c'est une goutte d'eau* » (A1), « *…l'intégration du projet dans l'institution, dans l'établissement, on est confronté à la grille des horaires* » (A3), « *Nous avons un petit peu sacrifié à un moment donné,*

faute d'emploi du temps, de disponibilité » (A3), au niveau du personnel : « *Nous clairement comme on est une petite association, on n'a pas un potentiel d'intervention très gros* » (A1), « *Après on est une petite équipe aussi, parfois on jongle, on ne peut pas aller partout* » (A3) ou encore au niveau financier : « *Les interventions sont aussi payantes pour les établissements, ils paient les heures de formations. Donc il faut qu'ils acceptent* » (A3).

Le contact via les infirmières scolaires est très important pour faire entrer les animations dans les établissements. Mais il y a souvent des difficultés organisationnelles : temps, moyen, argent…

- <u>Contexte</u>

Ces animations se font chez des adolescents normalement vierges de toute éducation : « *Ils sont tous là, ils n'ont pas le choix et du coup c'est de la prévention très très primaire* » (A1). Seulement parfois, les associations sont appelées en urgence pour intervenir sur un évènement marquant : « *L'infirmière, elle peut nous appeler et nous dire « Ah bah il y a eu un cas de harcèlement, est-ce que vous pouvez venir et intervenir dans la classe de 4ème 5* » (A1), « *Après il y a aussi des établissements qui nous appellent parce qu'il y a le feu, il faut aller l'éteindre* » (A3).

Et certains établissements ne font pas ces animations par non connaissance de la loi : « *des établissements qui pour eux, c'est, [soupir], la dernière roue du carrosse, ce n'est pas important* » (A3), « *Certains établissements ne font pas appel, ils ne connaissent même pas l'existence de…* » (A1) ou encore parce qu'ils ne sont pas en accord avec les valeurs véhiculées par l'association : « *Y a quand même des établissements qui ne veulent plus du planning car le planning a une étiquette, une idéologie, un engagement* » (A3)

Les animations, permettant normalement une prévention primaire, sont parfois faites en organisées dans l'urgence lorsqu'un évènement survient. Certains établissements n'accueillent pas les associations par non connaissance de la loi ou parce qu'ils ne sont pas en accord avec les idées de l'association.

- Aspects positifs des animations

Les animations en établissements scolaires permettent un travail de groupe : « *Pour nous ce qu'on fait c'est une animation de groupe et ça, ça change tout* » (A1) et toucher toute une classe d'âge en même temps : « *Et puis aussi le truc c'est qu'on va toucher toute une classe d'âge. C'est à dire que quand on intervient dans un lycée ou établissement scolaire, on fait toutes les 4èmes* » (A1). Le lien social que ça crée est très important : « *Le visuel est primordial alors qu'ils sont en permanence avec leurs téléphones portables […] rien ne vaut le lien social, c'est-à-dire « oui j'ai affaire à quelqu'un qui va m'écouter* » (A3) et permet d'apporter une présence humaine.

Ce lien social et humain créé va aussi permettre de pouvoir revoir les adolescents en individuel, que ce soit en consultation ou par téléphone : « *On ressent bien que s'il y a moins de visites dans les établissements, il y a moins de consultation* » (A3), « *C'est aussi de les informer sur notre service Allo Jeunes […] que si un jour ils sont en mal être ou en questionnement, […] ils peuvent nous appeler* » (A2).

Ces animations permettent un travail de groupe, de toucher tout une classe d'âge en même temps et de créer du lien social.

c) Contenu du message donné (tableau en annexe XX)

- Méthodes

Pour délivrer leurs informations lors des animations, les animateurs partent du principe qu'il faut développer les compétences des adolescents. Pour se faire, ils partent de ce que les adolescents savent : « *Ça leur permet eux de reformuler tout ce qu'ils ont lu, entendu ou les questions qu'ils ont pu se poser* » (A1) et les font réfléchir : « *Nous ce n'est pas notre but, c'est de faire réfléchir, de les amener à s'exprimer* » (A2), « *On va réfléchir à pourquoi utiliser plus le préservatif ou pourquoi utiliser plus la pilule ou qu'est-ce qu'on sait et où on va* » (A1).

Cela permet alors de répondre à leurs questionnements : « *Nos objectifs c'est de répondre à leurs questionnements* » (A2), « *On essaye de ne pas occulter de questions. Toutes les questions* » (A3) mais aussi de stimuler le groupe et de le rendre interactif : « *Nous ce qui nous importe, c'est de les faire réfléchir, c'est à dire que quand y a une copine qui va avoir une question, ça va être son groupe de paires qui va essayer de répondre avec elle donc là ça va être un travail de groupe* » (A1)

Pour informer les adolescents, les associations partent de ce que les adolescents savent et les laissent poser leurs questions et réfléchir entre eux, pour rendre les animations interactives.

- Sujet

Une approche positive de l'éducation à la VAS va être le maître mot d'une animation en milieu scolaire et remettre la relation (amicale, amoureuse ou sexuelle) au cœur du discours : « *Puis c'est de travailler sur la RELATION humaine. Comment est-ce qu'un garçon-une fille ou 2 garçons-2 filles vont se relier. Et tout le panel de relation que ça soit amoureuse, amicale* » (A1), « *Leur discours c'est toujours très positif […] surtout dans une approche globale, avec cette clé d'entrée, sexualité* » (A3). L'accentuation est mise sur les notions de plaisir et de désir : « *Faire passer le message qu'une relation ça peut être aussi du plaisir, ça peut être bien* » (A1), « *On n'est pas centré sur les risques, la peur…Le plaisir, le désir* » (A3), « *Ce qu'on met en avant aussi c'est l'importance du respect, de son désir, du désir de l'autre* » (A2) mais aussi de rappeler les notions de consentement et de tolérance : « *Oui respect et choix, ce sont les deux grands mots* » (A3), « *Dire que chacun a ses désirs mais qu'on vit aussi avec les autres et qu'on doit respecter l'autre et que tout se fait surtout dans un rapport sexuel, dans le respect du consentement de l'autre, dans le respect de son corps* » (A2)

Finalement, le volet prévention n'est que peu abordé : « …*tout le côté pratique/réel et tout le questionnement autour de ça. Et après des fois oui ça arrive de faire de l'information un peu plus simple. Mais on ne se met pas ça comme but systématique* » (A1), « *La contraception et les MST non on ne va pas rentrer dans le détail* » (A2), « *Il y a des informations générales et factuelles sur la santé sexuelle et reproductive* » (A3).

A ce moment-là, les associations n'hésitent pas à proposer des relais possibles, que ce soit l'infirmière scolaire, le médecin généraliste ou le planning familial : « *Comme on insiste sur les relais, si on ne parle pas contraception, pouvoir au moins évoquer qu'on peut en parler à l'infirmière, à son médecin traitant, au planning* » (A1), « *Mais on renvoie souvent vers le médecin traitant* » (A2).

Une des associations évoque la législation en matière de sexualité : « *On leur donne quand même des repères au niveau de la loi, c'est important aussi qu'ils connaissent les règles, la loi » (A2*).

La relation est au cœur du discours des associations, avec les notions de plaisir, de consentement et de tolérance. Le côté prévention des IST ou des grossesses non désirées n'est abordé qu'en second, si le temps le permet. Elles n'hésitent pas à réorienter.

4. Perception de l'information des adolescents (tableau en Annexe XXI)

- <u>Source</u>

Toutes les associations ont en commun de penser que les adolescents s'informent entre eux : « *Les parents et amis. Ah oui vers qui vont les ados. Les copains majoritairement* » (A1), « *Je pense en 1er lieu les copains. Ce sont leurs pairs* » A2, « *Dans l'ensemble ils commencent à en parler entre eux. Générationnel je dirai* » (A3). Il existe tout de même de plus en plus une influence d'internet et des réseaux sociaux : « *Ce que je trouve inquiétant c'est la culture de l'internet* » (A2), « *Souvent ils vont finir sur Doctissimo ou des forums de jeux vidéo où il ne va*

pas y avoir forcément des informations adaptées » (A3). Et avec ces moyens, un recours plus grand à la pornographie : « *Je trouve inquiétant c'est la culture de l'internet et de la pornographie […] les jeunes avaient des questionnements de niveau film pornographique* » (A2), « *C'est un peu tabou, cette question des jeunes qui regardent la pornographie. Mais les jeunes, c'est 1 jeune sur 2, en CM2* » (A3).

Les associations pensent que la principale source d'informations des adolescents vient des pairs. Avec une place grandissante d'internet et des réseaux sociaux. Ainsi que la pornographie.

- Connaissances

Dans la majorité des cas, les associations pensent qu'il existe plutôt un défaut dans les connaissances des adolescents plutôt qu'un manque d'information : « *C'est surprenant d'ailleurs d'entendre ce qu'ils peuvent sortir comme « bêtises », parce que c'est de la méconnaissance* » (A3), « *Les croyances sur la contraception, c'est toutes les semaines* » (A3), « *Je ne sais pas si c'est le téléphone ou les réseaux sociaux mais je trouve que c'est pire* » (A3), « *Parce qu'ils croient être informés mais de choses fausses. Ils n'ont pas assez de connaissances pour faire le tri entre le vrai et le faux* » (A3).

- Comment informer ?

Pour certains, la prise de risque est inhérente à l'adolescence et doit être acceptée et prise en compte dans l'éducation à la VAS : « *Un adolescent ne se construit pas sans prendre de risque. Alors quel risque il prend ?* » (A1), « *Ils vivent leur vie, leurs relations leurs émois, les risques c'est plaisant aussi* » (A1), « *Ça arrive qu'aux autres* » (A3).

Pour cela, il ne faudrait pas focaliser son discours sur la prévention : « *Il faut « faire un peu gaffe à trois petits trucs » mais on ne va pas bloquer sur « attention vous allez avoir une relation*

sexuelle, vous aller avoir un bébé ou le SIDA » (A1), « *Mais le côté prévention pure c'est comme parfois l'info pure avec des schémas, on a l'impression qu'ils se braquent* » (A1), *« Il y a un décalage car comme on ne répond pas à leur questionnement, sur la vie amoureuse, sur leurs pulsions, sur plein de choses qui se passent en eux, sur aussi leur ressenti, leurs chagrins d'amour. Comme on ne répond pas, on n'est plus sur un plan contraceptif, préservatif tout ça, on est en décalage complet et donc le message il ne peut pas passer* » (A2), « *Mais ça c'est le SIDA qui est passé par là* » (A2). Mais plutôt aider l'adolescent à s'approprier l'information : « *Les infos ils les ont, ils sont bombardés, ils en ont même trop. En revanche il n'y a personne à côté d'eux pour les aider à se les approprier et pour faire des petites synthèses. Je pense que c'est ça notre rôle aussi* » (A2).

Certains émettent l'idée de passer par Internet pour informer les jeunes : « *Je pense qu'il va falloir passer par l'internet et par les réseaux sociaux si on veut faire de l'information parce qu'ils passent énormément de temps sur les réseaux sociaux* » (A2).

Pour les associations, il est nécessaire de prendre en compte la prise de risque inhérente à l'adolescence. Ne pas bloquer les adolescents en ne les informant que sur le côté prévention et les laisser poser leurs questions.

- <u>Rôle du médecin généraliste</u>

Le constat fait est que les adolescents ne vont que peu voir le médecin généraliste : « *Oui, ils ne vont jamais aller voir le médecin généraliste pour tout ça* » (A3), « *C'est le questionnement actuel, les adolescents on (MG) ne les voit pas trop, à part pour les certificats* » (A1). Il existerait une appréhension de la part de l'adolescent d'aller voir le médecin de famille : « *Ils l'expriment, et ça c'est surprenant, ils le disent « J'ai peur qu'il en parle à mes parents* » (A3), *« Et c'est même le regard je pense aussi du médecin généraliste qui les connait depuis toujours* » (A3).

Le côté médical pur devrait être dépassé : « *Les médecins généralistes peuvent être des super partenaires pour ces jeunes mais à conditions d'évoluer eux aussi, càd de ne pas être que des prescripteurs et d'avoir une écoute empathique* » (A2), « *J'ai jamais entendu dire qu'on leur en avait parlé spontanément.* » (A1) pour apprendre à parler vie affective et sexuelle : « *Souvent les médecins n'ont pas les codes pour juste demander « alors tu es amoureux » sans entrer dans les détails. Pas forcément cette question-là mais lancer une perche aussi pour savoir comment il va. Ça fait partie du bien être, selon l'OMS* » (A1).

En animation, les associations le constatent : les adolescents parlent peu du médecin généraliste comme source d'information. Pour elles, c'est pourtant un acteur important, si le côté prévention est favorisée par rapport au biomédical

- <u>Représentations sociales</u>

L'éducation à la VAS et l'information aux adolescents peuvent aussi trouver leurs limites dans les représentations, en général, négatives de la sexualité des adolescents : « *C'est une non-reconnaissance de la sexualité des jeunes et en même temps c'est une représentation négative car on ne veut pas que les jeunes aient une sexualité* » (A3).

Et dans le fait que cette éducation est à 2 vitesses entre les hommes et les femmes : « *Quand un mec a couché avant le mariage c'est pas ça qu'ils vont regarder mais plutôt la virginité de la fille. Mais c'est marrant parce que du coup y a effectivement cette pression sur les filles* » (A3), « *La société est plus oppressante sur les femmes* » (A3).

C. *Analyse et Discussion*

1. Limites

a) Liées au thème de la thèse

La vie affective et sexuelle touche en règle générale à l'intime et au personnel. Même si les personnes interrogées sont des professionnels de santé formés, la sexualité renvoie à une idéologie personnelle et subjective qui entre en compte dans la pratique de chacun et dans les réponses données. Il se peut donc que certains aient répondu du fait de leurs connaissances et leurs formations et non du fait de leurs pratiques réelles.

b) Liées à la méthode

- Biais de sélection

Même si nous avons essayé dans cette étude d'avoir un panel de professionnels de santé représentatifs, les personnes interrogées ont accepté de participer sur la base du volontariat et de fait étaient intéressés par le sujet et motivés pour répondre. Il se peut aussi que dû au recrutement dans l'entourage professionnel, certains aient accepté de participer par sympathie.

- Biais d'analyse et d'interprétation

Comme nous l'avons vu, l'analyse qualitative est une analyse interprétative et inductive. L'enquêteur a réalisé lui-même les entretiens semi-dirigés, leurs retranscriptions et l'analyse. Même s'il y a eu une double lecture par le Dr Trichard, l'interprétation faite ne peut être dénuée de la subjectivité de l'enquêteur.

2. Discussion des résultats

a) Contexte d'accueil des adolescents

Les adolescents consultent peu. C'est un constat partagé par les médecins et les pharmaciens. Que ce soit lors de pathologies aigues (rhinopharyngite, gastro-entérite et autres

maladies hivernales) ou pour les certificats de sport, l'occasion d'informer les adolescents sur la vie affective et sexuelle est rare. Parler de VAS lors de ses consultations est alors souvent jugé comme difficile. Très peu abordent le sujet spontanément si l'adolescent n'a pas de questionnement. Il est donc plutôt évoqué lors des consultations pour les divers motifs gynécologiques tels que la contraception ou les IST. Ils sont cependant 40% à vouloir « laisser la porte ouverte » ou à poser des questions ouvertes et informer l'adolescent qu'il peut revenir parler de VAS, en consultation dédiée.
On peut s'interroger sur le fait que la vaccination contre le HPV ne représente que pour 50% des médecins une ouverture permettant de parler de la VAS. Durant leur formation initiale, moment propice à l'apprentissage comportementale, les médecins ne sont pas sensibilisés à cette consultation complexe.

Le contexte de la consultation permettant d'instaurer une confiance et de libérer la parole est important.
100% des pharmaciens reçoivent les adolescents durant les délivrances de contraception d'urgence, dont 60% durant leurs gardes. L'éducation ne peut se faire correctement dans ces conditions. La jeune fille est en effet dans une situation de stress émotionnel tel qu'elle est incapable de recevoir une quelconque information. Dans notre étude, 80% des pharmaciens ont dit que le partenaire venait souvent chercher la pilule pour la jeune fille. Seulement 20% des pharmaciens profitent de ce moment pour inviter l'adolescente à revenir pour échanger ou donner des brochures ou encore pour orienter vers des médecins généralistes ou des associations.

On imagine aussi la difficulté d'aborder un sujet aussi intime et personnel lorsqu'au comptoir de la pharmacie, des personnes font la queue et attendent leur tour. Dans notre étude, 60% des pharmaciens ne possèdent pas de lieu dédié pour accueillir les adolescents. C'est pourtant une obligation légale depuis 4 ans (54) : « *Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients* ».

30% des médecins évoquent un manque de temps en consultation pour parler de VAS. Mais sont-ils plus gênés par la difficulté du sujet ?
La HAS mentionne dans ses recommandations (29) de *« Recevoir l'adolescente sans ses parents, et l'assurer de la confidentialité de l'entretien »*, ceci dans le simple but de préserver le secret médical. Seuls 20% des médecins font sortir les parents systématiquement, 50% les font sortir selon le contexte, notamment en demandant l'avis de l'adolescent et 30% ne les font pas du tout sortir. Entre la théorie et la pratique, il peut être compliqué d'appliquer les recommandations et il n'est pas si facile de faire sortir les parents.

En officine, une pharmacienne a remarqué que lorsque les adolescentes viennent avec un de leurs parents, elles ne posent aucune question. Même si cela suppose que les parents sont au courant de la prise de contraceptif de leur enfant, cela ne veut pas dire que l'adolescente souhaite parler de tout en présence de ses parents.

La différence est alors nette avec les animations en milieu scolaire qui permettent la diffusion d'informations en masse, pour toute une classe d'âge et avec un travail en groupe. Les parents sont absents, la parole est en général libre et entre pairs. Un lien social peut se créer, un adulte joue le rôle de médiateur qui permet la gestion de l'émotion du groupe et d'inviter les adolescents à un entretien individuel si le souhait en est exprimé.

Mais il existe de nombreuses situations inconfortables avec lesquelles les associations doivent composer. La loi de 2003 n'est pas assez mise en application depuis le primaire par les chefs d'établissements qui doivent financer ses formations. Les associations interviennent surtout pour les classes de 4ème, 3ème et 2nde, à raison de 2 à 3h par an. « *Une goutte d'eau* » comme dirait l'une des interviewées (A1), pour un sujet si vaste et complexe. Du temps doit être libéré dans les emplois du temps chargés des collégiens et lycéens et les proviseurs sont peu enclins à déplacer ou supprimer des cours pour intercaler les animations sur la VAS. Les associations rencontrent des difficultés organisationnelles lors des demandes en urgence, « *lorsqu'il y a le feu* » (A3). Les animations doivent répondre à un objectif de prévention primaire et ne sont en aucune façon une réponse face à une situation d'urgence telle que les harcèlements ou les viols.

Dans l'Hérault, il existe 4 associations intervenant sur ce sujet. Elles sont toutes composées de peu de salariés et leurs effectifs ne sont pas assez importants pour répondre aux besoins et demandes des établissements du département. Il manque donc des acteurs de terrain.

Deux des associations (le planning familial et APARSA) tentent de répondre à cette pénurie en accueillant des internes en SASPAS. Si plusieurs internes avaient la possibilité de venir dans ces associations à chaque semestre, cela permettrait la formation d'un plus grand nombre de professionnels de santé. Et cela donnerait aussi plus de moyens aux associations pour assurer leurs animations. Cette initiative ferait écho au service sanitaire obligatoire des étudiants en santé mis en place dès la rentrée 2018 (55) qui s'inscrit dans la Stratégie Nationale de santé 2018-2022 (56). Ce service sanitaire représente 3 mois de formation obligatoire où les étudiants interviendront en établissements scolaires, en EHPAD, en entreprises etc… pour intervenir sur des thèmes de santé publique majeures (comme la vie affective et sexuelle) (57).

Le temps, le manque d'acteurs de terrain, la présence des parents, l'absence de lieu dédié sont autant de frein pour mener une consultation sur la VAS.

Dans le cadre du service sanitaire obligatoire des étudiants en santé (Stratégie Nationale de santé 2018-2022), former ces futurs professionnels dans le domaine de la VAS auprès des associations permettrait de répondre aux besoins de la population adolescente.

b) Le contenu du message apporté

Les messages transmis par les médecins et les pharmaciens restent focalisés sur les risques et leurs préventions. Tous abordent la prévention des IST ou des grossesses non désirées via la contraception et les préservatifs. La gratuité de la prescription et de la délivrance de la contraception n'est rappelée à l'adolescente que par 20% des médecins. C'est pourtant une notion peu connue comme l'a montré E. ATTAL dans sa thèse de 2017 (58) : 61,4% des lycéennes ne savaient pas que la contraception était délivrée gratuitement en pharmacie à

partir de 15 ans et 48,5% ignoraient que la contraception pouvaient être obtenue gratuitement pour les mineures en CPEF.

Comme les médecins interrogés déclarent mal maitriser les méthodes contraceptives, 40% d'entre eux prescrivent d'emblée la pilule. Or, 88 % des femmes de 20 ans et moins déclarent avoir oublié au moins une fois leur pilule lors des trois derniers mois (8).
En formation initiale pratique, il n'y a pas assez de place pour l'apprentissage des méthodes et techniques contraceptives. Les médecins généralistes sortant de l'internat ne se sentent pas à l'aise avec la pose d'un dispositif intra-utérin ou le retrait d'un implant.

En mars 2018, un groupe de 7 experts a remis un rapport au gouvernement en vue d'un projet de loi permettant de fixer l'âge du consentement sexuel à 15 ans (59). Sujet hautement d'actualité.
Seulement 20% des médecins et 20% des pharmaciens mentionnent la notion de consentement et 30% des médecins n'abordent le thème des relations amicales, amoureuses ou sexuelles seulement que dans des situations de grande fragilité. Or, comme nous pouvons le voir dans le reportage d'Infrarouge (60) https://youtu.be/8Lqye0w4MH8 , les jeunes sont peu au courant de la notion de consentement mais davantage de celle de contraception. Les limites sont floues et, comme le dit l'une des jeunes filles interviewées, le manque d'éducation en est la cause. L'insuffisance d'animation dans les collèges fait que les messages délivrés par les associations n'ont pas d'impact sur tous.

Le Pr Israël NISAND propose dans son livre « Et si on parlait de sexe à nos ados » une formation qualifiante dans chaque région dans le cadre de la formation continue d'une journée sous la direction du CNGO. Le contenu ne serait pas que technique mais formerait aussi à l'approche psychique des adolescents (13).

Il existe un « *a priori d'aisance* ». Seuls 20% médecins utilisent des brochures de l'INPES, 40% de ceux qui ne s'en servent pas n'y voient même aucune utilité. Une majorité ne connaissait pas l'existence de ces brochures, commandables gratuitement sur Internet. L'article randomisé « *Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking*

the combined contraceptive pill » (61) effectué en Angleterre sur 636 femmes montrent pourtant que donner des brochures aux femmes en consultation permet d'augmenter leurs connaissances sur la prise de la pilule ou comment agir en cas d'oubli.
En formation médicale initiale, les étudiants ne sont pas sensibilisés à leurs usages.

Les pharmaciens, eux, ont normalement l'obligation légale de distribuer des brochures avec chaque boite de contraception d'urgence délivrée. Dans notre panel, aucun ne le fait systématiquement. Ses données confirment celles de la CESPHARM : en 2006 sur 254 414 boites délivrées, 28 000 brochures ont été diffusées (13). Ils doivent aussi apporter une information sur la contraception régulière, les IST ou encore l'existence du CPEF. Là encore, seuls 20% des pharmaciens interrogés le font.

50% des médecins n'orientent peu ou pas du tout car ils n'en ressentent pas le besoin. Mais disent éprouver des difficultés à aborder la vie affective et sexuelle. Lorsque les médecins orientent, c'est plutôt vers le planning familial ou encore la maison des ados.

En milieu scolaire, les informations données sont différentes selon chaque association. Il n'existe pas de cahier des charges et chacune prépare ses interventions comme elle le souhaite. La relation est vraiment au cœur du message que les associations souhaitent faire passer. Tout comme les notions de désir, de plaisir, de consentement, ou l'usage de l'image de soi avec les réseaux sociaux (Complément d'enquêtes (62)). Pour se faire, les intervenants partent de ce que les adolescents savent ou de ce qu'ils se posent comme questions. Et ils y répondent en stimulant le groupe, en les faisant réfléchir entre pairs. Et si besoin est de revoir la contraception ou les IST, les associations savent réorienter vers les infirmières scolaires, le planning familial ou le médecin traitant.

Les médecins et les pharmaciens n'ont pas encore réalisé le rôle sanitaire qu'ils pourraient tenir dans l'éducation à la VAS. Connaître et reconnaitre la vie affective et sexuelle permet l'épanouissement de l'adolescent d'un point de vue physique et psychique et dans sa relation à l'autre. Elle aide l'adolescent à grandir, à se responsabiliser et à améliorer son esprit critique. La formation initiale dans ce domaine est primordiale.

c) Ce que pensent les professionnels de santé de l'information délivrée aux adolescents

Les médecins et les associations sont unanimes : les adolescents s'informeraient sur Internet et entre pairs. 50% des médecins pensent que les adolescents ont de fausses idées sur la VAS et 30% qu'ils manquent d'information.

Ces réponses sont en relatives contradictions avec les données page 35 où les adolescents citaient l'école ou l'entourage familial. Mais lorsqu'ils vont sur Internet, les adolescents ne vont pas forcément sur les sites recommandés pour avoir une information fiable. Par exemple, certains mouvements anti-IVG apparaissent dans les premiers liens lorsque le mot « IVG » est tapé dans le moteur de recherche (https://www.ivg.net/). Il apparait important donc d'éduquer les adolescents à aller sur les bons sites internet et à utiliser les bonnes adresses. C'est un enjeu fondamental comme le dit le Pr Nisand dans son livre « *Et si on parlait de sexe à nos ados* » (13), alors que 20% des médecins interrogés pensent que les jeunes se débrouillent seuls pour aller chercher des informations.

Malgré cela, les médecins généralistes, dans l'ensemble, ne pense pas qu'ils ont un rôle à jouer dans la VAS. Pour 60% d'entre eux c'est un sujet trop intrusif et personnel. Pour 20%, cela fait tout de même partie du bien-être global d'un individu. Cela va dans le sens du Baromètre Santé des médecins généralistes de 2009 (63) : dans le champ de la prévention, ils ne sont que 35,9% des médecins généralistes à penser que la VAS fait tout à fait partie des sujets à aborder avec les patients. Et ils sont 40,9% à penser que le sujet de la VAS n'est pas facile à aborder avec les patients. A l'opposé, dans la thèse M. MACHEREY (64), les médecins généralistes considèrent leur place comme « essentielle » dans l'éducation à la VAS.

Avec Internet apparait aussi l'inquiétude des professionnels sur la pornographie. Plusieurs médecins et associations l'évoquent comme source plutôt néfaste pour l'éducation des jeunes à la VAS. Mais sans que cela soit scientifiquement prouvé sur la vie affective et sexuelle des adolescents.

Certaines associations voient le médecin généraliste comme acteur à part entière de l'éducation à la VAS. Il faut arriver à dépasser le côté prévention qui apparait en décalage avec le besoin des adolescents et à répondre à leurs questionnements. L'essence même de l'adolescence est la prise de risque et la contradiction avec le monde adulte. Trop d'interdits ou d'obligations (« il faut mettre un préservatif, il faut prendre la pilule ») ne font que les braquer.

Le rôle complémentaire de l'infirmière scolaire ou de personnes formées dans le domaine apparait primordial que ce soit à la fois pour 30% des médecins ou pour toutes les associations.

La vie affective et sexuelle fait partie des enjeux prioritaires de santé publique et du premier axe de travail de la Stratégie Nationale de santé. Les professionnels de soin primaire en sont les acteurs principaux et doivent savoir éduquer, informer et orienter les adolescents.

d) Un discours genré

Un fait frappant durant cette étude : il existe une réelle différence d'éducation faite entre les filles et les garçons. Les professionnels ne s'expliquent pas la différence du propos tenu. La sexualité ne parait médicalisée que pour les filles avec la question de la contraception. Les garçons posant peu de questions et n'ayant pas de consultation dédiée comme une fille a une consultation gynécologique, le sujet n'est que peu voire pas du tout abordé avec eux. Une cotation pour une consultation 1ère contraception a été créée en 2017, gratuite pour les mineures de 15 à 18 ans mais celle-ci ne concerne que les filles.

Avec l'hashtag #MeToo ou #BalanceTonPorc, l'objectif, autre que celui de dénoncer les harcèlements, vise aussi à prendre conscience de la nécessité d'inclure les garçons dans l'éducation à la sexualité. Il a été montré (20) qu'une santé sexuelle épanouie des deux sexes permet une égalité homme/femme et un développement personnel physique et psychique

Mais la sexualité des jeunes filles apparait fantasmée par les adultes : « *Les relations amoureuses et sexuelles des filles sont particulièrement surveillées, leur sexualité étant*

constituée comme la clé de voûte de l'ordre social » (20). Alors que celle des garçons est toujours vu comme glorifiante, signe de maturité et d'assouvissement des besoins sexuels (43). Cela a encore été démontré récemment avec la tribune dans le journal Le Monde (65) où les signataires défendent « *le droit d'importuner* » ou « *l'expression d'une grande misère sexuelle* ».

Il incombe à la fille de porter la responsabilité de la prévention des IST ou des grossesses non désirées. Alors que pour le garçon, ce qui prédomine c'est « *l'aspect d'apprentissage individuel et de découverte de soi* » (16).

Dans notre société, il existe une constante sexualisation des filles : les magazines, les publicités, les clips musicaux (8,25). Dans la pornographie, il y a un hommage à la performance mais aussi une image de soumission de la femme, qui n'est là que pour plaire et séduire. Ces images de la femme deviennent alors une norme pour les adolescents et adolescentes. Il est donc important d'éduquer les adolescents sur ses effets possiblement néfastes (focalisation sur l'image, obsession précoce de la minceur, perte d'estime de soi (13)) et sur l'importance de l'imaginaire dans la sexualité.

Nicole ATHEA nous rappelle l'importance de l'estime de soi : on ne peut en effet que respecter l'autre que si nous nous accordons de la valeur (4). Les relations amoureuses et sexuelles se jouent à deux et le garçon en fait intégralement partie. Il parait donc normal de l'inclure dans l'éducation à la VAS dans un but d'égalité homme/femme.

IV. CONCLUSION

Le sujet de la vie affective et sexuelle est revenu au premier plan politico-médiatique depuis 1 an et demi. C'est un débat qui ne cesse de diviser les opinions. Chacun a son rôle à jouer et notamment les professionnels de santé de soin primaire tels que les médecins généralistes, les pharmaciens ou les associations.

Pour citer l'une des personnes interviewées, « les adolescents sont les futurs adultes ». Leur éducation en matière de sexualité doit donc être une priorité en matière de santé publique pour leur permettre de grandir dans le plus complet bien-être psychique et physique.

Les enjeux de chaque professionnel sont importants :

- Impliquer les garçons autant que les filles pour une déconstruction les stéréotypes et les rôles de chacun et promouvoir l'égalité homme-femme.
- Orienter la formation initiale des étudiants en santé vers la prévention
- Favoriser l'implication des étudiants en santé dans les associations et ainsi augmenter leurs effectifs pour intervenir dans les établissements scolaires.
- Permettre la collaboration de projet entre pharmaciens et médecins
- Créer une consultation obligatoire de prévention de l'adolescent en médecine générale comme celle des 8ème jour, 9ème mois et 2 ans. Afin d'évoquer les notions importantes du consentement de relation, d'orienter si besoin ou d'informer via des brochures ou des sites internet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du SIDA en milieu scolaire : éducation à la sexualité [Internet]. n°96-100 1996. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21864

2. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida [Internet]. n°98-234 1998. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=22818

3. De GAUDEMAR JP. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées [Internet]. CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003 2003. Disponible sur: http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm

4. ATHEA N, COUDER O. Parler de sexualité aux ados: Une éducation à la vie affective et sexuelle. 2006.

5. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.

6. UZAN M. Rapport sur la prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes [Internet]. Secrétariat d'Etat à la santé; 1998 déc [cité 2 févr 2018] p. 5. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/984001918.pdf

7. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe : OMS Bureau régional pour l'Europe et BZgA. BZgA; 2011. 70 p.

8. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? (Note d'analyse 226 - Juin 2011) [Internet]. [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/comment-ameliorer-lacces-des-jeunes-la-contraception-note-danalyse-226-juin-2011.html

9. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. Santé publique France; 2016 [cité 1 févr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf

10. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 [Internet]. DREES; 2017 juin [cité 2 févr 2018]. (Etudes & Résultats). Report No.: 1013. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf

11. Amsellem-Mainguy Y. Les grossesses à l'adolescence en France. oct 2016;4.

12. Dupays S, Hesse C, Vincent B. L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2015 déc [cité 24 août 2017] p.

150. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/154000866/index.shtml

13. Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Odile Jacob. 2012. 247 p.

14. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

15. Dolto F, Dolto C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou le complexe du homard. Gallimard Jeunesse. 1989. 162 p.

16. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Agora Débatsjeunesses. 16 févr 2012;(60):121-34.

17. Le Den M. Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France: Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prevention. Sci Soc Santé. 2012;30(1):85.

18. Fédération Internationale pour la Planification Familiale. La déclarartion des droits sexuels de l'IPPF [Internet]. 2009 [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/internet/files/declaration-droits-sexuels-ippf.pdf

19. UNESCO. Education sexuelle complète Nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques [Internet]. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002470/247010f.pdf

20. Bousquet D, Laurant F, Collet M. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité [Internet]. Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes; 2016 juin [cité 4 févr 2018]. Report No.: n°2016-06-13-SAN-021. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf

21. Bozon M, De La Rochebrochard E. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2014 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/

22. Ehlinger V, Maillochon F, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2014 [cité 4 févr 2018] p. 5. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1719.pdf

23. DESMARTIN V, LEDESERT B, =Observatoire Régional de la Santé du Languedoc Roussillon. (O.R.S.L.R.). Montpellier. FRA, =Académie de Montpellier. Montpellier. FRA,

=Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc Roussillon. (D.R.A.S.S.). Montpellier. FRA / com. Observatoire régional d'épidémiologie scolaire. Enquête en classes de 3ème : résultats 2008-2009. Montpellier: ORS LR; 2010 juin p. 35p.

24. RUIZ I, BOULAHTOUF H. Etude sur la santé des jeunes en école régionale de la 2ème chance (ER2C) en Languedoc-Roussillon.pdf. CREAI-ORS Languedoc-Roussillon; 2013 oct p. 48.

25. Education à la sexualité : du social à l'intime. Santé Homme. avr 2012;(418):52.

26. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2007;35(10):951-67.

27. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. Arch Pédiatrie. juin 2013;20(6):707-13.

28. Nisand I, Toulemon L, Fontanel. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures [Internet]. Haut conseil de la population et de la famille; 2007 févr [cité 24 août 2017] p. 26. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000104/index.shtml

29. HAS. Contraception chez l'adolescente - Fiche Mémo [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 juill [cité 24 août 2017] p. 4. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-l-adolescente

30. Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. Exercer. 2009;20(86):4.

31. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.

32. Code de la sécurité sociale - Article L322-3. Code de la sécurité sociale.

33. Code de la santé publique - Article L5134-1. Code de la santé publique.

34. Décret n° 2016-865 du 29 juin 2016 relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans. 2016-865 juin 29, 2016.

35. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Emergency contraception and medical abortion in adolescent women. Médecine. 1 avr 2012;8(4):163-8.

36. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception [Internet]. Repères pour votre pratique; 2013 [cité 9 févr 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

37. Moisy M. Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante, Teenagers and induced abortion : satisfactory support and care but inadequate prevention. Rev Fr Aff Soc. 22 juin 2011;(1):162-98.

38. Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc. 2011;(1):148-61.

39. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genres, santé. 2008. 612 p. (Hors collection social).

40. Bennia-Bouraï S, Asselin I, Vallée M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen). Médecine. 1 févr 2006;2(2):84-9.

41. Hami Z. Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention [Internet]. Université Paris 13; 2013 [cité 24 août 2017]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/HAMI%20th%C3%A8se%20ado%20et%20contraception%20final.pdf

42. française LD, Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000282/index.shtml

43. Bigeard A. Sexualité et contraception des adolescent-e-s : Mini conférence par Nathalie Bajos [Internet]. 2014 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/videos/sexualite-contraception-adolescents/

44. HAS. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité. 11 oct 2017 [cité 16 mars 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite

45. 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]. janv 9, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/1/9/MESP0123909D/jo/texte

46. Code de la santé publique - Article L4311-1. Code de la santé publique.

47. Aubin C, Branchu C, Vieilleribière J-L, Sitruk P. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan [Internet]. IGAS; 2011 juin [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf

48. Fil santé jeunes | Fil santé jeunes [Internet]. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: http://www.filsantejeunes.com/

49. www.onsexprime.fr [Internet]. On sexprime. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: http://www.onsexprime.fr

50. ChoisirSaContraception [Internet]. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/

51. CSA. Les effets de la pornographie chez les adolescents [Internet]. 2004 [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: http://www.csa.fr/Etudes-et-publications/Les-dossiers-d-actualite/Les-effets-de-la-pornographie-chez-les-adolescents

52. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.

53. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. A. Colin; 2012.

54. Ordre national des pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux [Internet]. 2014 janv [cité 15 mars 2018]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/75149/480993/version/8/file/Recommandations+pour+l%27am%C3%A9nagement+des+locaux+-+janvier+2014.pdf

55. Stromboni C. Les étudiants de santé devront faire un service sanitaire dans les écoles. Le Monde.fr [Internet]. 26 févr 2018 [cité 16 mars 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/campus/article/2018/02/26/un-service-sanitaire-obligatoire-pour-les-etudiants-de-sante_5262713_4401467.html

56. Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarité et de la Santé; 2017 déc [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf

57. Etudes de santé : un service sanitaire de trois mois dès la rentrée 2018 - ESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid126995/etudes-de-sante-un-service-sanitaire-de-trois-mois-des-la-rentree-2018.html

58. Attal E. Évaluation des connaissances de lycéennes de la région nantaise, sur les différents moyens contraceptifs et leurs utilisations en pratique. [France]: Nantes; 2017.

59. Dupont G. Le gouvernement veut fixer l'âge du consentement sexuel à 15 ans. Le Monde.fr [Internet]. 6 mars 2018 [cité 7 mars 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/police-justice/article/2018/03/06/un-pas-vers-l-interdiction-des-rapports-sexuels-entre-majeurs-et-mineurs-de-moins-de-15-ans_5266139_1653578.html

60. Dhilly D. Infrarouge - Sexe sans consentement. Infrarouge. 2018.

61. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. BMJ. 27 juin 1998;316(7149):1948-52.

62. Sextos, porno : la vie secrète des ados. Complément d'enquêtes. 2018.

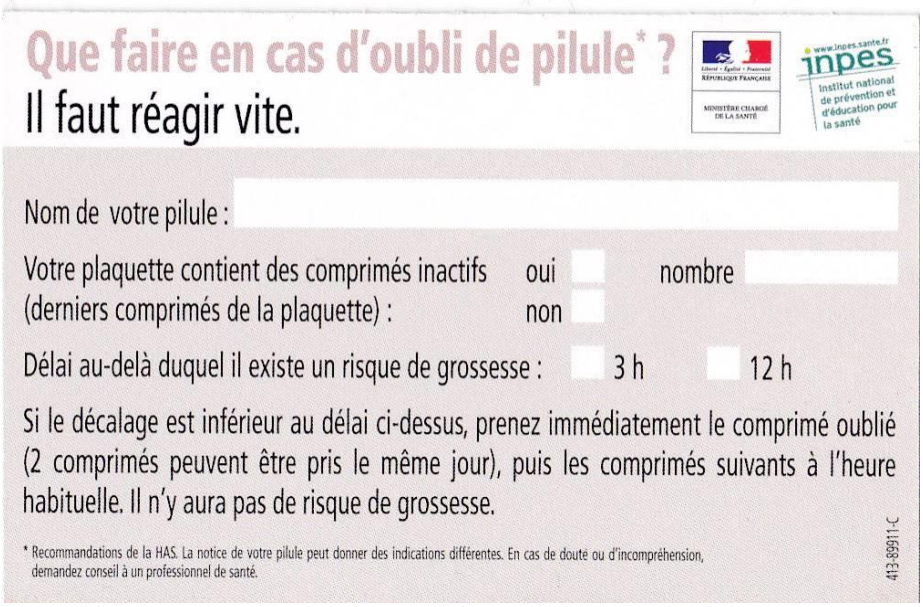
63. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.

64. Macherey M. Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente : pratiques, ressentis et facteurs influents : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 12 médecins généralistes du département de l'Ain [Internet]. [Lyon]: Claude Bernard; 2017. Disponible sur: http://www.sudoc.abes.fr/xslt//DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=1

65. Collectif. « Nous défendons une liberté d'importuner, indispensable à la liberté sexuelle ». Le Monde.fr [Internet]. 9 janv 2018 [cité 14 mai 2018]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/idees/article/2018/01/09/nous-defendons-une-liberte-d-importuner-indispensable-a-la-liberte-sexuelle_5239134_3232.html

ANNEXES

I. Brochure : Que faire en cas d'oubli



Que faire en cas d'oubli de pilule* ?

Il faut réagir vite.

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Nom de votre pilule :

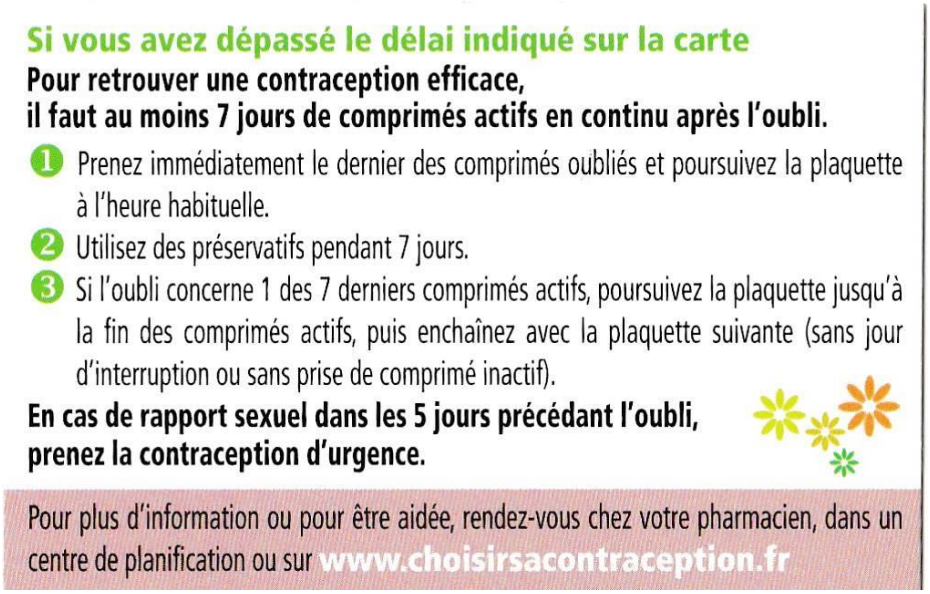
Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui ☐ non ☐ nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : ☐ 3 h ☐ 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413-89911-C



Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

1. Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
2. Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
3. Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.

Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur **www.choisirsacontraception.fr**

II. Brochure : Carte Onsexprime.fr

ONSexPRIME.FR

Sexualités, puberté, IST, sentiments, premières fois…
toutes les réponses à vos questions dans des rubriques
rien que pour vous :

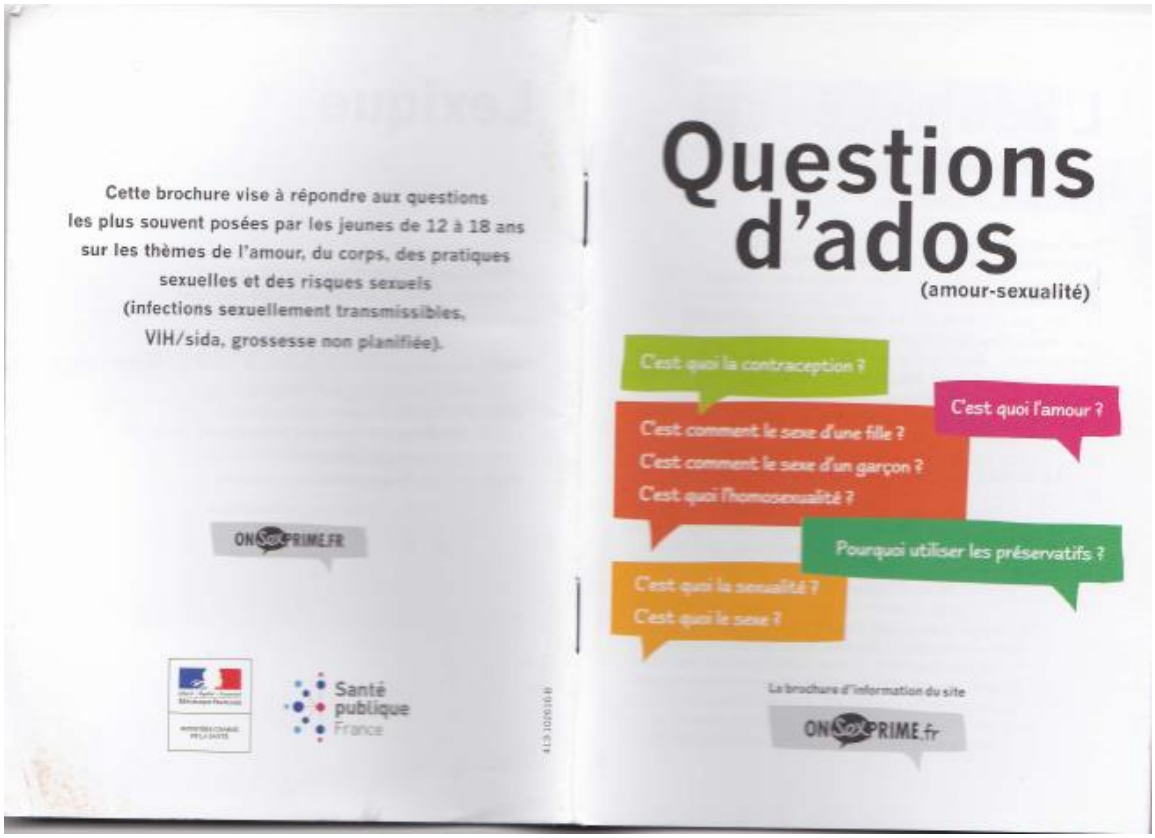
- Conseils
- 10 trucs à savoir
- Quiz
- Vidéos
- Témoignages
- Dico

Santé publique France

Retrouvez-nous aussi sur :

ABSTRALE - R.C.S. Paris B 378 899 363. Réf. : 413-120516-C

III. Brochure : Questions d'ados



Cette brochure vise à répondre aux questions les plus souvent posées par les jeunes de 12 à 18 ans sur les thèmes de l'amour, du corps, des pratiques sexuelles et des risques sexuels (infections sexuellement transmissibles, VIH/sida, grossesse non planifiée).

ONSEXPRIME.FR

Santé publique France

Questions d'ados

(amour-sexualité)

C'est quoi la contraception ?

C'est quoi l'amour ?

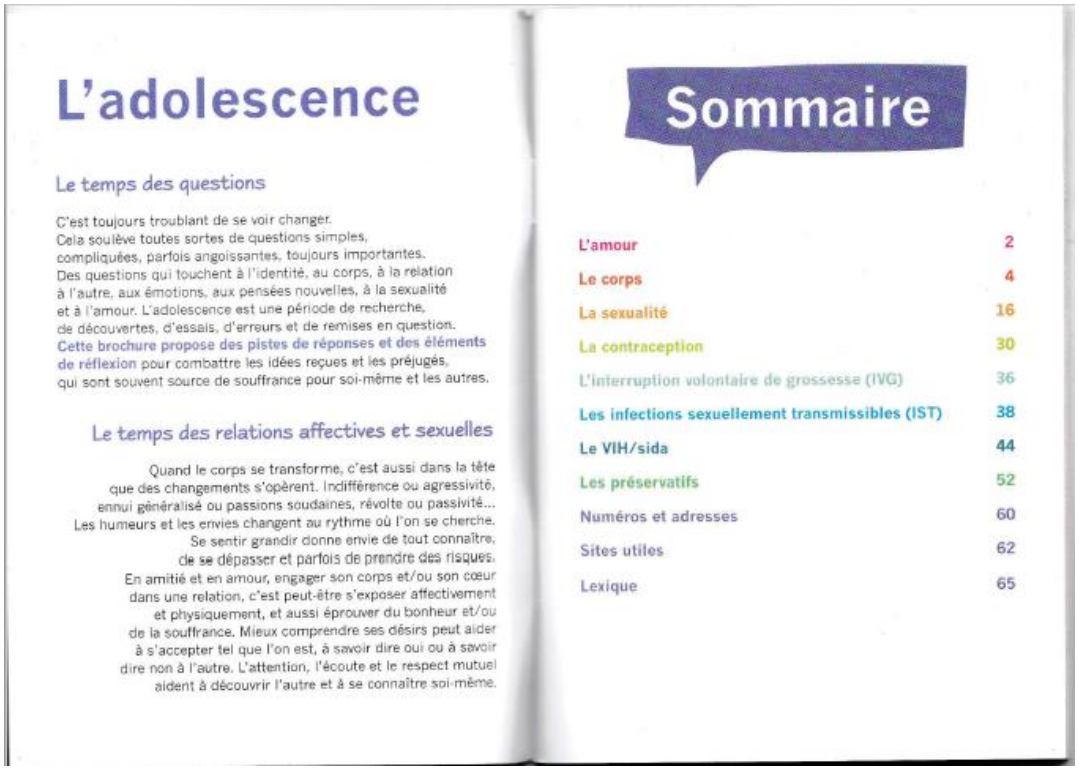
C'est comment le sexe d'une fille ?
C'est comment le sexe d'un garçon ?
C'est quoi l'homosexualité ?

Pourquoi utiliser les préservatifs ?

C'est quoi la sexualité ?
C'est quoi le sexe ?

La brochure d'information du site

ONSEXPRIME.fr



L'adolescence

Le temps des questions

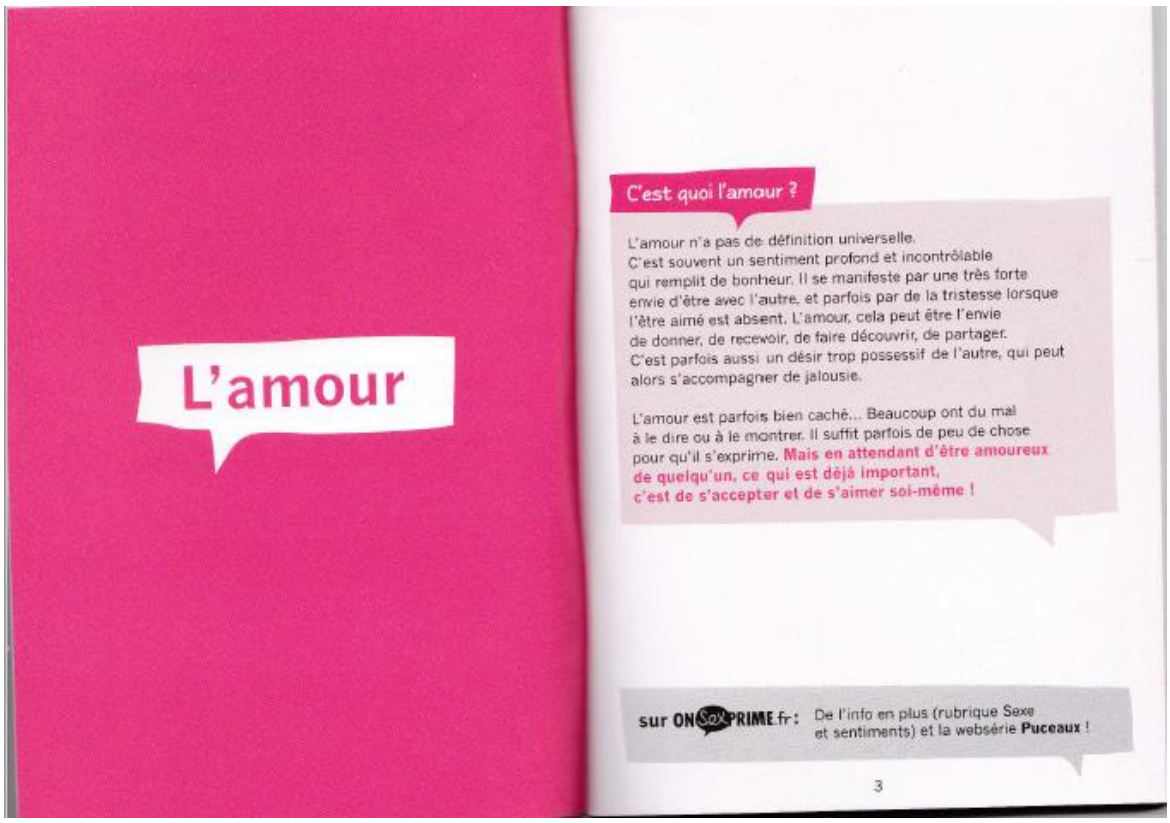
C'est toujours troublant de se voir changer. Cela soulève toutes sortes de questions simples, compliquées, parfois angoissantes, toujours importantes. Des questions qui touchent à l'identité, au corps, à la relation à l'autre, aux émotions, aux pensées nouvelles, à la sexualité et à l'amour. L'adolescence est une période de recherche, de découvertes, d'essais, d'erreurs et de remises en question. **Cette brochure propose des pistes de réponses et des éléments de réflexion** pour combattre les idées reçues et les préjugés, qui sont souvent source de souffrance pour soi-même et les autres.

Le temps des relations affectives et sexuelles

Quand le corps se transforme, c'est aussi dans la tête que des changements s'opèrent. Indifférence ou agressivité, ennui généralisé ou passions soudaines, révolte ou passivité... Les humeurs et les envies changent au rythme où l'on se cherche. Se sentir grandir donne envie de tout connaître, de se dépasser et parfois de prendre des risques. En amitié et en amour, engager son corps et/ou son cœur dans une relation, c'est peut-être s'exposer affectivement et physiquement, et aussi éprouver du bonheur et/ou de la souffrance. Mieux comprendre ses désirs peut aider à s'accepter tel que l'on est, à savoir dire oui ou à savoir dire non à l'autre. L'attention, l'écoute et le respect mutuel aident à découvrir l'autre et à se connaître soi-même.

Sommaire

L'amour	2
Le corps	4
La sexualité	16
La contraception	30
L'interruption volontaire de grossesse (IVG)	36
Les infections sexuellement transmissibles (IST)	38
Le VIH/sida	44
Les préservatifs	52
Numéros et adresses	60
Sites utiles	62
Lexique	65



L'amour

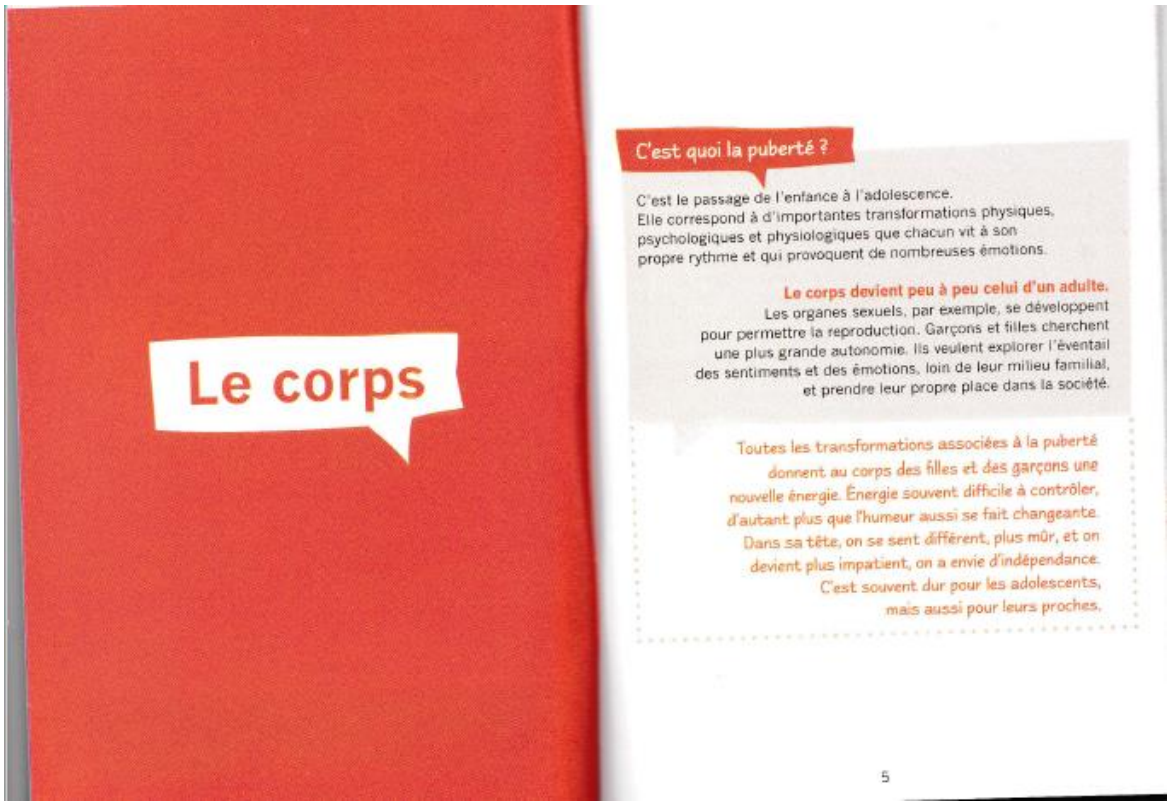
C'est quoi l'amour ?

L'amour n'a pas de définition universelle.
C'est souvent un sentiment profond et incontrôlable qui remplit de bonheur. Il se manifeste par une très forte envie d'être avec l'autre, et parfois par de la tristesse lorsque l'être aimé est absent. L'amour, cela peut être l'envie de donner, de recevoir, de faire découvrir, de partager.
C'est parfois aussi un désir trop possessif de l'autre, qui peut alors s'accompagner de jalousie.

L'amour est parfois bien caché... Beaucoup ont du mal à le dire ou à le montrer. Il suffit parfois de peu de chose pour qu'il s'exprime. **Mais en attendant d'être amoureux de quelqu'un, ce qui est déjà important, c'est de s'accepter et de s'aimer soi-même !**

sur ONSexPRIME.fr : De l'info en plus (rubrique Sexe et sentiments) et la websérie **Puceaux !**

3



Le corps

C'est quoi la puberté ?

C'est le passage de l'enfance à l'adolescence.
Elle correspond à d'importantes transformations physiques, psychologiques et physiologiques que chacun vit à son propre rythme et qui provoquent de nombreuses émotions.

Le corps devient peu à peu celui d'un adulte.
Les organes sexuels, par exemple, se développent pour permettre la reproduction. Garçons et filles cherchent une plus grande autonomie. Ils veulent explorer l'éventail des sentiments et des émotions, loin de leur milieu familial, et prendre leur propre place dans la société.

Toutes les transformations associées à la puberté donnent au corps des filles et des garçons une nouvelle énergie. Énergie souvent difficile à contrôler, d'autant plus que l'humeur aussi se fait changeante. Dans sa tête, on se sent différent, plus mûr, et on devient plus impatient, on a envie d'indépendance. C'est souvent dur pour les adolescents, mais aussi pour leurs proches.

5

La puberté, comment ça se passe chez les garçons ?

Chez le garçon, la puberté débute en général entre 11 et 15 ans : le cerveau va sécréter de nouvelles hormones qui vont circuler dans le sang et éveiller le fonctionnement des organes sexuels.

Tout le corps subit de multiples transformations.
La peau devient moins lisse et des boutons d'acné peuvent apparaître ; les poils se développent sur les jambes et les bras, aux aisselles et sur le pubis, et parfois sur le torse et le dos ; un duvet de poils recouvre la lèvre supérieure puis pousse sur le menton, jusqu'à se développer sur les joues ; la musculature augmente progressivement ; avec la croissance du larynx et des cordes vocales, la voix devient de plus en plus grave ; le pénis commence à se développer ; les bourses (scrotum) qui contiennent les testicules deviennent plus foncées ; les testicules deviennent plus gros et commencent à fabriquer des spermatozoïdes ;
les premières éjaculations apparaissent.

La puberté, comment ça se passe chez les filles ?

Chez la fille, la puberté débute en général entre 10 et 15 ans. Comme chez le garçon, le cerveau va sécréter de nouvelles hormones qui vont circuler dans le sang et éveiller le fonctionnement des organes sexuels.

Tout le corps subit de multiples transformations.
La peau devient moins lisse, des boutons d'acné peuvent apparaître ; les poils se développent sur les jambes et les bras, aux aisselles et sur le pubis, parfois autour des tétons et dans le bas du dos ; il arrive que le duvet de poils qui recouvre la lèvre supérieure fonce et s'épaississe ; les seins commencent à gonfler ; les hanches s'arrondissent et la taille se marque ; la vulve commence à se développer, petites et grandes lèvres changent d'aspect et de couleur ; dans les ovaires, les ovules commencent à mûrir et l'appareil génital se transforme pour se préparer à une éventuelle maternité ; les premières règles apparaissent et les pertes blanches vaginales deviennent plus fréquentes.

Qu'est-ce que les règles ?

L'arrivée des premières règles est un événement important de la puberté des filles. À partir des premières règles, tous les 28 jours en moyenne (on appelle cela un cycle), **les femmes perdent du sang pendant quelques jours.**

Pourquoi les filles ont-elles des règles ?

L'utérus se prépare tous les mois à accueillir un œuf, c'est-à-dire un ovule. Pour cela, la paroi interne de l'utérus s'épaissit. Si l'ovule est fécondé suite à un rapport sexuel, il reste dans l'utérus et cette paroi continue de se développer. Si la fécondation de l'ovule n'a pas lieu, la partie superficielle de la paroi est évacuée : ce sont les règles. Au début, une irrégularité des cycles, et donc des règles, est fréquente chez les adolescentes.

Comment faire quand j'ai mes règles ?

Pour absorber les pertes de sang, **il existe différentes sortes de protections dites « hygiéniques » ou « féminines »** (serviettes, tampons, coupes menstruelles...). Elles peuvent être choisies en fonction de ses préférences, du confort d'utilisation ou de leur côté pratique. On les trouve dans les supermarchés ou en pharmacie.

Quand est-ce que les règles s'arrêtent ?

Les règles sont un phénomène naturel qui se reproduit tous les mois à partir de l'âge de 12 ou 13 ans et continue en moyenne jusqu'à l'âge de 50 ans environ (quand démarre la ménopause). Elles peuvent aussi arriver plus tard, ou s'arrêter plus tôt, **cela dépend de chacune.**

En revanche, **leur disparition avant 50 ans veut toujours dire quelque chose :** cela peut être le signe d'une grossesse, d'une infection ou d'un autre problème de santé.
Il faut donc aller voir un médecin pour se rassurer et savoir si cette absence de règles est normale.

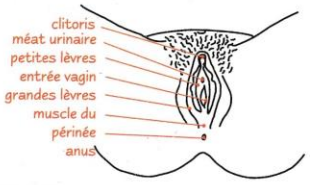
Saigne-t-on toujours lors du premier rapport sexuel ?

Lors du premier rapport vaginal, le plus souvent, l'hymen se rompt, ce qui peut occasionner un petit écoulement de sang. Une douleur peut être ressentie à ce moment-là, mais elle peut être atténuée si l'on est détendue et en confiance, si l'on prend son temps. Avoir parlé de cette première fois avec son partenaire permet également d'aborder ce moment de manière plus sereine, de mieux gérer à deux si la douleur est trop importante, de recourir au lubrifiant, si besoin.

Parfois, la jeune fille ne saigne pas lors de son premier rapport sexuel, soit parce qu'elle n'a pas d'hymen, soit parce que son hymen était assez souple pour permettre la pénétration. La virginité n'est donc liée ni à la présence d'un hymen ni au fait de saigner.

C'est comment le sexe d'une fille ?

Le sexe féminin est constitué de la vulve et du vagin.
La vulve est constituée :
• des grandes lèvres et des petites lèvres qui, en avant, forment le capuchon du clitoris
• de l'urètre par lequel passe l'urine
• et de l'entrée du vagin
La vulve réagit à l'excitation et au cycle menstruel : elle gonfle, se mouille, s'assèche...
Le clitoris est le principal organe du plaisir féminin. Il durcit et entre en érection exactement comme le pénis des garçons, mais ça ne se voit pas. Les lèvres, le clitoris et le vagin peuvent avoir des formes, des tailles et des couleurs différentes selon les filles. Pour découvrir son sexe, il est possible de le regarder dans un miroir.



C'est quoi l'hymen ?

L'hymen est une **membrane de peau qui ferme partiellement l'entrée du vagin** (entre 1 et 3 cm de l'entrée du vagin). Il faut savoir que certaines filles n'ont pas d'hymen. L'hymen, lorsqu'il existe, peut être très différent d'une fille à l'autre dans sa forme (rond, ovale, troué...) et plus ou moins souple.

C'est normal les "pertes blanches" chez les filles ?

Les pertes blanches sont des sécrétions du vagin. **C'est une production naturelle du corps** pour humidifier le vagin et préserver sa flore (bactéries présentes naturellement qui protègent la muqueuse).

Ces pertes sont donc normales et ne sont pas un signe d'infection. Elles existent d'ailleurs même avant les premières règles et témoignent du début de la puberté.

Ces pertes sont plus ou moins importantes, selon les personnes et les périodes de la vie. Elles peuvent varier d'aspect et de consistance selon les moments du cycle. En revanche, si elles deviennent plus abondantes que d'habitude, colorées ou malodorantes, ou qu'elles s'accompagnent de brûlures ou de démangeaisons, elles peuvent alors être signes d'infection. Il faut dans ce cas consulter un médecin, car des traitements existent.

C'est comment le sexe d'un garçon ?

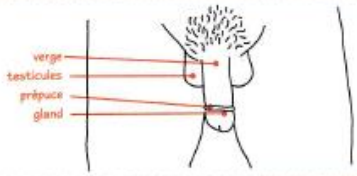
La partie visible du sexe masculin est formée du **pénis et des testicules.**

Le pénis est constitué :

• du gland, qui est recouvert d'une peau mobile (le prépuce – absent si le garçon est circoncis) ; la bande de peau qui rattache le prépuce au gland se nomme le frein ; la fente présente au bout du gland (méat urétral) sert à uriner et à éjaculer ;

• de la verge dont le corps est traversé par un canal, l'urètre, par lequel passe, d'une part, l'urine, et d'autre part le sperme au moment de l'éjaculation ; mais la nature est bien faite : il existe un système qui empêche d'uriner quand on éjacule et d'éjaculer quand on urine ; le pénis est aussi constitué de tissus, de muscles « lisses », d'artères, de veines, de nerfs ; dès qu'il y a excitation, par des caresses ou même par une simple pensée, le sang afflue dans la verge et le gland : le pénis grossit, durcit et se redresse. C'est ce qu'on appelle l'érection.

Les testicules se trouvent à l'intérieur d'une membrane, le scrotum. C'est dans les testicules que se fabrique l'hormone masculine, la testostérone. Elle est responsable, à la puberté, de l'apparition des poils, de la mue de la voix (qui devient grave), du développement des muscles, et aussi de la fabrication des spermatozoïdes. Les testicules sont sensibles aux caresses comme toutes les zones érogènes. Pendant le rapport sexuel, le scrotum durcit et soulève les testicules qui grossissent.



Quelle est la taille d'un sexe de garçon ?

La question de la taille de leur sexe, mais aussi de leurs testicules, préoccupe de nombreux garçons. En effet, ils ont tendance à l'associer au fait d'être viril. Pourtant, plusieurs choses viennent contredire cette certitude bien installée.

D'une part, **la taille du sexe varie avec l'âge :** c'est seulement à la fin de la puberté, vers 17-18 ans, que sa taille devient définitive. La taille du sexe varie également selon que le pénis est au repos ou en érection.

Et puis la définition de la virilité varie, elle aussi, selon les personnes et les sociétés. Dans tous les cas, **la taille du sexe ne changera rien au plaisir que l'on peut ressentir et donner.**

C'est quoi un phimosis ?

Lorsque **la peau du prépuce est trop serrée**, le garçon a du mal à dégager le gland du pénis (décalotter). Cela peut être douloureux lors des rapports sexuels ou au cours de la toilette. Le traitement peut consister en une petite intervention chirurgicale, ou la circoncision.

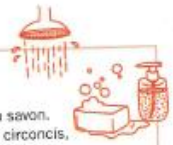
C'est quoi la circoncision ?

La circoncision consiste à **retirer la totalité ou une partie du prépuce** (peau recouvrant le gland du pénis). Elle se pratique pour des raisons culturelles, religieuses, ou parfois pour des raisons médicales (notamment en cas de phimosis).

C'est quoi l'excision ?

L'excision consiste à **couper de manière plus ou moins importante le clitoris** et les petites ou grandes lèvres d'une fille. Elle se pratique uniquement pour des raisons culturelles et religieuses. L'excision a des conséquences graves sur la santé et la sexualité des femmes. C'est une mutilation sexuelle interdite et punie par la loi en France. Aujourd'hui, les femmes excisées peuvent avoir recours à la chirurgie réparatrice.

Comment se lave-t-on le sexe ?



Pour les garçons, quand on prend sa douche, il est important de se laver le sexe à l'eau et au savon. Après avoir savonné le pénis et, si on n'est pas circoncis, dégagé le gland du prépuce (ramener en arrière la peau qui recouvre le gland), il faut le savonner à sa base, là où s'accumulent des sécrétions blanchâtres dans lesquelles peuvent être présents de nombreux microbes. Il faut ensuite se rincer et se sécher soigneusement car les microbes se développent facilement sur la peau humide.

Pour les filles, le lavage du sexe doit être fait à l'eau et au savon neutre. Savonner la vulve (le sexe), puis se rincer et se sécher soigneusement car les microbes se développent facilement sur la peau humide. Tous ces gestes doivent s'effectuer de l'avant vers l'arrière pour éviter de ramener des microbes de l'anus vers la vulve. Il ne faut pas se laver l'intérieur du vagin (sauf indication médicale), car il reste naturellement propre grâce à ses sécrétions et s'auto-nettoie.

sur ONSEXPRIME.fr : Retrouve des vidéos, de l'info (rubrique Sexe anatomy) et le module interactif « le sexe dans tous ses états »

La sexualité

C'est quoi la sexualité ?

C'est le fait d'**utiliser son corps pour prendre du plaisir**, seul(e) ou avec d'autres personnes. La sexualité nous concerne tous dès notre naissance et évolue jusqu'à la fin de notre vie. En matière de sexualité, il existe des limites fixées par la loi, mais il n'y a pas de norme. Ce qui compte, c'est son désir personnel et le respect de l'autre, par l'écoute de son désir ou non-désir.

C'est quoi l'homosexualité ?

C'est **l'attirance que peut éprouver une personne vis-à-vis d'une autre du même sexe que le sien**. Elle peut prendre la forme d'une relation amoureuse et/ou sexuelle.
L'homosexualité, comme l'hétérosexualité, est une orientation sexuelle qui concerne chaque personne individuellement.
À l'adolescence, on peut éprouver une attirance physique ou sexuelle, un sentiment amoureux, pour quelqu'un de son sexe. Cela peut être une simple étape de la vie affective ou le début d'une véritable expression homosexuelle.

L'homosexualité ne doit pas empêcher celui ou celle qui la vit d'être heureux-se. Souvent, pour cela, on a besoin de l'acceptation de sa famille, de son entourage et de la société. L'homosexualité peut encore être difficile à exprimer auprès de son entourage, et la discrimination crée beaucoup de souffrance et pousse parfois à se mettre en danger. Pour être aidé-e, il est possible d'appeler le 0810 20 30 40 (Ligne Azur), une ligne d'écoute anonyme et confidentielle.

C'est quoi la bisexualité ?

C'est le fait d'être attiré indifféremment par des personnes du même sexe et du sexe opposé.

C'est quoi la masturbation ?

Ce sont des **caresses** (souvent par va-et-vient, frottement, pression...) au niveau des parties génitales (pénis du garçon, vagin, vulve et/ou clitoris de la fille) qui procurent du plaisir ou un orgasme.
La masturbation peut s'accompagner d'éjaculation chez le garçon à partir de la puberté, et de sécrétions chez la fille.
Les caresses sont souvent accompagnées d'images ou de scènes érotiques qui défilent dans la tête.

Cette **pratique sexuelle, solitaire ou non**, est assez fréquente et contribue à l'apprentissage du plaisir et de la maîtrise de son excitation.
À l'âge de 18 ans, beaucoup de garçons et de filles déclarent s'être déjà masturbés.

Pourquoi les filles mouillent-elles ?

Chez la fille, **lors d'une excitation sexuelle, la vulve se modifie et s'humidifie**. Certains appellent cela « mouiller ».
Le liquide produit (sécrétions vaginales) fonctionne alors comme un lubrifiant naturel. Il rend la pénétration plus agréable et protège le vagin des irritations.

En cas d'insuffisance ou d'absence de ce lubrifiant naturel (sécheresse vaginale), des douleurs, des irritations, des saignements peuvent survenir. Il y a aussi plus de risques que le préservatif craque lors d'un rapport sexuel.

Le fait de ne pas « mouiller » peut être la conséquence d'un rapport un peu trop précipité. Cela peut être aussi dû à des soucis, à l'angoisse, au stress, à la fatigue, ou à la prise de certains médicaments. Dans ce cas, il faut savoir attendre ou oser dire non.

*En l'absence de ce lubrifiant naturel, il est possible d'utiliser un **gel lubrifiant** que l'on trouve en pharmacie. Attention, celui-ci doit être **à base d'eau ou de silicone** si l'on utilise un préservatif. Il ne faut jamais utiliser de corps gras, comme l'huile, la vaseline ou le beurre avec les préservatifs !*

Pourquoi les garçons bandent-ils le matin ?

Bander (avoir une érection), c'est lorsque le pénis du garçon devient dur, raide, car il se remplit de sang comme une éponge.
Cela peut arriver à n'importe quel âge (même chez les bébés !).

Les érections involontaires ou automatiques sont naturelles et peuvent se produire toute la vie chez un homme.
Lorsque l'on dort, le système nerveux est stimulé, on passe par différentes phases de sommeil pendant lesquelles l'activité mentale peut être très intense...
Cela peut alors occasionner des érections nocturnes.
Les rêves érotiques peuvent aussi provoquer une érection.

C'est quoi les éjaculations nocturnes ?

Le garçon peut trouver, au réveil, des taches humides sur ses draps, sur son pyjama ou son caleçon. Lors de l'excitation provoquée par un rêve, érotique ou non, un peu de lubrifiant naturel (le liquide pré-séminal) peut avoir humidifié l'extrémité de son sexe. Parfois, c'est une éjaculation (émission de sperme) nocturne occasionnée par des rêves érotiques.

C'est quoi les zones érogènes ?

Lorsqu'elles sont caressées, touchées, titillées, toutes les parties du corps peuvent être érogènes, c'est-à-dire **sources de plaisir**. Parmi les plus sensibles, il y a, bien sûr, les parties génitales, mais il y a également beaucoup d'autres endroits à découvrir sur son propre corps et sur celui de son ou de sa partenaire. Il ne faut pas hésiter à guider l'autre dans cette recherche de sensibilité, différente pour chacun de nous.

Comment savoir si une fille ou un garçon a du désir sexuel ?

L'expression du visage, le regard, l'attitude sont les premiers signes évocateurs du désir. Si une fille ou un garçon a un désir sexuel intense, le plus souvent sa respiration et le rythme de son cœur s'accélèrent. Elle ou il peut rougir, être en sueur, la pointe de ses seins peut durcir.

- **Chez la fille**, au niveau de la vulve, le clitoris se raidit (érection), les lèvres gonflent et le vagin se dilate, un lubrifiant naturel va progressivement tapisser l'intérieur du sexe (les sécrétions vaginales), ce qui facilitera la pénétration. Certains appellent cela « mouiller ».
- **Chez le garçon,** au niveau génital, le pénis se raidit et s'allonge, le gland se décalotte et rougit, cela s'appelle bander. Du liquide pré-séminal peut apparaître au bout du sexe.

⚠ Attention, même si ces signes sont présents, cela ne veut pas forcément dire que l'autre veut avoir un rapport sexuel : tant que l'autre n'a pas explicitement dit oui, il faut respecter son choix.

C'est quoi un orgasme ?

C'est une sensation de plaisir très intense pouvant se produire au cours d'un rapport sexuel ou d'une masturbation, chez la fille comme chez le garçon. En général, au moment de l'orgasme, la respiration et le cœur s'accélèrent, les muscles de la zone génitale se contractent.

- Chez la fille, l'orgasme se manifeste par une dilatation des organes génitaux, des contractions musculaires involontaires autour du vagin.
- Chez le garçon, l'orgasme est souvent lié à l'éjaculation.

Mais un garçon peut aussi avoir un orgasme sans éjaculation ou une éjaculation sans orgasme.

L'orgasme n'arrive pas lors de toutes les relations sexuelles, ce qui n'empêche pas pour autant les partenaires de partager du plaisir.

Comment fait-on l'amour ? Qu'est-ce qu'un rapport sexuel ?

Il y a de nombreuses façons de faire l'amour. Chacun peut découvrir les manières qui lui conviennent le mieux : effectuer de nombreuses caresses sur tout le corps, des frottements, des stimulations (du pénis, de la vulve) et des pénétrations (vaginale, anale ou buccale). **L'important, c'est d'en avoir envie et de se sentir prêt.** Les limites étant le désir, le respect de l'autre et l'imagination des deux partenaires !

Généralement, on utilise le terme « faire l'amour » pour avoir un rapport sexuel, pour dire que ce rapport est l'expression physique d'un sentiment. Mais il est possible d'avoir envie d'un rapport sexuel sans être amoureux. C'est mieux quand les deux partenaires abordent ce rapport sexuel avec la même intention…

Comment faire l'amour sans pénétration ?

Il est possible de partager beaucoup de plaisir sans pénétration, par exemple par des **caresses** sur tout le corps ou au niveau des principales zones érogènes. Des **baisers**, des **frottements** contre le pubis, entre les cuisses ou les seins ou toute autre zone érogène du partenaire peuvent apporter du plaisir.

Pour les filles, des caresses avec un doigt humide, la bouche ou la langue (cunilungus), au niveau de leur clitoris et sur l'ensemble de la vulve peuvent leur procurer un orgasme. On peut caresser le pénis et/ou les testicules du garçon avec la main, la langue ou la bouche (fellation).

On peut ne pas être toujours prêt pour des pratiques sexuelles avec pénétration, pour des raisons personnelles, morales ou religieuses, momentanées ou plus durables. Dans ce cas, les caresses ou la masturbation peuvent aussi être une façon de donner et de recevoir du plaisir sexuel.

C'est quoi le plaisir sexuel ?

C'est se donner, avoir et donner du plaisir avec son corps, ses zones érogènes, ses organes génitaux, par des caresses, des baisers, des frottements, des pénétrations, etc. Comme la sexualité est différente d'une personne à l'autre, **les besoins, les envies, les zones érogènes et la définition du plaisir ne sont pas les mêmes pour tous.**

C'est quoi la frigidité ?

C'est **ne jamais ressentir de plaisir lors d'un acte sexuel**, et ce sur le long terme. Ce terme s'applique essentiellement à la sexualité féminine, mais l'absence de plaisir peut aussi se retrouver chez les garçons.

De nombreuses raisons peuvent expliquer cette situation, comme des soucis ou une absence de sentiments ou de désir. Mais, le plus souvent, l'absence de plaisir n'est pas définitive et les choses s'arrangent avec le temps, en en parlant (avec son ou sa partenaire, par exemple, ou d'autres personnes de confiance) ou en explorant son corps.

Lors des premières expériences sexuelles, il peut arriver que les filles, comme les garçons, éprouvent peu ou pas de plaisir, mais ce n'est pas pour cela qu'elles n'auront jamais de plaisir au cours de leur vie.

C'est quoi une panne sexuelle ?

C'est **l'impossibilité pour le garçon d'avoir une érection qui lui permette une pénétration.** Ces pannes peuvent n'être que passagères, liées au stress, à un manque de désir, mais aussi à un désir trop important. Pour dédramatiser la situation, on peut essayer d'en parler avec sa/son partenaire et/ou d'autres personnes de confiance.

C'est quoi l'éjaculation précoce ?

C'est **éjaculer avant d'avoir pénétré sa (ou son) partenaire** ou tout au début de la pénétration. Cela arrive souvent lors des premières relations ou lorsqu'on n'est pas très sûr de soi, ou bien si on a du mal à se contrôler. Cela s'arrange avec le temps et avec l'aide de sa (ou son) partenaire. Il est possible d'apprendre à maîtriser petit à petit son excitation.

L'éjaculation précoce peut également être liée à des problèmes de stress, d'angoisse, dont on peut aussi parler avec quelqu'un de confiance ou avec un médecin.

Quel est l'âge moyen des premiers rapports sexuels ?

Il n'y a pas d'âge idéal pour avoir ses premiers rapports sexuels. Chacun doit pouvoir ressentir quand il est prêt et, surtout, quand le désir est partagé.

Pourquoi et comment dire qu'on n' a pas envie ?

Pas prêt(e), pas le bon moment, pas à cet endroit, pas de préservatif sur soi... Les raisons de ne pas avoir envie d'un rapport sexuel ou d'être caressé(e) de manière intime sont multiples. Il peut être difficile de les exprimer, soit parce qu'on est gêné, soit parce qu'on a peur de la réaction de l'autre. Mais savoir dire « non », savoir dire « stop » quand les choses vont trop loin, qu'elles ne correspondent plus à ce qu'on désire, savoir écouter son ressenti, c'est important, notamment pour bien vivre ses prochains rapports.

On peut parler de ses freins avec son ou sa partenaire. Pas forcément pour le/la convaincre mais pour être compris(e). Ce qui est recherché avant tout, c'est un plaisir partagé. Il ne faut pas s'oublier soi-même, car on existe à deux dans une relation, et les deux désirs doivent pouvoir s'exprimer.

Que dit la loi sur la sexualité ?

Notre corps nous appartient et notre sexualité aussi. Mais cette liberté est confrontée à des limites (Code civil, Code pénal, Code de santé publique) qui visent à protéger les personnes.

La loi ne fixe pas l'âge à partir duquel une personne a le droit d'avoir des relations sexuelles. Par conséquent, elle n'interdit pas à deux adolescents d'avoir des relations sexuelles si tous les deux sont d'accord. En revanche, une personne majeure (qui a atteint l'âge de 18 ans) n'a pas le droit d'avoir des contacts sexuels (caresses, pénétration) avec une personne mineure de moins de 15 ans, même si cette dernière est consentante.

Quels sont les comportements interdits ?

- **Les agressions sexuelles**, ce sont tous les **gestes à caractère sexuel** (autres que le viol), avec ou sans contact physique, commis par un individu, quel que soit son âge, sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, par une manipulation affective ou par du chantage. Elles visent à soumettre l'autre à ses propres désirs, en abusant de son pouvoir, en utilisant la force ou la contrainte, ou en la menaçant (de manière implicite ou explicite). L'agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique, et à la sécurité de la personne agressée.
- **Le viol** est un crime, jugé en cour d'assise et puni de 15 ans de prison. Il s'agit de **tout acte sexuel de pénétration** (avec le sexe, la bouche, les doigts...), commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise.

C'est quoi un pédophile ?

Un pédophile, c'est un **adulte (homme ou femme) qui est attiré sexuellement par des enfants.**
La loi interdit et condamne à une peine de prison toute personne majeure ayant des contacts sexuels (caresses, pénétrations) avec un jeune de moins de 15 ans.

⚠ Les conséquences psychologiques pour ce jeune peuvent être très graves. Ce sont donc des faits dont il est important de parler s'ils se produisent : avec ses parents, ses amis, un médecin, une personne de confiance, ou en appelant le 119 (Allô Enfance en danger), une ligne d'écoute gratuite et confidentielle.

C'est quoi la pornographie ?

C'est la mise en scène par des films, des photos, des textes ou des dessins (BD), de rapports sexuels dans le but d'exciter sexuellement le spectateur ou le lecteur.
Les films et les revues pornographiques mettent souvent en scène des stéréotypes (clichés) de domination sexuelle : des pénis surdimensionnés, des femmes ou des hommes soumis à d'autres, humiliés, méprisés, parfois violentés... Ces images ne correspondent pas à la réalité.
La pornographie ne reflète pas la vie sexuelle de la plupart des gens. Elle joue avec l'imagination, les fantasmes, c'est pour cela qu'il s'agit de fiction. Montrer des images pornographiques à une personne contre sa volonté, c'est une agression : cela peut choquer.

Les films et les revues pornographiques sont interdits aux moins de 18 ans. Il est également interdit (et puni par la loi) de montrer des images pornographiques à un(e) mineur(e) de moins de 18 ans et de mettre en scène des mineurs dans des films ou des photos pornographiques.

sur ONSEXPRIME.fr : De l'info en plus, la websérie Puceaux, et des vidéos où des experts répondent à tes questions !

La contraception

C'est quoi la contraception ?

C'est l'ensemble des moyens qui permettent à une fille et un garçon d'**éviter une grossesse** à l'occasion d'une relation sexuelle.

En France, la contraception est libre et délivrée de manière anonyme et gratuite pour les mineures dans les CPEF* et par le Planning Familial.

Avec qui parler de contraception ?

Le choix d'un moyen de contraception est une affaire individuelle (et/ou de couple) dont on peut parler avec un médecin (généraliste ou gynécologue) ou une sage-femme. Les infirmières scolaires, les pharmaciens et le Planning Familial sont également là pour vous informer. Dans tous les cas, **ce dialogue est confidentiel.**

Quels sont les moyens de contraception existants ?

Il existe aujourd'hui beaucoup de moyens de contraception différents, ce qui permet de choisir le plus adapté à sa situation médicale, affective, à ses envies et à ses besoins.
En voici quelques-uns :

- **La pilule** est un comprimé à prendre chaque jour. Elle est très efficace si la prise quotidienne et à heure fixe est bien respectée et si elle est adaptée à la situation médicale personnelle.
- **Le dispositif intra-utérin** (stérilet) est un petit objet que l'on place dans l'utérus. Il peut soit diffuser des hormones, soit être recouvert de cuivre. Placé pour une durée pouvant aller jusqu'à 10 ans, il constitue une méthode fiable, sans risque d'oubli, et qui peut être posé même sans avoir déjà eu un enfant.
- **Le patch contraceptif** est un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine pendant 3 semaines. Utilisé tous les mois, c'est un moyen de contraception hormonale facile à utiliser et efficace.
- **L'implant contraceptif** est une méthode hormonale qui consiste en un petit bâtonnet que l'on insère sous la peau du bras. L'insertion se fait sous anesthésie locale. Discret et sans risque d'oubli, il est efficace trois années d'affilée.
- **L'anneau vaginal** est un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. C'est un moyen de contraception hormonale efficace qui permet d'éviter les oublis.

Une information complète sur ces contraceptifs mais également sur les préservatifs, le diaphragme, les spermicides, la cape cervicale... est disponible sur le site www.choisirsacontraception.fr

Attention, aucun de ces moyens de contraception ne protège du VIH/sida* et des IST*.
Quel que soit le contraceptif utilisé, il est donc important d'utiliser aussi un préservatif tant que les deux partenaires n'ont pas les résultats de leurs tests de dépistage du VIH/sida et des autres IST.

Comment obtenir une contraception ?

Si certains contraceptifs sont disponibles sans prescription (préservatifs, spermicides), la plupart nécessitent une ordonnance qui peut être délivrée par un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme, ou dans le cadre d'une consultation dans un CPEF*.

Lors de la consultation, le passage par un examen gynécologique n'est pas obligatoire. Mais, par la suite, un suivi gynécologique régulier est important. Il permettra d'évaluer si la méthode choisie convient, même sans relations sexuelles régulières. C'est aussi une occasion pour parler de prévention et de dépistage des IST.

L'infirmière scolaire et le pharmacien peuvent également renouveler la prescription de contraceptifs dans certaines conditions.

C'est quoi la contraception d'urgence ?

Il s'agit d'une contraception de rattrapage, que l'on doit **prendre le plus rapidement possible après un rapport sexuel non ou mal protégé**. Par exemple, si la fille ne prend pas de contraception, si elle l'a oubliée, si la relation sexuelle a eu lieu sans protection (préservatif) ou encore si le préservatif a craqué.

⚠ *Plus elle est prise rapidement après le rapport, plus elle est efficace. La contraception d'urgence est moins efficace qu'une contraception classique pour protéger des grossesses.*

La contraception d'urgence consiste en un comprimé à avaler qui va permettre à la fille, en retardant l'ovulation, de ne pas être enceinte.

La contraception d'urgence est délivrée sans ordonnance, dans les pharmacies, à l'infirmerie du collège et du lycée ou dans les CPEF ; il existe deux types de contraception d'urgence :

- une qui peut être prise jusqu'à 72 heures (3 jours) après le rapport ;
- une autre qui peut être prise jusqu'à 120 heures (5 jours) après le rapport.

Les deux sont gratuites pour les mineures. Sur prescription, la contraception d'urgence est remboursée à 65 % par la sécurité sociale.

C'est quoi un centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) ?

C'est un **endroit où l'on peut parler** avec des personnes compétentes des **questions liées à la sexualité et à la contraception.**

Dans un CPEF, garçons et filles peuvent bénéficier gratuitement et anonymement d'une consultation relative à la contraception, même s'ils sont mineurs. Tous les moyens de contraception y sont prescrits ou délivrés aux mineur(e)s, y compris les préservatifs et la contraception d'urgence. Les consultations sont assurées par des spécialistes (médecin, gynécologue, sage-femme, conseillère conjugale). Dans certains centres, un dépistage des IST et du VIH/sida peut être réalisé de manière anonyme.

sur ONSEXPRIME.fr : De l'info en plus et des vidéos pour connaître les différents moyens de contraception !

L'interruption volontaire de grossesse (avortement)

C'est quoi l'interruption volontaire de grossesse ?

L'interruption volontaire de grossesse (ou IVG) **est un recours pour une femme enceinte ne désirant pas poursuivre sa grossesse.** En France, la loi l'autorise pendant les quatorze premières semaines suivant le début des dernières règles (par conséquent, il n'est pas possible de procéder à une IVG au-delà de 12 semaines de grossesse)
Une mineure peut y avoir accès à condition d'être accompagnée par la personne majeure de son choix : rien ne l'oblige à en parler à ses parents.

⚠ *Pour plus d'infos concernant l'IVG (délais, contacts utiles, démarches à entreprendre, démarches spécifiques aux mineures…), rendez-vous sur www.ivg.gouv.fr, ou contactez le 0800 08 11 11, du lundi au samedi, appel anonyme et gratuit. On peut aussi y télécharger le « Guide d'information sur l'IVG » du ministère de la Santé.*

Il faut faire la différence entre interruption **volontaire** de grossesse (IVG) et interruption **médicale** de grossesse (IMG). L'interruption médicale peut avoir lieu à tout moment de la grossesse et jusqu'à son terme lorsque la santé de la femme est mise en péril ou lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité, reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Quelles sont les principales infections sexuellement transmissibles ?

Les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes chez les 15-24 ans sont la **chlamydiose**, la **papillomatose** (appelée également « condylomes » ou « crêtes de coq ») et **l'hépatite virale B**. Les infections les plus connues sont l'infection à **VIH/sida**, la **syphilis**, la **gonococcie** (ou chaude-pisse). Mais il y en a d'autres, comme la **trichomonase**, **l'herpès**, ou **l'infection à papillomavirus (HPV)**.

La plupart de ces infections se dépistent et se soignent facilement. Certaines sont plus graves et ne se guérissent pas, comme le VIH. Mais des traitements, qui permettent de maîtriser l'infection dans l'organisme et de vivre avec, existent.

Pour l'hépatite B et le HPV, il existe des vaccins. Ils peuvent être prescrits par un médecin et administrés avant le premier rapport sexuel. Parlez-en à un professionnel de santé.

Comment se transmettent les IST ?

Le point commun des IST est qu'elles se transmettent toutes **lors des relations sexuelles**, principalement **par pénétration** (vaginale ou anale) **et par rapports bucco-génitaux** (fellation et cunnilingus).

Pour la syphilis ou l'hépatite B, les rapports bucco-génitaux (bouche / sexe) comme la fellation (stimulation du sexe masculin par la langue) ou le cunnilingus (stimulation du sexe féminin par la langue) non protégés entraînent des risques de transmission pour les deux partenaires, qu'il y ait éjaculation ou non. Il existe également des risques pour les chlamydiae ou la gonococcie.
Pour le VIH*, ces risques existent mais ils sont plus faibles.

Les pénétrations vaginale et anale (sodomie) sans préservatif comportent des risques pour les deux partenaires, pour le VIH et pour toutes les IST ; les risques sont encore plus élevés en cas de saignements, comme pendant la période des règles, lors de la première pénétration sexuelle ou lors d'une pénétration mal lubrifiée.

⚠ **En cas d'infection**, ou dans le doute, éviter les rapports sexuels ou utiliser systématiquement les préservatifs (masculin ou féminin) pour toute pénétration et avec tout partenaire.

Comment sait-on si on a une infection sexuellement transmissible ?

Certaines IST*, comme l'infection à chlamydia n'ont que très rarement des symptômes. **Il faut donc faire un dépistage.**
Parfois, des signes anormaux (les symptômes) peuvent apparaître sur le corps, notamment sur les organes génitaux, comme des rougeurs, irritations, douleurs au bas-ventre, écoulement vaginal ou urétral, brûlures en urinant, ganglions à l'aine, petites plaies, boutons, petites verrues...

Si parfois les symptômes disparaissent, il est important de savoir qu'**une infection se soigne rarement toute seule** : elle est donc toujours là et on risque des complications ! On ne le voit pas, mais l'infection continue de détruire les tissus, et lorsque l'on s'aperçoit des dégâts, ils ne peuvent plus être soignés. Quels que soient les signes d'alerte ou les doutes que l'on a, il faut donc consulter un médecin, qui fera le diagnostic et prescrira le traitement nécessaire. Le médecin est soumis au secret professionnel et ne révélera pas ce qui lui sera dit.

Des centres spécialisés, CeGIDD* et CPEF*, existent dans chaque département.
Les examens et les traitements y sont gratuits et anonymes (aucun papier d'identité n'est demandé).

Les IST, est-ce que c'est grave ?

En plus des sensations désagréables possibles, les IST peuvent entraîner des complications telles que la stérilité ou le cancer du col de l'utérus. Elles peuvent aussi favoriser la transmission du VIH en cas de rapport sexuel non protégé avec une personne porteuse du virus du sida. Si une IST est diagnostiquée, suivre un traitement est donc indispensable.

Le traitement des IST est le plus souvent simple et efficace. Mais il faut toujours consulter un médecin et ne pas chercher à se soigner tout seul. Il faudra également traiter la (le ou les) partenaire(s), sinon il y a risque de nouvelles contaminations. Dans le cas du VIH et des hépatites, le traitement est plus important et nécessite un suivi médical particulier.

Comment se protéger des IST ?

- Pour se protéger et protéger l'autre, **utiliser un préservatif** pour chaque rapport sexuel et avec chaque partenaire dont on ne connaît pas le statut en termes de contamination par le VIH ou les autres IST.

- **Se faire dépister** des IST, comme pour le VIH, de manière régulière lorsque l'on a plusieurs partenaires et à chaque fois que l'on souhaite arrêter le préservatif.

Pour en savoir plus sur les IST, leurs modes de transmission, leur dépistage et les traitements disponibles, **rendez-vous sur le site www.info-IST.fr**

sur ONSEXPRIME.fr : De l'info en plus (rubrique Sexe et santé) et les interviews en vidéo des IST !

Le VIH/sida

C'est quoi le sida ?

Le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) est une **maladie transmissible, provoquée par un virus appelé VIH** (virus de l'immunodéficience humaine).

Ce virus s'attaque au système qui défend l'organisme contre les maladies (le système immunitaire). Progressivement, il détruit certains éléments essentiels du système immunitaire, en particulier des globules blancs appelés « lymphocytes CD4 ».

Quand le taux de CD4 est trop bas, le corps ne peut plus se défendre, et des infections graves peuvent alors survenir). C'est à ce stade que l'on parle de maladie du sida, car, avant ce stade, on parle d' « infection à VIH ».

Comment se transmet le virus du sida ?

Le virus du sida peut être présent dans certains liquides du corps :
- le sang,
- le sperme et le liquide qui survient avant l'éjaculation (liquide pré-séminal),
- les sécrétions vaginales (cyprine),
- le lait maternel.

Il existe trois voies de transmission de ces liquides, et ce sont les seules :
- **la transmission sexuelle**, lors de pénétrations (vaginales ou anales) non protégées par un préservatif avec une personne séropositive (c'est-à-dire porteuse du virus du sida) ;
- **la transmission sanguine**, par exemple lors de l'échange de seringues ou de pailles pour sniffer, chez les usagers de drogues ;
- **la transmission de la mère à l'enfant :** lorsqu'une femme séropositive (sans traitement) est enceinte, le virus peut passer de la mère à l'enfant, surtout lors de l'accouchement. Après la naissance, pour éviter la contamination par le lait maternel, on conseille aux mères séropositives de ne pas allaiter.

C'est quoi être séropositif ?

Être séropositif pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine, responsable du sida), c'est **être porteur du virus** VIH.
Celui-ci se développe dans le corps pendant plusieurs années avant que le sida apparaisse et que l'on ait des signes de la maladie.

En revanche, une personne séropositive sans symptômes peut quand même transmettre le virus à une autre personne.
Cela peut arriver soit lors d'une relation sexuelle non protégée par un préservatif masculin ou féminin, soit par le sang ou encore de la mère à l'enfant lors de l'allaitement ou de la grossesse.

⚠ **Au moindre doute, il est important de faire un test de dépistage pour connaître son statut sérologique.** Si l'on est séropositif, le savoir le plus rapidement possible permet d'être mieux pris en charge médicalement. De nos jours, grâce aux traitements, on peut avoir quasiment la même espérance de vie qu'une personne séronégative, travailler, avoir des projets et fonder une famille. Savoir que l'on est séropositif et prendre un traitement permet aussi de réduire le risque de transmettre le virus au(x) partenaire(s). Cela rend possible une vie sexuelle à la fois épanouie et responsable.

Comment dépiste-t-on le virus du sida ?

En faisant une **simple prise de sang**. Le test de dépistage permet de rechercher dans le sang soit la présence de traces du virus, soit celle des anticorps.

Désormais, on peut détecter la présence du virus dès le 15ème jour après une prise de risque. Mais pour être sûr qu'on est séronégatif et que le virus n'est pas dans l'organisme, il faut attendre six semaines après la situation à risque. En attendant, il faudra se protéger ainsi que son ou sa partenaire en utilisant des préservatifs.

Si le test de dépistage est simple à réaliser, on peut parfois avoir peur de le faire par crainte du résultat. En appelant le 0 800 840 800 (Sida Info Service) il est possible d'exprimer son angoisse et de comprendre pourquoi faire le test, c'est important.

Où effectuer un test de dépistage du virus du sida et des autres IST ?

Pour effectuer un test de dépistage sans prescription, il existe au moins un **CeGIDD** (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic) dans chaque département. **Certains CPEF** (Centres de planification ou d'éducation familiale) peuvent également réaliser ces tests. On peut aussi effectuer le test de dépistage du VIH et des autres IST dans un **laboratoire de ville** sur prescription médicale (suite à un rendez-vous avec un médecin généraliste ou spécialiste).

Plus d'infos et les coordonnées des centres de dépistage sur www.info-ist.fr

Comment soigne-t-on l'infection à VIH ?

Pour le moment, il n'existe pas de traitement qui guérisse et élimine totalement le virus dans le corps. Mais il est possible de bloquer le développement du virus. Commencés tôt et bien suivis, **les traitements existants bloquent l'évolution de l'infection.** Ils permettent aux séropositifs d'être moins contaminants et de rester en vie aussi longtemps que les personnes séronégatives.

Les médicaments utilisés dans le traitement du VIH/sida doivent être pris à vie. Ils peuvent avoir des effets secondaires importants, qui peuvent être très gênants dans la vie quotidienne. Mais s'ils sont bien pris chaque jour, et si le suivi médical est régulier, vivre bien et longtemps avec le VIH est désormais possible.

En France, toute personne atteinte par le VIH peut bénéficier d'une prise en charge sociale et médicale (les soins sont entièrement remboursés par l'Assurance Maladie).

Comment aider une personne séropositive ?

Les discriminations et le rejet des personnes séropositives restent aujourd'hui trop fréquents. Lorsqu'on veut aider une personne séropositive, le plus important est d'être à l'écoute, de ne pas la laisser tomber, d'être ou de rester un(e) vrai(e) ami(e) sur qui elle peut compter. On peut lui venir en aide dans la vie de tous les jours, l'accompagner dans ses loisirs, mais le principal est de savoir être là, lorsqu'elle en ressent le besoin.

Sida Info Service (0800 840 800) et diverses associations sont là pour répondre à toutes questions et aider. On peut conseiller à son ami(e) de les appeler afin qu'il ou elle puisse rencontrer une personne spécialisée dans l'écoute des personnes séropositives ou de leurs proches.

sur ONSexPRIME.fr : De l'info en plus (rubrique Sexe et santé) et des réponses d'experts en vidéo.

Les préservatifs

Pourquoi utiliser les préservatifs ?

Les préservatifs, masculin et féminin, sont **les seuls moyens de se protéger des IST* et du VIH*** transmissibles lors d'un acte sexuel avec pénétration. Ce sont aussi des moyens de contraception. Il faut les utiliser lors de tout rapport sexuel avec pénétration vaginale ou anale (sodomie). Les risques de transmission sont plus faibles lors d'une pénétration buccale, mais il est préférable d'utiliser, pour cela aussi, un préservatif ou un carré de latex (digue dentaire) pour les cunilungus.
Si vous avez rarement utilisé un préservatif dans l'année écoulée, il est recommandé de vous faire dépister pour les IST et le VIH (dans les CPEF* ou les CeGIDD*).

Avant d'arrêter d'utiliser le préservatif avec son/sa partenaire sexuel(le) régulier(ère), le mieux est de faire des tests de dépistage afin de vérifier qu'aucun des deux n'est atteint par le VIH ou des IST. Mais dans ce cas, la fidélité doit être réciproque, et il faut utiliser un autre moyen de contraception si l'on ne veut pas risquer une grossesse non prévue.

Pourquoi plusieurs modèles de préservatif masculin ?

Parce que, **selon l'anatomie** (la largeur du sexe du garçon, par exemple) **ou la pratique sexuelle** (fellation, pénétration vaginale ou sodomie), **un modèle peut être plus adapté qu'un autre.**

- Il existe des préservatifs de différentes largeurs. La largeur, indiquée sur la boîte, peut varier entre 52 mm et 55 mm
- Certains préservatifs sont plus épais que d'autres, l'épaisseur est mentionnée sur l'emballage : de 0,02 jusqu'à 0,1 mm.
- Les préservatifs peuvent être déjà lubrifiés, ou non. Pour la fellation, il vaut mieux utiliser des préservatifs non lubrifiés.
- Ils existent dans différentes matières : latex ou polyuréthane (pour les allergiques au latex) dans le cas du préservatif masculin, nitrile ou polyuréthane pour le préservatif féminin.
- Il existe des préservatifs parfumés (fraise, banane, chocolat, menthe, vanille, etc.).

⚠ **Il faut toujours penser à vérifier que les préservatifs achetés sont aux normes :** le logo CE ou EN 600 (norme européenne) doit apparaître sur l'emballage. Il faut également vérifier que la date de péremption n'est pas dépassée.

C'est quoi le préservatif féminin ?

C'est un **moyen de se protéger** des IST et du VIH. C'est aussi un moyen de contraception.

Plus large que le préservatif masculin, il se place à l'intérieur du vagin grâce à un anneau souple. Il a l'avantage de pouvoir être mis en place quelques heures avant un rapport sexuel. Il peut aussi remplacer le préservatif masculin en cas d'allergie au latex puisqu'il est constitué d'une autre matière.

On trouve le préservatif féminin dans certaines pharmacies et sur Internet. On peut également en obtenir gratuitement dans les CPEF*, dans les centres de dépistage, au Planning Familial et dans les associations de lutte contre le VIH.

Pourquoi ajouter du gel ?

Ajouter du gel lubrifiant permet de **réduire le risque de rupture du préservatif**, et donc le risque d'IST (dont la contamination par le VIH).

Le stress, la peur, certains médicaments (contre l'acné, par exemple), le manque de préliminaires et de désir peuvent entraîner une absence ou une insuffisance de lubrification naturelle. La plupart des préservatifs sont déjà lubrifiés, mais parfois pas suffisamment ; dans ce cas, l'ajout avant et pendant le rapport d'un gel lubrifiant peut être nécessaire ou plus confortable.

En cas de pénétration anale (sodomie), le gel est toujours nécessaire car il n'y a aucune lubrification naturelle, or la muqueuse anale est très fragile.

⚠ Quand on utilise un préservatif, **il est nécessaire d'utiliser des gels à base d'eau ou de silicone.** Il ne faut jamais utiliser du beurre, de la vaseline, des pommades ou des crèmes... car, au lieu de lubrifier le préservatif, ils le fragilisent, ce qui augmente le risque de le faire craquer.

Comment teste-t-on les préservatifs ?

Afin de respecter la norme européenne (CE), les préservatifs en latex ou en polyuréthane subissent une série de tests de qualité réalisés par les fabricants ou par des organismes désignés par les autorités sanitaires compétentes (ANSM en France). On y teste...

- la porosité : on fait passer un courant électrique dans un préservatif pour s'assurer qu'il n'est pas troué ;
- l'éclatement : on gonfle le préservatif pour vérifier sa résistance à une très forte pression ;
- l'étirement : on doit pouvoir l'étirer au moins sept fois sa longueur d'origine avant qu'il craque ;
- le vieillissement : on simule le vieillissement accéléré du préservatif puis on vérifie sa résistance dans des conditions extrêmes.

Une fois ces tests de qualité et de conformité réalisés, les préservatifs peuvent être certifiés conformes à la norme CE. C'est pourquoi il est important de toujours vérifier la présence de cette norme sur l'emballage du préservatif.

Le préservatif a une date de péremption.

Les qualités du préservatif seront conservées si :

- ☑ la date de péremption n'est pas dépassée ;
- ☑ l'emballage n'est pas déchiré ;
- ☑ le préservatif est conservé à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Avoir toujours un préservatif sur soi, c'est un bon réflexe. Il faut le vérifier régulièrement, et ne pas hésiter à le changer si l'on a un doute sur l'un de ces trois éléments.

Mode d'emploi du préservatif masculin

Mode d'emploi du préservatif féminin

* Ne pas ouvrir l'emballage avec les dents ou des ciseaux. Faire attention aux ongles. Avant et pendant le rapport, utiliser du gel lubrifiant pour diminuer le risque de rupture du préservatif.

Que faire si la capote craque ?

Dans le cadre d'un rapport hétérosexuel, si la fille n'a pas de contraception (comme la pilule), elle peut prendre une **contraception d'urgence le plus rapidement possible**.

Pour tout le monde, homo, hétéro, bi, si le partenaire ne connaît pas son statut sérologique ou s'il/ si elle est séropositif(ve), il faut se rendre le plus vite possible, de préférence dans les 4 heures suivant l'accident et au plus tard dans les 48 heures, au service des urgences de l'hôpital le plus proche (appeler Sida Info Service au 0 800 840 800 pour connaître tous les lieux). C'est mieux d'y aller avec son/sa partenaire.
Un médecin évaluera le risque pris et l'intérêt de prescrire le traitement appelé **traitement post-exposition (TPE)**. Celui-ci réduit considérablement le risque de contamination VIH et dure 4 semaines. À la fin, un test de dépistage sera fait et il faudra attendre 6 semaines pour savoir définitivement si l'on est ou non contaminé.

sur ON SEXPRIME.fr : De l'info en plus (rubrique Sexe et santé) et un mode d'emploi interactif du préservatif !

Contacts et sites utiles :

Fil Santé Jeunes
0 800 235 236, ligne anonyme et gratuite, tous les jours de 9h à 23h.
www.filsantejeunes.com
Service d'aide à distance anonyme et gratuit où des professionnels répondent aux questions des jeunes au sujet de leur santé physique, sexuelle et psychologique et peuvent les orienter.

Ligne Azur
0 810 20 30 40, tous les jours, de 8h à 23h (coût d'une communication locale)
www.ligneazur.org
Service anonyme et confidentiel d'aide à distance pour toute personne s'interrogeant sur son orientation sexuelle (attirance, identité, pratiques...).

Allô Enfance en Danger
119, numéro d'urgence, tous les jours, 24h/24, appel gratuit et confidentiel.
www.allo119.gouv.fr/
Service accueillant les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situation.

Jeunes Violences Écoute
0 808 807 700, tous les jours, de 8h à 22h, appel anonyme et gratuit depuis téléphones portables et fixes.
www.jeunesviolencesecoute.fr
Dispositif d'aide pour les jeunes, les parents et les professionnels confrontés à des situations de violences.

Sida Info Service
0 800 840 800. Tous les jours, 24h/24, appel confidentiel, anonyme et gratuit depuis un poste fixe.
www.sida-info-service.org
Dispositif permettant de répondre à des interrogations liées au VIH/sida et à d'autres pathologies qui, par leur prévention et leur mode de transmission, s'apparentent au VIH.

www.ivg.gouv.fr
Dispositif d'information sur l'interruption volontaire de grossesse (délais, démarches à entreprendre, contacts utiles...).
0800 08 11 11, le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h, appel anonyme et gratuit.

CRIPS
Réseau national de compétences pour le traitement de l'information et de la documentation sur le VIH/sida, les hépatites, les usages de drogues et les conduites à risque des jeunes.
www.lecrips.net

Le Planning Familial (MFPF)
Association militante, le Planning Familial compte aujourd'hui une centaine de lieux d'accueil : centres d'écoute et d'information ou centres de planification. Dans ces derniers, le dépistage des IST/VIH, les consultations gynécologiques, l'avortement médicamenteux, la prescription et délivrance de contraceptifs sont gratuits pour les mineures.
www.planning-familial.org

Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) : coordonnées disponibles en téléphonant à Sida Info Service ou sur www.sida-info-service.org

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) :
coordonnées disponibles sur www.choisirsacontraception.fr
ou en téléphonant à Fil Santé Jeunes.

www.onsexprime.fr
Site d'information sur la sexualité, le corps, les relations amoureuses, le plaisir, la contraception, les IST, le VIH/sida et la contraception.

www.choisirsacontraception.fr
Site d'information sur les différentes méthodes contraceptives, la contraception d'urgence...

www.info-ist.fr
Site d'information sur les IST (prévention, dépistage et traitement)

Si cette brochure tente de donner des réponses simples à des questions courantes que se posent souvent les jeunes au sujet de l'amour et de la sexualité, la vie réserve heureusement encore beaucoup d'imprévus et de mystères.

Il n'y a donc pas de réponse toute prête à ce que vous vivrez personnellement. En cas de question, il ne faut pas hésiter à faire appel aux dispositifs et lignes téléphoniques détaillés dans la rubrique « numéros et adresses utiles ».
Des professionnels sauront vous écouter, répondre à vos questions et vous donner des conseils sans jugement.

Pour plus d'infos, de vidéos, rendez-vous sur ONSEXPRIME.fr :
Également accessible
via Facebook · Youtube · Twitter.

ONSEXPRIME.fr

Ce document a été initialement élaboré en juin 2007
avec la participation du Crips Île-de-France, de la Direction générale de la Santé, de l'Inpes, de l'IREPS Île-de-France, de l'Institut de Sexologie et de l'École des Parents et des Éducateurs des Bouches-du-Rhône.

Document édité et diffusé par
Santé publique France
12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Actualisation : mai 2016

Lexique

- **CDAG :** Centre de dépistage anonyme et gratuit
- **CeGIDD :** Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des IST
- **CPEF :** Centre de planification et d'éducation familiale
- **HPV :** *Human papillomavirus*, ou virus du papillome humain
- **IST :** Infections sexuellement transmissibles
- **IVG :** Interruption volontaire de grossesse
- **SIDA :** Syndrome d'immunodéficience acquise
- **TPE :** Traitement post-exposition
- **VIH :** Virus de l'immunodéficience humaine

IV. Brochure : Les Premières Fois

Des questions sur la sexualité ? ONSexPRIME.FR y répond.

Une mine de conseils et d'informations validés, sur la puberté, les infections sexuellement transmissibles, les sentiments, les premières fois, l'orientation sexuelle.

Des réponses aux questions que l'on a parfois du mal à aborder avec les autres.

Des vidéos, des outils ludiques et pédagogiques ainsi qu'une communauté active d'internautes.

ONSexPRIME.FR

Santé publique France

D706-020-17B - Actualisation : janvier 2017

ONSexPRIME.FR PRÉSENTE

LES premières FOIS

À chacun son rythme

La première fois, c'est beaucoup d'excitation mais aussi beaucoup de questions… Est-ce que je vais savoir m'y prendre ? Est-ce que je vais donner du plaisir ? Est-ce que je vais en avoir ? Est-ce que ça fait mal ?… STOP ! **Toutes ces interrogations sont, bien sûr, normales** mais trop de stress, ça peut gâcher la fête le moment venu. Alors respire, prends les choses une à une, comme elles viennent, et surtout écoute-toi !

PLEIN DE PREMIÈRES FOIS

Quand on dit « première fois » on pense souvent « première pénétration ». Mais la première fois où tu te déshabilles devant ton/ta partenaire ? Où tu touches son corps ? Où vous vous caressez de manière très poussée ? Et s'il n'y a pas de pénétration… ça ne compte pas ? Il y a plein de premières fois, et elles sont toutes importantes : **à chaque fois, tu vas découvrir plein de choses** et, à chaque fois, tu auras envie que ça se passe bien.

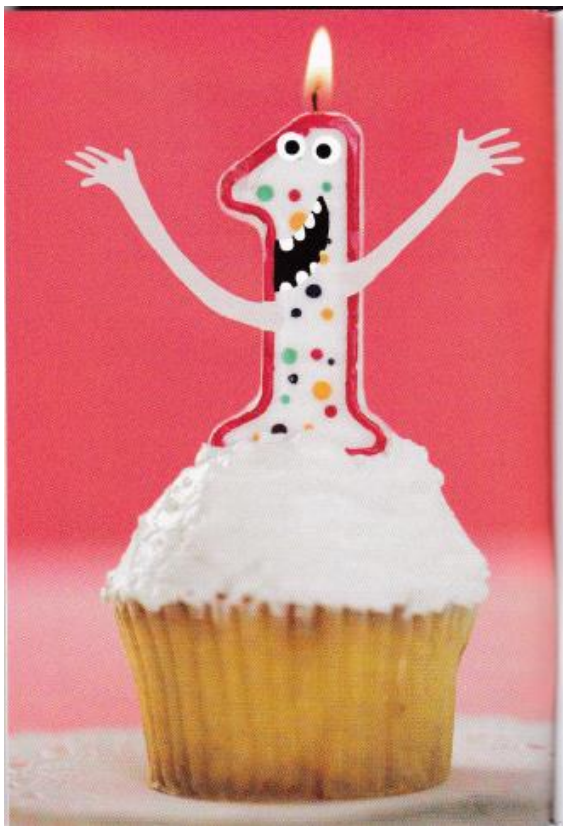
ET SI JE ME LOUPE ?

Ça peut arriver d'être déçu-e par sa première fois : des gestes maladroits, une panne, pas de plaisir…

Alors très vite, c'est la panique : et si c'était toujours comme ça ? Rassure-toi, **la première fois, heureusement, ça ne détermine pas la sexualité que tu auras par la suite.** Au début, c'est normal de tâtonner, tu n'as pas le mode d'emploi, tu ne connais pas bien le corps de l'autre.
Mais après, avec l'expérience et en te découvrant, ça se passera de mieux en mieux, ça deviendra très agréable. Parce que tu seras plus confiant-e, parce que tu sauras ce qui te plaît ou pas…

ET SI J'AI PAS ENVIE ?

Il n'y a pas d'âge ou d'obligation pour le premier rapport sexuel. Donc les remarques telles que « Mais t'es toujours vierge ? », « Toi, puceau ? À ton âge ? », mieux vaut les ignorer. Surtout que ce qui peut paraître important au lycée ne l'est plus vraiment à peine quelques années après. Et puis, être vierge, ça peut aussi être un choix. Tu peux ne pas être prêt-e pour des raisons personnelles, morales ou religieuses, momentanées ou plus durables. Alors ne te laisse pas déstabiliser. Fais-le **quand tu te sens prêt-e, quand tu en as envie.**



Sommaire

LES PREMIÈRES DÉCOUVERTES DU **PLAISIR** 6

LES PREMIERS **SENTIMENTS** 14

LES PREMIÈRES **CARESSES** 22

LES PREMIÈRES **PÉNÉTRATIONS** 30

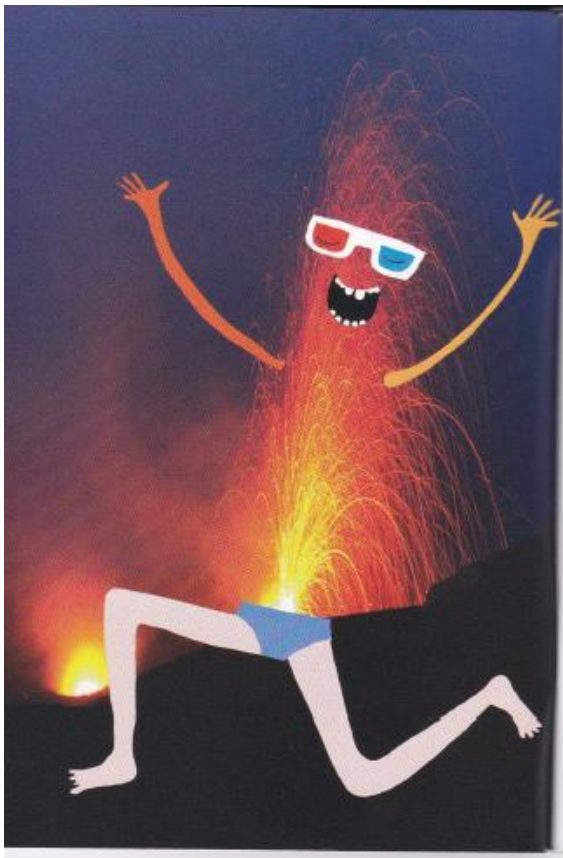
LES PREMIÈRES **PROTECTIONS** 38

LES PREMIÈRES **PEURS** 50

LES PREMIÈRES FOIS : **POUR QUE ÇA SE PASSE BIEN** 60

MÉMO **POUR LA SUITE** 61

NUMÉROS ET CONTACTS **UTILES** 62



Les premières DÉCOUVERTES du plaisir

Témoignages

« Quand j'étais petite, ça m'arrivait souvent de me toucher sous la douche. Dès que la sensation était trop forte, je m'arrêtais. J'ai compris plus tard que cette sensation, c'était du plaisir. » **ELSA**

« Moi, il suffit que je pense au mec de mes rêves pour que mon corps réagisse. » **NATHAN**

« J'ai découvert mon clitoris avec mes doigts. Le caresser, ça m'a fait sentir plein de trucs. Du coup, quand on le fait, maintenant, je guide direct vers cette zone. » CAROLINE

« La première fois, c'était sur mon lit, en pleine nuit. J'ai eu chaud, je respirais très vite, j'avais un peu peur que mes parents m'entendent. Je suis sûr que ça m'a aidé pour mon premier vrai rapport. J'ai mieux su gérer, je savais comment ralentir le rythme. » **ENZO**

« Je me masturbe tous les jours dans la salle de bain. Ça me fait beaucoup de bien mais j'ai honte, je sais pas si c'est normal. » ANTHONY

« Ce que j'adore, c'est que ma copine m'embrasse fort, juste derrière l'oreille, je sens mon cœur qui bat à fond, ça me rend folle. » **LUCILE**

« Parfois, je ressens des trucs sans rien faire. Si une fille me frôle sans faire exprès, ça me fait un truc dans le ventre. J'ai trop peur que quelqu'un s'en rende compte et de passer pour un pervers. » KARIM

LE PLAISIR SEXUEL, C'EST QUOI ?

C'est cette **sensation très agréable** que tu peux ressentir quand tu te caresses, que tu es caressé-e, quand tu embrasses, que tu es embrassé-e, quand tu penses à quelque chose ou à quelqu'un qui te plaît… **Ton corps va réagir :** tu peux avoir chaud, sentir des fourmillements, respirer plus vite…

Chez les filles, le clitoris et les lèvres au niveau de la vulve gonflent et rougissent, le vagin s'humidifie (« mouille »). Chez les garçons, le pénis gonfle, devient dur (« bande »), parfois un peu de liquide apparaît au niveau du gland.

Quand le plaisir est très intense, il peut se transformer en **orgasme**, mais ce n'est pas automatique.

PLAISIR, MODE D'EMPLOI ?

Toutes les parties du corps peuvent procurer du plaisir (on dit qu'elles sont « érogènes ») lorsqu'elles sont embrassées, caressées, titillées, effleurées… Parmi les zones les plus sensibles, il y a, bien sûr, les parties génitales (pénis, testicules, vulve, clitoris…) mais il y a également d'autres endroits, comme le dos, la nuque, les fesses,

la poitrine, l'anus, les tétons, les lèvres, ou encore les pieds, les oreilles… Ça varie selon les personnes.

Mais le plaisir ce n'est pas qu'une histoire de toucher : tu peux aussi éprouver du plaisir en imaginant être embrassé-e, caressé-e ou dragué-e par quelqu'un qui te plaît, en voyant ton-ta partenaire nu-e, en sentant son odeur, en le voyant ou l'entendant exprimer du plaisir, etc. Tout ça peut être très excitant.

PRENDRE DU PLAISIR TOUT-E SEUL-E?

Se masturber, **c'est un moment à soi, pour soi.** C'est aussi un bon moyen pour apprendre à te connaître, comprendre comment ton corps réagit à l'excitation, découvrir tes zones érogènes… Pour cela, tu peux, par exemple, caresser différentes parties de ton corps, tes parties génitales en faisant des va-et-vient ou des frottements le long du pénis, au niveau du gland, sur le clitoris ou sur les lèvres… Mais il y a plein d'autres manières. **Et souvent, l'imagination, ça aide !**

La masturbation vient souvent naturellement, parfois sans même que l'on s'en rende compte.

Alors, **pas de honte à avoir !** Garçon ou fille, adolescent ou adulte, beaucoup de monde le fait et a le droit de le faire. **Mais, pas d'obligation !** Fais-le seulement si tu en as envie et toujours dans un cadre intime (tu ne dois pas l'imposer à la vue des autres s'ils ne sont pas d'accord).

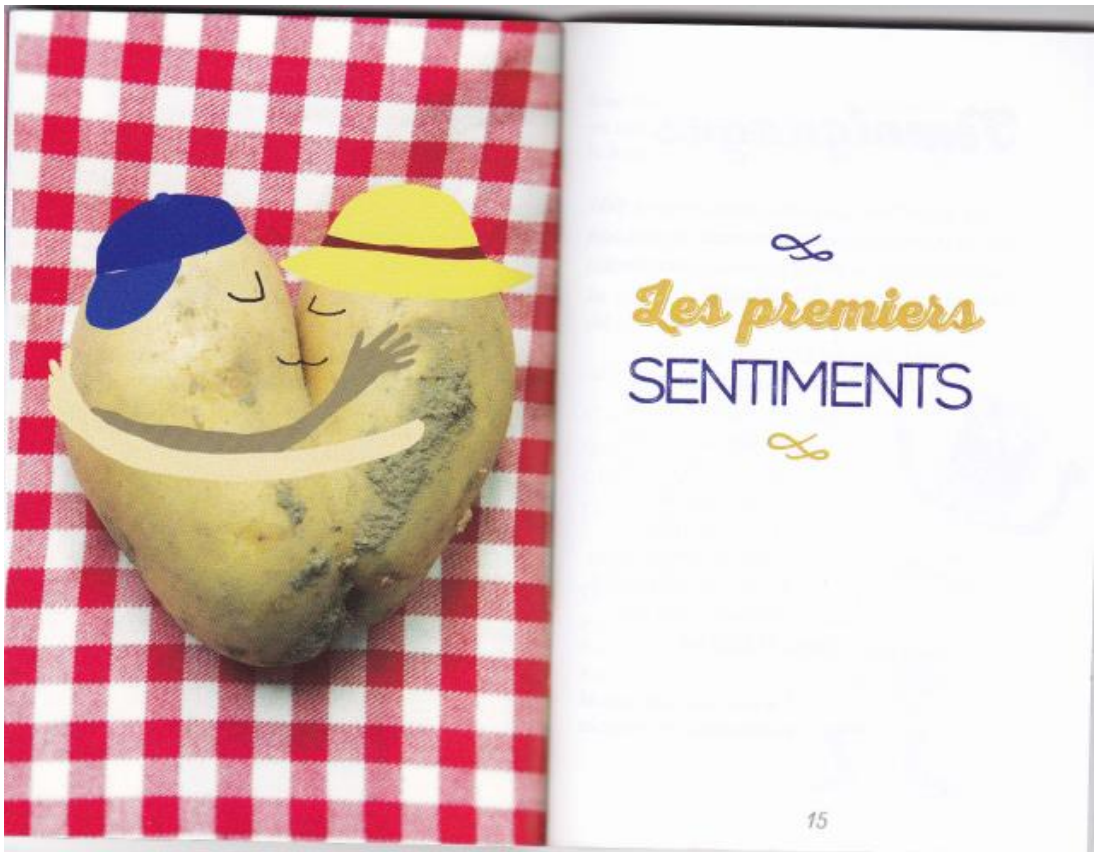
ET SI JE N'AI PAS DE PLAISIR ?

Il arrive que le plaisir ne soit pas forcément au rendez-vous ou qu'il soit moins intense. C'est normal. L'orgasme incroyable, à chaque fois, et en moins de 10 minutes, c'est seulement dans les films !

Le corps n'est pas une machine. Le plaisir et son intensité dépendent de beaucoup de choses : les caresses, ton-ta partenaire, mais aussi comment tu te sens dans ta tête, dans ta vie, le lieu où tu le fais (sécurisant ou non), parfois les moments du cycle menstruel pour les filles…

La sexualité, ce n'est pas un concours avec des notes à la fin… Alors essaie de dédramatiser. L'essentiel, c'est surtout de passer un bon moment ensemble.

Si tu ne ressens jamais de plaisir ou que tu as des douleurs, il peut aussi y avoir un souci de santé. Parles-en avec un médecin, un-e gynécologue ou un-e sage-femme. Tu peux les consulter dans un CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale). Il existe certainement des solutions qui te permettront d'avoir une sexualité plus satisfaisante.



Les premiers SENTIMENTS

Témoignages

« Il y a une fille que j'aime bien au lycée. Dès que je la vois, je ressens des trucs. Je sais pas comment aller lui parler sans que mes potes se moquent de moi. » MICKAEL

« Quand j'étais en colo, il y avait ce garçon qui me plaisait. Je le regardais souvent. Mais un jour, je me suis rendu compte qu'il me regardait aussi. Du coup, tous les matins, au petit dej, j'étais hyper excitée, je savais que j'allais le voir, j'ai jamais été aussi motivée pour me lever. » SARAH

« Je suis avec mon copain depuis 4 mois. On est super bien ensemble. Mais, depuis, j'ai rencontré un autre garçon. Il me trouble, je pense à lui tout le temps. Bref, je sais pas quoi faire. » LAURA

« Y a un type dans ma classe, je ne peux pas m'empêcher de penser à lui. Ça me gêne, du coup je l'évite. Je ne sais pas qu'il est gay, il est déjà sorti avec des filles. » LUCAS

« Pour être avec cette fille, j'ai vraiment galéré. Mais maintenant qu'on est ensemble, j'ai l'impression que ça m'est passé, que je ressens plus rien pour elle. » ILAN

« J'ai rencontré ce mec à une soirée. On s'est revus et on s'est embrassés. J'étais trop contente, je le trouvais super beau. Mais un soir, j'ai pas voulu annuler un ciné avec des copines pour le voir, il m'a giflée. Maintenant, je ne veux plus le voir, mais c'est dur, je l'aime beaucoup. » **LOLA**

DES SENTIMENTS PAS TOUJOURS FACILES À DÉMÊLER

À l'adolescence, la vie est souvent riche en sentiments : tu peux tomber amoureux-se très vite, te faire des ami-e-s pour la vie, des ennemi-e-s juré-e-s aussi, te sentir très seul-e, être attiré-e physiquement par une personne... **Alors l'amour dans tout ça, pas facile de le reconnaître ! D'autant que sa définition varie selon les personnes, la culture, la religion :** ça peut être de la tendresse, une complicité très forte, un sentiment de bonheur, de passion, une attirance physique...

On peut aussi confondre l'amour avec l'amitié ou l'admiration. Surtout quand on éprouve des sentiments très forts pour quelqu'un dont on est très proche, comme son/sa meilleur-e ami-e.

SEXE ET AMOUR

Quand on parle des rapports sexuels, on dit souvent « faire l'amour ». On veut dire par là que quand on « passe à l'acte », on exprime physiquement un sentiment amoureux. **Mais l'amour et la sexualité ne sont pas forcément liés.**

Tu peux avoir envie d'un rapport sexuel sans être amoureux-se, désirer quelqu'un juste sexuellement. Tu peux aussi aimer énormément quelqu'un et passer par des phases où ton désir pour cette personne change. Ça ne veut pas dire que l'amour n'est plus là ou qu'il n'est pas assez fort. **Lors d'un rapport sexuel, le plus important c'est d'avoir les mêmes désirs, les mêmes envies, au même moment.**

ET L'AUTRE DANS TOUT ÇA ?

L'amour, les sentiments, le sexe, ça se passe souvent à deux. Mais parfois, tu peux éprouver des sentiments amoureux pour une personne alors que celle-ci n'en a pas pour toi ou qu'elle préfère rester ami-e. Ça fait souffrir mais sois confiant-e, patient-e, tu rencontreras sûrement une autre personne qui voudra la même chose que toi.

Et puis parfois, c'est bon : l'autre a les mêmes sentiments que toi, vous avez envie des mêmes choses. Ce n'est pas pour autant qu'il faut arrêter de se parler ! **Se dire les choses, même quand ça va bien, c'est important.**

HÉTÉRO, HOMO, BI... JE SUIS QUOI ?

À l'adolescence, on évolue beaucoup et parfois on peut être un peu perdu-e : si je suis attiré-e par quelqu'un du même sexe, est-ce que ça veut dire que je suis homosexuel-le ? Ou que j'aime autant les filles que les garçons (bisexuel-le) ? Et si je ne suis attiré-e que par des personnes de l'autre sexe, ça veut dire que je suis hétérosexuel-le ? Et si je ne suis attiré-e par personne ?... **Difficile de répondre !**

Ton orientation sexuelle se construit en toi, sans que tu en aies forcément conscience. **Ce n'est pas un choix que tu fais, ça s'impose à toi et ça n'a rien d'anormal.** Alors prends le temps de t'écouter et ne culpabilise pas.

Ça peut être lié aussi à une personne en particulier, être une simple expérience, mais ça peut aussi révéler une préférence. **Le plus important, c'est d'être bien avec toi-même, tes désirs, tes sentiments.** Trouver une personne sur laquelle t'appuyer peut t'aider également. Si tu ressens le besoin d'en parler, il existe des dispositifs d'écoute (cf. p. 62)

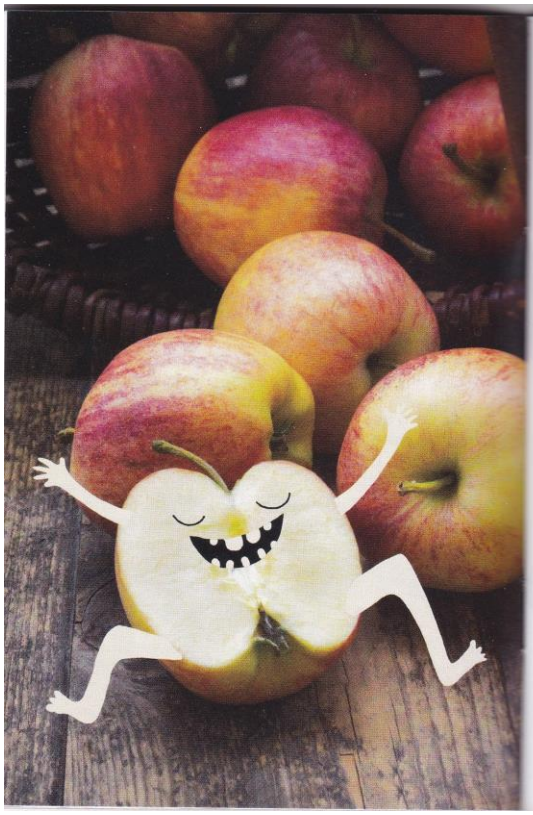
À travers le monde, de nombreuses personnes sont persécutées à cause de leur orientation sexuelle. En France, il existe des lois et des associations qui les protègent.

ET SI ÇA SE PASSE MAL ?

Il peut t'arriver que tu t'attaches à quelqu'un, même si cette personne ne te fait pas du bien ou que cette personne abuse de tes sentiments (« si tu m'aimais, tu le ferais... »).

N'oublie jamais que tu n'as pas à accepter la violence, la manipulation, ou toute chose que tu ne désires pas ou pour laquelle tu ne te sens pas prêt-e. En effet, on confond souvent relations « passionnelles » et relations violentes. Mais ce n'est pas du tout la même chose, et la souffrance ne doit pas faire partie de l'amour...

Aimer ce n'est pas s'oublier et ce n'est pas non plus faire du mal ! Si le cas se présente, il ne faut pas hésiter à demander de l'aide, à en parler à tes ami-e-s, à tes proches. Il existe aussi des dispositifs d'écoute et d'aide en ligne (cf. p. 62).



Les premières CARESSES

Témoignages

« C'était au camping, comme on avait un peu peur de se faire prendre, on faisait souvent juste des petits trucs, on allait pas plus loin. Mais c'était quand même très chaud ! » **IBRAHIM**

« J'avais vachement envie d'être embrassée « en bas », mais je pensais qu'il voudrait pas, que ça le dégoûterait et puis j'avais peur de sentir pas bon ! Mais en fait, un jour, c'est lui qui m'a demandé s'il pouvait le faire ! Il osait juste pas me demander. »
MÉLANIE

« La première fois que je me suis déshabillée devant un mec, j'ai éteint direct la lumière.

À chaque fois qu'il me touchait, je pensais « bourrelet », mais en fait ça avait pas l'air de le déranger. Il me disait même qu'il aimait bien mon corps ; petit à petit, j'ai un peu oublié ce que je croyais être des « défauts ». » **PAULINE**

« Parfois, je préfère guider la fille avec qui je suis. Par exemple, j'aime pas qu'on me touche trop les seins, donc je préviens à l'avance. » **REBECCA**

« J'ai fait une fellation à un mec mais rien d'autre, je sais pas si je suis toujours vierge. C'est comme si on l'avait fait, non ? » **LAURENT**

« J'ai un gros problème : les caresses, ça me fait monter trop vite, j'arrive pas à me retenir, et j'éjacule. Je me sens nul, j'ose plus rien faire. » **ALEX**

« Au début, j'avais pas envie de mettre une capote pour une fellation, à cause du goût du lubrifiant... Mais j'ai vu qu'on pouvait en acheter sans lubrifiant. » **NADIA**

LES CARESSES, C'EST QUOI ?

Ce sont **tous les gestes qui ont pour but de stimuler le désir, exciter et procurer du plaisir sexuel.**

On peut embrasser, toucher avec ses mains, ses doigts, sucer, lécher toutes les parties du corps… **Il y a plein de manières !**

Et la frontière n'est pas toujours claire… Par exemple, certains-es considèrent les pratiques orales comme des caresses, pour d'autres c'est un rapport sexuel en tant que tel ! Ainsi le cunnilingus, qui consiste à stimuler le sexe d'une fille avec la bouche, les lèvres, la langue ; et la fellation, qui consiste à stimuler le sexe d'un garçon avec la bouche, les lèvres, la langue.

Dans tous les cas, chacun fait selon ses désirs et ses envies.

D'ailleurs, tu comprendras vite ce qui te plaît, sans te soucier des clichés en matière de plaisir : ce n'est pas parce que tout le monde dit que telle pratique est géniale ou que dans les films pornos c'est courant, que tu vas forcément aimer ou que tu dois le faire.

DES PRÉLIMINAIRES, MAIS PAS QUE…

On pense souvent que les caresses sont juste bonnes à préparer le terrain pour la pénétration. Mais c'est beaucoup plus que ça, elles permettent de se relâcher, de se détendre, mais aussi et surtout d'avoir et de donner du plaisir.

C'est d'ailleurs tout à fait possible d'avoir un orgasme avec « seulement » des caresses.

Les caresses, c'est bien une relation sexuelle à part entière : c'est pour ça que **ton-ta partenaire doit être d'accord.**

Rappelle-toi aussi que ce n'est pas parce que tu aimes quelque chose, que l'autre l'aime forcément. On a souvent tendance à reproduire les choses qui nous font plaisir ou qu'on a vues, mais il faut toujours être sûr-e que cela fait plaisir à l'autre aussi et qu'il-elle en a envie.

LES CARESSES, ÇA SE PROTÈGE ?

Oui ! Parce que quand on se caresse l'un l'autre, les sécrétions peuvent circuler et certaines infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent se transmettre. Pour les éviter, pense à adopter les bons réflexes :

👉 **Pour la fellation :** évite de te brosser les dents avant ou après (pour ne pas avoir de petits saignements aux gencives). Évite de recevoir du sperme dans la bouche ou de l'avaler. L'idéal est d'utiliser un préservatif (non lubrifié ou avec un lubrifiant aromatisé).

👉 **Pour le cunnilingus :** évite de te brosser les dents avant ou après et de le pratiquer pendant les règles. Tu peux aussi découper un rectangle dans un préservatif et le mettre entre ta bouche et le sexe de ta partenaire, ou utiliser une digue dentaire.

Et pas de panique !
Les IST qui se transmettent comme cela (syphilis, chlamydiae…) se soignent très bien ; par contre, pour les détecter, il faut faire des tests de dépistage régulièrement.

ET SI ÇA ME GÊNE, ET SI J'OSE PAS ?

Tu peux être gêné-e de te rendre compte que tu n'aimes pas certaines caresses, ne pas savoir dire stop ou, au contraire, encore. Tu peux aussi ne pas savoir comment t'y prendre, avoir peur que l'autre te juge. Dis-toi que **l'autre en face peut avoir les mêmes craintes, les mêmes gênes**, même si il-elle a plus d'expérience.

Échanger avec ton-ta partenaire, dire, montrer ce dont tu as envie, mais plus encore ce dont tu ne veux pas, c'est très important pour votre plaisir à tous les deux.

Si tu as peur que ça casse l'ambiance, tu peux dire « je préfère plutôt ça, en faisant comme ça… », tu peux le-la guider en douceur pour qu'il-elle n'ait pas l'impression de mal s'y prendre. Tu peux aussi poser des questions : « Aimerais-tu ça ? », essayer des choses, changer d'avis, faire des pauses pour savoir si ce que tu fais va toujours à l'autre.

Les premières PÉNÉTRATIONS

Témoignages

« J'étais super intimidée, surtout que je savais qu'il avait déjà eu d'autres expériences avant moi. Au final, il m'a écoutée et on a pris notre temps. Le jour J, ça c'est super bien passé, on était contents tous les deux. » NADIA

« Pour ma première fois, j'étais hyper stressé. J'avais déjà essayé avec un autre homme mais ça lui avait fait très mal et on avait stoppé. Là, ça s'est fait naturellement, avec un peu plus de lubrifiant ! Depuis je me sens super léger, heureux. J'ai hâte de le revoir. » **SÉBASTIEN**

« La première fois, ça s'est plutôt bien passé ! On en avait envie toutes les deux et on se sentait prêtes. Après faut arrêter, c'était pas comme dans les films où c'est direct l'orgasme ! » LENA

« La première fois, j'ai pas saigné. Du coup, mon mec pense que je lui ai menti, que ma première fois c'était pas avec lui. » **JENNY**

« Avec ma copine, on a voulu se lancer. Problème : on a essayé plusieurs fois, mais ça ne rentre pas. J'ai essayé de la déstresser mais rien n'y fait. Je me dis qu'elle a pas suffisamment envie de moi. » **PAUL**

« Pour tous les deux c'était la première fois, c'était important qu'on découvre ensemble, qu'on soit à égalité. On a été maladroits tous les deux, c'était pas fantastique, mais ça reste un super souvenir. » **SAMIR**

LA PÉNÉTRATION, C'EST QUOI ?

Il y a la **pénétration vaginale** : c'est la pénétration du vagin par les doigts, le pénis, un sex toy… Lors du premier rapport vaginal, le plus souvent, l'hymen se rompt et un peu de sang peut couler. Parfois, la fille ne saigne pas, soit parce qu'elle n'a pas d'hymen, soit parce que celui-ci était assez souple pour permettre la pénétration. Cela n'a rien d'anormal.

La **pénétration anale**, c'est la pénétration de l'anus par les doigts, le pénis, un sex toy…

Il y a aussi la **pénétration orale** (de la bouche), comme la fellation. Mais ça, on en a déjà parlé ! (cf. p. 26)

Même si tu en as envie, une pénétration anale ou vaginale peut faire un peu mal, surtout les premières fois. Pas de panique ! Ça peut se résoudre, si tu es détendu-e, en confiance. Prenez tous les deux votre temps, allez-y en douceur. Utiliser du lubrifiant peut aussi aider.

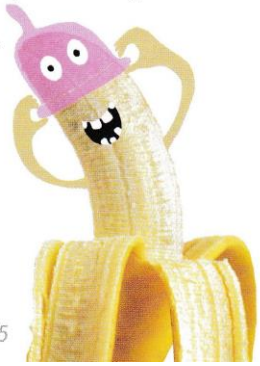
Si ça fait vraiment trop mal, il ne faut pas hésiter à arrêter, même si tu penses que l'autre ne sera pas content-e, voire déçu-e. Il y a tout un tas d'autres choses à faire pour donner et prendre du plaisir !

PROTECTION INDISPENSABLE

Si elle n'est pas protégée, toute pénétration (même si c'est la première fois !) peut comporter des risques pour les deux partenaires, notamment celui des infections sexuellement transmissibles (IST) ; et en cas de pénétration vaginale, peut s'ajouter le risque d'une grossesse non prévue. Pour les IST, les risques sont encore plus élevés en cas de saignement du vagin ou de l'anus.

Il existe heureusement des moyens pour se protéger :

- **Pour la pénétration vaginale** : utilise un préservatif et une contraception. N'hésite pas à ajouter du lubrifiant avant et pendant le rapport.
- **Pour la pénétration anale** : utilise un préservatif en ajoutant toujours du lubrifiant. En effet, l'anus ne se lubrifie pas naturellement et sa muqueuse est très fragile.



ON LUBRIFIE !

Lubrifier, ça veut dire mouiller, rendre humide. Le vagin se lubrifie naturellement, mais pas l'anus. Dans tous les cas, ajouter un lubrifiant adapté, c'est toujours une bonne idée : **ça rend la pénétration plus confortable et ça permet de réduire le risque que le préservatif craque (et donc le risque d'IST).** Si la plupart des préservatifs sont déjà lubrifiés, parfois ce n'est pas suffisant. Tu peux donc ajouter du lubrifiant sur le préservatif avant et pendant le rapport.

Attention à ne pas lubrifier avec n'importe quoi ! N'utilise pas de beurre, d'huile, de vaseline, de crème… car cela va fragiliser le préservatif. Il faut utiliser un gel fait pour ça, composé d'eau ou de silicone. Tu pourras en trouver très facilement et à tous les prix en pharmacie, au supermarché ou sur Internet.

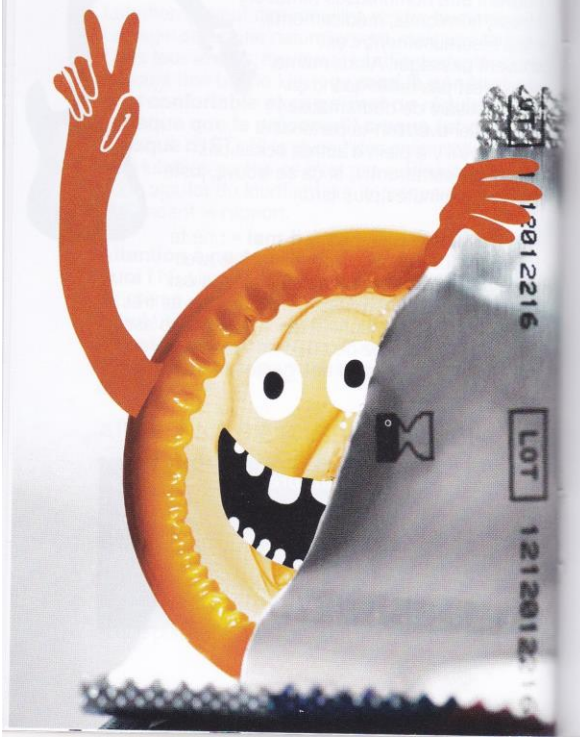
AÏE, ÇA NE SE PASSE PAS COMME JE M'Y ATTENDAIS !

- **« Finalement, je ne me sens pas prêt-e » :** dis-le à ton-ta partenaire, ne te force pas ! La pénétration, ce n'est pas un passage obligé, et ce n'est pas automatique à chaque rapport, ni avec chaque partenaire. Les caresses sont aussi là ! N'oublie pas que tu as toujours le droit de refuser une pénétration et que personne n'a le droit de te l'imposer.

- **« J'ai une panne / je ne mouille pas / j'éjacule trop vite » :** les raisons peuvent être nombreuses (émotion, stress, hormones, médicaments, etc.). Heureusement, c'est souvent passager. Alors, même si ce n'est pas facile quand ça arrive, essaie de dédramatiser, d'en parler avec ton-ta partenaire. Dis-toi qu'il y a plein d'autres occasions qui se présenteront… si ça se trouve, juste quelques minutes plus tard.

- **« Ça rentre pas / ça fait mal » :** ne te force pas. La première fois, et parfois avec un-e nouveau-elle partenaire, le stress est souvent au rendez-vous ; même si tu en as très envie, tu peux être contracté-e, ne pas être assez lubrifié-e. Pas assez de désir, des préliminaires un peu trop rapides ou des gestes maladroits, ça peut aussi jouer.

Si ces problèmes perdurent, n'hésite pas à en parler avec un médecin, un-e gynécologue ou un-e sage-femme. Tu peux les consulter dans un CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale). Il existe certainement des solutions qui te permettront d'avoir une sexualité plus satisfaisante.



Les premières PROTECTIONS

Témoignages

« Pour mes premières capotes, j'avais demandé à un copain de venir avec moi au supermarché. Je savais pas quoi acheter, il y avait pas mal de choix. Au final, à part le petit sourire de la caissière, ça va, c'était pas si dur. » **LÉO**

« Avec mon mec, on mettait des capotes mais j'étais pas rassurée niveau contraception… Comme je ne me sentais pas d'en parler à mes parents, je suis allée au planning familial ; j'ai pu avoir une consultation rapidement. Et maintenant c'est bon, j'ai ma contraception ! » **SAMIA**

« ***J'avais toujours peur de foirer, le moment où j'allais mettre la capote. Du coup, je me suis entraîné tout seul chez moi. Je préférais avoir l'air con chez moi que devant ma copine !*** » **BENJAMIN**

« J'ai toujours un préservatif dans mon sac, mais il y en a toujours que ça étonne. Tout ça, parce que je suis une fille ! Ça me tue. » **AÏSSATOU**

« **Un soir, je sors avec ce mec. Ça chauffe rapidement, mais le moment venu il ne sort pas de capote. Je lui demande une fois, il me dit qu'on en a pas besoin, « parce qu'on a rien ». J'insiste, il refuse. Du coup, je lui ai dit de partir ; hors de question de juste se baser sur ses paroles.** » **QUENTIN**

« *J'avais mis un préservatif près du lit, mais je savais pas quand le mettre. Je me sentais tellement en fusion avec elle que je ne voulais pas rompre le moment. C'est elle qui m'a dit : « T'as bien ce qu'il faut ? » Ça m'a aidé !* » **YANIS**

SE PROTÉGER, MÊME LES PREMIÈRES FOIS !

La première fois, on pense souvent qu'on ne peut rien transmettre. Et si l'autre en face est jeune et/ou vierge (ou qu'on pense qu'il l'est), jackpot ! On se sent invincible ! On pense aussi à tort que le corps n'est pas prêt pour la grossesse, que c'est au rapport suivant que tout s'enclenche. Stop aux idées reçues !

- **Il suffit d'un seul rapport pour être contaminé-e par une infection sexuellement transmissible (IST).**
- **Une grossesse peut démarrer après chaque rapport vaginal, même sans éjaculation.** On peut être donc enceinte dès sa première fois.

LE PRÉSERVATIF

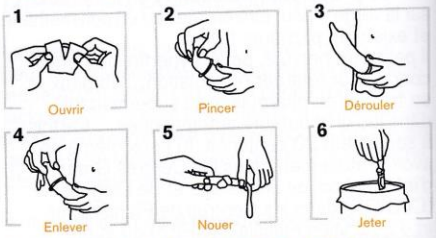
Le préservatif est **le seul moyen de se protéger des IST** (dont le VIH/Sida) lors d'un rapport sexuel. Dans le cas d'un rapport hétérosexuel, **c'est aussi un moyen de contraception.** Il faut l'utiliser lors de toute pénétration (vaginale, anale ou orale).

Il existe deux types de préservatif.

Le préservatif masculin : on le déroule sur la verge. Il peut être en latex ou en polyuréthane et existe en plusieurs tailles.
Il peut être nervuré, perlé, hyperfin, parfumé, conçu pour retarder l'éjaculation… Tu peux en trouver en pharmacie, au supermarché, dans les distributeurs automatiques… Parfois à seulement 20 centimes. Tu peux même en avoir gratuitement dans les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) ou auprès de l'infirmerie scolaire.

Le préservatif féminin : on le place dans le vagin avant un rapport sexuel (ça peut même être mis plusieurs heures avant). Il peut être en nitrile ou en polyuréthane. Certains trouvent qu'ils ont plus de sensations avec ce préservatif, et ceux qui se sentent serrés dans le préservatif masculin l'apprécient… Pour les filles, l'anneau extérieur peut stimuler le clitoris pendant la pénétration. Tu peux en trouver en pharmacie et sur Internet. Tu peux en avoir gratuitement dans les CeGiDD et les CPEF.

Mode d'emploi du préservatif masculin



Mode d'emploi du préservatif féminin

PETITS CONSEILS D'UTILISATION

- ☑ Vérifier la date de péremption.
- ☑ Vérifier la présence de la norme CE sur l'emballage.
- ☑ Ne pas ouvrir l'emballage avec les dents ou des ciseaux. Faire attention aux ongles.
- ☑ Ne jamais mettre deux préservatifs en même temps.
- ☑ Conserver les préservatifs à l'abri de la chaleur ou de l'humidité.

PAS BESOIN D'ATTENDRE LE JOUR J POUR DÉCOUVRIR COMMENT FONCTIONNE UN PRÉSERVATIF !

Tu peux t'entraîner tout-e seul-e dans ta chambre, à le mettre, à le porter. Tu pourras ainsi t'habituer à son utilisation et, le moment venu, te concentrer sur ce qui est vraiment nouveau !

Proposer un préservatif, ce n'est pas toujours facile, pourtant il n'y a pas de honte à avoir. Au contraire ! Pour aborder le sujet en douceur, tu peux laisser traîner quelques capotes, ou raconter une histoire de préservatif que tu as entendue, ça te permettra de voir les réactions de l'autre.

Si ton-ta partenaire te sort des excuses comme :

- ***« Je suis allergique au latex » :*** tu peux évoquer le fait qu'il existe des préservatifs faits dans d'autres matières.
- ***« Ça me fait débander » :*** déjà, avec ou sans préservatif, on peut débander pour beaucoup de raisons. S'être entraîné avant à en mettre, en avoir pas trop loin de soi, c'est la clé pour ne pas casser l'ambiance et le mettre rapidement. On peut aussi en faire un jeu érotique. Autre solution : le préservatif féminin, qui peut se mettre plusieurs heures à l'avance.
- ***« Ça serre » :*** il existe différentes tailles de préservatif, tu peux lui conseiller de prendre celle au-dessus. Et là encore, le préservatif féminin peut être une solution.
- ***« T'as pas confiance ? Tu m'aimes pas ? » :*** quel est le rapport ? Les IST s'en fichent bien des sentiments. Donc, justement, si tu m'aimes et/ou si tu me respectes, tu mets un préservatif pour me protéger et te protéger.

Si ton-ta partenaire multiplie les excuses, c'est peut-être une manière de ne pas parler de ce qui le-la dérange vraiment dans le préservatif. Essaie d'en parler avec lui-elle pour essayer de comprendre ce qui le-la pousse à ne pas vouloir en utiliser.

LA CONTRACEPTION

Pour éviter une grossesse à l'occasion d'un rapport sexuel, il existe aujourd'hui plein de contraceptifs différents : la pilule, l'implant, le dispositif intra-utérin (stérilet), le préservatif masculin ou féminin, le patch, l'anneau…

En dehors du préservatif, la plupart des contraceptifs nécessitent une ordonnance, qui peut être délivrée par un médecin généraliste, un-e gynécologue ou un-e sage-femme. Pour les consulter, il est possible d'aller dans un cabinet médical ou dans un Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF). Les infirmières scolaires, les pharmaciens peuvent aussi te renseigner. Ce dialogue est confidentiel et ne pourra pas être répété à tes parents sauf si tu le demandes.
Pour plus d'infos, tu peux également aller sur **choisirsacontraception.fr**

Attention ! À part pour le préservatif, la contraception protège seulement des grossesses, pas des IST ! Donc pour ne prendre aucun risque et avoir une sexualité plus sereine, tu peux combiner deux moyens de protection : le préservatif + un autre contraceptif.

LES VACCINS

Il existe aujourd'hui deux vaccins qui permettent de se protéger de deux infections sexuellement transmissibles :

- **le vaccin contre l'hépatite B** recommandé pour les nourrissons, les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus. On peut, bien sûr, le faire ensuite si on ne l'a pas déjà eu.

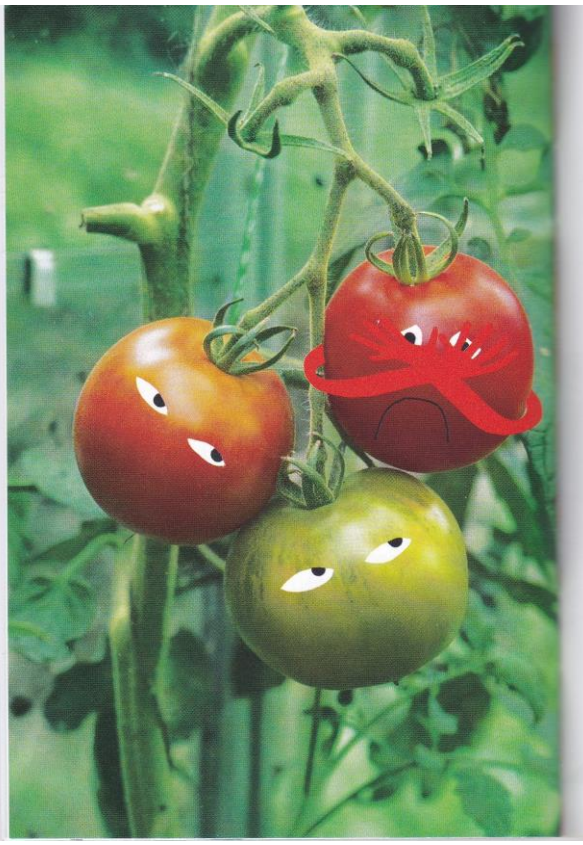
- **le vaccin contre les HPV** (papillomavirus, principalement responsables du cancer du col de l'utérus) recommandé pour les filles âgées de 11 à 14 ans. On peut aussi le faire jusqu'à 19 ans. Ce vaccin est généralement fait avant le premier rapport sexuel, mais ça ne veut pas dire qu'on va avoir des rapports sexuels tout de suite. Ça permet juste d'être mieux protégée le jour où tu te sentiras prête.

ET L'HYGIÈNE DANS TOUT ÇA ?

Pour limiter les petits ennuis, quelques bonnes habitudes suffisent : lave-toi les mains régulièrement, coupe-toi les ongles, change tous les jours tes sous-vêtements, sèche-toi bien après la douche, mais aussi :

☞ **Pour les garçons :** quand tu laves ton pénis, si tu n'es pas circoncis, décalotte soigneusement le gland et savonne-le en douceur (c'est sous le prépuce que les microbes et les mauvaises odeurs peuvent s'installer). Pense aussi aux testicules et à l'anus lors de ta toilette.

☞ **Pour les filles :** lave-toi très simplement, même pendant les règles. Un simple savon suffit (sauf consigne spécifique du médecin). Ne te lave pas l'intérieur du vagin, cela risque de l'abîmer alors même qu'il se nettoie très bien tout seul. Autre conseil : aux toilettes, essuie-toi de l'avant vers l'arrière et pas l'inverse, pour ne pas propager des bactéries provenant de l'anus. L'épilation intégrale est également à éviter, car cela fragilise l'ensemble de la vulve.



Les premières PEURS

Témoignages

« La première fois que j'ai fait l'amour, j'avais pas de contraception. J'ai acheté des préservatifs, mais j'ai pas osé lui proposer d'en mettre. On a fait l'amour sans rien. J'ai eu super peur d'être enceinte ! » **CHLOÉ**

« **Mon copain m'a demandé de me faire dépister du VIH, comme lui. Mais j'ai dû prendre sur moi, j'avais peur qu'on me juge. Au final, on m'a bien reçu et ça avait l'air tout à fait normal de faire ça !** » **JORDAN**

« C'était les vacances, on a fait l'amour sans préservatif. Je me suis pas trop inquiété, jusqu'à ce que ça commence à me brûler quand j'urinais. J'ai été obligé de prendre un traitement. Ça vaut quand même le coup de faire attention. » **LUDOVIC**

« ***Une fois, la capote a craqué. Comme je ne prenais pas de contraception, grosse panique ! À la pharmacie, on m'a dit que je pouvais prendre la contraception d'urgence, j'étais encore dans les temps !*** » **LUCIE**

« C'était la première fois, j'ai pas osé lui dire de mettre un préservatif. Je me disais qu'elle allait penser que je doutais d'elle. Résultat, j'ai angoissé en attendant mes résultats de test. Je veux pas revivre ça. » **DIMITRI**

« *Un jour mon ex m'a envoyé un texto pour me dire qu'elle avait des chlamydiae. Je l'ai détestée ! J'ai dû aller chez le médecin faire un test. Il m'a dit que je pouvais remercier mon ex de m'avoir prévenue. Au moins, je pouvais me faire soigner avant que ça dégénère.* » **MARIE**

J'AI OUBLIÉ DE PRENDRE MA PILULE !

Si tu utilises une pilule œstro-progestative (pilule combinée) :

- Si l'oubli date de moins de 12 heures par rapport à l'heure de prise habituelle, pas de souci. Prends tout de suite ta pilule, puis la suivante à l'heure habituelle. Tu es bien protégée.

- Si l'oubli date de plus de 12 heures par rapport à l'heure de prise habituelle : tu n'es plus protégée. Si tu as eu un rapport dans les 5 jours précédant l'oubli, prends le plus rapidement possible la contraception d'urgence. Dans tous les cas, recommence à prendre ta pilule à l'heure habituelle et utilise des préservatifs pendant 7 jours.

Si tu utilises une pilule micro-progestative :

- Si l'oubli date de moins de 3 heures par rapport à l'heure de prise habituelle, pas de souci. Prends ta pilule tout de suite, puis la suivante à l'heure habituelle. Tu es bien protégée.

- Si l'oubli date de plus de 3 heures par rapport à l'heure de prise habituelle : tu n'es plus protégée. Si tu as eu un rapport dans les 5 jours précédant l'oubli, prends le plus rapidement possible la contraception d'urgence. Dans tous les cas,

recommence à prendre ta pilule à l'heure habituelle et utilise des préservatifs pendant 7 jours.

Tu as du mal à savoir si ta pilule est combinée ou non, tu ne comprends pas tout sur la marche à suivre, tu veux aider ta copine ? Appelle une pharmacie, un médecin, un·e sage-femme, ils sauront t'aider. Si tu as souvent des problèmes de ce type avec ta contraception, c'est peut-être qu'elle ne te correspond pas et qu'il faut en changer. Pour découvrir les autres contraceptifs, rendez-vous sur **choisirsacontraception.fr**

LA CONTRACEPTION D'URGENCE : À PRENDRE LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE

En cas de rapport non ou mal protégé par une contraception, tu peux prendre la contraception d'urgence. **C'est un comprimé à avaler et qui va, en retardant l'ovulation, éviter la grossesse.**

Attention : il faut la prendre le plus rapidement possible pour qu'elle soit efficace.

Il en existe deux types :

- Une qui peut être prise jusqu'à 72 heures (3 jours) après le rapport.

- Une autre qui peut être prise jusqu'à 120 heures (5 jours) après le rapport.

La contraception d'urgence est **disponible sans ordonnance,** dans les pharmacies, à l'infirmerie du collège et du lycée ou dans les CPEF (Centre de Planification et d'Éducation Familiale) ; si tu es mineure, elle sera gratuite. Un garçon peut aussi aller la chercher. En pharmacie, il ne pourra pas l'avoir gratuitement, mais il pourra l'acheter sans ordonnance.

Avec une ordonnance, la contraception d'urgence est remboursée à 65 % par l'assurance maladie.

LE DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Si la capote a craqué ou si vous n'en avez pas mis, il faut tous les deux vous faire dépister des infections sexuellement transmissibles (dont le VIH/Sida). C'est important car ça permet de commencer rapidement les traitements, de se soigner, et de ne pas contaminer d'autres personnes.

La plupart du temps, ça consiste en une simple prise de sang. Pour certaines IST, ça peut être un prélèvement sans douleur qui se fait à l'aide d'une sorte de coton-tige.

Pour effectuer un test de dépistage, il existe des centres gratuits, les CeGIDD (Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic). Pour connaître le centre le plus proche, contacte Sida Info-Service (cf. p. 62). Tu peux aussi effectuer ces tests avec une ordonnance en laboratoire, et sans ordonnance dans certains Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF).

En attendant d'avoir les résultats, mets des préservatifs et préviens ton-ta partenaire.

LE TRAITEMENT POST-EXPOSITION

En cas de rapport non protégé, il existe un autre moyen de se protéger du VIH/Sida après la prise de risque : le traitement post-exposition. Il dure 4 semaines et réduit considérablement le risque de contamination.

Pour en bénéficier, il faut se rendre le plus vite possible, de préférence dans les 4 heures suivant l'accident et au plus tard dans les 48 heures, au service des urgences de l'hôpital le plus proche. C'est mieux d'y aller à deux. Un médecin évaluera le risque pris et l'intérêt de prescrire le traitement.

Pour savoir quoi faire et s'il est utile de se rendre aux urgences, appelle immédiatement Sida info service (cf. p. 62). La ligne est ouverte 24h/24.

J'AI ÉTÉ VICTIME D'UN ABUS / D'UNE VIOLENCE / AGRESSION SEXUELLE

Ton corps t'appartient et ta sexualité aussi. Les agressions et le viol visent à soumettre l'autre à ses propres désirs, en abusant de son pouvoir, en utilisant la force ou la contrainte, ou la menace. **Pour te protéger et te donner la possibilité de te défendre en cas d'abus, la loi fixe des limites claires ; ainsi sont interdits :**

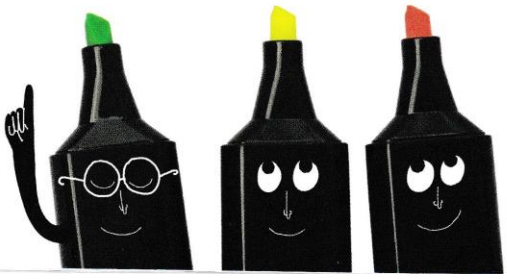
- **Les agressions sexuelles :** ce sont tous les gestes à caractère sexuel avec ou sans contact physique, commis par un individu, quel que soit son âge, sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, par une manipulation affective ou du chantage. Une agression sexuelle, ça peut être caresser les seins d'une fille alors qu'elle s'y oppose, embrasser de force, déshabiller l'autre contre sa volonté… mais également montrer des images pornographiques à quelqu'un qui ne souhaite pas les voir. Une agression sexuelle est un délit jugé au tribunal correctionnel, passible de 5 ans d'emprisonnement.

- **Le viol :** il s'agit de tout acte sexuel de pénétration (avec le sexe, un objet ou les doigts) commis sur une personne par violence, contrainte, menace ou surprise. **C'est un crime**, jugé en cour d'assise et puni de 15 ans de prison.

Si tu as été victime d'une agression, d'un viol, de violences sexuelles de la part de quelqu'un, que tu connais ou que tu connais pas, il ne faut pas avoir honte d'en parler car ce n'est pas toi le-la coupable.
Même si c'est souvent difficile à faire, tu n'as pas à vivre seul-e avec ce qui t'est arrivé.

LES PREMIÈRES FOIS : Pour que ça se passe bien !

- ☑ Te sentir en confiance, en sécurité.
- ☑ Être d'accord tous les deux et à chaque moment.
- ☑ Savoir dire non.
- ☑ Savoir entendre et accepter un non.
- ☑ Ne pas faire le show.
- ☑ Ne pas miser sur l'alcool et les drogues.
- ☑ Parler, échanger.
- ☑ Avoir prévu de quoi vous protéger.



Mémo POUR LA SUITE

Les bons conseils, ça ne concerne pas que les premières fois ! Pour que le sexe reste toujours un plaisir, voilà ce qu'il faut retenir :

- ☑ Toujours avoir des préservatifs sur toi et un lubrifiant adapté.
- ☑ Te faire dépister des infections sexuellement transmissibles (IST) régulièrement, et en cas de prise de risque.
- ☑ Trouver un moyen de contraception qui te convient.
- ☑ Te sentir libre de parler de sexualité avec un médecin, un-e pharmacien-ne ou un-e sage-femme… Le sexe, ça fait aussi partie de la santé !
- ☑ Si tu es une fille, faire un suivi gynécologique régulier par un médecin généraliste, un-e gynécologue ou un-e sage-femme. Pas besoin d'avoir des problèmes pour consulter, ni d'avoir des rapports.

Numéros ET contacts UTILES

FIL SANTÉ JEUNES

Service d'aide à distance, anonyme, à destination des jeunes pour toute question au sujet de la santé physique, sexuelle et psychologique. **0800 235 236** appel gratuit depuis un poste fixe ou **01 44 93 30 74** appel non surtaxé depuis un portable. Tous les jours de 9 h à 23 h.
www.filsantejeunes.com

SIDA INFO-SERVICE

Dispositif confidentiel et anonyme pour toute question sur les IST, dont le VIH/Sida.
0 800 840 800 appel gratuit depuis un poste fixe Tous les jours, 24h/24.
www.sida-info-service.org

LIGNE AZUR

Service anonyme et confidentiel pour toute personne s'interrogeant sur son orientation sexuelle. **0 810 20 30 40**, coût d'une communication locale. Tous les jours, de 8 h à 23 h.
www.ligneazur.org

CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE (CPEF)

Coordonnées disponibles sur
www.choisirsacontraception.fr
ou en téléphonant à Fil Santé Jeunes

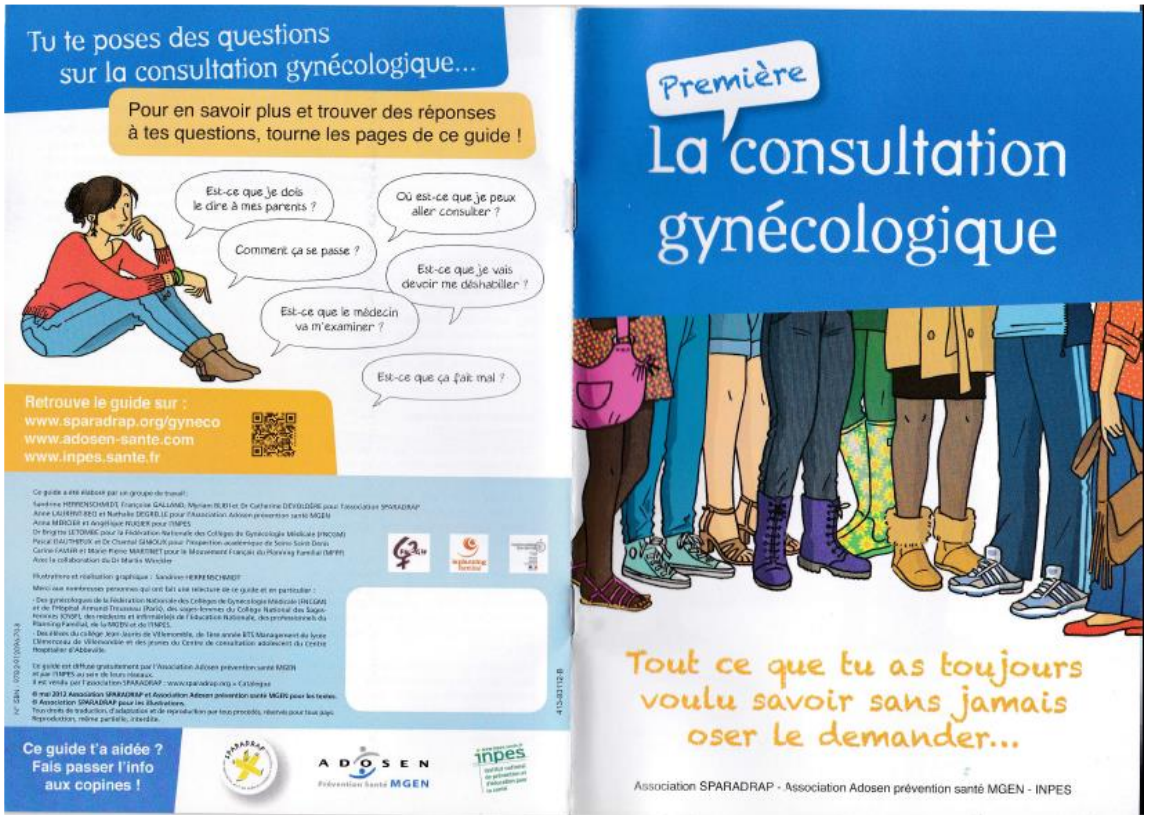
SEXUALITÉS, CONTRACEPTION, IVG

Le **0800 08 11 11** est un numéro d'information gratuit et anonyme proposé par le Planning Familial. Le lundi de 9 h à 22 h et du mardi au samedi de 9 h à 20 h.
ivg.gouv.fr

CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC (CeGIDD)

Coordonnées disponibles en téléphonant à Sida Info-Service ou sur
www.sida-info-service.org

V. Brochure : La Première Consultation Gynécologique



La consultation gynécologique

C'est une consultation spécifique pour répondre à toutes les questions que tu te poses sur ton corps, ta vie intime, la sexualité, la contraception et pour s'occuper des problèmes de santé des filles.

Qui fait la consultation ?

Le professionnel qui te reçoit peut être :
- un médecin spécialiste : le gynécologue,
- un médecin généraliste (par exemple, ton médecin traitant),
- une sage-femme.

Homme ou femme ?

Certaines filles sentent qu'elles seront plus à l'aise avec une femme et d'autres avec un homme. Si le choix est possible, il faut le préciser lors de la prise du premier rendez-vous.

Où consulter ?

Pour trouver une adresse, tu peux demander conseil autour de toi, à l'infirmerie scolaire, à ton médecin traitant, au pharmacien, à ta mère, ta soeur, une copine…

Tous les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et le Planning Familial proposent **des consultations.**

Certains centres proposent aussi des réunions d'information individuelles ou en groupe. C'est l'occasion de trouver des réponses à tes questions avant la première consultation.

Pour trouver le centre ou le planning le plus proche de chez toi :
> www.choisirsacontraception.fr
rubrique Contacts utiles

Quel que soit l'endroit, téléphone pour prendre rendez-vous ou connaître les heures de consultation avant de te déplacer.

Combien ça coûte ?

Les consultations proposées par les CPEF et le Planning Familial **sont gratuites pour les mineures.**

Dans les autres cas, les tarifs sont variables selon chaque professionnel.

Tu peux te renseigner au moment de prendre le rendez-vous.

Quand consulter ?

La première consultation a lieu lorsque tu en éprouves le besoin, que tu aies 13, 18, 20 ans… ou plus. Ensuite, un suivi médical régulier, tout au long de ta vie, est conseillé pour prendre soin de toi.

Les cas d'urgence

Il est urgent de consulter :

> En cas de problèmes, par exemple pertes colorées, douleurs intenses dans le bas du ventre, démangeaisons, saignements inhabituels pendant ou en dehors des règles…

> En cas de rapport sexuel non protégé, pour dépister une éventuelle IST (voir p.19).

> En cas de retard de règles (c'est parfois le premier signe de grossesse).

Au moment de prendre rendez-vous, il faut dire que c'est urgent et parfois insister auprès de la secrétaire.

Il existe une contraception d'urgence à utiliser en cas de rapport sexuel mal ou pas protégé. Elle peut être obtenue sans ordonnance à l'infirmerie scolaire, au centre de planification ou à la pharmacie. Elle est gratuite pour les mineures.

Plus elle est prise tôt après le rapport sexuel, plus elle est efficace.

Alors réagis très vite !

Toutes les précisions sur www.choisirsacontraception.fr

Venir seule ou accompagnée ?

C'est à toi de choisir. Tu peux venir seule ou avec un ou une amie, ta soeur, un de tes parents, ton petit copain ou ta petite copine…

Tu n'as pas besoin de l'autorisation de tes parents pour aller consulter, même si tu es mineure.

Confidentialité

Les professionnels de santé sont tenus au **secret** professionnel : ce que tu diras pendant la consultation restera confidentiel, même si tu es mineure.

Rien ne sera transmis à tes parents, même si le professionnel suit également un autre membre de ta famille. Par exemple, pour te donner le résultat d'une analyse, il peut te joindre sur un téléphone portable.

Si tu viens accompagnée, le médecin ou la sage-femme demandera à la personne de sortir un moment pour pouvoir te parler en tête-à-tête, en toute **confidentialité**.

La consultation, c'est avant tout un dialogue...

Pour commencer, le médecin ou la sage-femme te demande pourquoi tu viens. Souvent, tu le sais mais tu n'oses pas le dire. Parfois, c'est moins clair dans ta tête. Mais plus tu arrives à être précise, plus on peut te répondre facilement.

Le professionnel te pose aussi des questions pour mieux te connaître et pour savoir quelle est ta situation ou ton état de santé (ton âge, la date de tes dernières règles, certaines maladies dans ta famille...). Tu peux te confier à lui.

Si une personne t'accompagne, c'est peut-être à ce moment-là qu'on lui demandera de sortir pour te parler en tête-à-tête.

Tu peux parler de tout ce qui te soucie, rien n'est ridicule ou bête. Le médecin ou la sage-femme ne se moqueront pas et ne seront pas gênés : ils ont l'habitude, c'est leur métier.

Pour parler de ton corps, tu peux utiliser les mots de tous les jours, on te comprendra.

J'ai peur de l'examen médical !

Rassure-toi, il n'y a aucune obligation à ce qu'une partie de ton corps soit examinée pendant la première consultation sauf si quelque chose ne va pas ou si tu le demandes.

La suite de la consultation dépend des sujets dont tu veux parler...

Parler du corps

Certaines filles se posent des questions sur leurs seins, leur sexe, les règles, les pertes... D'autres filles veulent savoir si elles sont "normales" ou simplement comment elles sont faites.

Le médecin ou la sage-femme peut, par exemple, proposer de leur faire découvrir leur corps, parfois avec des schémas (voir page 18).

Parler de la sexualité

Certaines filles se posent des questions sur la virginité, la "première fois", le plaisir, la masturbation... D'autres ont déjà un petit ami ou une petite amie et peuvent se poser des questions sur les rapports sexuels ou avoir des soucis (douleurs, inquiétudes...).

Le professionnnel peut en parler avec elles.

Parler des problèmes de santé

Certaines filles ont un symptôme (douleur, pertes colorées, saignement inhabituel...) dont il faut s'occuper. La plupart du temps, décrire le problème suffit pour décider d'un traitement, un examen médical est rarement nécessaire.

D'autres filles veulent des infos sur les infections sexuellemen: transmissibles (IST voir page 19) : VIH-Sida, chlamydiae, hépatite B... Le professionel peut leur expliquer comment se protéger au mieux, se faire dépister, voire se faire vacciner.

Parler de la contraception

Certaines filles veulent avoir des infos sur les différents moyens de contraception, connaître les avantages ou les effets secondaires...

D'autres veulent commencer une contraception, ou ont des problèmes avec celle qu'elles prennent déjà.

En parler permet de trouver la solution la mieux adaptée à chacune.

À la fin de la consultation...

Selon les cas, le médecin ou la sage-femme te donne une ordonnance, te rappelle certains conseils et te précise comment le re-contacter si besoin.

Quand faut-il revenir ?

> Si tu as un problème de santé ou si tu te poses de nouvelles questions.

> S'il t'a prescrit une contraception, le professionnel te précisera à quel rythme venir le voir.

Tu hésites à revenir...

Tu n'as pas "accroché" avec le médecin ou la sage-femme, tu as eu l'impression d'être mal à l'aise, d'être jugée ou mal conseillée, que l'on n'a pas pris le temps de t'écouter...

Tu as tout à fait le droit de changer jusqu'à ce que tu trouves quelqu'un avec lequel tu te sentes à l'aise !

Si tu en as la possibilité, demande conseil autour de toi pour avoir l'adresse d'un autre professionnel.

Ce qui peut te gêner...

Parler de sujets personnels et intimes peut être gênant pour toi.
C'est à la personne qui te reçoit de te mettre à l'aise.
La plupart du temps, quand on est en confiance, c'est plus facile.

La peur d'être jugée

Le professionnel de santé n'est pas là pour te faire la morale mais pour t'aider, te rassurer et te guider dans tes choix.

La peur de poser des questions ridiculles

Il n'y a pas de question stupide ou déplacée : tu as le droit à l'information.

La peur de ne pas tout comprendre

Il faut le dire et demander une explication plus claire.

La peur d'oublier les questions importantes, ou de ne pas oser les poser

Pour t'aider, prépare tes questions à l'avance par écrit.

Pour en savoir plus sur l'examen médical

Si, en général, aucun examen médical n'est nécessaire pendant la première consultation, tu te demandes sûrement ce qui va se passer le jour où tu auras besoin d'être examinée...

L'examen médical est un ensemble de gestes que fait le médecin ou la sage-femme pour vérifier que tu es en bonne santé ou pour dépister certaines maladies.

Tous ces gestes ne sont pas faits systématiquement à chaque consultation : cela dépend de ton âge, de la situation, de la raison de la consultation...

Le professionnel t'explique au fur et à mesure ce qu'il va faire, dans quel ordre, à quoi ça sert, ce que tu vas ressentir...

Pour commencer, il te demande de te déshabiller.

Se déshabiller... pas si facile !

Dénuder certaines parties de son corps très intimes pour les montrer n'est facile pour personne ! Mais il n'existe pas d'autres moyens pour les examiner.

En revanche, il existe des solutions pour se sentir plus à l'aise :

> Il n'est absolument pas obligatoire d'être intégralement nue : on peut garder le "bas" pendant l'examen des seins et garder le "haut" pendant l'examen gynécologique.

> Le professionnel adapte sa façon de faire selon le degré de pudeur de chacune. Par exemple, l'examen des seins peut être réalisé juste en relevant le tee-shirt.

Et puis, avec le temps, parce qu'on connaît mieux le déroulement de l'examen et qu'une relation de confiance s'établit avec le médecin ou la sage-femme, se déshabiller est souvent moins difficile.

Pas de panique !

> *Je ne suis pas épilée !*
Ça n'est pas nécessaire : on vient comme on se sent le mieux.

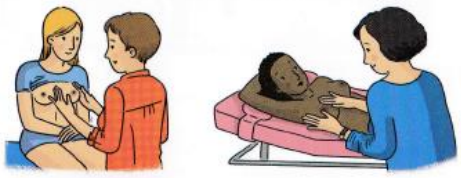
> *Je ne peux pas faire une toilette juste avant le rendez-vous !*
Il n'est pas recommandé de faire une toilette intime particulière. Prendre une douche le matin du rendez-vous suffit.

> *J'ai mes règles !*
Ce n'est pas un problème, le professionnel s'adaptera.

L'examen des seins

Cet examen est réalisé systématiquement à partir de 25 ans. Il permet de repérer une éventuelle boule ou une grosseur. Parfois, c'est toi qui as pu la sentir et cela t'inquiète. Dans la grande majorité des cas, c'est sans gravité à ton âge.

Le professionnel palpe avec ses deux mains tes seins ainsi que tes aisselles quand tu es en position assise et en position allongée.



Cet examen ne fait pas mal.

Mais il peut être désagréable si tu as les seins douloureux, ce qui arrive parfois au moment des règles. Si c'est le cas, le mieux est de le préciser, le professionnel en tiendra compte.

L'examen gynécologique

Après le début de la vie sexuelle, si nécessaire, et jamais systématiquement

C'est l'examen des organes génitaux externes et internes (voir schémas p.18).
Il sert soit à vérifier que tous les organes sont en bonne santé (le toucher vaginal), soit à examiner le col de l'utérus (on utilise un spéculum).
On s'allonge, les fesses bien au bord de la table d'examen, les pieds posés sur la table ou sur des étriers.

Cet examen n'est pas nécessaire quand on consulte pour avoir une contraception.

Un examen délicat

Cet examen est souvent source d'inquiétudes :
> Parce qu'il nécessite de montrer une partie très intime de son corps.
> Parce qu'il oblige à être dans une position souvent perçue comme désagréable.
> Parce que le professionnel doit toucher une partie du corps intime et sensible, parfois avec des instruments.

Quand il est fait avec délicatesse, et dans une relation de confiance, cet examen n'est pas douloureux.

Le toucher vaginal

Le médecin ou la sage-femme palpe le ventre avec une main tandis qu'il introduit un ou deux doigts dans le vagin pour examiner l'utérus, les ovaires et le périnée.

L'examen avec un spéculum

Le spéculum maintient les parois du vagin et permet de voir le vagin, le col de l'utérus et éventuellement de faire un frottis.

Le frottis (voir lexique p.19)

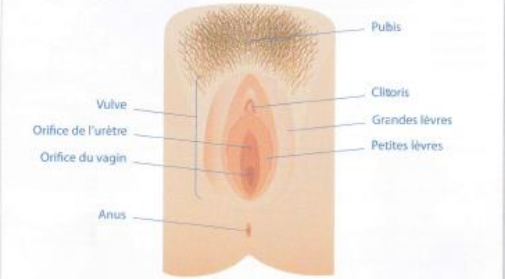
Les autres examens

Le professionnel te demandera très certainement de te peser et prendra ta tension. Cela permet d'avoir des indications sur ta santé en général.

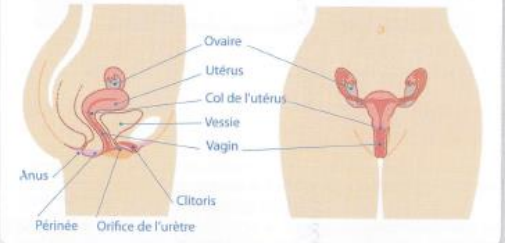
Dans certains cas, on peut également te faire ou te prescrire des examens complémentaires :
> une échographie, une prise de sang, une analyse d'urine...

Pour en savoir plus sur ton corps

Ce que tu peux voir



Ce que tu ne peux pas voir



Lexique

Contraception
Ce sont toutes les méthodes qui ont pour but d'éviter une grossesse. Elles sont nombreuses et permettent à chacun et à chacune de trouver la solution la plus adaptée à sa situation. Elles sont délivrées gratuitement pour les mineures dans les centres de planification.

Frottis
C'est un prélèvement de cellules du col de l'utérus fait à l'aide d'une petite spatule en bois, d'une sorte de coton tige ou d'une petite brosse souple. Il permet de dépister des anomalies cellulaires qui pourraient éventuellement conduire à un cancer. Le premier frottis est réalisé après cinq ans de vie sexuelle. Puis, en prévention, tous les deux à trois ans.

Infection sexuellement transmissible (IST)
Ce sont des infections qui se transmettent lors de relations sexuelles, qu'il y ait ou non pénétration.
Certaines infections se repèrent facilement car elles provoquent des symptômes, comme des démangeaisons, des pertes ou des douleurs.
D'autres infections ne provoquent pas ou peu de symptômes et peuvent passer inaperçues mais on peut les transmettre à son partenaire. Il est très important de consulter régulièrement pour les repérer et pour les soigner car les complications peuvent être très graves.
Pour certaines maladies, l'hépatite B et certains types de papillomavirus peuvent être responsables de cancers du col de l'utérus, un vaccin peut être proposé. Mais une surveillance régulière (frottis) sera toujours nécessaire.

Interruption volontaire de grossesse (IVG)
Ce sont les méthodes qui permettent d'interrompre une grossesse que l'on ne souhaite pas. Selon la méthode utilisée (médicamenteuse ou chirurgicale), elle peut se faire au centre de planification, chez un généraliste ou un gynécologue, en ville ou à l'hôpital (service d'orthogénie). Elle est gratuite pour les mineures et remboursée en grande partie par la Sécurité sociale pour les majeures.

Pour en savoir plus...

Tu peux trouver des informations plus précises et adaptées à ta situation à l'infirmerie scolaire de ton établissement ou dans un centre de planification.
On trouve également beaucoup d'informations sur Internet, mais elles sont plus ou moins exactes (en particulier sur certains blogs et forums...).

Voici une liste de sites Internet où les informations sont vérifiées et validées :

www.choisirsacontraception.fr
www.onsexprime.fr
www.masexualite.ca
www.info-ist.fr
www.planning-familial.org
www.inpes.sante.fr
Tu peux y consulter la brochure « Questions d'ados »
www.filsantejeunes.com
des réponses à tes questions par mail ou par téléphone
✆ **3224** 7j/7 de 8 h à minuit
appel anonyme et gratuit depuis un fixe ou au 01 44 93 30 74 de ton portable (coût d'une communication ordinaire)

VI. Brochure : Choisir sa Contraception

LA MEILLEURE CONTRACEPTION, C'EST CELLE QUE L'ON CHOISIT.

Ces dernières années, les méthodes contraceptives se sont beaucoup diversifiées. Vous avez peut-être entendu parler d'implant, de préservatif féminin, de patch, ou encore d'anneau contraceptif… Aujourd'hui, chaque femme, chaque couple, a la possibilité de choisir la contraception qui lui convient.

Et ça, c'est le plus important. Parce qu'utiliser une méthode adaptée, c'est avoir la garantie d'une contraception plus efficace : parce qu'elle ne vous posera pas de problème, qu'elle sera adaptée à votre situation médicale et affective (que vous soyez en couple ou non), à votre mode de vie, à votre personnalité, qu'elle sera facile à utiliser, etc.

Vous trouverez dans ce document une présentation des différentes méthodes contraceptives. Ainsi informés, vous pourrez dialoguer avec un professionnel de santé qui vous aidera à choisir la contraception qui vous convient le mieux. Vous trouverez également les informations pratiques pour savoir où, comment et à quel prix vous la procurer.

VRAI / FAUX

Testez vos connaissances sur la contraception.

	VRAI	FAUX
• 01. Une femme peut tomber enceinte uniquement le 14e jour de son cycle.	☐	☐
• 02. Un dispositif intra-utérin (DIU, anciennement appelé « stérilet ») peut être posé à une femme n'ayant pas eu d'enfant.	☐	☐
• 03. Une contraception, si elle est efficace, c'est la même pour toute la vie.	☐	☐
• 04. Une femme qui allaite n'a pas de risque de grossesse.	☐	☐

RÉPONSES

01 : Faux. Le moment de l'ovulation est imprévisible même si les cycles sont réguliers. De plus, sous l'effet de différents facteurs, comme le stress, l'ovulation peut se produire à un autre moment que le 14e jour du cycle. Tout rapport non protégé présente un risque de grossesse, qu'il ait lieu en début, en milieu ou en fin de cycle (le cycle commence le 1er jour des règles).

02 : Vrai. Une femme n'ayant pas eu d'enfant peut se faire poser un DIU. Le médecin ou la sage-femme tiendra compte de certaines contre-indications.

03 : Faux. Une contraception est efficace si elle est adaptée au mode de vie, à la vie amoureuse et à la situation médicale. Elle peut donc varier selon les différentes phases de la vie (vie en couple, célibat, enfant, etc.) et en fonction de l'évolution de la situation médicale.

04 : Faux. Une femme qui vient d'accoucher, qu'elle allaite son enfant ou non, doit consulter un médecin ou une sage-femme pour utiliser le plus rapidement possible un moyen de contraception adapté à sa situation.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.choisirsacontraception.fr

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
DIU (Dispositif Intra-Utérin) Il en existe deux types : au cuivre ou lévonorgestrel. Le DIU (auparavant appelé « stérilet ») est placé dans l'utérus par un médecin ou une sage-femme. La pose dure quelques minutes. Il peut être enlevé par le médecin ou la sage-femme dès que la femme le désire. Il est efficace de 4 à 10 ans, selon le modèle. Il a une longue durée d'action et permet d'avoir l'esprit tranquille.	DIU au cuivre : 50,50 €. DIU hormonal : entre 101,13 et 111,87 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
PILULE CONTRACEPTIVE Un comprimé à prendre quotidiennement et à heure régulière pendant 21 jours ou 28 jours, selon le type de pilule. Il en existe deux types : les pilules combinées œstroprogestatives qui contiennent deux hormones et les pilules progestatives qui n'en contiennent qu'une. Les pilules œstroprogestatives sont classées selon la génération du progestatif. Le type de génération privilégié sera envisagé avec le professionnel de santé consulté.	De 1,38 à 1,60 €/mois pour les pilules remboursées à 65 % (c'est-à-dire les pilules de 1re et 2e générations). Les autres sont à tarification libre. Gratuites : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrite par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être renouvelée par une infirmière pour 6 mois maximum. Délivrée sur ordonnance en pharmacie. Le pharmacien peut renouveler la délivrance pour 6 mois maximum.
PATCH CONTRACEPTIF Un patch à coller soi-même sur la peau une fois par semaine et à renouveler chaque semaine, pendant 3 semaines. Durant la 4e semaine, on ne met pas de patch, mais on est tout de même protégé. L'arrêt provoque l'apparition des règles. Le patch est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 15 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
IMPLANT CONTRACEPTIF Un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de large inséré sous la peau du bras, sous anesthésie locale. La pose dure quelques minutes. Il peut être retiré par un médecin ou une sage-femme dès que la femme le désire. L'implant peut être laissé en place pendant 3 ans. L'implant est une méthode contraceptive hormonale.	185,32 €. Remboursé à 65 %. Gratuit : • pour les mineures : en pharmacie[2] et sans condition d'âge dans les CPEF[3] ; • pour les non-assurées sociales : dans les CPEF[3].	Prescrit, posé et retiré par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016. [2] Pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit. [3] Centres de planification et d'éducation familiale.

LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
ANNEAU VAGINAL Un anneau souple à placer soi-même dans le vagin, simplement, comme un tampon. On le laisse en place pendant 3 semaines. Au début de la 4e semaine, on enlève l'anneau soi-même, ce qui provoque l'apparition des règles. On est protégé même pendant la période d'arrêt. Il permet de bénéficier d'une contraception efficace sans y penser pendant 3 semaines. L'anneau vaginal est une méthode œstroprogestative car il contient deux types d'hormones : un œstroprogestatif et un progestatif. Son opportunité sera envisagée avec le professionnel de santé consulté.	Environ 16 €/mois. Non remboursé.	Prescrit par un médecin ou une sage-femme. Délivré sur ordonnance en pharmacie.
DIAPHRAGME ET CAPE CERVICALE Le diaphragme est une coupelle en silicone que l'on place soi-même dans le vagin. Il s'utilise associé à un produit spermicide. Cela empêche le passage des spermatozoïdes. La cape est un dôme très fin, en silicone, qui vient recouvrir le col de l'utérus. Le diaphragme ou la cape cervicale peut être posé(e) au moment du rapport sexuel, mais aussi plusieurs heures avant. Il est important de le/la garder pendant 8 heures après le rapport. Il/elle est réutilisable.	Environ 61 €. Diaphragme remboursé sur la base de 3,14 €. Cape cervicale non remboursée.	Prescrits par un médecin ou une sage-femme qui vous apprend à le/la poser, pouvez sur ordonnance en pharmacie. Le diaphragme peut être obtenu dans les CPEF[3]. Les spermicides qui accompagnent l'utilisation du diaphragme s'achètent en pharmacie sans ordonnance.
PRÉSERVATIF MASCULIN En latex ou en polyuréthane, il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration et retient le sperme. Avant la fin de l'érection, il faut se retirer en retenant le préservatif à la base du pénis, puis faire un nœud et le jeter à la poubelle. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Un gel lubrifiant peut être associé à l'utilisation du préservatif. Avec le préservatif féminin, c'est le seul moyen de contraception qui protège également du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	À partir de 54 cts le préservatif. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[3] et les CeGIDD[4].	Sans ordonnance en pharmacie, en grande surface, distributeurs automatiques et sur Internet.
PRÉSERVATIF FÉMININ Gaine en nitrile ou en polyuréthane munie d'un anneau souple aux deux extrémités qui se place dans le vagin. Il peut être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel. Le préservatif doit être changé à chaque rapport sexuel. Avec le préservatif masculin, c'est le seul moyen de contraception qui protège du VIH et de la plupart des autres infections sexuellement transmissibles (IST).	Environ 8,50 € la boîte de 3 préservatifs. Non remboursé. Gratuit dans les CPEF[3] et les CeGIDD[4].	Sans ordonnance en pharmacie et sur Internet.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.
[3] Centres de planification et d'éducation familiale.
[4] Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et autres IST.

	LA MÉTHODE	PRIX[1]	COMMENT L'OBTENIR ?
	SPERMICIDES Les spermicides se présentent sous forme de gel et d'ovule qui se placent dans le vagin quelques minutes avant chaque rapport et détruisent les spermatozoïdes. Une contraception de dépannage.	Environ 5 à 20 € selon le type, pour plusieurs doses. Non remboursés.	Sans ordonnance en pharmacie.
	PROGESTATIFS INJECTABLES Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté par piqûre intramusculaire tous les trois mois. Pendant 12 semaines, le produit assure une contraception constante. Les injections doivent être faites à intervalles réguliers par un médecin, une infirmière ou une sage-femme. Les progestatifs injectables sont une méthode contraceptive hormonale.	Chaque dose coûte 3,4 €. Remboursés à 65 %.	Sur ordonnance en pharmacie.
	LES MÉTHODES DE STÉRILISATION À VISÉE CONTRACEPTIVE Ces méthodes peuvent être envisagées chez des personnes majeures, hommes ou femmes. Elles provoquent une stérilité considérée comme définitive. L'intervention doit résulter d'une décision personnelle et se déroule dans un établissement de santé. Pour plus d'information, consultez le site www.choisirsacontraception.fr ou www.sante.gouv.fr rubrique « Contraception » (voir le livret d'information *Stérilisation à visée contraceptive*).	Remboursées à 60 %.	L'intervention ne peut être réalisée : • qu'après une première consultation médicale d'information ; • à l'issue d'un délai de réflexion de 4 mois après cette première consultation ; • et après confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

[1] Prix publics indicatifs pratiqués en métropole en 2016.

Certaines méthodes peuvent présenter des contre-indications médicales qui seront évoquées par le professionnel de santé consulté.

Il existe aussi plusieurs méthodes « naturelles » de contraception telles que le retrait ou l'abstinence périodique (méthodes Ogino, Billings et méthode des températures). Contraignantes, ces méthodes sont peu fiables.

Quelle que soit la méthode que vous choisissez, n'oubliez pas que le préservatif (masculin ou féminin) est le seul contraceptif qui protège du VIH et de la plupart des autres IST. Il peut également être associé à un autre mode de contraception : c'est ce qu'on appelle la « double protection ».

QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME ?

SI VOUS OUBLIEZ VOTRE PILULE[1] [2]

- Si l'oubli est de moins de 3 heures (pilule progestative[3]) ou de moins de 12 heures (pilule œstroprogestative[4]) :
  prenez immédiatement le comprimé oublié et continuez la plaquette à l'heure habituelle. Deux comprimés peuvent être pris le même jour.
  Vous êtes protégée.

- Si l'oubli est de plus de 3 heures (pilule progestative[3]) ou de plus de 12 heures (pilule œstroprogestative[4]) :
  pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs[7] en continu après l'oubli.

  1) Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et continuez la plaquette à l'heure habituelle.
  2) Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
  3) Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif[7]).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence (voir les délais indiqués ci-dessous, à respecter strictement).

En cas de doute, contactez un médecin ou une sage-femme.

SI UN PRÉSERVATIF SE DÉCHIRE OU EST MAL UTILISÉ, SI VOUS N'UTILISEZ PAS DE CONTRACEPTION RÉGULIÈRE

Prenez, le plus rapidement possible après le rapport, une contraception d'urgence (voir les délais indiqués ci-dessous, à respecter strictement).

[1] Le délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse dépend du type de pilule que vous prenez. Afin de le connaître, vous pouvez vous renseigner auprès d'un professionnel de santé, sur www.choisirsacontraception.fr, ou vous reporter à la carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ».
[2] Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner d'autres indications. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.
[3] Sauf Cérazette® qui a un délai de 12 h.
[4] Pour Qlaira®, la conduite à tenir est spécifique. Reportez-vous à la notice de cette pilule ou adressez-vous à un professionnel de santé.
[5] Sauf Cérazette® qui a un délai de 12 h.
[6] Pour Qlaira®, la conduite à tenir est spécifique. Reportez-vous à la notice de cette pilule ou adressez-vous à un professionnel de santé.
[7] Par comprimé actif, on entend comprimé contenant des hormones. Si votre pilule se présente sous la forme d'une plaquette de 28 comprimés, il est important de savoir qu'elle est composée de comprimés actifs et, en fin de plaquette, de comprimés inactifs (c'est-à-dire sans hormone). Si votre pilule se présente sous la forme d'une plaquette de 21 comprimés, tous les comprimés sont actifs.

QUE FAIRE EN CAS DE PROBLÈME ?

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Elle ne remplace pas une contraception régulière, mais elle constitue une méthode de rattrapage à utiliser après un rapport sexuel en cas d'échec ou d'absence de contraception.

La contraception d'urgence hormonale se présente sous la forme d'un comprimé à prendre le plus tôt possible. Plus elle est prise rapidement, plus elle est efficace. Il en existe deux types :

- La contraception d'urgence au lévonorgestrel coûte environ 6,50 €[1]. Elle doit être prise au plus tard dans les 72 heures (3 jours) après le rapport sexuel non ou mal protégé.
- La contraception d'urgence à l'ulipristal-acétate coûte 19,60 €[1]. Elle doit être prise au plus tard dans les 120 heures (5 jours) après le rapport sexuel non ou mal protégé.

Ces deux contraceptions d'urgence sont délivrées en pharmacie avec ou sans ordonnance. Les mineures peuvent en bénéficier gratuitement et anonymement dans les pharmacies, les infirmeries scolaires et les CPEF[2]. Les étudiantes peuvent également en bénéficier de manière gratuite dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive.

Un DIU[3] au cuivre peut également être utilisé comme contraception d'urgence après un rapport non protégé dans un délai de 120 heures maximum (5 jours) après le rapport. Cette méthode a l'avantage de constituer, par la suite, une contraception régulière fiable et peu contraignante. Le DIU au cuivre peut être prescrit et posé par un médecin ou une sage-femme.

[1] Prix indicatifs pratiqués en métropole en 2016.
[2] Centres de planification et d'éducation familiale.
[3] Dispositif intra-utérin.

OÙ SE RENSEIGNER ET À QUI EN PARLER ?

POUR OBTENIR UNE CONTRACEPTION

- Les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes sont là pour vous informer, vous aider à choisir la contraception qui vous convient et vous la prescrire.
- Les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) assurent des consultations de contraception, ainsi que des actions de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale. Toute personne sans couverture sociale personnelle peut notamment y obtenir gratuitement la prescription et la délivrance d'un moyen contraceptif, la contraception d'urgence, une consultation médicale, ainsi que les bilans et le suivi nécessaires.
- Les pharmaciens, les infirmières scolaires, les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive sont également là pour vous informer et vous orienter. Ils peuvent également répondre à vos situations d'urgence comme délivrer un moyen de contraception avec une ordonnance dépassée ou une contraception d'urgence.
- Pour les mineures qui souhaitent garder le secret sur leur vie intime, il est possible d'obtenir sans autorisation des parents, la prescription et la délivrance d'un moyen contraceptif.
  - La délivrance d'un contraceptif prévu au remboursement est gratuite et confidentielle en pharmacie pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit (une prescription médicale est nécessaire pour cette délivrance).
  - La délivrance de tous les moyens contraceptifs est gratuite et anonyme dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) pour toutes les mineures. Les CPEF peuvent également proposer gratuitement aux mineures la consultation et les examens de suivi nécessaires, ainsi que la contraception d'urgence.

POUR OBTENIR DES INFORMATIONS

- Les conseillères conjugales et familiales, présentes notamment au sein des CPEF, sont là pour vous écouter, vous informer et vous aider en cas de besoin, dans votre vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale, et vous orienter au mieux, notamment en vous guidant vers un médecin ou une sage-femme qui pourra vous prescrire une contraception adaptée.
- Les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) peuvent vous informer et vous orienter sur des questions relatives à la sexualité, la fécondité, la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

OÙ SE RENSEIGNER ET À QUI EN PARLER ?

FIL SANTÉ JEUNES
Service d'aide à distance, anonyme, à destination des jeunes pour toute question au sujet de la santé physique, sexuelle et psychologique.
0800 235 236 (appel gratuit depuis un poste fixe) ou 01 44 93 30 74 (appel non surtaxé depuis un portable), tous les jours de 9h à 23h.
www.filsantejeunes.com

LES SITES DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE
www.choisirsacontraception.fr
www.onsexprime.fr
www.info-ist.fr

LES SITES DU MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
www.sante.gouv.fr (Accueil > Prévention en santé > Préserver sa santé > Santé sexuelle > Les contraceptions)
www.ivg.gouv.fr (dispositif d'information sur l'interruption volontaire de grossesse)

LES SITES DE L'ASSURANCE MALADIE
www.ameli.sante.fr (dossier « Contraception »)
www.ameli.fr (qui précise les modalités pratiques de délivrance de la contraception aux mineures en pharmacie)

MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF)
www.planning-familial.org
0 800 08 11 11 – numéro d'information pour répondre à toutes vos réponses sur les sexualités, la contraception et l'IVG : appels anonymes et gratuits le lundi de 9h à 22h et du mardi au samedi de 9h à 20h

LE SITE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION (AFC)
www.contraceptions.org

LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DÉPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC DU VIH, DES HÉPATITES VIRALES ET AUTRES IST (CEGIDD)
Coordonnées disponibles via Sida Info Service

SIDA INFO SERVICE
0800 840 800 : appels anonymes et gratuits, tous les jours, 24h/24.
www.sida-info-service.org

VII. Formulaire de consentement

Je, soussigné(e) déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée : Quelles sont les stratégies d'information pour l'éducation à la sexualité et à la contraception mises en place par les professionnels pour les adolescents ?

Sous la direction du Dr Philippe Trichard. Investigateur principal : Emmanuelle Collet

Objectif de l'étude : Comprendre les stratégies d'éducation des adolescents par les professionnels

Engagement du participant : l'étude va consister à interroger les professionnels de santé qui informent les adolescents sur le sujet de la vie affective et sexuelle, en entretiens collectifs et individuels.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le

Signatures :

Le participant L'investigateur principal

VIII. Entretien Médecins

- Pouvez-vous vous présenter ?
    - Age, sexe, mode d'exercice, DU, maître de stage
- Que vous évoque l'éducation à la vie affective et sexuelle (VAS) ?
- Comment abordez-vous le sujet de la VAS ?
    - Consultation dédiée ou lambda ?
    - Voyez-vous les adolescentes seules ou avec un accompagnant ?
    - Le vaccin Gardasil est-il une porte d'entrée pour parler VAS ?
- Vous aidez-vous d'outils particuliers (type brochures/cartes) ? Pourquoi et Comment les utilisez-vous ?
    - Avez-vous des échantillons de pilule/implant/DIU ?
    - Pour parler anatomie, avez-vous des planches anatomiques ?
- Quel est le contenu du message donné sur la VAS ?
    - Quelle contraception prescrivez-vous en 1ère intention chez les adolescentes ?
    - Les adolescents sont-ils au courant que la contraception est gratuite pour les mineurs ?
- Orientez-vous vers d'autres lieux/confrères (CPEF, site internet, association) ?
- Comment analysez-vous l'information donnée aux adolescents sur la vie sexuelle et affective par les acteurs de santé ?
    - Selon vous, en matière de santé sexuelle, vers qui/quoi se tournent les adolescents pour s'informer ?
- Il existe des difficultés en matière de vie affective et sexuelle des adolescents dans la littérature. Avez-vous identifié ses causes ?
    - Principalement liés à un manque d'information des adolescents ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous aider à conduire les consultations avec un adolescent sur la VAS ?
    - Comment pensez-vous aborder la 1ère consultation de contraception prévue par la sécurité sociale ?

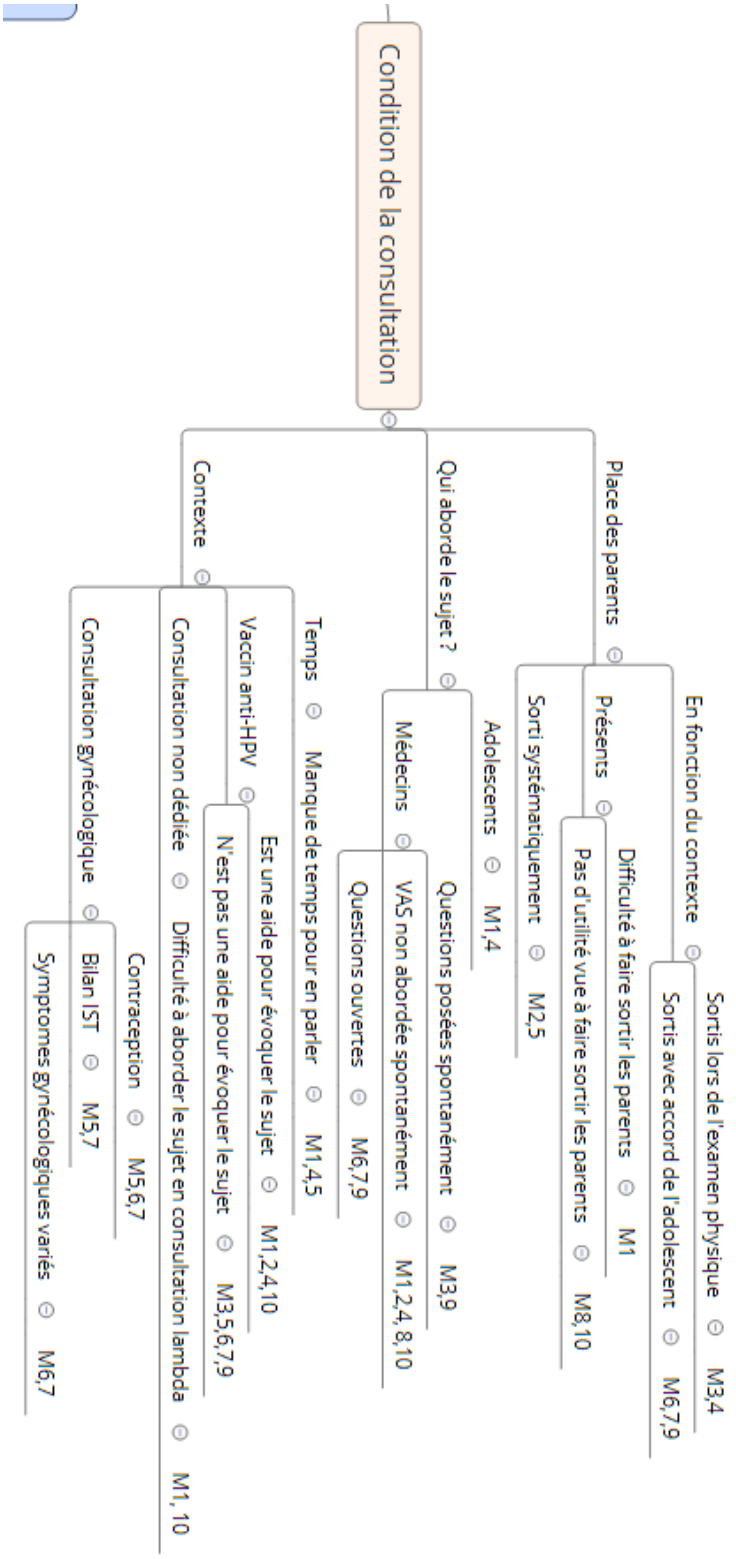
IX. Entretien des pharmaciens

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?
- Comment voyez-vous votre mission d'information ?
- Abordez-vous le sujet de la contraception/sexualité avec les adolescentes ?
    - A quelle occasion ?
    - Est-ce une problématique fréquente ?
    - Avez-vous un lieu dédié ou est-ce au comptoir ?
    - Viennent-elles spontanément demander des conseils ?
- Quel est le contenu du message donné sur la VAS ?
- Vous aidez-vous d'outils particuliers (type brochures/cartes) ?
    - Comment ? Lesquelles ? Donnés par ordre des pharmaciens ou des laboratoires ?
- Orientez-vous vers d'autres lieux (CPEF, site internet, associations) ?
    - Avez-vous les numéros ? Voulez-vous que je vous les donne ?
- Etes-vous à l'aise avec le sujet de la contraception avec les ados ?

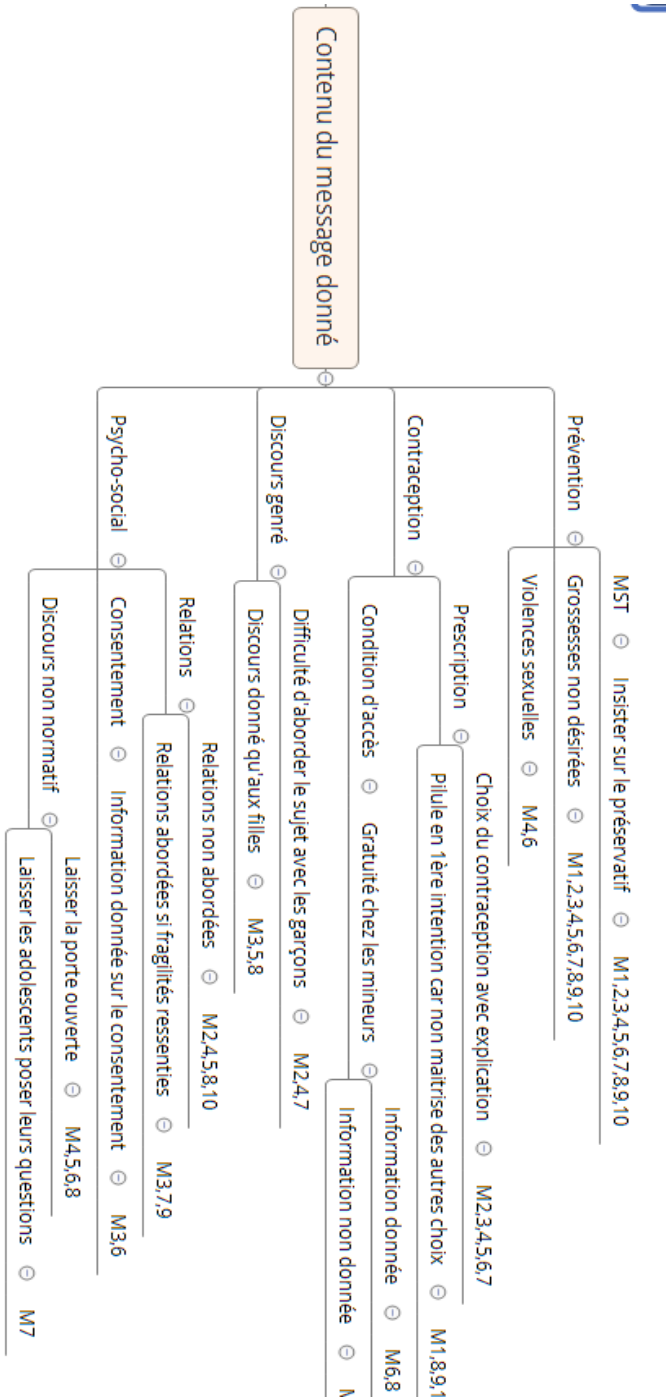
X. Entretien des associations

- Pouvez-vous me parler de l'association en quelques mots et de votre implication ?
    - Votre profession ? Etes-vous bénévole ?
- Vous avez un agrément avec le rectorat pour intervenir en collège, comment l'avez-vous obtenu et pourquoi ? Pourquoi certains établissements vous contactent et pas d'autres ?
- Quel est le cahier des charges sur le message donné ?
    - Est-il fixé par l'éducation nationale ou association dépendant ?
    - Comment est-il discuté ? En quelle année est-il réalisé ? Quelle est sa fréquence de révision ? Quels sont les objectifs et le contenu du message (les grands axes) ?
    - Quel est le retour des adolescents sur vos interventions ?
- Comment analysez-vous l'information donnée aux adolescents sur la vie sexuelle et affective par les acteurs de santé ?
- Selon vous, en matière de santé sexuelle et contraception, vers qui/quoi les adolescents se dirigent-ils pour être conseillés ?
    - Quel retour en avez-vous de la part des adolescents ?
- Il existe des difficultés en matière de vie affective et sexuelle des adolescents dans la littérature. Avez-vous identifié ces causes ?
    - Principalement liés à un manque d'information des adolescents ?

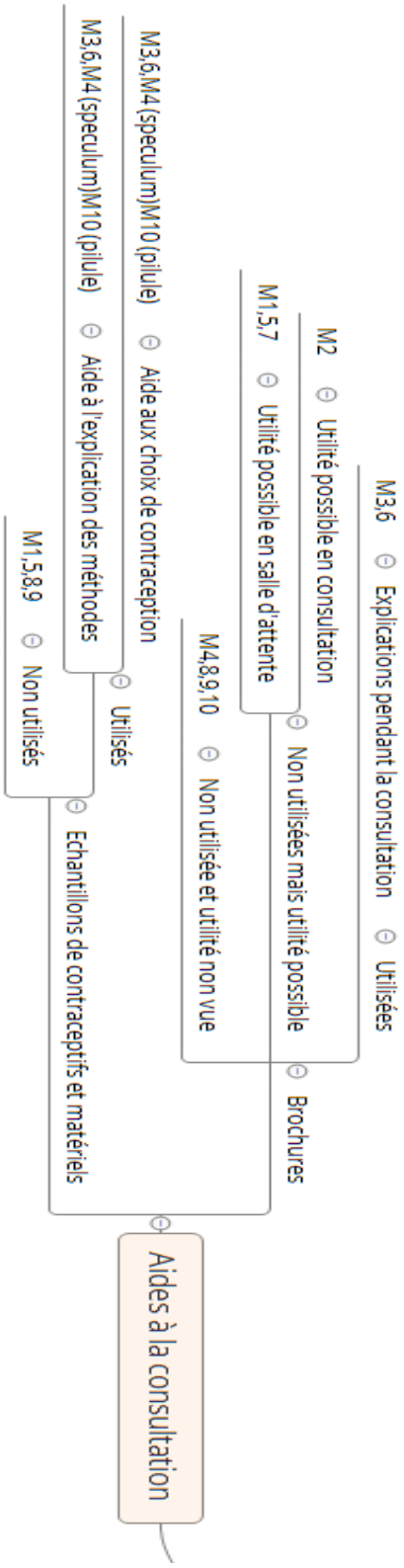
XI. Résultats médecins : Conditions de la consultation



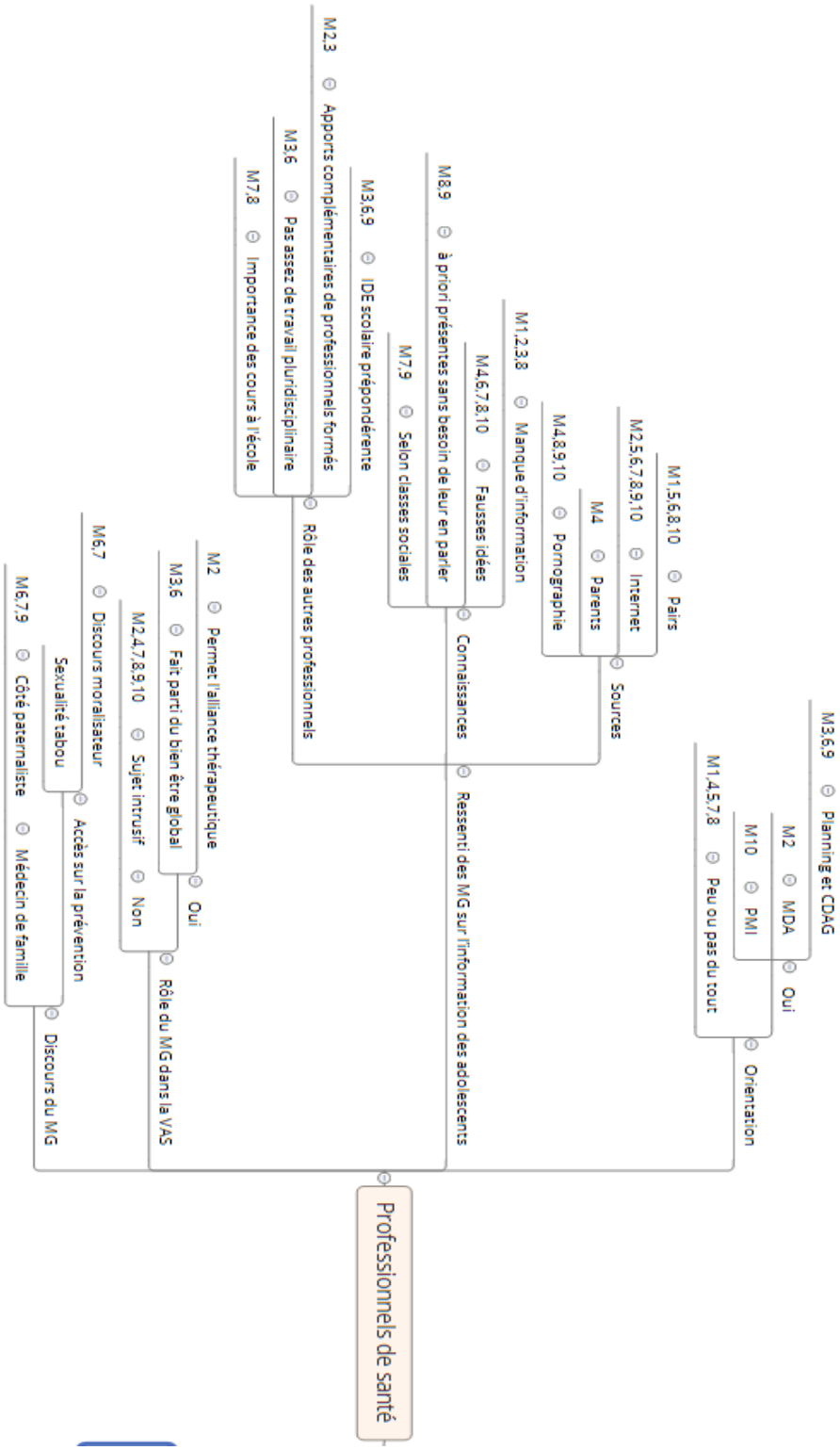
XII. Résultats médecins : Contenu du message donné



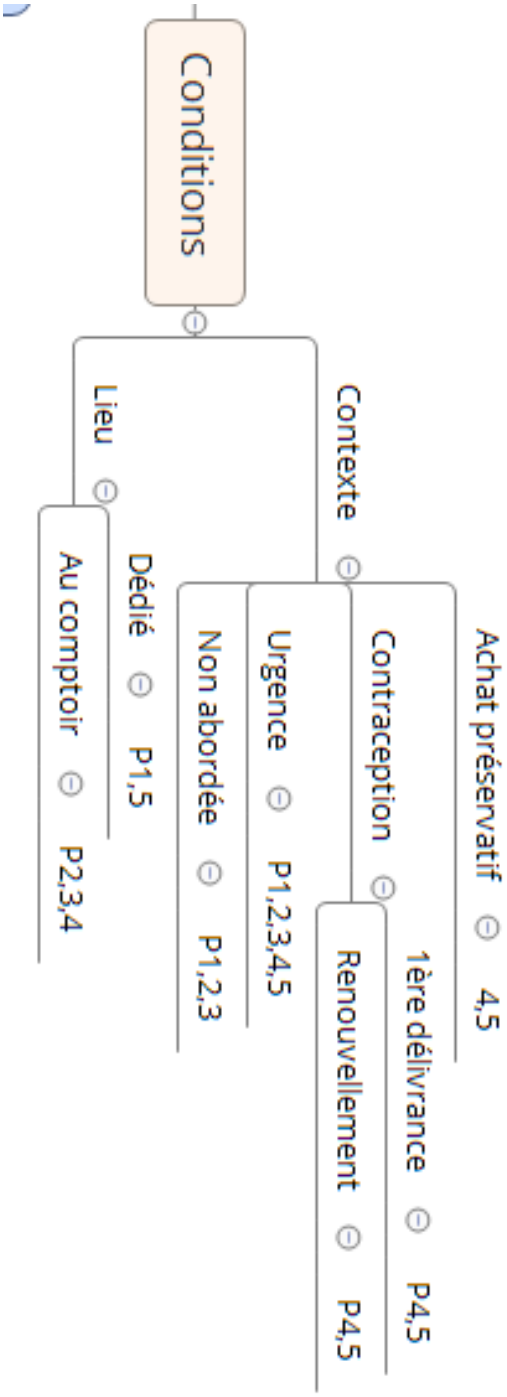
XIII. Résultats médecins : Aides à la consultation



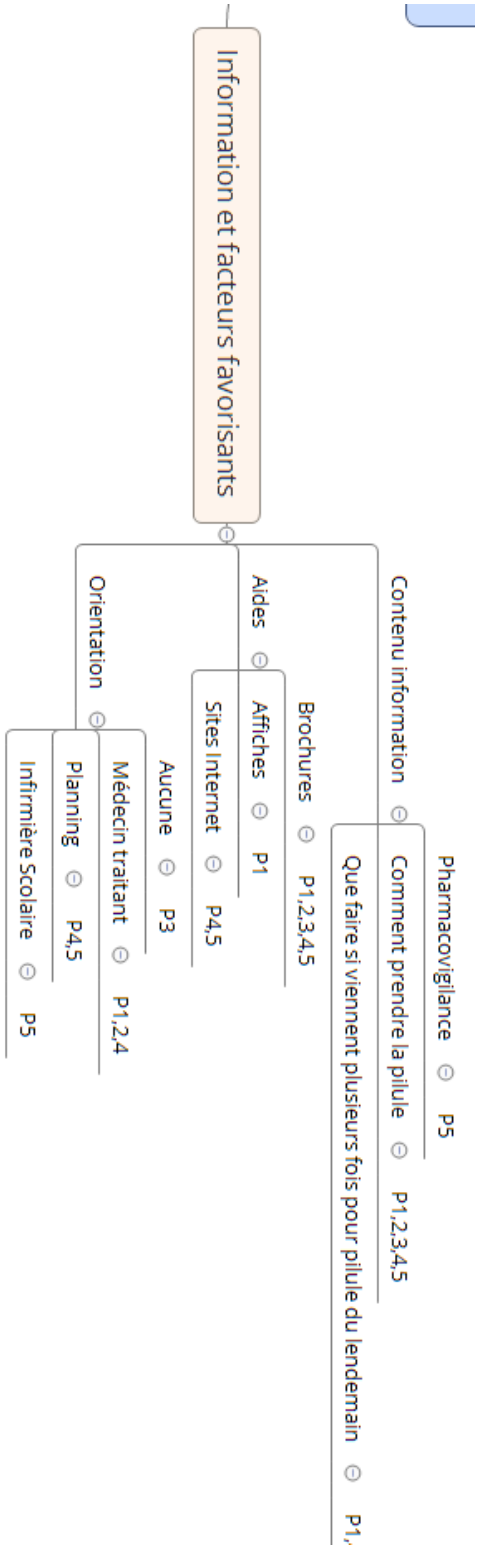
XIV. Résultats médecins : les professionnels de santé et l'information



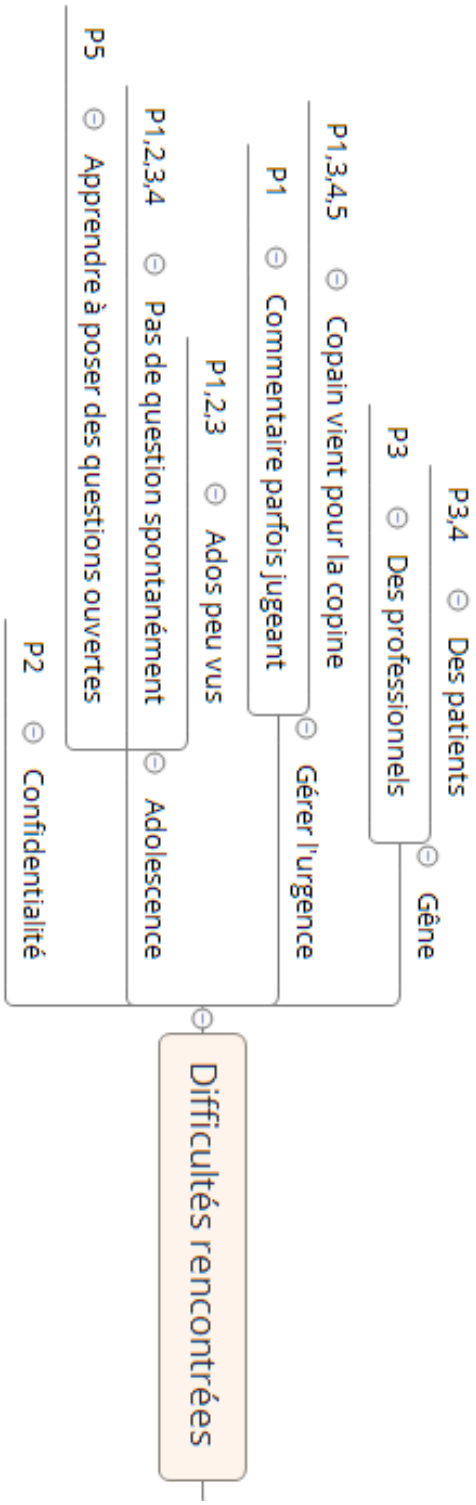
XV. Résultats pharmaciens : Conditions d'éducation



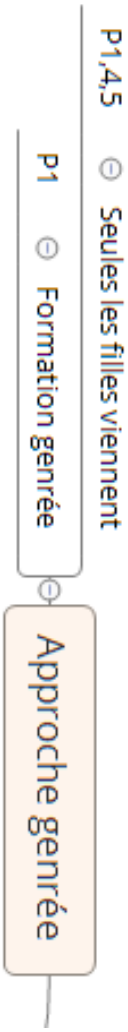
XVI. Résultats pharmaciens : Informations et facteurs favorisants



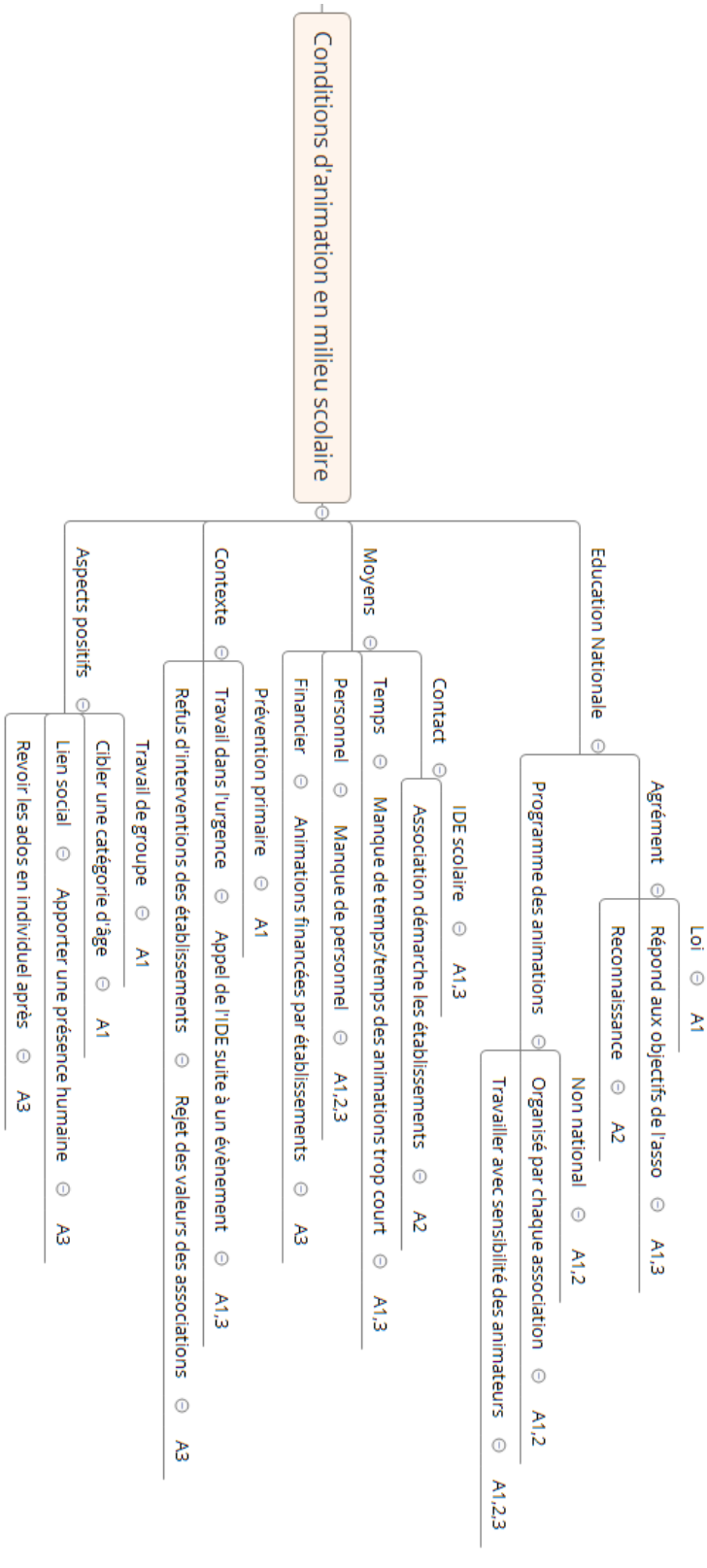
XVII. Résultats pharmaciens : Difficultés rencontrées



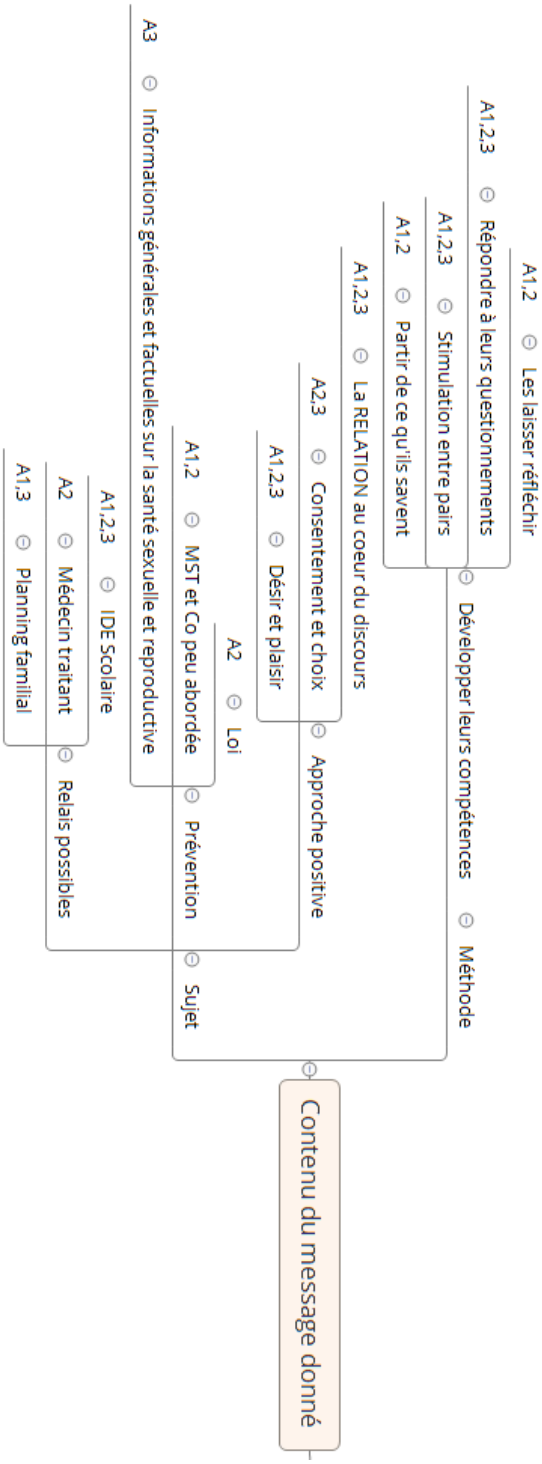
XVIII. Résultats pharmaciens : Approche genrée



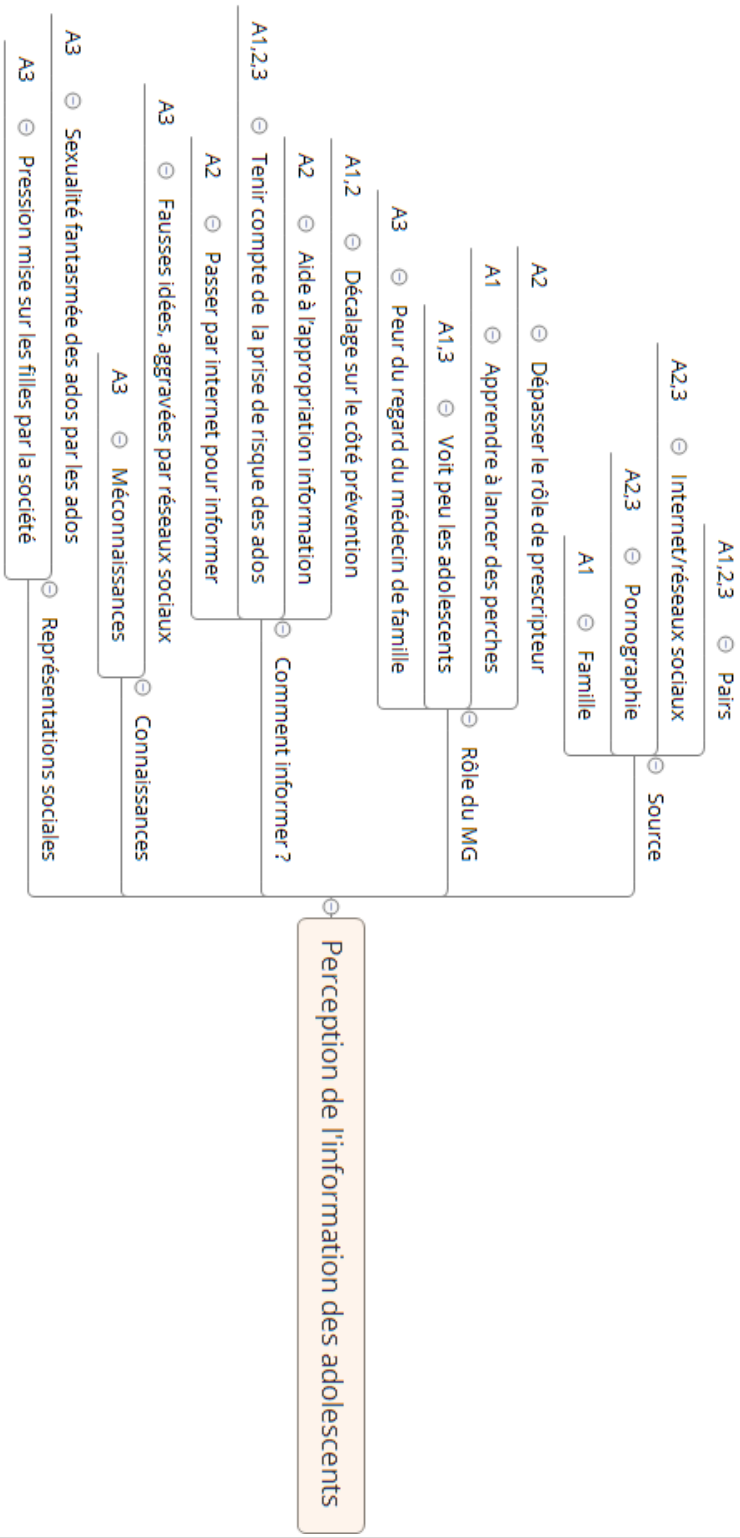
XIX. Résultats associations : Conditions d'animation



XX. Résultats associations : Contenu du message donné



XXI. Résultats associations : Perception de l'information des adolescents



SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Contexte : L'éducation à la vie affective et sexuelle (VAS) est une des composantes de la santé des personnes et de leur bien-être. Elle n'est souvent abordée que sous l'angle de la prévention des risques. Dans notre étude, nous cherchons à comprendre les stratégies d'informations mises en place par les professionnels de santé sur la VAS chez les adolescents.

Méthode : De novembre 2017 à janvier 2018, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de 10 médecins et 5 pharmaciens dans le département de l'Hérault. 3 focus-group ont été organisés avec des associations intervenant en milieu scolaire. Une analyse thématique des verbatim a été réalisée.

Résultats : 100% des médecins et des pharmaciens parlent de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. Les pharmaciens voient les adolescents en garde pour une contraception d'urgence et dans 60% des cas, ils n'ont pas de lieu dédié pour faire de l'éducation thérapeutique. Quant aux médecins, 60% d'entre eux pensent que ce n'est pas leur rôle de parler VAS. Les brochures de l'INPES sont peu connues et peu utilisées. L'éducation à la VAS est un discours genré : les filles sont beaucoup plus impliquées que les garçons.

Les associations concentrent leurs animations plus sur les relations affectives et les notions de consentement ou de plaisir. Avec un manque de moyen humain, matériel et organisationnel, les associations sont parfois obligées d'intervenir en situation d'urgence après un évènement traumatisant.

Conclusion : L'éducation à la VAS est un des axes principaux de prévention de la stratégie nationale de santé des adolescents. Prévoir une consultation obligatoire de prévention à l'adolescence (comme en pédiatrie) ; plus impliquer les garçons ; avoir un lieu dédié pour réaliser des entretiens ; renforcer la formation initiale et organiser l'implication des étudiants dans les associations : telles sont les pistes de réflexions à mener afin de répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les professionnels de santé.

Mots Clés : Vie affective et sexuelle; Education; Adolescents; Médecine générale