



L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale

Thibaut Caron, Léa Viltart

► To cite this version:

Thibaut Caron, Léa Viltart. L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03116682

HAL Id: dumas-03116682

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03116682>

Submitted on 20 Jan 2021

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse N° 125 B

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Novembre 2020 par

Léa VILTART

Née le 23 février 1992 à Les Ulis (91)

Et

Thibaut CARON

Né le 08 août 1991 à Cucq (62)

DES de Médecine générale

**L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en
médecine générale**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Président

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Membre du jury

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membre du jury

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Rapporteur

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2020

Thèse N° 125 B

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 23 Novembre 2020 par

Léa VILTART

Née le 23 février 1992 à Les Ulis (91)

Et

Thibaut CARON

Né le 08 août 1991 à Cucq (62)

DES de Médecine générale

**L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en
médecine générale**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Jury

Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Président

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Membre du jury

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Membre du jury

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Rapporteur

REMERCIEMENTS

A notre président du jury
Monsieur le Professeur Pascal BARAT

Professeur des Universités
Praticien hospitalier
Service d'Endocrinologie et Diabétologie de l'Enfant et de l'Adolescent
Hôpital Pellegrin Enfants, CHU de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous remercions de votre disponibilité et de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté cette fonction. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre directeur de Thèse
Monsieur le Professeur Associé Christophe ADAM
Président du Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

Vous nous avez fait l'honneur d'être notre directeur de thèse. Nous vous remercions de nous avoir fait confiance dans ce travail et nous espérons avoir été à la hauteur. Nos discussions autour de cette thématique étaient riches de questionnements et nous ont ouvert de nombreuses pistes de réflexion. Vous avez su nous guider avec finesse et pertinence. Nous vous remercions infiniment pour votre disponibilité et vos conseils et vous prions de trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Associé William DURIEUX

Directeur Adjoint du Département de Médecine Générale de Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Nous vous remercions pour vos enseignements au cours de notre cursus d'internat de Médecine Générale. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Associé Philippe CASTERA

Nous vous sommes reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Nous vous remercions et vous prions de trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Emmanuel PROTHON

Maître de conférences associé

Merci d'avoir accepté de relire et rapporter notre travail. Nous vous remercions pour vos conseils pertinents et votre grande rapidité de réponse. Veuillez trouver ici l'expression de notre considération.

Aux médecins interrogés

Merci d'avoir participé à cette étude. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre accueil. Ces échanges ont été pour nous très intéressants et riches d'enseignements.

Remerciements de Léa

A Thibaut,

Merci d'avoir réalisé cette thèse avec moi. Tout n'a pas été évident mais nous avons réussi ! Je suis très heureuse de partager ça avec un véritable ami. Tellement de bons souvenirs ensemble, je suis certaine qu'il y en aura bien d'autres.

A Aurore, qui aura partagé avec moi et Thibaut les meilleurs moments de vie en collocation.

A Jordane, un ami qui compte beaucoup pour moi.

A Aurélie, tu as été mon plus grand soutien durant l'externat, mon seul regret est que tu habites si loin, une amie pour la vie.

A Elodie, ma sœur, ma plus vieille amie, quelle que soit la distance qui nous sépare tu es toujours avec moi.

A mon loulou, pour toutes nos soirées et tous ces moments partagés.

A mes parents et mon frère qui m'ont supporté depuis le début, je vous aime.

A Théo, celui qui partage ma vie, pour tout ce que nous avons appris, je t'aime.

A tous ceux que j'ai rencontrés durant ma formation, merci d'avoir partagé vos connaissances.

A tous mes collègues, Wahid, Catherine, Solenne, Claire, Blandine, un réel plaisir de bosser ensemble, j'espère le début d'une grande aventure

Remerciements de Thibaut

A Léa, je suis très content d'avoir partagé ce travail avec toi et je suis très fier de vivre ce moment important à tes côtés. Une belle amitié a débuté avec l'internat. Je garde un excellent souvenir de nos galères et fous rires en stage, de notre coloc, et de nos soirées !

Aux copains de Nancy

A Charlotte, à nos soirées à refaire le monde, tu sais ce que je pense de toi, reste comme tu es !

A Hélène, pour m'avoir motivé à la course à pied pendant de nombreuses années, tu as toujours su mettre l'amitié au premier plan, merci d'être toujours là pour les autres.

A Valou, pour son grain de folie, pour tous nos fous rires et bons moments, qui aurait prédit cela en s'asseyant à côté dans l'amphi !

A Julie, pour ses conseils gastronomiques, et à nos futures randonnées dans les Pyrénées !

A Bravet', toujours un plaisir de se voir, même malgré les tempêtes.

A Jojo et Shaki qui sommeille en lui !

A Ref et Tom, pour tous ces bons moments passés et les prochains.

A Cyril, toujours de bon conseil.

A la Mamma et ses talents d'enquêtrice.

A Adèle, pour son originalité et son sourire.

A Geoffrey, qui arrive à voir les choses sous un autre angle, une grande qualité !

Aux copains du Sud !

A Margaux, une fille au grand cœur.

A tous les Colocs de Pontonx, Mathilde, Les Nams, Steph, Emma, Philou, on n'aurait pas pu imaginer mieux que ce semestre à vos côtés !

A Aurore, le Sud Ouest nous a rapprochés, je suis content d'avoir appris à mieux te connaître, une femme de caractère mais surtout avec de grandes valeurs humaines.

A Jordane et Mathilde, c'est toujours un plaisir de bruncher avec vous.

A Fanny, pour notre passion partagée pour la permaculture, on s'améliore

A Jeanne, Martita, Alex, Octavio, Chips, Cécile, Geof' c'est toujours un plaisir de passer un weekend ensemble, même s'ils sont souvent pluvieux...

Aux équipes rencontrées en Stage

A l'équipe de diabétologie de Dax, un service humain, débiter à vos côtés a été un grand honneur.

A Nathalie et Arbia, pour leur confiance et leur amour de la médecine générale.

A Nathalie et Céline, pour leur bonne humeur et leur humour en toute circonstance.

A Pascal et Jean-Jacques, quel plaisir de travailler à vos côtés, pour tout ce que vous m'avez appris en médecin mais aussi en cuisine !

A ma famille

A mes parents, Franck et Isabelle, merci pour votre soutien dans ces longues années d'études, mais aussi dans mes choix de vie. Vous avez toujours répondu présents quand j'en avais besoin. Merci pour votre éducation et les valeurs que vous m'avez transmises. Vous m'avez laissé une grande liberté d'être. Je suis fier de vous avoir.

A ma grand-mère Marie Louise, quelle que soit la distance, tu as toujours su être présente à mes côtés. C'est toujours un plaisir de te lire, merci pour ta bienveillance et tes encouragements.

A Jérémy, Mélanie, Elouan, Aédan et Abigaëlle pour les supers vacances passées ensemble. Merci pour l'aide dans les travaux de la maison.

A Gauthier, Camille, Maïlie et Elyne, pour leur soutien et leurs conseils. Beaucoup de choses n'auraient jamais pu se faire sans vous !

A ma petite sœur Anaïs, quel plaisir de te voir aussi épanouie dans ta vie. On pourra toujours compter l'un sur l'autre. Tant d'histoires et d'aventures vécues ensemble, même si la twintwin n'est plus là, on repart en vacances /bivouac quand tu veux !

Et enfin à Baptiste, ces quelques lignes ne suffiront pas à résumer ce que je ressens pour toi. Ton intégrité, tes valeurs, ta patience et ton goût du travail bien fait font partie des qualités qui te caractérisent. Ensemble on a déjà parcouru un beau chemin. Merci d'être là au quotidien, et de m'accompagner dans toujours plus de nouveaux projets.

SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	14
I. INTRODUCTION.....	15
A. L'adolescent et ses particularités.....	15
1. Définition de l'adolescence.....	15
2. La notion d'autorité parentale.....	16
B. La santé sexuelle des adolescents.....	16
1. Définition de la santé sexuelle.....	16
2. Les trois piliers de la santé sexuelle.....	16
3. Expériences et apprentissage de la sexualité au cours de l'adolescence.....	17
a. Le sentiment amoureux.....	17
b. Le premier baiser.....	17
c. La première masturbation.....	17
d. Le premier rapport sexuel.....	17
C. Risques et prévention.....	18
1. Etat des lieux des principales infections sexuellement transmissibles.....	18
a. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	18
b. Gonocoque.....	18
c. Chlamydia.....	18
d. Syphilis.....	18
e. Papillomavirus humain (HPV).....	19
2. La prévention des IST.....	19
a. L'utilisation du préservatif.....	19
b. La vaccination contre l'hépatite B.....	19
c. La vaccination contre les Papillomavirus Humains (HPV).....	19
d. Les dépistages.....	20
3. Grossesses / contraception / IVG.....	20
4. Violences.....	20
D. Les différents acteurs de l'éducation à la santé sexuelle.....	21
1. L'école.....	21
2. La famille.....	21
3. Le médecin scolaire / l'infirmier scolaire.....	21
4. Internet.....	21
5. Les réseaux sociaux.....	21
6. Les contenus pornographiques.....	22
7. Fil santé jeune.....	22
E. Le généraliste et les adolescents.....	22
II. METHODE.....	23
A. Recherche bibliographique.....	23
B. Méthodologie de l'enquête.....	23
C. La population.....	24
D. Le recueil des données.....	24
E. Le guide d'entretien.....	25
F. La retranscription.....	26
G. L'analyse des résultats.....	26
III. RESULTATS.....	27
A. Population de l'échantillon.....	27
B. Pratiques des médecins généralistes concernant l'information à la santé sexuelle des adolescents garçons.....	27
1. Des médecins concernés.....	27
2. Une rencontre rare.....	28
3. La confidentialité au cœur d'une relation de confiance.....	28

4. Les médecins acteurs de la santé sexuelle des adolescents, mais pas au cœur de l'éducation.....	30
5. Le repérage du médecin comme un interlocuteur potentiel.....	31
6. La gestion du parent accompagnant, le casse-tête du triptyque.....	31
C. Le déroulement des consultations de santé sexuelle.....	33
1. Les difficultés rencontrées pour aborder le sujet.....	33
a. Peu ou pas d'accroche.....	33
b. C'est quand même plus facile avec les filles.....	33
2. Initier la communication	35
a. Une consultation aisée lorsqu'il s'agit du motif.....	35
b. La perche tendue.....	35
c. Entamer la discussion.....	36
3. Le contenu de la consultation de santé sexuelle.....	36
a. L'accent mis sur les données biomédicales.....	36
b. La sexualité vue par ses risques.....	37
c. Des thématiques fréquemment abordées.....	37
d. Des thématiques plus rarement abordées.....	38
4. Stratégies de communication.....	39
a. Le respect de la pudeur, de l'intimité.....	39
b. La consultation, un moment propice à l'expression de l'intimité.....	40
c. S'adapter au degré de maturité.....	40
d. Une neutralité au cœur de la bienveillance.....	41
e. Jauger les limites.....	41
f. La gestion des silences.....	42
g. L'importance du non verbal.....	43
h. La question de la temporalité.....	43
i. L'utilisation de supports.....	44
j. La place de l'examen clinique.....	44
5. L'adolescent, un patient à apprivoiser.....	45
a. Un patient pas comme les autres.....	45
b. Des adolescents parfois proactifs.....	46
c. Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain CARPE DIEM.....	46
d. Un patient dont on cherche à deviner les attentes.....	46
e. Un patient qui a des connaissances ... parfois imprécises.....	47
6. Des sources de connaissance diverses.....	47
a. Internet, pornographie et les médias.....	47
b. L'école.....	48
c. Les parents.....	49
d. Une fracture sociale.....	49
e. Les tiers.....	49
f. L'expérience personnelle.....	49
D. Analyse des freins et leviers à l'abord de la santé sexuelle avec les adolescents garçons.....	50
1. Un discours institutionnel et sociétal très genré.....	50
2. Les caractéristiques propres au médecin.....	51
a. Des connaissances limitées.....	51
c. Le genre.....	52
d. L'orientation sexuelle.....	52
e. L'âge.....	53
f. Croyances et religion.....	53
g. Convictions, culture et éducation.....	54
h. L'image renvoyée.....	55
i. La neutralité professionnelle.....	55
E. Les pistes d'amélioration suggérées.....	57

1. Mieux cerner les attentes des adolescents pour mieux y répondre.....	57
2. Créer un réseau autour de ces questions.....	57
3. L'intervention brève.....	57
4. Un programme d'éducation scolaire qui aborde réellement les problématiques des adolescents.....	57
5. Les médias.....	58
6. La consultation dédiée, une mauvaise idée pour certains.....	59
7. Elargir l'indication du vaccin anti HPV aux garçons.....	59
8. Intégrer les garçons aux programmes de santé publique.....	60
9. Changer le regard de la société sur la sexualité des adolescents.....	60
10. Les séries télévisées, un moyen de réduire les tabous.....	60
11. Les numéros anonymes et gratuits	61
12. La question de la formation médicale.....	61
IV. Discussion	62
A. Originalité du sujet et de la méthode.....	62
B. Limites et forces de l'étude.....	62
1. Biais de sélection.....	62
2. Biais et limites dans la réalisation des entretiens.....	62
3. Biais d'analyse des données.....	63
C. La place des médecins généralistes concernant l'information à la santé sexuelle des garçons.....	63
D. Déroulement des consultations en santé sexuelle.....	64
E. Le contact avec l'adolescent.....	67
F. Thèmes abordés en consultation.....	68
G. Analyse des freins potentiels à l'abord de la sexualité avec les adolescents garçons.....	69
H. Pistes d'amélioration.....	70
V. Conclusion.....	73
VI. Bibliographie	74
Annexes : Guide d'entretien.....	80
Sites et documents ressources utiles	82
Figure 1 : La relation de confiance entre l'adolescent et le médecin.....	30
Figure 2 : place du médecin dans l'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons	31
Figure 3 : les thèmes abordés en consultation	39
Figure 4 : Etablir une relation de confiance	42
Figure 5 : Stratégie de communication	45
Figure 6 : les sources de savoir de l'adolescent	50
Figure 7 : relations, leviers et freins	56

Liste des Abréviations

CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
HPV	Papillomavirus Humain
HSH	homme ayant des relations sexuelles avec des hommes
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IST	Infection sexuellement transmissible
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LGBT+	Lesbienne Gay Bi Trans et autres variantes
OMS	Organisation mondiale de la santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians = Organisation mondiale des médecins généralistes.

I. Introduction

L'adolescence est une période charnière du développement caractérisée par une recherche identitaire, des prises de risques et une évolution physique et psychique. L'adolescence est riche en premières expériences et la santé sexuelle en fait partie intégrante.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux du bien-être sexuel en ce qu'ils peuvent enrichir et développer la personnalité, la communication et l'amour (1). La santé sexuelle est depuis plusieurs années un des objectifs nationaux d'amélioration de santé publique (2). De multiples plans nationaux en rapport ont été mis en place ces dernières années. Le plus récent étant la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 (3)

Le médecin généraliste est le médecin de première ligne, prenant en charge de manière globale la santé de l'individu. La santé sexuelle fait donc partie de ses multiples domaines d'action. Pour les médecins, l'abord de la sexualité peut être compliqué, sujet tabou ou difficile à initier. Nous avons constaté lors de nos différents stages et lors d'échanges avec des praticiens que la sexualité n'est pas un sujet évoqué facilement avec l'adolescent et encore moins avec l'adolescent garçon. De plus, les différentes thèses élaborées sur le thème de la sexualité des adolescents se focalisent plus sur les adolescentes et leurs problématiques propres. Mais qu'en est-il de l'abord de la sexualité avec l'adolescent garçon ?

Notre travail a pour objectif principal de mettre en évidence comment sont abordées les questions de santé sexuelle en médecine générales et quels sont les freins et leviers rencontrés par les médecins. L'objectif secondaire est d'envisager les potentielles solutions pour améliorer l'abord des questions de santé sexuelle avec les adolescents garçons.

Généralités et contexte

A. L'adolescence et ses particularités

1. Définition de 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, allant de 10 à 19 ans (4). Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. L'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence.

Les déterminants biologiques de l'adolescence sont universels; en revanche, la durée et les caractéristiques de cette période peuvent varier dans le temps, entre les cultures, les individus et les situations socio-économiques.

Chez les garçons, la première manifestation pubertaire est l'augmentation du volume testiculaire en moyenne à 12-13 ans, puis la pilosité se développe et la verge augmente de taille, en même temps que la voix mue. La puberté chez le garçon correspond à un âge osseux de 13 ans.

L'adolescence est une période caractérisée par des conduites exploratoires et de recherche de sensations. On note que plus d'un tiers des adolescents (34,1%) pensent que pour bien vivre, il faut prendre des risques sans les calculer (5).

2. La notion d'autorité parentale

D'un point de vue juridique, l'autorité parentale est définie par l'article 371-1 du code civil (6) : C'est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant qui appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Les décisions médicales qui concernent l'état de santé d'un patient mineur sont prises par les titulaires de l'autorité parentale. Mais dans certaines circonstances, les mineurs ont le droit d'y participer, selon leur âge et leur niveau de maturité. L'article L1111-5 du code de santé publique (7) précise que par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

B. La santé sexuelle des adolescents

1. Définition de la santé sexuelle

L'OMS définit la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. (8)

Le champ de la santé sexuelle est vaste et regroupe les domaines des infections sexuellement transmissibles (IST), grossesses désirées ou non, interruptions volontaires de grossesse (IVG), contraception, troubles sexuels et infertilité, violences sexuelles, l'éducation à la sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la santé mentale associée à la sexualité, les maladies chroniques et handicaps impactant le bien être sexuel, la promotion d'expériences sexuelles sans danger et satisfaisante ...

2. Les trois piliers de la santé sexuelle

La santé sexuelle repose sur trois piliers (3) :

En premier lieu **l'autonomie** permet à chacun de décider librement et de contrôler sa propre sexualité. Cela passe par le choix du (des) partenaire(s), des pratiques sexuelles souhaitées, sans discrimination ni coercition. Les outils d'information, ainsi que les lois permettent à l'individu d'avoir un regard critique et autonome sur sa propre sexualité.

En second lieu, le sentiment de **satisfaction** sexuelle consiste en un sentiment global de satisfaction et d'adéquation entre sa sexualité et ses propres valeurs incluant les dimensions émotionnelles et affectives, les dimensions psychiques d'estime de soi, et les dimensions sociales. Cette satisfaction ne se limite pas à la présence de plaisir, d'orgasme.

Enfin, la notion de **sécurité** suppose de la part des individus la capacité à percevoir les situations qui présentent un risque pour leur santé et à y apporter des réponses mais également à identifier leurs moments de vulnérabilité et à les anticiper. Les politiques de prévention sont essentielles pour donner aux individus les moyens de vivre une sexualité en limitant le risque, ou le préjudice lié au risque.

3. Expériences et apprentissage de la sexualité au cours de l'adolescence :

Les adolescents vivent une série de premières fois caractéristiques de l'éveil amoureux et sexuel. Ces expériences entraînent un mélange d'émotions de joie, d'excitation, de fébrilité, et aussi de crainte, d'insécurité, d'inquiétude. Ces sentiments, immanquablement liés aux premières fois, ne peuvent être évités, peu importe l'âge.

a. Le sentiment amoureux

Les adolescents déclarent avoir été amoureux pour la première fois à un âge médian de 12 ans pour les garçons et 13 ans pour les filles. Au collège 86,0 % des élèves indiquent avoir déjà été amoureux et 70,4 % sont déjà sortis avec quelqu'un (5;9). Les attirances sexuelles déclarées par les adolescents sont en très grande majorité hétérosexuelles 95.7% des garçons et 91.8% des filles (5).

b. Le premier baiser

Avant de donner leur premier baiser, les adolescents déclarent avoir été anxieux, imaginant des scénarios divers, et particulièrement préoccupés par les aspects techniques : comment embrasser, comment respirer, comment bouger et surtout comment bien faire. Ils ont peur de l'idée d'être dégoûtés ou repoussés. Deux scénarios pour le premier baiser coexistent (10), des baisers initiatiques précoces (moins de 11 ans) dans un contexte de jeux ou de pressions sociales. Ces rites sont peu associés à une dimension amoureuse ou érotique. Le premier baiser « amoureux » est échangé à un âge moyen de 14 ans (11), il est considéré comme un moment important dans leur vie. (12)

c. La première masturbation

La première masturbation joue un rôle important chez les hommes. Elle est pratiquée à peu près universellement par les hommes à l'adolescence avec un âge médian de début de 14,2 ans, ce qui est stable au cours du demi-siècle dernier. (11)

d. Le premier rapport sexuel

La première relation sexuelle suscite également des questions liées à l'inexpérience. Les garçons craignent de ne pas bien faire, de ne pas être à la hauteur, d'éjaculer trop vite, de maintenir difficilement l'érection et de ne pas donner de plaisir à leur partenaire (13). L'âge médian au premier rapport se situe autour de 17,5 ans et est resté stable depuis un demi-siècle (11;14). Il varie peu selon l'origine sociale, l'appartenance et le niveau d'intégration religieuse. Lors du premier rapport, les adolescents déclarent le plus souvent être en couple depuis plusieurs mois avec leurs partenaires (59,1%) (5). Les rapports sexuels très précoces

avant 13 ans restent rares (<10%) (5; 9). Le premier rapport est déclaré hétérosexuel pour la quasi-totalité des adolescents (97,4%). Il est déclaré homosexuel pour autant de garçons que de filles (2,6%) (5). Entre les attentes et la réalité, une fille sur deux et un garçon sur quatre sont déçus par leur première expérience sexuelle. (15)

C. Risques et prévention

Par définition, la prévention doit être faite avant l'apparition de la prise de risque pour laisser à l'adolescent le temps de réaliser un travail de réflexion afin d'assimiler l'information. Plusieurs facteurs déterminent un bon niveau de connaissance : les caractéristiques socio démographiques, un accès à des informations, l'existence d'un dialogue sur les IST et l'orientation sexuelle. (16)

1. Etat des lieux des principales infections sexuellement transmissibles (17)

a. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Près de 170 000 personnes vivent avec le VIH en France, dont 6000 nouveaux cas découverts par an. Selon l'OMS, l'épidémie de VIH en France métropolitaine est considérée comme concentrée : elle touche très peu la population générale (14% des découvertes en 2017) mais concerne de façon disproportionnée certains groupes de la population : 41 % des personnes découvrant leur séropositivité étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et 33% étaient des personnes originaires d'Afrique subsaharienne contaminées par rapports hétérosexuels.

En 2013 ce sont 726 jeunes de 15 à 24 ans qui ont découvert leur séropositivité en France, soit 11,7% de l'ensemble des découvertes. (19)

b. Gonocoque

On note une progression de 70% du nombre d'infections à gonocoque entre 2015 et 2017, plus marquées dans le groupe HSH (+84%) comparativement aux hétérosexuels (+29%) en lien avec une augmentation des dépistages mais aussi sans doute de l'incidence. Les hommes et les 15-24 ans sont les plus concernés. En 2018, sur 4064 cas, 86% étaient des hommes, parmi eux 47% ont 20-30ans et 28% 30-40 ans.

c. Chlamydia

Le nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à Chlamydia a été estimé à 267097 en 2016. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont les plus touchées (2271/100 000).

d. Syphilis

En 2018, 3 160 syphilis ont été diagnostiquées, dont 2 062 syphilis récentes (contamination datant de moins de 1 an), ces dernières années le nombre de diagnostics reste stable. Les HSH représentent 81% des cas. 70 à 80 % des hommes et femmes sexuellement actifs sont exposés aux HPV représentent la classe d'âge la plus touchée. (18).

e. Papillomavirus Humains (HPV)

12 types d'HPV sont des agents cancérogènes avérés. Le cancer du col de l'utérus est le principal cancer attribuable aux HPV, qui peuvent également être à l'origine de certains cancers de l'anus, du vagin, de la vulve, du pénis et de la sphère ORL. 70 à 80 % des hommes et femmes sexuellement actifs sont exposés aux HPV dans leur vie. L'infection, souvent asymptomatique, a lieu en général dans les premières années de la vie sexuelle. Les virus sont transmis lors des rapports sexuels avec des personnes porteuses de virus, avec ou sans pénétration, le préservatif n'apportant qu'une protection partielle. 70 à 90% des infections évoluent ainsi vers la clairance virale en 1 à 2 ans. Dans environ 10% impliquant les HPV à haut risque oncogène, l'infection persiste et peut entraîner des lésions précancéreuses qui peuvent également régresser spontanément mais aussi évoluer dans un délai de 10 à 30 ans vers un cancer. Dans certains cas, l'infection peut entraîner le développement de condylomes.

2. La prévention des IST

La stratégie de prévention des IST s'appuie sur l'ensemble des outils disponibles, certains moyens étant spécifiques d'une IST (vaccins, antirétroviraux), d'autres étant non spécifiques (préservatifs masculins et féminins). Ces moyens sont complémentaires. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 rappelle que les préservatifs doivent rester la norme en prévention primaire. (3)

a. L'utilisation du préservatif

Interdit de publicité en France jusqu'en 1987, le préservatif est devenu le moyen le plus répandu de protection contre les IST. Depuis 2018, EDEN® est le premier préservatif masculin remboursable à 60 % par l'Assurance maladie dans la prévention de 8 IST au sein de la population générale âgée de plus de 15 ans (20). La prescription doit être réalisée par un médecin ou une sage-femme. Le préservatif féminin occupe théoriquement la même place dans la stratégie de prévention que le préservatif masculin ; sa sous-utilisation liée à une faible acceptabilité doit néanmoins être soulignée.

b. La vaccination contre l'hépatite B

La politique de vaccination contre l'hépatite B en France repose sur deux stratégies : la vaccination des nourrissons, obligatoire depuis 2018, le rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus et l'identification et la vaccination des personnes à risque élevé d'exposition (21-22). En 2008-2009 le taux de couverture vaccinale pour l'hépatite B chez les élèves scolarisés en 3^e était de 43.1%. (23)

c. La vaccination contre les Papillomavirus Humains (HPV)

Suite à l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) de décembre 2019 (24), la vaccination contre HPV sera proposée aux garçons à partir de 2021 aux mêmes âges que les filles jusqu'alors : de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible de 15 à 19 ans révolus. La vaccination reste recommandée jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. (21;25). En 2017, moins d'une adolescente sur 5 était correctement vaccinée.

d. Les dépistages

Parmi les adolescents qui ont eu des relations sexuelles 1/6 réalisent un test élargi des IST et 1/4 un dépistage du VIH seul. (26-27)

3. Grossesses / contraception / IVG

Le nombre de grossesses chez l'adolescente a été divisé par 4 depuis 40 ans dans notre pays (5). Ce taux autour de 2,4% est parmi les plus faibles au monde. A 18 ans, 6,8% des filles ont déjà été enceintes. Les principales raisons expliquant ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen contraceptif pour 46 % des femmes âgées de 15 à 29 ans, l'oubli de pilule à 44 % et un problème avec un préservatif pour 9 % d'entre elles (27). En 2010, 20% des moins de 20 ans déclarent avoir utilisé la contraception d'urgence.

Les résultats du Baromètre Santé 2016 montrent que 83% des moins de 30 ans connaissent le caractère gratuit de la contraception d'urgence pour les mineures et 82% savent qu'il est possible d'acheter une contraception d'urgence sans ordonnance directement en pharmacie (28). Néanmoins, le niveau d'information des 15-30 ans sur les délais réels d'utilisation s'avère encore insuffisant. A l'heure actuelle, la grande majorité des adolescents se protège contre les grossesses non désirées avec un taux de 85 % d'utilisation du préservatif et/ou de la pilule (9;27). A noter que 10% n'utilisent aucun moyen de contraception, ce taux reste préoccupant.

Il faut garder à l'esprit que la moitié des adolescentes arrêtent leur contraception hormonale dans les 3 premiers mois : 42 % sans consulter, 19 % sans utiliser d'autre méthode et 70 % optent pour une méthode alternative moins efficace (28-29).

Les Interruption Volontaires de grossesse (IVG) restent à peu près stables en France depuis une vingtaine d'années (200 330 en 2016). Trois grossesses sur quatre chez l'adolescente aboutissent à une IVG. Le taux d'IVG des 15-19 ans diminue depuis 2010 avec environ 20 000 IVG par an (31).

4. Violences

Les violences sexuelles sont des atteintes aux droits fondamentaux de la personne et peuvent prendre de très nombreuses formes : viol, harcèlement, agressions... Elles sont malheureusement très fréquentes et souvent passées sous silence.

18.9% des femmes et 5.4% des hommes déclarent avoir été confrontés à des rapports sexuels forcés ou des tentatives (femmes 49.3% homosexuelles vs 17.1% hétérosexuelles ; hommes 25.5% vs 4.6%). La première expérience de ces violences survient majoritairement avant 18 ans (47.4% des cas pour les femmes et 60.2% des chez les hommes). Le plus souvent perpétrée par une personne de l'entourage (1/3), membre de la famille (1/4), ou inconnu (1/5). Les violences touchent tous les milieux sociaux sans différence significative (14;31).

D. Les différents acteurs de l'éducation à la santé sexuelle

16% des garçons et 50% des filles ressentent le besoin de parler de sexualité à quelqu'un. (32). L'éducation à la sexualité passe par plusieurs acteurs.

1. L'école

Les notions d'information puis d'éducation sexuelle se sont précisées au cours du dernier siècle en parallèle des changements sociétaux, politiques et religieux. L'école a progressivement pris une place prépondérante en termes d'éducation sexuelle, elle vise à promouvoir la santé des élèves et les prépare à leur future vie d'adulte. Au collège, en 4^e les bases scientifiques de la procréation sont enseignées en science de la vie et de la terre. En 3^e les élèves travaillent la maîtrise de la reproduction. Au lycée, sont abordés la contraception chimique, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), la procréation médicalement assistée (PMA), la question de l'orientation sexuelle, et la notion de plaisir sexuel en série scientifique (33).

2. La famille

Au sein des familles, le dialogue se fait en priorité avec la mère, concernant les risques liés à la sexualité, il est associé à un meilleur usage des préservatifs et à une meilleure communication avec les partenaires (33). Cependant 26% des adolescents ne parlent jamais de ces questions au sein de leur famille (5-16).

3. Le médecin scolaire / l'infirmier scolaire

Les adolescents sont très peu nombreux à évoquer leur santé dans le monde scolaire. Dans ce cadre, l'infirmière scolaire est la plus désignée. (5)

4. Internet

Une large partie du développement social et émotionnel se déroule sur internet et les médias sociaux pour cette génération (35-37). L'enquête Baromètre Santé 2014 montre que 2/3 des Français consultent internet à des fins de santé (38). Les recherches sont fortement orientées sur les pratiques, préoccupations personnelles et les témoignages au travers de forum ; les aspects santé et prévention autour de ce thème restent anecdotiques. Plus de 46% des sites Web interrogés en 2010 qui contenaient des informations sur la santé sexuelle présentaient des erreurs ou des contenus inexacts (39). Seulement 32 % des internautes jugent l'information sur Internet « tout à fait crédible » en 2014. (40)

5. Les réseaux sociaux

Une très grande majorité d'adolescents vont sur les réseaux sociaux (88%) (5). Les plateformes des médias sociaux contribuent à développer l'identité des adolescents (41). Les réseaux sociaux sont devenus un outil de communication, d'information, et d'échanges mais ils présentent certains risques, tels que la cyber-intimidation ou le harcèlement, les sextos, les conséquences psychologiques de l'exposition involontaire à des contenus sexuels non désirés. (42-43)

6. Les contenus pornographiques

L'essor des nouvelles technologies a démocratisé la pornographie. Les études ne font pas consensus autour de l'influence de la pornographie sur la sexualité adolescente. Les dérives psychopathologiques et/ou addictives apparaissent marginales. La consommation de pornographie s'inscrit dans un processus développemental répondant à une quête de repères en matière de sexualité (44-45). L'âge moyen des premières recherches de contenu pornographique en ligne est de 14 ans, ces recherches concernent principalement les garçons qui souhaitent des informations précises et explicites sur la sexualité. Les adolescents, utilisant la pornographie comme source principale d'information mentionnent l'impact de ce support adoptant des pratiques en miroir aux modèles véhiculés (46).

Dans une étude réalisée auprès d'adolescents de 15 à 19 ans, 68% estiment que ce média « montre une fausse image de la sexualité » et 63% ne sont pas d'accord avec l'item « la pornographie est un outil d'éducation sexuelle » (47).

7. Fil santé jeune

Le Fil Santé Jeune, numéro vert anonyme et gratuit créé en 1995, offre aux adolescents un espace de parole pour se confier, comprendre, se rassurer, être écouté... Les filles représentent 3/4 des appelants, même si la proportion des garçons a tendance à augmenter. Le site internet filsantejeunes.com reçoit 1 million de visites par an. L'appréhension du premier rapport sexuel ou du premier baiser, les questionnements autour d'une interruption volontaire de grossesse ou tout simplement le choix d'une contraception sont des thèmes fréquents. (48-49)

E. Le généraliste et les adolescents

D'après la définition de la médecine générale par l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes WONCA, l'éducation des patients, la promotion de la santé, les actions de santé publique et la prévention font partie des compétences du médecin généraliste.

Les résultats du Baromètre santé 2010 mettent en évidence la place primordiale du médecin généraliste en termes de recours aux soins de santé primaire auprès des jeunes (27). Ce dernier occupe en effet une place centrale dans l'observation, l'écoute, le repérage des situations de fragilité des jeunes, les conseils de prévention, le suivi des malades. La plupart des collégiens se sentent en bonne santé 88% et ont une perception positive de leur vie 82% (50-51). Les jeunes expriment leurs appréhensions à consulter un médecin, moins d'1/3 des garçons de 15-19ans ont discuté de santé sexuelle avec leur médecin ou leur infirmier scolaire (26;48). En population générale, le médecin généraliste est le professionnel privilégié pour les questions de sexualité, mais moins de 20% des hommes qui présentent des problèmes sexuels en ont discuté avec leur médecin, ils préfèrent que celui-ci initie la discussion (52).

Les filles ont tendance à augmenter leur fréquence de consultation avec le début des rapports sexuels. Elles reçoivent une information de santé sexuelle concernant le contrôle des naissances, les grossesses, le cancer du col qui ne retrouve pas d'équivalent chez les garçons (51;53).

II. METHODE

Ce travail de thèse a été initié dans les suites d'une rencontre avec l'association AIDES lors d'un cours animé par le Dr Adam sous la forme de groupe d'échange de pairs. De cette discussion plusieurs constats ont été mis en avant : les médecins présents n'étaient pas à l'aise avec les questions de santé sexuelle tant sur la forme que sur le fond, en termes de santé sexuelle les adolescents présentaient des besoins et demandes pour lesquels le médecin généraliste pouvait apporter sa contribution.

En concertation avec le Dr Adam, Thibaut a initialement débuté les recherches bibliographiques afin d'avoir une vue d'ensemble autour de ce thème et de recentrer le travail sur une question qui n'avait pas fait l'objet d'une thèse jusqu'alors. De part son intérêt pour la question et dans le but d'augmenter la puissance de cette étude qualitative, Léa a très rapidement rejoint le projet de thèse, elle a poursuivi cette revue de la littérature.

A. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été établie en langues française et anglaise à partir de :

- Sites officiels : OMS, WONCA, HAS, INPES, Santé Publique France, Légifrance, Conseil National de l'Ordre des Médecins
- moteurs de recherche : Google, Google Scholar.
- Bases de données :
 - EMC (Elsevier Masson Consulte).
 - PubMed.
 - INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).
 - SUDOC (Service de Documentation Universitaire).
 - Revues en lignes via le Service de Documentation de l'université de Bordeaux.
- Autres : livres empruntés ou en ligne, thèses, et l'analyse des bibliographies des articles et documents étudiés.

Les mots clés utilisés étaient principalement : adolescent, garçon, sexualité, sexe, santé sexuelle, consultation, relation amoureuse, éducation, outils, épidémiologie, soins de santé primaire, cabinet, médecine générale, Virus de l'Immunodéficience Humaine, Infection sexuellement transmissibles, plaisir, grossesse, contraception, pornographie, violence. Ces mots ont également été traduits en anglais, langue de référence pour la littérature scientifique internationale. Nous avons sélectionné les articles selon leur pertinence, leur niveau de preuve et leur date de parution.

B. Méthodologie de l'enquête

Nous avons opté pour une enquête qualitative par analyse d'entretiens semi-directifs, réalisée auprès de médecins généralistes de 2 bassins de population correspondant à nos lieux de vie à savoir Bordeaux et la région bordelaise, et le Sud Landes/Pays Basque. Nous avons ainsi réalisé 11 entretiens.

La recherche qualitative permet d'étudier des phénomènes complexes. Elle est adaptée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs, et donc difficile à mesurer. Elle regroupe une série de méthodes permettant d'explorer, expliquer, comprendre les phénomènes observés. Cette approche permet de recueillir les opinions et le vécu des différentes personnes interrogées et d'analyser leurs comportements, leurs émotions et leurs expériences personnelles. La démarche qualitative utilise des données verbales, non quantifiables.

Nous avons choisi cette méthode car ce type d'étude est la plus adaptée pour répondre à la question de recherche et ainsi mieux percevoir les représentations des participants leurs pratiques, et leur vécu.

C. La population

Pour obtenir un échantillon varié nous avons dans un premier temps utilisé l'annuaire des médecins et nous les avons contactés. La prise de contact initiale se faisait par téléphone. Dans la majorité des cas, le secrétariat téléphonique filtrait les appels et nous ne pouvions pas parler directement au médecin. L'information sur notre thèse a donc été relayée par messagerie interne via le secrétariat ou par mail lorsque nous réussissions à l'obtenir.

Les principaux motifs de refus étaient le manque de temps, la trop grande sollicitation à des travaux de thèse, le peu d'adolescents dans la patientèle du médecin ou le manque d'intérêt pour la question.

Nous avons pu recruter des médecins au travers de rencontre lors de remplacements, ou dans notre entourage. Nous avons également été dirigés vers d'autres médecins par certains participants en raison de leurs caractéristiques afin d'élargir les profils recrutés.

Nous avons volontairement choisi qui de nous deux interrogerait quel médecin en fonction de ses caractéristiques personnelles afin de recruter chacun des profils différents.

Pour chaque entretien, nous avons élaboré un talon sociologique afin de définir les caractéristiques de chaque médecin pour obtenir une population d'étude la plus variée possible. Dans une méthode qualitative, c'est la diversification des données recueillies qui importe, et non la taille de l'échantillon. Nous leur avons demandé :

- Age
- Genre
- Orientation sexuelle
- Leur appartenance religieuse
- Contexte professionnel : mode d'exercice (rural/semi-rural/urbain), temps d'exercice (durée d'installation ; exercice antérieur à l'installation), environnement d'exercice (cabinet seul/groupe)
- Maître de stage
- Orientation gynécologique et/ou pédiatrique
- Diplômes complémentaires
- Contexte personnel : couple, enfant.

Au total nous avons pu recruter 11 médecins.

D. Le recueil des données

Les entretiens ont été réalisés d'août 2019 à janvier 2020. Parmi les différentes techniques de recueil des données, celle des entretiens individuels est la plus propice au développement d'une relation de confiance entre l'investigateur et la personne interrogée. Les entretiens étaient en tête à tête, par un seul des deux enquêteurs. Nous avons opté pour cette technique en raison du caractère intime du sujet abordé. Pour réaliser ces entretiens semi dirigés, nous avons élaboré un guide d'entretien (ANNEXE). Le déroulement de ce type d'entretien repose sur les principes de la non-directivité. Le discours de la personne interrogée est recueilli sans en influencer le contenu mais en le structurant, suggérant d'aborder les thèmes du guide d'entretien, c'est-à-dire les thèmes identifiés au préalable comme pouvant jouer un rôle dans le problème étudié. Le guide d'entretien comprend tous les thèmes que

nous souhaitions aborder. L'ordre des questions variait pour s'adapter aux discours et en conserver la fluidité. Étant inexpérimentés, nous nous sommes renseignés et entraînés aux techniques de communication pour réaliser ces entretiens le plus naturellement possible.

Pendant l'entretien, différents moyens de communication ont été utilisés :

- Des questions ouvertes permettant au médecin d'exprimer librement leur point de vue.
- Des acquiescements verbaux « d'accord », « hum hum » « oui » et non verbaux, « sourires », « hochements de tête » permettant la facilitation du discours en exprimant ainsi notre intérêt pour la parole du médecin.
- Une attitude neutre pour ne pas orienter les réponses.
- Le respect des temps de silence pour laisser au médecin le temps de formuler ses pensées mais jamais de façon trop prolongée pour éviter de mettre mal à l'aise.
- Les relances sur certaines phrases ou mots que nous souhaitions voir développer par le médecin.
- Le miroir ou les reformulations, par des formules du type « selon vous », « à votre avis » résumant l'idée principale évoquée pour s'assurer de la pleine compréhension des opinions du médecin ou de lui donner l'opportunité de compléter sa réponse.

Les entretiens se sont déroulés dans un lieu choisi par le médecin, et à la date qu'il souhaitait. Avant chaque entretien, nous avons rappelé brièvement le but de notre recherche. Après consentement oral du médecin, l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone. Les entretiens ont duré de 14 à 37 minutes. Nous précisons que l'enregistrement était anonyme, qu'il serait détruit après la rédaction de la thèse et qu'il permettait une retranscription fidèle des propos. Nous avons veillé à ne pas manipuler le dictaphone au cours de l'entretien pour qu'il soit oublié.

E. Le guide d'entretien

Un guide d'entretien (annexe 1) correspond à une série de questions stimulant l'échange. Les questions sont courtes, claires allant du domaine général vers le plus représentatif. Nous avons réalisé plusieurs versions de ce guide que nous avons testées auprès de notre entourage, la version finale a été validée par notre directeur de thèse et utilisée pour réaliser les entretiens. Ce guide d'entretien nous a permis d'explorer plusieurs axes :

Partie 1 : La place de la santé sexuelle dans la pratique de médecine générale. La place de l'abord de la santé sexuelle avec les adolescents garçons.

L'objectif est de situer la place du généraliste au sein des différentes ressources vers lesquelles l'adolescent garçon peut solliciter des informations.

Partie 2 : La vision de la santé sexuelle des adolescents garçons perçue par le médecin.

L'objectif est de définir les différentes thématiques que le médecin intègre dans l'éducation à la sexualité et de faire émerger les ressources que peuvent solliciter les adolescents pour répondre à leurs interrogations sur ce sujet.

Partie 3 : L'abord de la santé sexuelle par le médecin généraliste : freins et leviers.

L'objectif est de décrire les relations entre le médecin généraliste et les adolescents, les méthodes mises en place pour aborder l'éducation à la sexualité au cabinet et de mettre en évidence les pratiques aidantes et les difficultés rencontrées.

Partie 4 : Les caractéristiques propres au médecin et leur impact dans la pratique médicale d'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons.

L'objectif est de faire émerger des caractéristiques ou des représentations pouvant influencer la pratique médicale en termes d'abord de la santé sexuelle avec les adolescents garçons.

Partie 5 : Les suggestions d'amélioration de la pratique.

F. La retranscription

La retranscription est appelée verbatim, et correspond à la base de l'analyse en recherche qualitative.

Chaque entretien a été immédiatement retranscrit via le logiciel de traitement de texte MICROSOFT® WORD par celui qui l'avait réalisé permettant de mettre par écrit tout ce qui avait été dit. Par ailleurs des éléments tels que les silences, les rires, l'ambiance ont été notés entre parenthèse c'est la contextualisation.

A chaque fois que nous retranscrivions chacun un entretien, nous nous réunissions pour l'analyser, et définir les profils à recruter pour la suite de l'enquête.

G. L'analyse des résultats

L'analyse repose sur le principe du codage et relève d'une approche interprétative. Il s'agit d'une analyse inductive du contenu thématique par un processus de construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participants. Chaque verbatim a été découpé en unité de sens via le logiciel d'analyse NVIVO®, c'est le séquençage. Une unité de sens correspond à une idée, à laquelle on attribue un code. Le code permet de reformuler l'idée.

L'analyse permet donc de passer du verbatim aux thèmes. Les thèmes plus généraux ont été déclinés en sous-catégories afin d'obtenir une arborescence.

Afin d'augmenter la validité externe des résultats l'analyse de chaque entretien s'est faite de façon individuelle puis a été mise en commun au fur et à mesure permettant ainsi de limiter les biais d'interprétation conformément à la méthode d'analyse qualitative. Chaque point de divergence était discuté, si nous n'arrivions pas à un accord, nous suivions l'avis de celui qui avait réalisé l'entretien.

III. RESULTATS

A. Population de l'échantillon

Au total, 11 médecins ont été interrogés : 6 femmes et 5 hommes, âgés de 31 à 53 ans. Quasi tous les médecins étaient parents de 1 à 4 enfants, un médecin était enceinte et n'avait pas d'enfant, un médecin n'a pas souhaité répondre à cette question. 7 médecins avaient des enfants adolescents ou jeunes adultes. Tous étaient installés en cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire. La durée d'installation variait de 2 ans à 25 ans. 7 médecins étaient maîtres de stage universitaire. 3 médecins femmes avaient une orientation gynécologique et pédiatrique affichée, 1 médecin homme avait une orientation gynécologique.

Parmi les femmes 5 se déclaraient hétérosexuelles, 1 femme médecin a refusé de nous indiquer son orientation sexuelle, parmi les hommes 1 se déclarait homosexuel, 1 bisexuel, et les 3 autres hétérosexuels.

8 médecins avaient des diplômes complémentaires :

- M1 : DU de suivi de la femme et de la contraception
- M3 : DU de suivi de la femme et de la contraception, DU de statistiques, DU d'hypnose
- M5 : DIU de médecine tropicale et DU de médecine manuelle
- M6 : Capacité de médecine du sport, DU d'expertise des dommages corporels
- M7 : DU de mésothérapie
- M8 : DU de médecine du sport, DU de mésothérapie
- M9 : DU d'urgences médicales en milieux maritimes, DU d'échoscopie
- M11 : Capacité de gériatrie, médecine thermale, référent violences conjugales

Nous avons attribué au hasard un numéro à chaque médecin afin de garantir l'anonymat.

B. Pratiques des médecins généralistes concernant l'information à la santé sexuelle des adolescents garçons :

1. Des médecins concernés

La quasi-totalité des médecins interrogés déclarent être **concernés** par la santé sexuelle des adolescents. Selon eux, il s'agit d'un sujet important qui fait partie du champ des compétences du généraliste.

M5 : « Oui oui oui totalement, ça fait partie de notre travail, plus en médecine générale que la plupart des autres spécialités. »

M10 : « je trouve que la sexualité fait partie du bien-être des gens et que notre boulot c'est quand même de traiter la santé en globalité et la sexualité en fait partie donc forcément c'est une question que je vais aborder facilement et qui va avoir une place aussi importante que tout un tas d'autres trucs dans ma pratique. »

En population générale, la santé sexuelle est un sujet **important** et **fréquent** des consultations, les médecins interrogés estiment que la santé sexuelle s'intègre dans la prise en charge globale des patients.

M2 : « j'essaye d'en parler assez régulièrement avec des patients de tout âge »

M5 : « C'est quelque chose qui est important et fréquent..... »

M9 : « Voilà c'est un peu le privilège de la médecine générale. C'est à dire que finalement il n'y a pas beaucoup de sujets qui nous sont étrangers heuu voilà. »

M10 : « Euh finalement une place relativement importante »

Cependant, les médecins semblent suggérer que l'abord des questions de santé sexuelle est le plus souvent de leur fait.

M5 : « dans le discours non, faut l'amener... »

M2 : « Je vais pas forcément chercher à tirer les vers du nez à tout le monde sur sa sexualité. On s'en rend plus compte à partir du moment où ça pose problème, effectivement, en terme de prévention je, j'en parle aussi au moment des, pour les voyages. Les vaccins contre l'hépatite B. »

2. Une rencontre rare

Lorsqu'il s'agit des **adolescents garçons**, la place qu'occupe la santé sexuelle semble plus **réduite** voire pour certains **inexistante**.

M1 : « y'a une place mais une place très réduite » « C'est assez limité. » « C'est tellement rare. »

Les médecins expliquent ce défaut de consultation pour ces motifs par le fait que les adolescents, et particulièrement **les garçons, consultent peu**.

M3 : « j'ai l'impression de pas voir beaucoup d'adolescents garçons » « Il y a relativement peu de garçons qui consultent »

M4 : « après j'ai pas énormément de patients ado quand même » « des ados, ados j'en ai pas tant que ça. J'en ai quelques uns mais j'en ai pas non plus énormément. »

M7 : « Heuu, c'est vrai que les adolescents garçons en général on les voit parfois pour des problèmes aigus d'entorse ou de rhino heu, et encore on les voit pas très souvent »

M9 : « Après bon moi je vois pas beaucoup d'adolescents donc je sais pas. »

M10 : « J'ai l'impression qu'à 13-14 ans ils nous échappent un peu, on les voit plus trop surtout que maintenant il n'y a plus de rappel à 16-17 des vaccins »

Au sein des médecins interrogés, on retrouve un consensus sur le fait qu'ils ne viennent pas ou très **rarement sur un motif explicite** de santé sexuelle. Ils consultent principalement pour un certificat de sport ou une pathologie infectieuse aigue.

M1 : « C'est compliqué parce qu'ils viennent pas pour ça. Ils viennent pour des certifs de sport. » « ils viennent pas, certainement pas pour euh... pour quelque chose qu'ils pourraient avoir... tu vois des signes urinaires »

M3 : « Euh sur ce motif là, je dirai rare voire jamais. » « c'est plutôt des jeunes adultes même après 20 ans, 22-23. Mais avant c'est quasiment inexistant comme, comme motif »

« Ouais. En tout cas ils sont pas venus avec ce motif là de manière explicite. »

M4 : « souvent c'est pour le certificat de sport ou alors des problématiques totalement autres »

M5 : « En tout cas moi personnellement je n'ai pas eu de consultation où la démarche venait du patient lui-même, en tout cas adolescent »

M6 : « Ca peut arriver. Le garçon ne vient pas exprès pour demander des renseignements sur la prévention. »

M9 : « Mais à cet âge-là je n'ai pas le souvenir d'un ado qui est venu spontanément aborder ce sujet là. »

3. La confidentialité au cœur d'une relation de confiance

Pour les médecins interrogés, l'abord des questions de santé sexuelle sous-tend l'instauration d'un climat de confiance facilitant l'**expression**. Pour certains cela nécessite une **relation de confiance** qui s'établit progressivement dans le temps, au fur et à mesure des consultations.

M1 : « là où il est à l'aise, et ça dépend aussi du contact que tu as quoi. »

M5 : « Parce qu'il faut déjà réussir à établir un contact, donc c'est un adolescent donc ça dépend de quel jour on tombe quand même....si ça va bien ou si ça va pas bien »

M10 : « un jeune que j'ai jamais vu et qui vient me voir pour un vaccin bah je vais pas lui sauter dessus avec cette question là mais des ados que je suis depuis 3-4 ans que je suis, là enfin il y a une relation de confiance. »

« Je pense que ça dépend de l'image qu'ils ont d'un médecin généraliste et de leur médecin de famille. Euh, je pense que euh si j'arrive à faire correctement mon travail, au fur et à mesure des années. Parce qu'en fait je suis pas installée depuis suffisamment longtemps pour que les ados que je vois aujourd'hui je les ai suivi tout petits. Mais heu j'espère que si j'arrive à instaurer une relation de confiance suffisamment euuuh suffisamment importante et où on est suffisamment à l'aise avec les enfants que je commence à suivre aujourd'hui, quand ils seront ados j'espère qu'ils auront envie d'aborder ce sujet avec moi et qu'ils se sentiront libres. Mais je pense que ça dépend de la relation qu'ils ont avec leur médecin depuis qu'ils sont petits quoi. »

Pour les généralistes, la notion de **confidentialité** est le pivot central garant de la relation de confiance établie entre le médecin et le patient. Certains ont besoin de rappeler lors d'une consultation la notion de **secret médical**, alors que pour d'autres cela reste implicite, ce secret étant communément admis par tous.

M1 : « quand je sens que ça va partir là dessus, je me positionne bien, et le leur dis qu'ici on parle et que ça va pas sortir d'ici. Hein. Et que je dois avoir leur consentement avant »

M2 : « Et je pense que c'est très important pour les patients, ça c'est clair, même si c'est pas explicite. »

M3 : « Implicitement, là on a une boîte noire, c'est verrouillé et de je sais que je peux faire confiance, c'est vraiment une représentation très largement partagée quand on est patient. Moi quand je consulte, je me rends compte que j'ai cette représentation là même si je sais que y'a pas forcément un mot de passe sur mon dossier, que la secrétaire peut aussi regarder, fin voilà. Ça repose sur la confiance »

« ça m'arrive à moi d'en parler quand je sens qu'il y a une gêne ou quelque chose »

« Et sinon c'est moi parfois qui dit : je répète que c'est le secret »

Pour certains l'**empathie** se fonde sur cette notion de confidentialité, permettant de mettre en place **une relation de soutien et de compassion** vis-à-vis du patient.

M3 : « La confidentialité me semble être quelque chose de vraiment primordial, sans quoi probablement 80% de ce qu'on fait dans notre métier ne peut pas avoir lieu, parce que la dessus tu as la confiance, du coup t'as : ok je peux me poser et j'ai pas une barrière supplémentaire, j'ai déjà plein de barrières en moi donc je peux me battre avec ça puis avoir éventuellement un partenaire avec qui je vais pouvoir collaborer pour exposer mes problèmes, les comprendre et tout ça. »

Paradoxalement, pour d'autres, la libre expression passe par l'**anonymat**, cette démarche pouvant alors être freinée par le rapport au médecin de famille.

M1 : « on a une connotation de médecin de famille, et aussi, ça pourrait, peut être, être un frein chez certains jeunes... chez certains jeunes. Qui, qui pourraient avoir peur, que les parents soient au courant, ou tu vois ? »

M5 : « ils viennent nous voir ils savent, ils savent qu'on sait qui ils sont ... peut être qu'au niveau anonyme ça serait peut être plus facile pour eux de parler »

« pour les ados, oui, ils oseront pas à en parler aux gens qu'ils connaissent. »

M7 : « Par contre quand un patient connaît trop le médecin traitant il est possible qu'il se sente gêné. On connaît toute la famille quoi »

« Par contre avec le remplaçant probablement que c'est plus facile. »

A noter qu'un médecin soulève le fait que quoi qu'il en soit les adolescents garçons ne se livrent pas facilement :

M3 : « C'est rarement une parole libérée en fait, hein. »

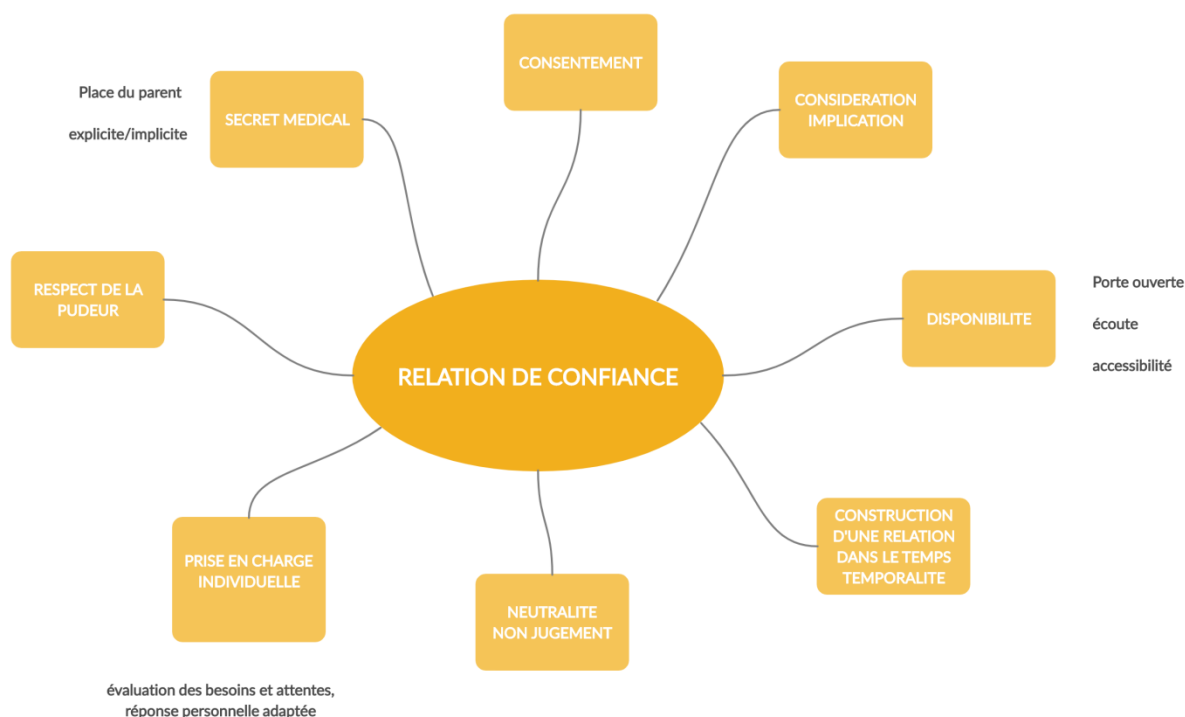


Figure 1 : La relation de confiance entre l'adolescent et le médecin

4. Les médecins acteurs de la santé sexuelle des adolescents, mais pas au cœur de l'éducation

La plupart des médecins tenaient à souligner qu'ils n'étaient **pas les acteurs principaux** dans ce domaine. Selon eux, la sexualité fait partie de la prise en charge globale du patient mais **l'éducation à la sexualité n'est pas du ressort médical**. Ils se sentent **qualifiés** pour la **prise en charge du côté « pathologique » de la sexualité** mais n'ont **pas de rôle défini concernant les relations sexuelles** en elles-mêmes. On retrouve ici la nécessité de **non appropriation médicale de la sexualité**.

M2 : « La sexualité ne doit pas être renvoyée à une idée de problème, de maladie. »

« Pour moi c'est plus tout un ensemble de questions de société qui sont vraiment pas réglées et on a l'impression qu'on demande au médecin d'arriver un peu comme les pompiers, pour pas dire on a rien fait, mais qu'on demande à des gens, nous en tant que médecins, qui sommes pas là pour éduquer les gens »

« L'éducation du citoyen c'est avant tout le rôle de la société, de l'école ou du système médiatique éventuellement, du service publique mais pas forcément du médecin, encore moins du médecin généraliste libéral qui doit en plus de sa consultation pour des patients qui vont venir clairement pour un autre motif l'intégrer, y passer du temps, s'assurer que ça a été bien compris et en plus se débrouiller avec ses convictions personnelles parce que y'a pas forcément de formation qui soit claire donc chacun va devoir mettre un peu de ses représentations »

M5 : « pour prendre en charge, comme tu dis la santé sexuelle, je suis pas sûr qu'on soit forcément pour le coup le premier intervenant. Je pense que ça doit être de l'éducation, quelque chose du réflexe et qui n'existe pas de manière satisfaisante en ce moment. »

M6 : « Je ne fais pas des cours de sexo en disant « il faut faire comme ça » ».

« Je ne suis pas sûr qu'en première ligne on ait une place pour l'éducation sexuelle »
M9 : « J'avoue que pour la sexualité est ce qu'on est les mieux placés pour en parler ? J'en suis pas forcément certain. »
« Est ce qu'on est qualifié, est ce qu'on est légitime à parler de sexualité dans le sens désir heu etc.. Bon pourquoi pas mais ce n'est pas de manière évidente il me semble. »

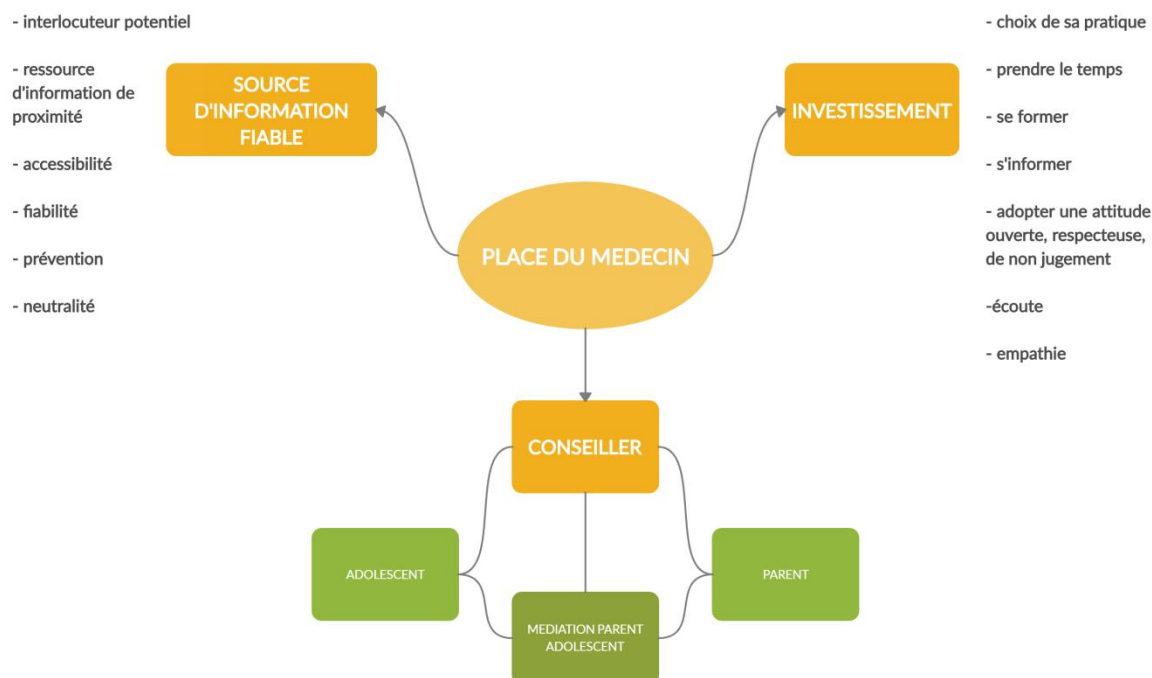


Figure 2 : place du médecin dans l'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons

5. Le médecin reste un interlocuteur potentiel

Bien que n'étant pas au cœur de l'éducation à la santé sexuelle, les médecins insistent sur leur rôle de **manifester leur disponibilité** pour aborder ces questions. Il reste globalement à l'initiative du médecin de se montrer à l'écoute et de se présenter comme un potentiel interlocuteur concernant ce sujet.

M2 : « Je pense que le médecin doit être identifié comme une des personnes clairement à qui on peut parler de sexualité »

« Quand le médecin en parle ça permet de laisser entendre que ça peut être un sujet à aborder »

M9 : « je pense que pour moi notre mission entre guillemets d'indiquer que la porte est ouverte, que si ils ont des questions, des préoccupations etc c'est des sujets qui vont pouvoir être abordés avec nous sans difficulté, sans tabou. Mais est ce qu'il faut aller provoquer ces discussions-là chez des ados ? je ne sais pas, je me dis qu'ils ont ni besoin ni l'envie quoi heu. »

M11 : « tu laisses la porte ouverte. »

6. La gestion du parent accompagnant, le casse-tête du triptyque

La gestion du parent accompagnant les adolescents en consultation ne fait **pas consensus**. D'une façon générale, il semblerait que ce soit le plus souvent **les mères** qui accompagnent leurs adolescents en consultation.

M3 : « c'est plus souvent les mères, parfois des pères quand même. »

Pour certains, leur présence représente **un frein** pour l'adolescent mais également pour le médecin à l'abord de sujets intimes.

M1 : « ça peut être très troublant, c'est les parents qui viennent avec des ados »

M3 : « régulièrement on se dit ah ouai on aurait dû faire sortir la mère ou on aurait dû faire sortir le père. Parce qu'on a l'impression que, euh y'a, euh l'ado était passif »

M4 : « Déjà à 11 ans ils viennent avec les parents. Donc euh, je pense qu'ils seraient un peu gênés de discuter de cela devant les parents à 11 ans »

M7 : « Alors il y a les deux, mais quand j'aborde la sexualité et que l'enfant est suffisamment grand je fais sortir la mère. C'est vrai que c'est pas possible de l'aborder quand il y a les parents. Et puis les parents parlent à la place de l'enfant. »

M10 : « En général ils sont accompagnés de leur mère, heu, donc heu, bon après ils sont gênés, tout le monde est gêné, enfin eux hein, moi ça va je ne suis pas gênée mais les mamans ne sont pas souvent à l'aise quand on aborde la question de la sexualité. »

« Je pense que je vais plus facilement aborder le sujet s'ils sont tous seuls. »

Pour pallier à cela, parfois certains adolescents **viennent directement seuls** en consultations, soit ils **consultent à nouveau sans leurs parents**.

M2 : « Y a aussi pas mal de jeunes qui viennent seuls, plus des filles pour le coup. Ou des garçons jeunes mais qui sont en formation professionnelle, qui sont à moitié dans la vie active et qui euh, se posent plus comme de jeunes adultes que comme des adolescents. »

M5 : « Pour ce genre de chose en général soit ils viennent seuls d'emblée, soit ils viennent une première fois accompagnés, puis ils reviennent seuls »

« Moi je ne les convoque pas seuls, après je leur propose s'ils ont besoin de revenir et que s'ils ont besoin de revenir et qu'ils veulent revenir tout seul, bah voilà c'est tout à fait possible. »

« Bah ça se passe bien (rires). En général ils les accompagnent la première fois, et euh, ils comprennent rapidement, quand je dis que y'a besoin de revenir et que ça serait bien qu'il revienne tout seul ...jusqu'à maintenant j'ai pas eu de refus quoi. »

M6 : « Je propose même au « gamin » de venir une fois sans les parents si ils désirent aborder certains sujets : drogue ou problème de sexualité. »

D'autres perçoivent le parent comme **un allié**, voire parfois cherchent à l'intégrer pour que ces questions puissent être évoquées au sein du noyau familial.

M2 : « En général je fais, euh, quand les parents sont présents j'essaye de leur faire percevoir que la question de la sexualité peut être à aborder, y compris avec les jeunes et je vois à peu près comment est-ce qu'ils se comportent et la plupart du temps ça leur semble a...ça à l'air de leur sembler en tout cas cohérent. »

« Ça peut permettre de détendre les parents aussi sur euh le sujet, sur la question. Et euh faire comprendre assez vite que la sexualité même des jeunes ou des très jeunes ça les regarde eux avant tout, c'est une question de choix qui si possible peut être personnelle. »

La présence parent est parfois vue par le médecin comme **rassurante** pour l'adolescent :

M9 : « Ah oui. Si vraiment la question de la sexualité arrive sur le tapis, évidemment oui. Ça peut arriver euh... garçons filles pareils, ça peut arriver que je propose au parent de sortir, et clairement je m'aperçois que l'adolescent n'est pas demandeur et que au contraire ça va plutôt le rassurer et que c'est des familles qui sont plutôt en, .., déjà en discussion, que spontanément il n'y a pas de problème, mais oui je vais systématiquement le proposer. »

Le parent accompagnant peut être à l'initiative de l'abord des questions de santé sexuelle.

M2 : « Y a des parents qui en parlent à priori assez ouvertement avec les enfants et y compris lors de la consultation. »

M11 : « Qu'est ce que la normalité ? Ca ne vient pas forcément d'eux, ça peut venir d'un parent, oui souvent ça vient d'un parent. »

Proposer à l'adolescent de faire sortir le parent revient à lui imposer un **dilemme de loyauté** envers son parent.

M3 : « En fait les gens sortent facilement, et l'ado accepte sans problème. Alors en fait ce que je faisais avant c'est que demandais s'il voulait être seul. Et 9 fois sur 10 c'est oh non non non ça va j'ai rien à cacher »

« Et c'est pas rare que les parents disent mais si tu veux je sors. Mais y'a, 'fin, finalement ils sortaient jamais quoi. »

Lorsqu'il s'agit d'une **initiative du médecin**, celle-ci est souvent bien perçue et acceptée.

M1 : « Elle a accepté de, de, de quitter la consultation pour me laisser parler »

M3 : « c'est vrai que faire sortir le parent c'est pas quelque chose de, euh que je fais naturellement et donc là dernièrement je l'ai fait. Et j'ai trouvé que c'était vachement bien. Du coup ça m'incite à continuer à le faire »

« je me suis dit, il faut que moi, je dise je veux que vous sortiez et après je vous reprends. Et je pense en fait que c'est la façon qu'il faut faire. 'fin sauf s'il y a vraiment un gros refus, une résistance, je vais pas me battre »

Parfois le **parent prend l'initiative** de laisser seul l'adolescent avec le médecin.

M10 : « Je propose systématiquement. Des fois l'ados veut que son parent reste mais en fait euh j'ai l'impression que le message est passé parce que les parents proposent d'eux même souvent avant même qu'on ait eu le temps de proposer. Ils disent eux même à leur enfant « est ce que tu veux que je sorte ? ». Ou parfois ils nous prennent nous comme excuse et demandent « est ce que vous voulez que je sorte ? » et moi je répond systématiquement « c'est comme vous voulez vous ou plutôt comme il veut lui ou comme elle veut elle ». Euh je demande non pas au parent si il veut sortir mais à l'ados si il veut que son parent sorte. »

C. Le déroulement des consultations de santé sexuelle :

1. Les difficultés rencontrées pour aborder le sujet

a. Peu ou pas d'accroche

La majorité des médecins soulignent la **difficulté à aborder** ce sujet en l'absence d'élément permettant de réaliser une accroche.

M5 : « encore une fois pour les garçons on a pas de vaccination de type HPV où on peut aborder le problème.... Bon, c'est moins, moins facile. »

M8 : « C'est compliqué d'aller chercher un sujet qui n'est pas... voilà il vient pour un certificat pour du hand et on va lui demander si il met des capotes. Je crois que c'est un peu décalé. »

M9 : « Heuu, c'est vrai que les adolescents garçons en général on les voit parfois pour des problèmes aigus d'entorse ou de rhino heu, et encore on les voit pas très souvent, du coup ça me semblerait quand même très très bizarre de leur heu..enfin, pendant leur prise en charge de leur entorse de leur dire « et les amours comment ça va ? »

b. C'est quand même plus facile avec les filles

Chez les adolescentes, l'abord des questions de santé sexuelle apparaît comme plus **évident** pour les médecins. D'une part, les adolescentes semblent **plus consulter**, et parfois même les motifs de consultation sont plus propices à l'ouverture sur ces questions.

M4 : « Pas du tout. (rires) non franchement, j'en ai aucun qui m'a posé la question contrairement aux filles qui du coup viennent sans leurs parents des fois pour m'en parler »

M6 : « Maintenant il y a les préservatifs remboursés, j'en parle. Alors c'est rigolo, parce que les préservatifs, ce sont les filles qui me demandent et pas les mecs hein. Les seules prescriptions que j'ai pu faire c'est pour les filles. »

D'autre part, selon les médecins l'abord de ces questions avec les filles se montre actuellement **socialement admis et considéré comme légitime**.

M4 : « C'est plus normal pour elles que pour les garçons qui eux ... on leur en parle pas, ils restent dans leur coin »

M9 : « Et heu pour les filles je vais assez facilement ouvrir la question, chez les garçons honnêtement je ne pense pas. Si je n'ai pas heuu, enfin si je n'ai pas un point d'appel je ne vais pas heu mettre ça sur le tapis quoi. »

La **vaccination** contre certaines souches de papillomavirus offre aux généralistes une **ouverture pour initier le dialogue**.

M4 : « les filles où y'a le HPV où j'en parle dans tous les cas même si elles viennent pour autre chose. »

« Bah ça aide, parce qu'il y est entre 11 et 14 ans donc c'est vrai que c'est facile d'en parler dès 11 ans, de parler de ça et du coup d'évoquer la sexualité chez les filles et donc de l'éventualité de faire le vaccin avant tout rapport etc ... »

« ça aide bien pour avoir une accroche chez les filles alors qu'elles viennent pour totalement autre chose. »

« C'est dans la prévention, donc du coup elles comprennent pourquoi on parle de ça alors qu'elles viennent pas pour ça. »

De même, la **contraception** proposée aux filles reste un moyen d'aborder d'autres questions en matière de santé sexuelle.

M5 : « Autant une fille ça va être plus facile d'abord au niveau de la contraception, ce genre de chose »

Par ailleurs, il semblerait qu'à âge égal, les filles soient ressenties comme **plus matures** et aptes à accueillir certains discours que les garçons.

M4 : « -Honnêtement non. Chez les garçons non, 'fin pas chez les petits comme ça entre 11 et 14 ans. Non [...] »

- cet âge 11 ans, finalement chez les filles on en parle, chez les garçons on se dit qu'ils sont peut être un peu jeunes ?

- Oui, parce qu'il y a ce vaccin, si on avait pas le vaccin, je n'en parlerai pas à 11 ans de sexualité chez les filles »

Le **discours et les thématiques abordées semblent varier selon le genre** de l'adolescent, la contraception, la grossesse et les conséquences de la grossesse, le consentement, les violences paraissant être l'apanage des filles.

M1 : « - les questions de consentement, c'est des choses que tu as déjà abordé avec des adolescents ?

- Alors là, jamais. Alors là, jamais, jamais. Garçon ? jamais.

- Et fille ?

- Ah oui ! »

M3 : « au sein des relations les violences sont plutôt faites aux femmes, c'est probablement lié à une culture de la faible femme qu'on voit comme un objet fragile »

M5 : « La contraception c'est un sujet auquel ils sont peu sensibilisés, je ne l'aborde pas vraiment avec eux ça. Avec les filles beaucoup plus évidemment. Avec les garçons c'est un sujet qui souvent ne les intéresse pas. Pour la plupart c'est un problème lié à la fille, ou alors ils utilisent des préservatifs mais pas à visé contraceptive mais IST. »

« Je le fais plus avec les filles, je demande aux parents de sortir. Les filles qui peuvent avoir des relations en soirée etc, elles parlent plus »

2. Initier la communication

a. Une consultation aisée lorsqu'il s'agit du motif

De façon anecdotique, certaines consultations peuvent amener à aborder la santé sexuelle avec les adolescents garçons

M1 : « j'ai été confrontée à des garçons qui venaient parce qu'ils avaient une gynécomastie »

M2 « j'en parle aussi au moment des, pour les voyages. »

M8 : « si il présentent euh... des troubles de la sphère uro-génitale »

Mais le motif principal rendant aisé cet abord reste **les infections sexuellement transmissibles et leur dépistage**.

M7 : « Après les jeunes viennent beaucoup pour des consultations « bilans MST » donc c'est facile après de rebondir. »

M8 : « Après quand j'ai abordé la sexualité c'est qu'on mettait en évidence une IST »

« Là oui, pour un bilan d'IST. C'est le moment où je vais en parler »

« Si il me demande un bilan IST. Oui si moi j'ai besoin de lui en proposer un si adénopathie ou heu..il faut qu'il y ait un contexte patho ».

« Si je demande si il est d'accord pour un bilan IST, à ce moment-là derrière je vais avoir une ou deux questions sur son comportement. Donc forcément la question de la protection vis à vis des IST et d'une grossesse. »

M10 : « les consult de bilan IST, quand il y a une prise de risque en fait. »

D'une façon générale, lorsqu'il s'agit d'une **demande du patient** les médecins ressentent plus de facilités.

M4 : « pour le coup quand ils viennent pour un thème ciblé là-dessus, j'essaye de parler d'un peu de tout, des MST en soi, de celles qui donnent des symptômes, pas de symptôme, quand il faut consulter. »

« Non vraiment, les discussions quand ils viennent pour ça je pense que c'est vraiment beaucoup plus simple quand le thème est lancé là-dessus. Puis c'est beaucoup plus spontané » « Pour le coup là ça me pose pas de problème d'élargir sur tout ... »

M7 : « Je n'ai aucun problème heu quand le patient aborde le sujet »

b. La perche tendue

Le fait de faire une remarque, de poser une question simple en rapport à la sexualité peut permettre d'initier le dialogue. En repérant des comportements individuels et des conduites potentiellement à risque, le médecin renforce la confiance et les échanges avec l'adolescent. Il s'agit parfois d'identifier les attentes et les représentations de l'adolescent. De ce repérage peut alors découler une intervention personnalisée qui s'adapte au contenu évoqué allant de l'apport d'informations à l'aide au changement tout en respectant les choix et l'ambivalence de l'adolescent. Cette démarche semble s'inspirer des techniques de **repérage précoce et d'intervention brève** en matière de santé sexuelle.

M1 : « si quelqu'un vient pas spécialement pour ça je peux lui glisser un petit mot comme on le fait pour le tabac tu vois »

M5 : « Il suffit de dire « au fait niveau protection c'est bon ? » ça peut aussi enclencher une discussion et on voit si y'a une suite »

Pour certains médecins, cela passe par des **questions automatiques**, qui sont utilisées systématiquement en consultation, permettant ainsi d'explorer d'autres thématiques que le

motif initial. Comme par exemple la question de la contraception qui ouvre la porte au sujet de la santé sexuelle.

M5 : « *je pense qu'en tant que médecin traitant il faut absolument rester à l'écoute et rester impliqué, et, et avoir les questions automatiques, fréquentes, qui reviennent tout le temps ...* »

M3 : « *Ce qui me permet aussi de parler des violences qui sont pas sexuelles aussi. En tant que victime mais aussi en tant que auteur. Et alors là même plus jeune que 11 ans : est ce que tu es gentil avec tes copains ? fin juste voilà quoi de manière très euh ... juste comme ça. Et est ce qu'ils sont gentils avec toi ? voilà* »

M10 : « *Si c'est moi qui aborde le sujet heuuu je vais l'aborder en disant « et la contraception tu sais que ce n'est pas qu'une question de fille, que c'est aussi important pour les garçons que voilà, qu'une relation sexuelle c'est partagée à deux donc voilà la responsabilisation doit être partagée à deux. Ce genre de choses. »*

Les médecins généralistes indiquent ainsi aux adolescents leur **rôle d'interlocuteur potentiel** sur certains sujets

M2 : « *Quand le médecin en parle ça permet de laisser entendre que ça peut être un sujet à aborder* »

M3 : « *Les ados n'ont pas forcément l'envie d'en parler à leur MG donc il faut leur donner la possibilité en entrouvrant des portes si ils souhaitent en parler.* »

M5 : « *si on veut faire une accroche, on l'a fait.* »

M6 : « *Je propose même au « gamin » de venir une fois sans les parents si ils désirent aborder certains sujets : drogue ou problème de sexualité.* »

Il s'agit aussi parfois pour le médecin de **saisir le moment opportun**:

M2 : « *J'essaye de saisir des perches, quand j'en trouve. Euh notamment, par les infirmières scolaires, de leur rôle ou n'importe quoi* »

c. Entamer la discussion

Pour orienter leur discours, certains explorent les **connaissances des adolescents**, et leur demandent s'ils veulent développer certaines notions.

M3 : « *Tu connais des choses ? il me dit oui oui j'ai appris mais bon jsuis pas sûr* »

Les **programmes scolaires**, semblent être un point de départ également utilisé pour entamer la discussion autour des questions de santé sexuelle.

M3 : « *« Alors là où ça m'est arrivé de l'aborder, c'est quand je les interroge sur les programmes d'éducation qu'ils ont au collège, souvent au collège et est ce que vous parlez des réseaux sociaux, de ...voilà fin sans aborder forcément le côté sexuel.[...] voir ce que eux ont perçu, ont eu comme accès en termes d'éducation par rapport à ça. Eventuellement partir de là quoi.* »

3. Le contenu de la consultation de santé sexuelle

a. L'accent mis sur les données biomédicales

Pour justifier leur rôle, les médecins avancent des **chiffres** de santé publique qui mettent en évidence un manque d'information sur la sexualité et une efficacité jugée insuffisante des mesures déjà instaurées.

M2 : « *entre les chiffres d'avortement et les, les contraceptions d'urgences, la méconnaissance des modes de délivrance des contraceptions d'urgence et la contraception en général qui montrent qu'on est pas forcément hyper bons sur la santé sexuelle* »

M5 : « je considère que non, qu'il faut le faire, et quand on regarde les statistiques les chiffres... voilà. »
« vu les conséquences, c'est-à-dire les chiffres qu'on peut voir au niveau infectieux etc Ça n'est pas trop satisfaisant, non. »

b. La sexualité vue par ses risques

D'une façon générale les médecins abordent **les risques** liés à la sexualité en consultation. Pour eux, les adolescents n'ont pas de réelle conscience des risques infectieux et de grossesse encourus. Il est mis en évidence qu'ils estiment que l'utilisation du préservatif n'est pas optimale.

M2 : « y a quand même une sexualité des adolescents à partir de 15 ans voire avant mais qui est plus anecdotique, n'empêche qu'elle est quand même existante et que c'est un moment où il va y avoir des prises de risques particulières. Donc ces jeunes ou très jeunes, ont particulièrement à être informés »

M3 : « Mon point de vue de médecin c'est que c'est un âge où on est hyper fertile. Donc oui je pense que ça serait bien de s'intéresser plus. Pas forcément d'avoir des connaissances très précises mais de s'assurer ou de s'interroger sur, voilà, est ce que là si on ne met pas de préservatif ou si je l'ai pas mis de suite après la première pénétration est ce que y'a un risque de grossesse ou pas ? hein. »

M7 : « Euh oui leur liberté sexuelle, c'est à dire heu ce qu'ils aiment c'est de très vite enlever le préservatif, voire de ne pas le mettre du tout. Et ça, ça revient alors qu'à un moment ils faisaient attention. Alors que je vois, ils font n'importe quoi maintenant.

« Pareil, quand ils viennent pour une MST, une gonococcie, bah on leur donne un antibiotique et puis ça va mieux et puis on peut recommencer et youpi la vie est belle. »

Un médecin soulève un **risque d'ordre psychologique** associé à la **vulnérabilité** liée à la sexualité.

M2 : « l'entrée dans la vie sexuelle ou la sexualité d'une façon générale ça touche très rapidement à l'intime et on se retrouve assez vite vulnérable et à nu. Ça peut être intéressant d'être conscient que oui on va prendre un risque clair, pas uniquement de maladie pour sa santé mais aussi psychologique puisqu'on va se retrouver attaqué ou blessable plus facilement dans cette situation que dans d'autres »

Cette position de mettre en avant les risques induits par la sexualité, se justifie aux yeux des médecins par le fait d'**éduquer** les patients, et ainsi **leur donner les capacités de gérer les risques et les préjudices liés aux risques.**

M2 : « J'essaye de faire passer un message qui est que plus on a d'informations sur un risque éventuel, plus on s'en affranchit facilement et plus on peut se concentrer sur le reste rapidement. »

c. Des thématiques fréquemment abordées

La **contraception** et les **IST** sont les deux thématiques qui sont le plus souvent abordées en consultation avec l'adolescent. Plusieurs médecins mettent l'accent sur **l'anatomie** pour imaginer leurs propos.

M1 : « Y'a, y'a quand même une connaissance à avoir, la pilule du lendemain, même le comportement, tu vois, en avoir parlé une fois. C'est. La contraception, la prévention, les IST, la fréquence, hein, conduite à tenir s'il y a des partenaires multiples, et tout ça, 'fin. »

M2 : « Je parle sexualité, violence, euh MST, et euh plaisir à attendre tout de même »

M3 : « j'ai ouvert la porte sur la sexualité. Donc sur, sur l'anatomie. L'anatomie des hommes, des femmes. »

« Et après sur la contraception j'ai globalement évoqué les différents moyens, et que ça pouvait être intéressant pour lui de s'interroger ou d'interroger sa partenaire [...] qu'il pouvait s'intéresser à : est ce qu'elle a une contraception ? et d'en discuter savoir comme lui voulait faire. Voilà, voilà, il était intéressé sur les différents types »

M5 : « Bah principalement les risques infectieux, la protection, éventuellement le dépistage s'il a besoin. »

d. Des thématiques plus rarement abordées

La notion **consentement** entre les partenaires, pourtant ressentie comme importante par les médecins, est très peu abordée. De même que la **pornographie** qui est un sujet sensible et tabou. La question de l'**orientation sexuelle** n'est pas non plus un sujet mis en avant par les médecins.

M1 : à propos de l'abord du consentement

« Alors là, jamais. Alors là, jamais, jamais. Garçon ? jamais

- Et fille ?

- Ah oui ! »

« Réseaux sociaux, un peu. Pornographie, effectivement assez rarement. Je ne pose pas forcément la question et probablement à tort »

M3 : « Alors la pornographie je l'aborde peu. »

« Alors les réseaux sociaux je l'aborde pas spécialement dans le champ de la sexualité »

« on a abordé la masturbation euh ... et le fait que bah avec la masturbation il pouvait y avoir ... ça pouvait avoir l'intérêt bah de connaître son corps pis que c'est, voilà c'est un désir qu'on ressent. Et que parfois du coup on était, on pouvait découvrir des choses qui nous, qui nous perturbaient. »

« Euh avec lui on a abordé aussi euh ... le côté relation sexuelle dans le sens pas forcément pénétration. Et pas forcément organes génitaux. »

M11 : « on, non, c'est à la mode ça, mais non je n'aborde pas le consentement. »

« Non, c'est tabou ça peut être, mais non on ne parle pas de pornographie. »

« Après j'en ai qui se posent des questions sur l'orientation, des filles notamment, [...] un garçon, c'est peut être arrivé une ou deux fois, mais c'est pas très souvent. »

Paradoxalement, pour un médecin la question du consentement apparaît comme prioritaire cependant elle reste peu abordée. On note ici les différentes **sensibilités individuelles** à mettre en avant certaines notions dans leurs consultations.

M2 : « la question du consentement aussi doit être à mon avis relativement prioritaire, y'a une pression sociale sur les garçons pour que ça se passe le plus tôt possible et qu'on s'en vante et pour les filles ça reste toujours honteux, précieux »

Les questions de **violence** ne sont également quasiment jamais abordées avec les adolescents.

M10 : « Avec les ados, non. La question de violences ne s'est jamais posée. Après je m'occupe des violences conjugales, je suis médecin référent, mais bon ça s'est un autre sujet. Avec les ados Non. Non, alors que ça peut exister. »

M3 : « Alors consentement je l'aborde plus et plus globalement je parle assez facilement des violences et je le lie à la violence. Ce qui me permet aussi de parler des violences qui sont pas sexuelles aussi. »

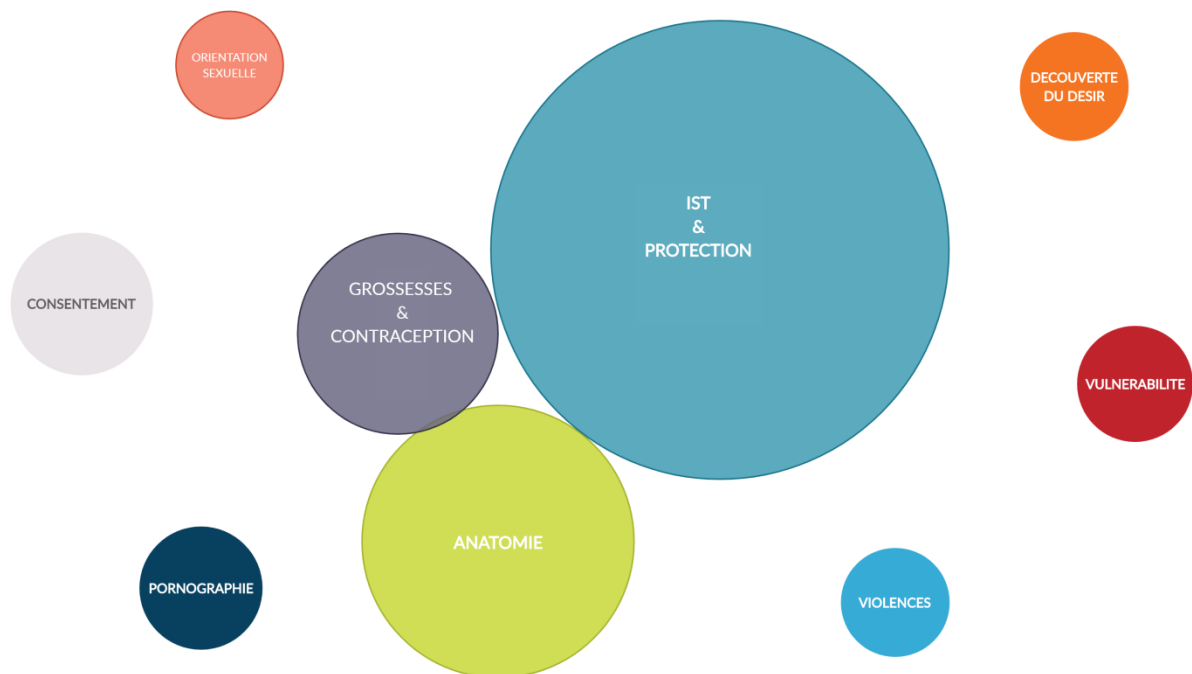


Figure 3 : les thèmes abordés en consultation

4. Stratégies de communication

a. Le respect de la pudeur, de l'intimité

Les médecins interrogés mettent l'accent sur le fait de **respecter la pudeur** des adolescents lors des consultations. Pour eux, il s'agit de ne pas les brusquer, et de **respecter leur liberté de ne pas aborder ces questions**.

M1 : « c'est un peu délicat quoi, tu touches tout de suite à l'intime. Qu'est qu'il me veut celui la ! » « tu as quand même droit à ton intimité »

M2 : « Du coup c'est très important pour moi. Avec la particularité dans notre métier qui est d'accepter que les gens ne souhaitent pas parler de leur intimité. Mais de leur montrer que c'est un endroit où s'ils souhaitent en parler, parce qu'il y a des problèmes, la confidentialité permettra de préserver leur intimité. »

M3 : « S'il souhaite pas en parler, il souhaite pas en parler et puis c'est comme ça. »

M5 : « Mais ils ont tous accès à la pornographie c'est certain, par contre ils ont vachement de pudeur et de réticences à en parler. »

Pour certains médecins, ce respect passe par la demande d'un **consentement exprimé** pour aborder ce sujet.

M3 : « je lui ai demandé s'il était d'accord qu'on parle des relations sexuelles. »

« je lui ai demandé si il souhaitait qu'on parle de l'anatomie »

M8 : « Si je demande si il est d'accord pour un bilan IST, à ce moment-là derrière je vais avoir une ou deux questions sur son comportement. Donc forcément la question de la protection vis à vis des IST et d'une grossesse. »

Pour d'autres, cela est plus implicite, sur **le ressenti** et **le non verbal**.

M7 : « Mais quand je vois que ça freine un peu bah j'insiste pas quoi. »

Pour les médecins, il s'agit également de **ne pas donner l'impression d'avoir une attitude déplacée** à l'égard des adolescents.

M5 : « C'est souvent, entre 16 et 18 ans, que ça vire. Ils ne comprennent pas pourquoi le médecin aborde ce sujet, ils ont l'impression qu'il y a une certaine forme de perversité,

voyeurisme ou même se demandent est ce que le médecin est pas en train de me faire des propositions.

M6 : « Ca peut être assez mal perçu j'ai l'impression quand tu l'abordes spontanément toi de but en blanc. C'est assez mal vécu, même avec des plus vieux. »

Ce sentiment des médecins influe également sur le contenu du discours, ainsi certaines thématiques ne sont que peu ou pas abordées.

M9 : « heu, après le reste est ce qu'il faudrait l'aborder ? Est ce que les questions du plaisir, de l'acceptation de son corps etc... heu, c'est tellement personnel que j'ai du mal à en parler. »

Ce respect de la pudeur et de l'intimité, se réalise également au cours de **l'examen clinique** où la notion de **consentement** apparaît primordiale.

M5 : « Donc bon, s'il faut faire l'examen je le fais, si le patient est un peu réticent je lui explique, jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu de refus d'examen génital que ça soit masculin ou féminin »

Cet exercice est **vécu comme difficile** par les médecins.

M5 : « Mais après c'est dur de ne pas être intrusif. »

b. La consultation, un moment propice à l'expression de l'intimité

L'environnement rassurant du cabinet de médecine générale et le **colloque singulier** est décrit comme facilitant l'expression de l'intimité.

M10 : « Oui. Mais heu je crois que heu la question de la sexualité à l'école elle est différente de la question abordée dans le colloque singulier en consultation. Avec l'école c'est en groupe avec la classe et ce qu'on suppose donc il y a effectivement d'autres informations qui peuvent être amenées mais il y a aussi la gêne du groupe, comme le disent les jeunes, donc heu le colloque singulier avec un médecin avec qui on va être à l'aise ou avec une infirmière scolaire. Mais dans le cas d'un colloque singulier la question va être très différemment abordée. »

c. S'adapter au degré de maturité

L'adolescence étant une période de changements rapides, les médecins adaptent leur discours et leur attitude au **degré de maturité** des adolescents, notamment avant 15 voire 17 ans où ils les jugent parfois trop jeunes pour être concernés par ces questionnements.

M1 : « Ils ont pas une maturité suffisante parfois pour aborder ces questions là, les formuler, les verbaliser »

M4 : « je sais pas si dès 11 ans des questions leurs viendraient directement »

« Peut être un peu plus tard, euh, après ils s'attendent pas à ce qu'on leur parle directement des MST, dès le départ, à cet âge là c'est compliqué à dire quoi. »

M5 : « Hum hum, personnellement entre 10 et 15 ça m'arrive très rarement quand même [...]Après au-delà, c'est déjà plus facile de discuter »

M6 : « Je pense que leur parler des organes génitaux est vraiment une entrée intéressante mais plutôt vers 17-18 ans. Il y a peut être des pensées à déconstruire chez les médecins mais avant cet âge ça me paraît compliqué d'en parler. »

M7 : « Je ne sais pas parce qu'il y a une pudeur quand même. Chez l'adolescent c'est compliqué du faire du rentre dedans en disant « il faut que tu te protèges ». Quelques fois ils n'ont pas eu de rapport. Nous on arrive avec nos questions, tu fumes ? tu bois ? (rire) tu te

drogues ? et est-ce que tu as une copine ? est-ce que tu as des rapports ? L'ados qui est boutonneux (rire) et qui (rire), ça fait un peu beaucoup...»

d. Une neutralité au cœur de la bienveillance

La **bienveillance** du médecin s'exprime au travers d'un **discours inclusif** où la **neutralité** du discours permet la **libre expression des différences** individuelles. Cela passe par une attitude ouverte sans à priori mais également par la formulation de **questions non genrées**.

M1 : « t'as une petite amie ou un petit ami ? »

M3 : « je lui ai demandé si, s'il était avec quelqu'un, j'essaye de voir, 'fin de faire attention aux termes que j'utilise pour pas, 'fin pour que ça puisse être éventuellement non genré »

« Ou alors parfois je dis un garçon ou une fille ? »

« je fais plus souvent des questions non genrées. Est-ce que tu es avec quelqu'un ? Es-tu en couple avec quelqu'un ? Voilà l'idée étant de laisser au maximum la porte ouverte, sans... sans difficulté. Surtout si lui il souhaite en parler. »

M11 : « C'est compliqué en plus de parler de normalité, moi j'aime pas trop ce mot, la normalité qu'est ce que la normalité ? Quelle que soit ton orientation, tes pratiques, t'es pas anormal. Voilà, tu vois ce que je veux dire. » « On va plutôt parler de différence, normalité c'est peut être pas un bon terme. »

e. Relation médecin-adolescent : comment trouver la bonne distance

Pour certains médecins, se crée une relation de **proximité** avec les adolescents. Une des médecins décrit sa pratique comme étant maternante. Un autre adopte une attitude d'ami voire de grand frère. Ce choix de relation repose sur la dialectique de la distance et de la proximité permettant aux yeux de ces médecins de casser certaines barrières pour mieux initier le dialogue tout en essayant de maintenir la qualité de la relation médecin-patient qui doit être celle de l'empathie et de la neutralité des affects. En tissant de tels liens, les médecins aspirent à dépasser le fait de dispenser un soin ou un conseil pour « prendre soin » de l'adolescent. Ils développent ainsi leur capacité de se mettre à la place de l'adolescent pour envisager leurs attentes, leurs peurs, leurs interrogations, cela sous-tend de faire tomber la hiérarchie.

M7 : « Oui. Chez moi les IST c'est interdit (rire). Surtout je leur dit, « je pourrais être votre mère, je n'aimerais pas vous voir avec une IST, vous vous débrouillez ». « je leur parle un peu comme ça, je suis très maternisante peut être. »

M11 : « Oui c'est beaucoup plus facile. Maintenant les ados ils viennent tous seuls, au début ils venaient avec leurs parents, maintenant on se connaît, ils me tutoient en plus, donc ça c'est qu'il y a suffisamment de proximité, ouais, donc c'est plus facile. »

Pour d'autres, cette proximité les met mal à l'aise, ils ont besoin d'une **distance** pour garder leur professionnalisme. De même, cette proximité peut parfois empêcher le patient d'exprimer ses doutes, ses interrogations ou bien encore ses peurs.

M9 : « au lieu de vouloir le mettre à l'aise bah je crée un malaise parce que trop de proximité. Alors c'est un peu de rentrer dans le rôle du grand frère ou du machin qui je pense ne devrait pas être notre rôle. »

« Qu'est ce qu'il peut penser, est ce que moi je peux essayer de moi le mettre à l'aise mais du coup je pense que je perds en naturel et en professionnalisme. »

« J'essaye de créer une proximité, de le mettre à l'aise mais du coup je pense que je perd en naturel [...] Voilà je lui ai dit que j'avais pas de problème, que j'étais moi même homo et là je me suis rendu compte à posteriori que ça n'a peut être pas été pertinent que heu que j'aurais

bien aussi pu rester très neutre sur le plan émotionnel, on va dire sur le plan professionnel voilà. Heu sans chercher à introduire ce facteur de proximité.... »

« Parce qu'il ya une chose qui me semble heu assez pertinente à dire. Probablement heu.. Comment dire. De la même manière que je me rend compte que je développe des liens heu, un peu trop amicaux ou trop sympathique par rapport à certains patients, je me rend compte que je deviens moins bon. Parce que je veux trop bien faire, parce que je me mets trop de pression, parce que je veux en rajouter et du coup heu j'ai l'impression d'être moins performant. »

Dans les deux cas, **l'équilibre de la juste distance à adopter semble difficile à trouver.**

M9 : « Je trouve ça extrêmement compliqué parce qu'il faut à la fois bah connaître un petit peu pour ne pas être à coté de la plaque et puis à l'inverse bah comme je disais avant c'est à dire que le heuu, presque trop proche, bah je vais perdre en, en tout cas pour moi, je vais perdre en neutralité émotionnelle. C'est vraiment un équilibre qui n'est pas simple à trouver. »

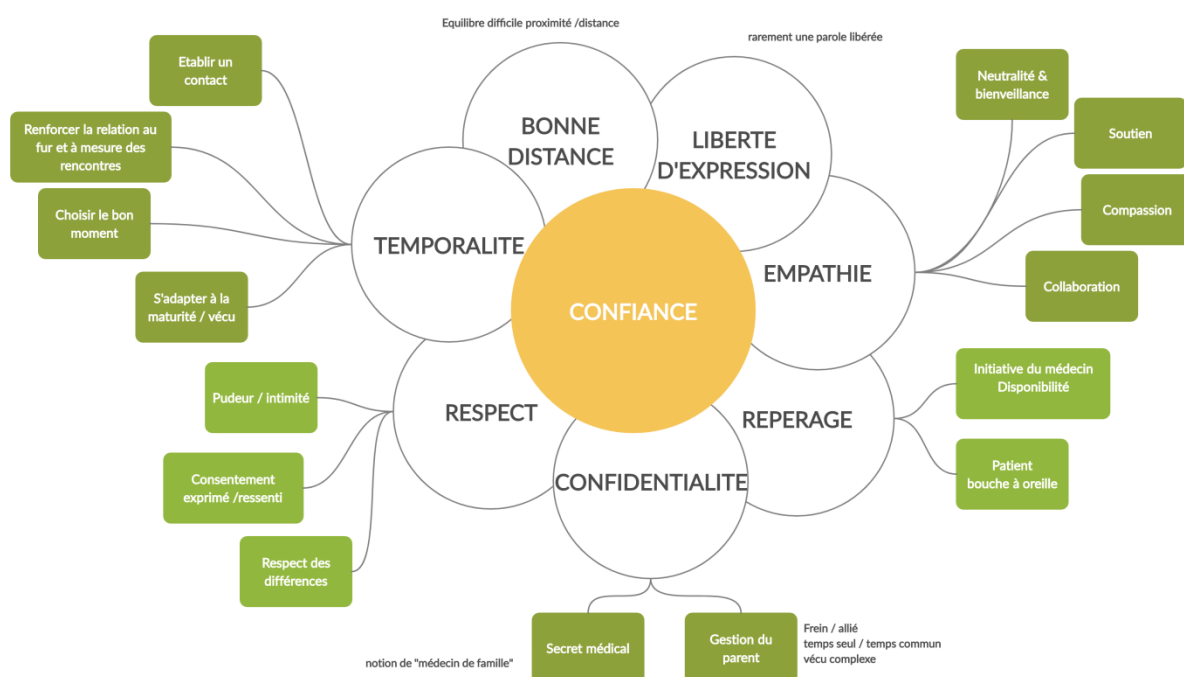


Figure 4 : Etablir une relation de confiance

f. La gestion des silences

En termes de **communication** en santé sexuelle, les **silences** sont utilisés comme outils par les médecins pour laisser de la place au déploiement de la parole des adolescents, mais ceux-ci n'obtiennent pas toujours le but escompté.

M3 : « Euh... on laisse des blancs, on laisse un peu de place, mais y a pas forcément grand-chose qui sort »

g. L'importance du non verbal

Dans le cadre de communication entre le médecin et l'adolescent autour de ces questions de santé sexuelle, le **non verbal** semble revêtir une grande importance. Le **ressenti** joue alors un rôle primordial dans la gestion de cet entretien particulier de la part du médecin mais également du patient.

M3 : « Mais c'est vrai qu'on voit par contre... 'fin une impression d'intérêt. En non verbal »

M6 : « Je n'aborde pas cette question avec les garçons directement, sauf si il y a une demande qui n'est d'ailleurs pas forcément verbale, si je sens qu'il y a questionnement. »

« C'est au feeling, pas avec tous. »

M11 : « Question de feeling, question d'ouverture, de ressenti. Si tu sens que ton médecin est ouvert, t'en parle hein ! Oui quand on commence à se connaître aussi, ils commencent à se livrer. C'est une question de feeling »

« C'est pas une question de technique, je suis pas technique, c'est une question de feeling, c'est une question d'être naturel, et proche, c'est tout. Je tutoie facilement aussi les ados. Donc voilà, c'est tout, une question de ressenti »

h. La question de la temporalité

La notion de la **temporalité** revêt une importance particulière aux yeux des médecins interrogés dans la cadre de ces questions intimes. Il ne s'agit donc pas de donner l'ensemble des informations en une consultation mais plutôt d'**accompagner** les adolescents dans leur cheminement de pensées et de **s'adapter aux problématiques vécues à un moment donné**. La communication en santé sexuelle repose ainsi sur plusieurs temps qui peuvent amener l'adolescent à consulter à nouveau, mais également à poursuivre la réflexion et les recherches de son côté. Sur cette question de temps repose aussi la mise en place de la relation de confiance.

M3 : « Bon après, sur ce type de sujet souvent, 'fin de prise de décision, de réflexion de stratégie, euh, ça se fait en plusieurs temps. Le premier c'est de l'info, puis soit ils ne me reconsulteront pas puis ils vont y réfléchir tous seuls, soit parfois ils reviennent avec des questions et on voit que ça a cheminé. Mais c'est quand même plus lent qu'avec les adultes ».

M5 : « Parce qu'après quand on fait une consult' de médecine générale des ados euh....c'est pas simple quand même, faut le revoir plusieurs fois...donc ça veut dire qu'il faut qu'il soit dispo pour revenir plusieurs fois....y'a d'autres sujets à aborder : l'alimentation de plus en plus, ils sont de plus en plus en surpoids ; ils sont de plus en plus dépendants aux écrans ; donc bon je veux bien qu'on ait un anneau (fait signe d'auréole sur sa tête) mais ... (rires) »

« On peut pas tout faire tout le temps, on peut faire par partie et des fois ça prend longtemps »

La notion de **temporalité** semble très importante pour accéder à des questionnements plus intimes.

M10 : « Après au fur et à mesure du sujet on va amener à des questions en détricotant, à des questions plus profondes comme on a abordé avant. »

M11 : « Oui quand on commence à se connaître aussi, ils commencent à se livrer »

« Ou alors tu abordes un sujet et si ça gêne tu le fais revenir la semaine d'après et on en rediscute, ou tu dis qu'il peut revenir tout seul même s'il est avec ses parents »

i. L'utilisation de supports

Certains médecins utilisent des supports pour appuyer leur message tels que :

- **Les schémas ou planches anatomiques**

M3 : « j'ai pas fait de schéma, si juste l'utérus et les organes génitaux internes »

- **Les sites internet :**

M3 : « oui je leur donne des références, alors en leur disant, on parlait de l'anatomie avec le jeune l'autre jour, je lui ai parlé de onsexprime.fr »

M10 : « Oui, il y a tonplanatoi, macontraception que j'utilise tout le temps en consultation »

- **Des livres**

M7 : « J'ai une amie, je pense que c'est une très bonne initiative. A chaque garçon qui arrivait au stade de 12 ans, elle lui offrait le guide du zizi sexuel (rire). Et il y a tout dans ce livre là. »

- **D'autres n'utilisent aucun support :**

M5 : « Non je n'utilise pas de support, parce que je me suis pas renseignée, mais il doit en exister. Mais non je n'utilise pas de support, je le fais sous forme d'un entretien.... »

j. La place de l'examen clinique

L'examen clinique n'est pas systématique, et s'intègre à la consultation au cas par cas :

M5 : « un examen clinique, oui. Après je fais un examen génital s'il présente des symptômes. Si ...voilà. Je pose la question, est ce que tu as des problèmes particuliers, est ce qu'il faut regarder ? »

Pour un médecin, sa pratique consiste à **associer l'examen à l'interrogatoire**, permettant selon lui une expression plus libérée.

M3 : « souvent j'interroge pendant l'examen aussi, je fais pas interrogatoire/examen. Ce qui me permet de faire du lien entre des parties que j'examine, 'fin des parties de mon examen et mon interrogatoire. Euh... j'ai l'impression qu'en faisant comme ça s'il y a des choses qui sont difficiles à dire, ça va être plus facile d'exprimer par exemple une plainte sur les organes génitaux ou euh ... 'fin voilà. Ou sur le corps n'importe où »

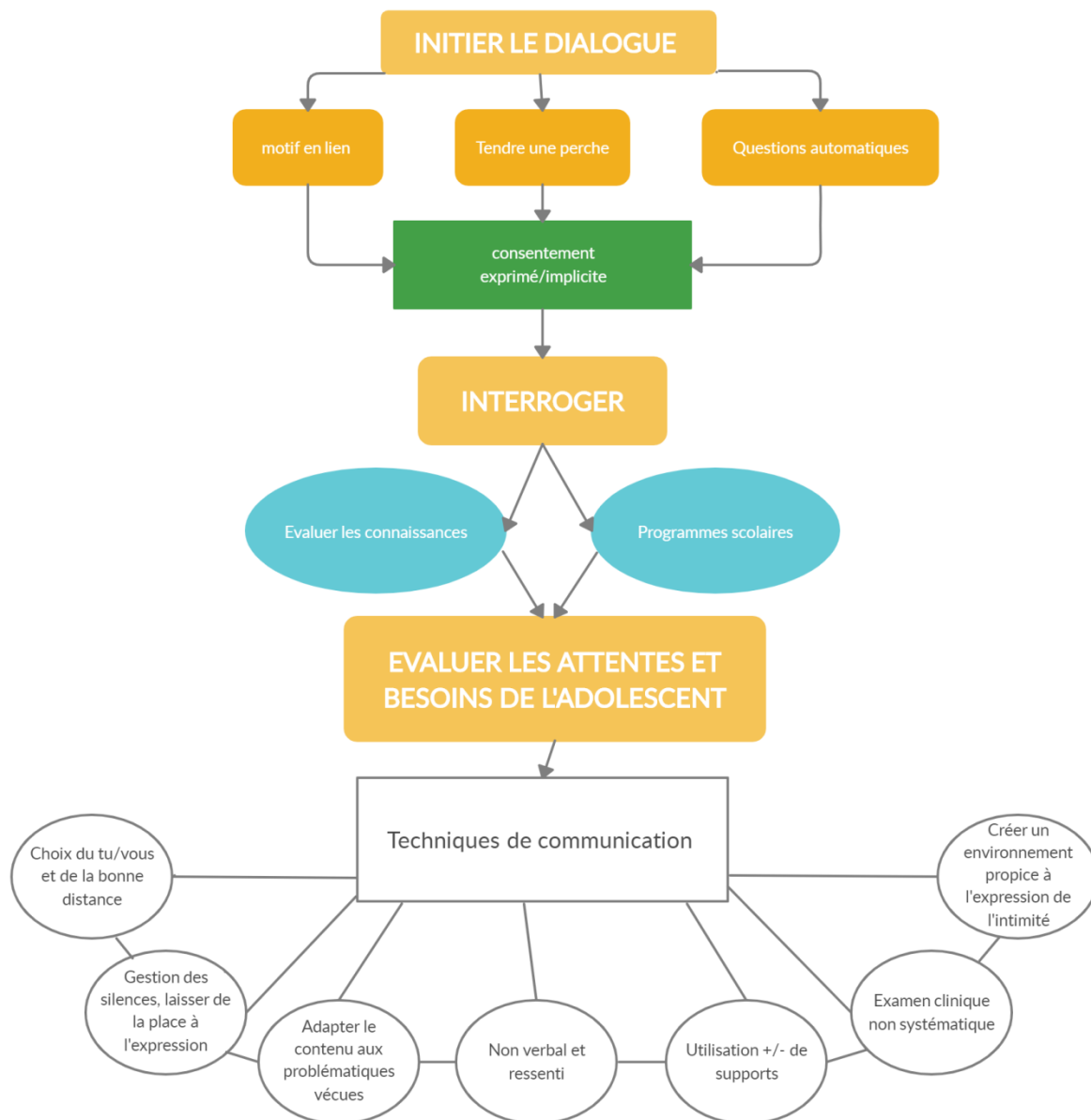


Figure 5 : Stratégie de communication

5. L'adolescent, un patient à apprivoiser

a. Un patient pas comme les autres

Les médecins dans leur ensemble font part d'une **attitude passive propre aux adolescents** qu'ils vivent comme déstabilisante. Les adolescents ont rarement l'intention de parler de sexualité en consultation. Ils ont souvent dans une attitude d'écoute mais exposent peu leurs interrogations. Le dialogue avec un adulte peut s'avérer plus difficile pour eux.

M1 : « Mais après c'est aussi parce que les jeunes ne savent pas vraiment ce qu'ils cherchent comme information, quoi. Hein, ils prennent plutôt les infos, hein. Ils ont pas forcément, réfléchi sur la question. Ils ont pas une maturité suffisante parfois pour aborder ces questions là, les formuler, les verbaliser. »

M3 : « Ils écoutent. Et puis après ils changent de sujet »

« La plupart du temps c'est très passif. C'est plutôt souvent cette attitude là qu'on rencontre souvent avec les adolescents sur beaucoup de sujets. Alors y compris sur des sujets qu'ils vont amener eux. »

M5 : « des questions, 'fin personnellement, ils en ont pas beaucoup, voire pas du tout »

« Faut aller chercher les infos plutôt »

M6 : « Ils sont souvent assez réticents à aborder le sujet avec un adulte. Moi je peux en parler assez facilement, eux n'ont pas forcément envie d'en parler. C'est plutôt ça je dirais. »

b. Des adolescents parfois proactifs

Certains adolescents se démarquent avec une **attitude parfois proactive** avec **des questions et des attentes précises** pour lesquelles ils sont venus consulter.

M3 : « Et sinon euh, des questions parfois sur des symptômes sexuels. Euh, fin génitaux je veux dire. » « des interrogations sur est-ce que ça pourrait pas être une infection ? »

M11 : « Ca vient plus d'eux finalement [...] souvent c'est les garçons qui demandent, c'est eux, les demandes viennent d'eux la plupart du temps. »

« Effectivement, ça vient souvent d'eux. Ou au cours d'une consult', ça peut m'arriver de poser la question. C'est très variable. Souvent quand même ça vient d'eux. Surtout sur le dépistage, dépistage MST, etc ... ça j'en ai régulièrement. »

c. Cueille le jour présent sans te soucier du lendemain CARPE DIEM

Selon les médecins, les adolescents peuvent parfois faire preuve d'**insouciance**. A l'âge des expériences et des défis, l'adolescent est vu comme un individu non préoccupé par les risques potentiels lié à la sexualité, adoptant parfois un comportement **irréfléchi**.

M3 : « Donc vraiment dans le concret euh, c'est rare qu'ils se soient vraiment posé la question. »

« C'est pas trop une préoccupation j'ai l'impression, c'est en gros : oui t'inquiète pas je prends la pilule et puis il va pas plus loin. »

« Mais le côté sécuritaire de voilà, si y'a un bébé maintenant, si y'a une catastrophe, là y'a, y'a un manque j'ai l'impression de préoccupation en tout cas »

« Là, même sur ces sujets là qu'ils ont amené eux, qui les concernent, parce qu'ils le vivent, qu'il y a des conflits, euh, c'est rare qu'il y ait des choses. »

M7 : « Ils nous écoutent pas, je pense que ça c'est un problème. »

« Parce qu'on est dans la toute puissance dans l'adolescence. Il faut qu'il y ait quelque chose qui arrive pour qu'il y ait un déclic. »

« Ca peut arriver. Le garçon ne vient pas exprès pour demander des renseignements sur la prévention. Absolument pas. Soit on l'aborde et très bien, soit c'est un flou artistique. Ca revient à ce qu'on disait tout à l'heure, le garçon il s'en fout, c'est pas son soucis principal. »

M8 : « En l'occurrence ils ne se préoccupaient pas beaucoup de la protection. »

d. Un patient dont on cherche à deviner les attentes

Les médecins font face à des mécanismes de résistances dans la relation à l'adolescent, il apparaît comme étant **difficile pour eux d'appréhender leurs préoccupations**.

M3 : « Alors est ce que c'est justement parce qu'on amène des sujets que eux n'amènent pas forcément ? Donc ils se sentent pas forcément concernés ? C'est possible » « Ou alors ça ne les intéresse pas ? »

« Je sais pas si c'est une généralité mais ça arrive que les garçons se disent je m'en fiche, pas que les garçons ados, les adultes hein. Mais y'en a d'autres qui disent bah oui je me sens concerné par la contraception mais en même temps j'ai pas les moyens, ça se fait pas sur moi »

M9 : « En fait pour moi la vraie question c'est : quelles sont les attentes des adolescents ? »

Certains médecins semblent avoir ciblé les **attentes et interrogations des adolescents** et en conséquence adaptent leur discours. En comprenant la personnalité et l'orientation sexuelle du patient le médecin peut mieux répondre à ses attentes. Ils accèdent ainsi à d'autres questions des adolescents et ne se limitent pas aux IST.

M9 : « tout ce qui sont heu LGBT queer, enfn GBT parce qu'on parle des garçons, probablement qu'ils ne vont pas avoir les mêmes préoccupations heu, probablement pas le même ordre de priorité de préoccupations que des ados hétéro »

M10 : « Mais oui. En vrai les questions qu'ils se posent les ados c'est « est-ce que ça fait mal quand on fait une fellation heu, est ce que j'ai le droit de demander à une fille une sodomie si j'ai envie heuu » : c'est ça ce qu'ils se posent. C'est pas : « heu dans quel sens on met un préservatif ? » en 2020 ils savent. »

« Heu ici au cabinet, les questions qui se posent, dans ce contexte médical de la sexualité c'est souvent heu les IST, est ce qu'il faut faire une prise de sang ? Comment on attrape une IST ?

« il y a pleins de questions qu'ils se posent autour de la sexualité qui n'est malheureusement pas toujours abordé ni avec leurs parents, ni au lycée, ni au collège, ni ici au cabinet »

« Ca peut être un peu anxiogène tout ça, parfois ils ont pas de message sain qui vienne compenser ça et souvent les jeunes garçons se demandent qu'est ce que c'est la sexualité quand c'est pas Uporn, qu'est ce qu'on fait en vrai avec une fille ou un garçon ? »

« Quand est ce qu'on sait que l'autre est consentant ? Quand est ce que c'est bien ou pas bien ? Qu'est ce qui est agréable ou qui ne l'est pas ? Et heu c'est pas une question qui est abordé et c'est ça que j'essaye d'aborder. »

e. Un patient qui a des connaissances ... parfois imprécises

Les médecins pensent que finalement les adolescents ont des connaissances plus ou moins vagues concernant les IST mais concernant la contraception tout est plus brouillon. Par contre les adolescents sont prêts à entendre et à apprendre sur le sujet.

M1 : « ils ont une méconnaissance sur la contraception féminine »

« Je pense qu'ils ont une connaissance sur les IST »

« la notion tu vois, de préservatif plus une contraception orale. Pour eux, ils ont pas perçu que le préservatif seul n'était pas un moyen de contraception, tu vois, efficace quoi. »

M3 : « Tu connais des choses ? il me doit oui oui j'ai appris mais bon jsuis pas sûr »

« Se débrouiller, alors en tout cas pour les garçons c'est pas rare que soit ils ont des petites connaissances en gros c'est pilule et préservatif et après les opérations quand on ne veut plus d'enfant, en gros c'est un peu ça qui a l'air de ressortir.

M7 : « Alors oui, parce que moi à chaque fois je demande si il y a eu un cours sur le préservatif etc...Donc voilà je suis un peu étonné, normalement c'est censé être abordé et globalement ils n'en retiennent ou rien ou alors ils n'ont pas assisté au cours ou bien ce n'est pas obligatoire j'en sais rien. Mais là maintenant quand je demande on me répond non. »

6. Des sources de connaissance diverses

a. Internet, pornographie et les médias

Les médecins citent **internet** et les **médias** comme source d'information principale pour les adolescents, ils mettent en garde contre certaines informations imprécises voire inexactes, et ainsi se présentent comme ayant un **rôle d'informateur fiable** permettant de remettre en place voir déconstruire certaines idées.

M2 : « actuellement, on a plein d'accès à l'information, l'informatique, internet »

M5 : « Ils vont chercher les infos surtout sur internet ! »

« Sur internet personne sait ce qu'ils ont regardé. »

M6 : « Après avec internet, ils savent pleins de trucs qui ne sont pas forcément ..euh.. Sur la sexualité, sur le fonctionnement ils en savent trop. »

M9 : « heu mais là heu, peut être que je me trompe, mais ils sont relativement heu arrosés d'informations par d'autres biais heu..que ce soit les émissions, les journaux heu les discussions, probablement internet. Il y a des beaucoup d'infos, alors probablement aussi des infos fausses... heu, qui faudrait déconstruire et modifier... »

M10 : « Ils sont un peu perdus par les messages envoyés par les réseaux sociaux, Youporn et compagnie. »

« Je me rappelle quand j'étais interne j'avais fait une situation ponctuelle sur l'IVG et où j'avais constaté que en tapant IVG sur internet les 4 ou 5 premiers liens qui sortaient sur Google® c'étaient des faux sites fait par des cathos anti IVG, anti-contraception. Avec du contenu c'était n'importe quoi, des photos avec des gamines en pleurs. Heu et ça c'est les premiers liens référencés par Google® parce que ces assos là, bah ils mettent les moyens qu'il faut pour être référencés en premier. Donc un gamin qui cherche des infos sur la sexualité sur internet, il trouve soit de la pornographie soit de la désinformation mis en avant par des groupuscules heu qui vont avoir des convictions heu anti libération sexuelle. »

Concernant la **pornographie**, les médecins interrogés sont unanimes quant à son influence qui est jugée comme potentiellement négative, avec des mises en scène déformant la réalité des rapports sexuels et des relations entre individus. En revanche, les médecins relativisent cette influence quant aux comportements des adolescents.

M1 : « les informations qu'ont les jeunes, finalement, c'est beaucoup par les médias, par la pornographie aussi »

M2 : « Parce que la pornographie avec internet s'est quand même développée depuis beaucoup plus longtemps que ça et l'âge moyen d'entrée dans la vie sexuelle reste la même chose. »

« des mises en scènes dégradantes là effectivement ça c'est beaucoup plus problématique et pour le coup elles sont accessibles librement sur internet à absolument tout le monde sans aucun débriefing sans aucune préparation avant parce qu'il faut pas en parler, pour pas être choquant. »

M3 : « J'en parle de manière un peu floue, en parlant de l'accès à des films ou des images sur internet qui sont pas forcément le reflet de la réalité »

M9 : « Chaque génération heu a son propre porno. A une époque c'était des revus papiers et aujourd'hui c'est youporn®. Après quelle leçon j'ai à donner dessus ? »

b. L'école

La majorité des médecins pensent que **l'éducation nationale** a un rôle prioritaire dans l'éducation à la sexualité et à l'information sur la contraception, il existe cependant une réserve concernant l'efficience de la mise en place des programmes actuels.

M2 : « Efficace, une femme sur 5 a recours à l'IVG donc non, suffisante, non, perfectible oui, je pense que à l'école le souci actuellement c'est qu'on veut avoir un programme qui soit national et qu'effectivement les questions notamment religieuses ou rapport aux parents vont être différents selon les territoires donc si on veut quelque chose qui puisse s'adapter à tout le monde la seule solution c'est de faire rien. Et je pense que c'est ce qu'on fait actuellement. »

« j'ai été agréablement surpris en constatant que dans l'enseignement professionnel mais là encore c'est discriminant parce qu'on estime que dans l'enseignement professionnel comme ce sont des jeunes qui entrent dans la vie active et puis que ils sont un peu bourrins après tout il y a plus de risques qu'il rentrent dans une sexualité jeunes peut être pathologique donc on va essayer de déminer le terrain et à mon avis ça devrait s'appliquer à tout le monde. »

« Dans l'enseignement général, y'a probablement plus de réticences »

M3 : « J'ai pas l'impression qu'ils en parlent trop au collège ou au lycée. »

« Qu'il y ait aussi des acteurs éducation nationale pour ceux qui se sentent mais il faut qu'ils aient un rapport assez libre avec les élèves. J'ai l'impression que ne se proposent dans les programme que ceux qui sont suffisamment à l'aise et sinon c'est soit l'infirmière, soit le centre de plannif. »

c. Les parents

Pour les médecins interrogés, les **parents** sont au cœur de l'éducation des enfants et adolescents, cependant ils nuancent leurs propos concernant l'éducation à la sexualité qui semble ainsi dépendre de nombreux facteurs tels que la culture, les croyances et le degré d'ouverture au dialogue intra familial.

M1 : « le consentement, oui. C'est important. Oui, bien sûr, mais ça c'est peut être plus le rôle des parents quand même. »

M3 : « Après dans les familles, ça c'est plus compliqué pour le coup. Ça dépend du parcours de chacun »

M10 : « Qu'est ce que c'est qu'une sexualité consentie par tout le monde, épanouie heu enfin je pense que les jeunes sont un peu perdus si il n'y a pas beaucoup de dialogue autour de la sexualité dans leur famille. »

« Donc heu le problème c'est que bah on peut pas trop poser ce genre de questions aux parents même si on est à l'aise »

d. Une fracture sociale

Pour un médecin interrogé, le **niveau socio-économique** influe sur les capacités d'accès des adolescents à des informations de santé sexuelle.

M9 : « Après je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont liées au milieu social aussi. Nous on a le privilège de, dans le secteur heu globalement, une moyenne sup heu, sans trop de difficultés sociales, de manière générale. Ca ne sera pas là où on aura les adolescents qui ont le plus de difficultés d'accès aux infos »

e. Les tiers

L'entourage amical des adolescents est également une source d'informations, entre **échanges d'expériences et échange de ressources**. Mais il existe un doute sur leur capacité à partager leurs appréhensions et à critiquer leurs échanges.

M1 : « qu'ils ont une connaissance sur les IST, hein voilà, mais qui est donnée certainement par l'école et les copains »

M4 : « Oui je pense que c'est souvent comme ça, parce que même entre eux les garçons ils plaisantent beaucoup sur la sexualité mais ils n'en parlent pas réellement profondément du sujet souvent. »

« ils se taquinent sur des choses, mais ils vont pas parler des vrais problèmes, des vraies questions qu'ils se posent »

M10 : « avec les copains ils sont comme nous ils ont la réponse dans les sites internet en passant par Google et je pense que ce ne sont pas toujours les bonnes réponses. »

f. L'expérience personnelle

L'apprentissage des notions de santé sexuelle s'effectue selon certains médecins interrogés de façon **empirique, l'expérience** vécue amenant les réponses aux problématiques rencontrées au cours de leurs histoires de vie.

M3 : « Au bout d'un moment s'interroger précisément. C'est plus ça, après je pense que ça vient aussi avec le temps, ça fait partie je dirai des choses qu'on découvre aussi dans la

relation de couple »

M4 : « Ils découvrent petit à petit la sexualité sur le tas quoi »

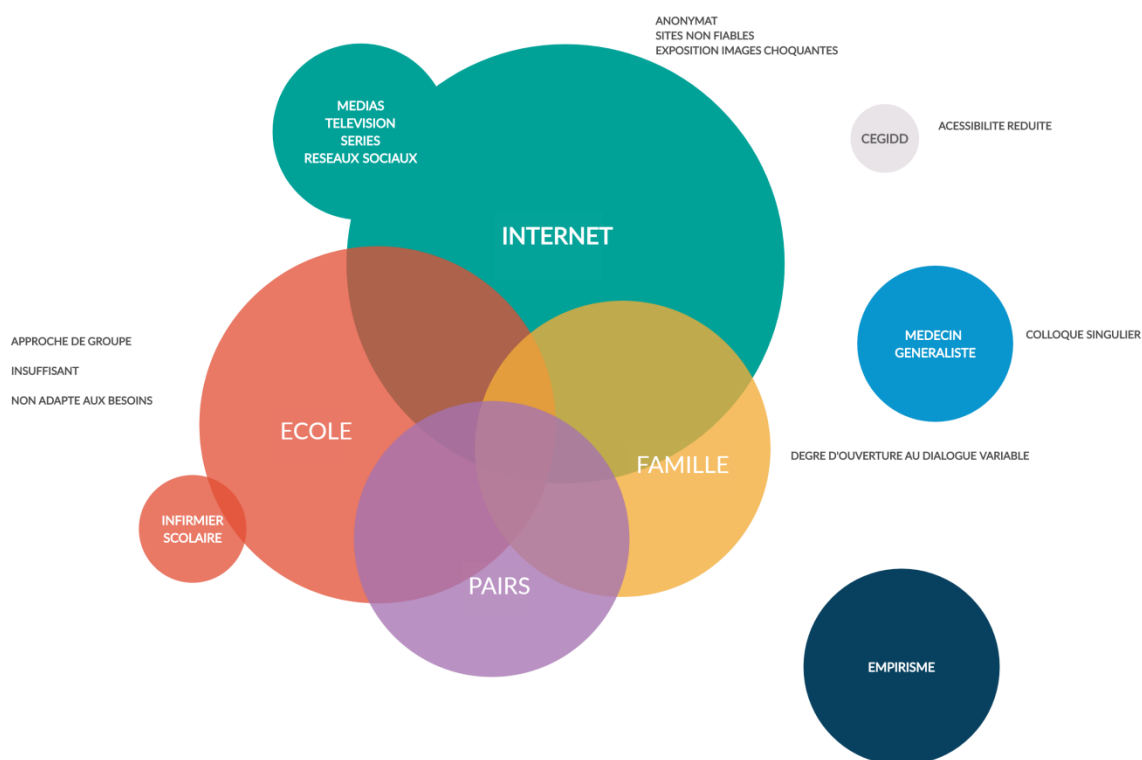


Figure 6 : les sources de savoir de l'adolescent

D. Analyse des freins et leviers à l'abord de la santé sexuelle avec les adolescents garçons

1. Un discours institutionnel et sociétal très genré

Les médecins mettent globalement tous en avant le fait que la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ne s'applique qu'aux jeunes filles de 15 à 18 ans. De même pour la vaccination HPV qui était jusqu'à décembre 2019 réservée seulement aux filles. Il est mis en évidence une **inégalité institutionnelle** liée au genre entre filles et garçons à l'accès aux informations de santé sexuelle et à la responsabilisation concernant la contraception.

M2 : « c'est à mon avis sous tendu par la société, telle que la grossesse et les conséquences de la grossesse sont assumées par les filles et leur famille et donc une pression familiale beaucoup plus importante pour une jeune fille qui aussi a accès à des moyens de contraception plus efficaces, et plus tôt. Donc y'a une responsabilisation de la jeune fille qui va se faire tôt voire très tôt voire euh (soupir) un peu à son insu. »

M3 : « c'est au niveau de la convention médicale et de la cotation, ça dit que la contraception, la prévention des IST chez les jeunes, c'est que les filles. »

« La CCP c'est que les filles 15-18 ans, et là ça me hérisse le poil »

« du coup l'institution montre à penser ça : la contraception c'est les nanas, et puis les IST c'est les nanas. »

M4 : « Et ça a toujours été comme ça, c'est les filles qui ont la contraception, c'est les filles qui ont les vaccins ... (rires) [...] c'est pas logique. En réalité pourquoi ça serait pas les garçons ? on devrait les vacciner autant que les filles, ils devraient participer à la contraception autant que les filles »

« Qu'on en parle pour les garçons aussi, de ce vaccin, concrètement ça pourrait éradiquer l'HPV et si on l'éradique que chez les filles et pas chez les garçons, c'est pas logique. »
« Je trouve pas ça normal qu'on fixe ça sur les filles. Et pas sur tout le monde »

2. Les caractéristiques propres au médecin

a. Des connaissances limitées

On constate que les médecins, face à leur **manque de connaissances ou d'expérience** sur le sujet ne sont pas proactifs dans l'abord à la question de la sexualité des adolescents.

M2 : « Oui. Oui très clairement oui. Parce qu'on va d'abord plutôt penser à ce qu'on connaît déjà ou ce sur quoi on s'est franchement renseigné »

M3 : « Donc je pense qu'il y a des choses que je méconnaissais et du coup que je ne vais pas forcément chercher. Donc là probablement il faut que le patient lui-même soit suffisamment euh sur de sa question, en confiance pour dire : voilà ça ça me pose problème ou j'ai ceci ou j'ai cela... »

M8 : « Bah pas bloqué, pas embêté, mais à l'aise non. Parce que ce n'est pas une pratique courante. Je ne suis pas..heu.. Je vais y aller doucement par petites phrases et avancer tout doucement pour pas être trop ..non .. je ne pratique pas donc je n'ai pas la sérénité comme dans d'autres trucs où on déroule et puis on avance. On connaît les sujets et on avance on maîtrise. Par manque de maîtrise je vais y aller doucement.

Il est mis en évidence un manque de **formation initiale**.

M1 : « quand je me suis installée il y a 28 ans, euh, franchement, j'étais pas à l'aise sur des tas de sujets »

« j'estime ne pas avoir été bien, en tout cas formée pour aborder ces sujets là. »

M8 : « Difficile à aborder parce que je manque de théorie »

Par ailleurs la formation médicale semble empreinte d'un **héritage**, source de freins.

M6 : « La médecine influencée par la médecine freudienne, lacanienne a mis beaucoup de barrières morales sur la sexualité et il y a beaucoup de choses à déconstruire sur le plan médical »

b. La parentalité

Dans le contexte **intra familial**, il n'y a souvent pas de gêne pour le médecin à parler de sexualité avec ses enfants en revanche dans le contexte professionnel cela s'avère plus complexe.

M1 : « j'ai mon compagnon qui a deux ados, 'fin, maintenant ils sont plus grands, 'fin je les ai connu ados. Voilà, il n'y a eu aucun problème, on a pu parler, mais bon, nan franchement, à la consult' c'est pas évident. »

M3 : « Après tu vois quand j'en parle en famille de onsexprime notamment, ma fille elle me regarde avec des gros yeux, et après je sais pas ce qu'elle en fait, est ce qu'elle va voir ... ? est ce qu'elle se dit alors lui c'est un obsédé mon père ? 'fin je sais pas du tout »

« après c'est aussi le jeu, on reste parent avec nos interrogations et savoir qu'on a donné les ressources je pense que c'est déjà intéressant et puis montrer que c'est un sujet dont on peu parler... »

M8 : « Ce n'est pas tabou avec mes enfants mais je ne fais pas avec mes enfants ce que je ferais en consultation. »

Pour d'autres le fait **d'avoir des enfants** ou **d'avoir travaillé avec des adolescents** a grandement facilité l'abord du sujet en consultation.

M7 : « J'ai 3 garçons donc ça ne me pose aucun problème de parler sexualité. Donc vraiment ça (rire), puis avec les filles non plus je ne crois avoir de problème. »

M10 : « J'ai aussi fait beaucoup d'animations et j'en fais encore de temps en temps et du coup j'ai beaucoup fréquenté d'ados dans un autre cadre que le cadre médical donc c'est peut être aussi pour ça que je suis à l'aise avec les enfants et avec les adolescents et que je n'ai pas de difficultés à aborder cette question là parce que je l'ai beaucoup fait en tant qu'animatrice, en tant qu'adjointe ou directrice de centre de vacances. »

c. Le genre

Pour la plupart des médecins, les adolescents seraient par pudeur plus ouverts à la discussion avec un **médecin du même genre**.

M3 : « je dirai probablement, au moins inconsciemment. Je me rends compte que ça doit influencer aussi sur les gens qui viennent me voir et ce qu'ils me demandent. Je sais que j'ai certains patients qui sont suivis pas mes collègues, notamment un homme, qui a de multiples partenaires, qui dès qu'il a un problème sexuel il vient me voir moi parce que son médecin traitant c'est une femme, et il m'a dit « je serais gêné ». »

M4 : « Alors le fait d'être une femme et que les garçons viennent moins me voir, par exemple pour discuter, ça je pense que oui. Honnêtement il y a déjà une maman qui m'a demandé si y'avait un médecin garçon qui prenait de nouveaux patients parce que son fils qui du coup je n'ai jamais vu, veut être suivi par un médecin garçon »

« Chez l'adolescent en tout cas, plus tard je pense que ça les gêne moins, c'est pour ça que j'en ai de 30-40 ans qui me parlent facilement sexualité »

« Et je pense que l'adolescent, ça le gêne plus d'en parler avec une femme que de venir voir un homme. »

Pour un médecin, au contraire, la différence de **genre** n'est pas une limite au dialogue. Les femmes seraient peut-être plus à l'écoute.

M11 : « Pour les femmes c'est un atout, toi tu parles des garçons, pour les garçons aussi c'est peut être plus facile. Moi j'ai jamais eu de souci, j'ai jamais ressenti un problème. Mais au contraire, je pense parce que peut être que les femmes médecins sont plus à l'écoute ? Prennent un petit peu plus de temps ? Je dis ça sans généraliser, évidemment, on peut avoir une sensibilité différente personnelle aussi. »

d. L'orientation sexuelle

Pour un des médecins qui est homosexuel, il est plus difficile d'aborder le sujet sans ressentir une part de gêne liée à son **histoire personnelle**

M9 : « Si par exemple c'est une jeune femme je suis pro, il n'y a aucune ambiguïté, aucune arrière-pensée, aucune projection heu personnelle alors que chez un jeune garçon, enfin un gamin, un ados ou un jeune adulte, bah je vais plus facilement projeter bah qui j'étais à ce moment-là heu »

« je me sens beaucoup plus pro avec des jeunes filles qu'avec des garçons. Je me vois heu essayer de créer cette sorte de complicité mais pas forcément, enfin heu, je ne sais pas trop. »

« Après heuu, je pense qu'il y a des choses qui sont heu très liés à des expériences personnelles. Moi je pense que heu adolescent j'étais pas forcément très à l'aise sur le sujet parce que bah étant homo c'était pas forcément une époque où c'était si évident que ça. Et je pense que moi adolescent à qui on pose cette question j'aurais heu probablement été très mal à l'aise, je n'aurais pas su comment répondre, et donc probablement qu'aujourd'hui je projette un petit peu ça en me disant que heu..en voulant pas générer un malaise chez un adolescent qui n'a pas forcément heu spécialement envie de me parler de ça.. de sa sexualité et de ces questions quoi »

Pour d'autres médecins hétérosexuels, c'est le **manque de connaissance** qui crée un frein.

M2 : « si jamais on a par exemple aucune idée de sexualité autre que homme femme dans le cadre du mariage, c'est probablement plus difficile de penser aux variantes. »

« la culture homosexuelle masculine avec les chemsex ou autres je suis pas expert. Je sais que ça existe, mais je suis pas expert, alors je vais être moins systématique. »

M3 : « Alors par exemple forcément j'ai des méconnaissances concernant l'homosexualité masculine et alors féminine encore plus, et ce que je vais pouvoir en connaître et du coup en mettre dans ma discussion, ça va être plus théorique que quelque chose qui pourra être tiré de la pratique. »

Certains médecins se disent au contraire **ouverts** et n'ont pas de souci ou gêne avec les patients ayant une autre orientation sexuelle que la leur.

M4 : « Et y'avait pas de gêne particulière, ni de le part ni de ...fin je le ressentais ni de leur côté ni du mien. »

« je pense être assez ouverte et pas limiter les choses de ce côté-là. »

« Bah du coup pour le coup je pense pas, parce que je suis pas mal de couples homosexuels, que ce soit des hommes ou des femmes »

« Donc ouais je pense que c'est plus euh, le fait d'être ouvert que l'orientation sexuelle qui aide »

M5 : « En tout cas si on décide que ça n'influence pas, ça n'influence pas. »

M6 : « Je pense qu'on est tous potentiellement bisexuel avec passage à l'acte d'un côté ou de l'autre ou pas ou bien bisexualité complète mais oui ça influence probablement.

Après moi là-dessus j'ai déconstruit beaucoup de modèles. »

e. L'âge

L'âge ne semble pas être un critère pertinent influant la pratique des généralistes interrogés, les résultats de nos entretiens semblent montrer qu'il s'agit plus **d'un ressenti personnel** du médecin qu'une question d'âge ou de génération.

M1 : « Mais c'est vrai que euh voilà, moi j'ai cinquante ans. Donc je suis d'une génération, voilà, qui devrait être à l'aise »

M10 : « Alors déjà mes caractéristiques personnelles, le fait d'être une femme et jeune ça influence clairement le recrutement déjà et que heu ça influence clairement l'abord que je vais avoir [...]peut-être que moi je vais moins facilement aborder le sujet avec des patients qui ont plus ou moins mon âge en fait. »

f. Croyances et religion

Pour certains, la **religion a un impact** sur leur pratique.

M1 : « j'ai des parents qui ... bon ma mère irlandaise, avec une forte, donc euh comment dire, connotation religieuse, tu vois ? Oui y 'a une empreinte, donc ça ça n'a pas été une aide, mais voilà, on s'en sort. »

Pour d'autres le fait d'être **athée** leur permet de **se sentir plus ouverts** sur le sujet. Ils considèrent avoir moins de blocages.

M4 : « j'ai pas de religion particulière, qui me bloque sur quoi que ce soit »

M5 : « Oui, alors j'imagine que pour certaines personnes ça doit en avoir une.... Sauf que moi je suis athée donc j'ai pas de souci là-dessus »

M6 : « Automatiquement. Moi je n'ai aucune caractéristique religieuse, aucune. J'ai eu des grands parents croyants et rigides mais ce sont des choses que j'ai beaucoup déconstruit. »

M10 : « Le fait de ne pas avoir d'impératif religieux qui me rende la chose complètement taboue ou quoi, d'être athée ça m'aide sûrement.

Un des médecins ne se sent en revanche **pas limité par ses croyances**.

M7 : « Non. Je suis catholique, je pense toujours être un peu pratiquante. Je n'ai rien contre le préservatif et l'avortement donc non. Je parle avec des gens de toute origine, de toute couleur, je n'ai aucun problème par rapport à ça, je suis très libre. L'homosexualité ne me gêne pas. »

Il ressort de certains entretiens qu'**une religion différente peut être vécue comme pouvant compliquer la mise en confiance par manque de connaissance**. Il est donc plus difficile de trouver un moyen d'aborder la question, cet abord est encore plus compliqué en cas de présence des parents. Le médecin se retrouve désorienté dans sa consultation. Cependant les médecins interrogés nous ont déclaré avoir été **peu confrontés à des situations bloquantes**.

M1 : « les irlandais, déjà pour examiner quelqu'un, même une femme, tu vois, il faut savoir l'aborder quoi. Voilà »

M2 : « des personnes avec des signes religieux visibles et bloquant c'est plutôt rare [...] on peut avoir des gens de religion plutôt clairement musulmane oui, y compris femme voilée mais qui sont venus en étant enceinte, en posant des questions sans être fermé. »

M9 : « je suis peu confronté, mais j'imagine que par rapport à des jeunes issues de milieux très populaires heu en particulier, si il y a un fond culturel religieux musulman heu je me sentrais encore plus mal à l'aise parce que j'aurais clairement l'impression de ne pas avoir les codes. C'est trop éloigné de leur fond socio-culturel pour être pertinent. »

g. Convictions, culture et éducation

Pour tous les médecins interrogés, leur propre **culture** et leurs **convictions** vont influencer leur pratique professionnelle. Leur propre histoire peut engendrer une gêne à l'abord de la santé sexuelle.

M1 : « notre propre culture et donc propre âge, ça interfère beaucoup dans la relation, je pense, à l'autre. »

M2 : « se débrouiller avec ses convictions personnelles parce que y'a pas forcément de formation qui soit claire donc chacun va devoir mettre un peu de ses représentations. »

« je pense que très clairement le bagage culturel, les représentations des médecins, ça va être important. »

M10 : « Et puis mes convictions personnelles. Les violences tout court c'est quelque chose que j'en fais un cheval de bataille. J'estime que c'est important de les dépister que c'est important de les traiter dans la mesure de ce qu'on peut faire et du coup ça va souvent avec la sexualité quand même heuu et par ailleurs dans le cadre de la violence »

L'éducation joue également un rôle.

M1 : « ta propre sexualité, ta propre éducation hein, par rapport à la capacité d'en parler, ça joue évidemment »

M8 : « l'éducation reçue personnellement, c'était un sujet tabou »

« je pense que mon éducation ne favorise pas l'abord dessus. »

M10 : « Donc oui mon éducation personnelle libre avec la sexualité heu avec des parents soixante-huitards tout ça machin, à du influencer sur le fait que j'aborde la question librement avec mes patients et avec tout les gens d'ailleurs. »

h. L'image renvoyée

Un médecin a mis en avant l'image qu'il pouvait renvoyer, et son influence sur le regard que le patient peut porter à son généraliste.

M2 : « J'essaye de pas être bloquant en restant un homme hétérosexuel de la trentaine qui fait propre sur lui. » « Donc forcément les représentations que les patients ont vont aussi beaucoup influencer là-dessus. »

i. La neutralité professionnelle

Garder une **neutralité** face à leur propre histoire de vie reste fondamental pour la plupart des médecins interrogés. Une neutralité qui est plus ou moins évidente à instaurer.

M1 : « on est dans un positionnement, finalement au cabinet, on est ... c'est le médecin qui parle. »

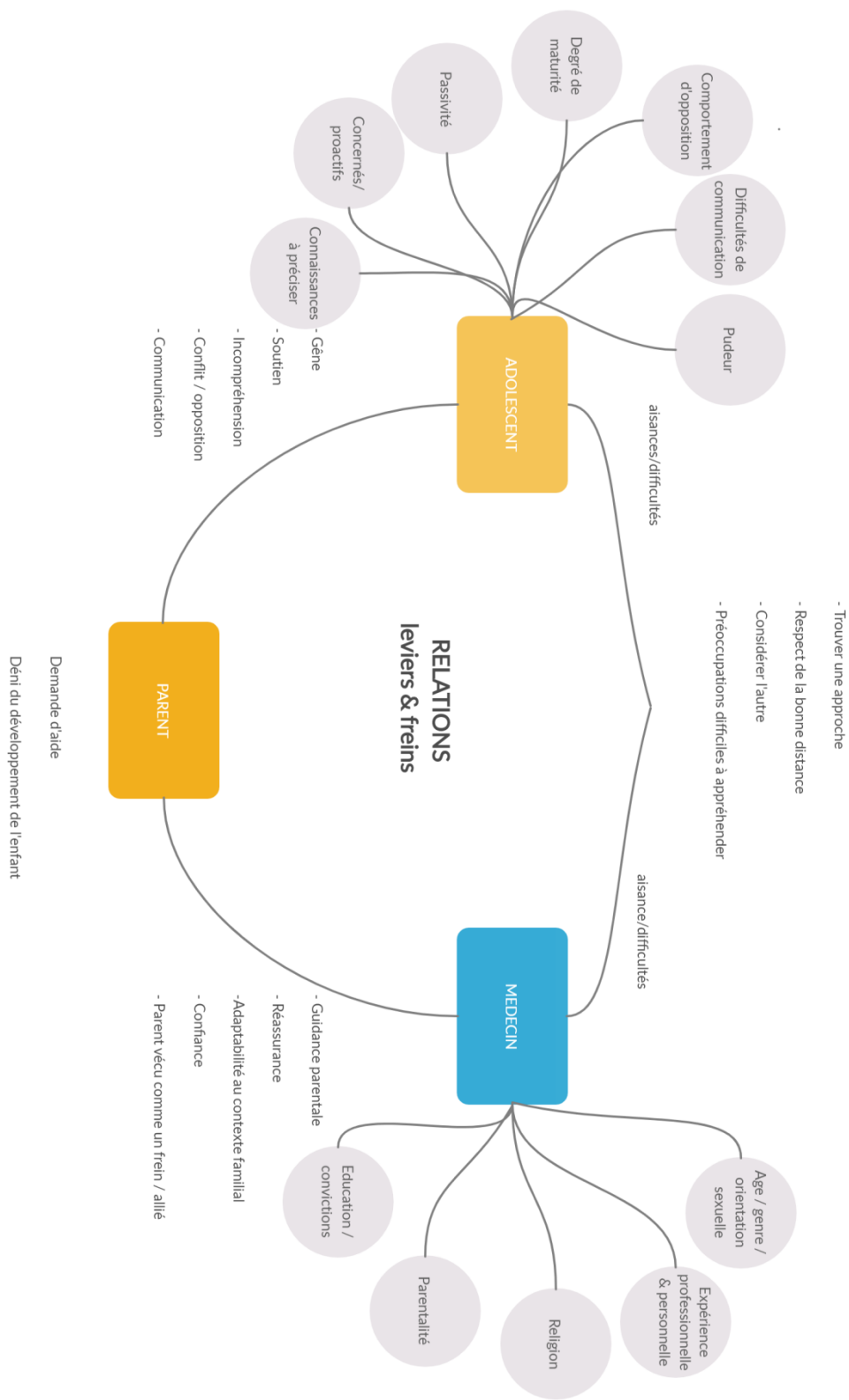
M3 : « quand on est médecin ce qu'on apporte quelque chose de plus c'est qu'on raconte pas notre vie mais parce qu'on s'est formé. Mais quand même le fait d'avoir vécu soi-même des choses peut nous permettre de mettre plus l'accent ou le doigt sur : ah oui en fait tel problème, concrètement oui ça peut être un frein, une difficulté... »

*M5 : « Si je réfléchis 30 secondes je dirai que non, que c'est le rôle de tout médecin donc euh c'est un rôle de santé publique donc normalement il ne doit pas y avoir d'impact personnel »
« Soit on fait le travail soit on le fait pas. Après j'imagine qu'effectivement il doit y avoir des variables d'ajustement mais comme ça je considère que non, qu'il faut le faire »*

M11 : « Bah j'essaye d'être impartiale, c'est-à-dire j'essaye de pas me prendre comme exemple pour appuyer des propos. Donc non. Le reste, même si je suis très ouverte, j'ai mon expérience personnelle aussi... m'influencer non... mais j'essaye quand même de.... Comment te dire, c'est compliqué comme question, j'essaye d'être impartiale mais bon je suis pas euhvoilà je suis impartiale. »

« Tout ce qui me concerne, non, je ne le mets pas dans ma consultation. Par contre je peux conseiller mais ça n'influence pas du tout sur ce que je peux comprendre, conseiller ou quoi que ce soit. Je garde quand même une barrière avec mes patients. »

Figure 7 : relations, leviers et freins



E. Les pistes d'amélioration suggérées

1. Mieux cerner les attentes des adolescents pour mieux y répondre

Dans un premier temps, il y a une volonté de **comprendre les interrogations** des adolescents, **cibler leurs attentes** face à leur médecin traitant.

M9 : « En fait ça serait bien de savoir quelles sont leurs attentes à eux. »

« En fait pour moi la vraie question c'est : quelles sont les attentes des adolescents ? [...] mais finalement heu est ce qu'ils ont des attentes auxquelles aujourd'hui on ne répond pas ? Si c'est ça alors effectivement heu, il y a des choses à améliorer et à creuser mais peut-être pas... »

2. Créer un réseau autour de ces questions

Les médecins pointent la nécessité d'un **réseau structuré**, articulé autour des adolescents, leur permettant de communiquer si nécessaire avec les intervenants afin d'aborder la santé sexuelle sur le bon axe.

M10 : « Je pense qu'il y a un rôle à jouer sur les intervenants neutres, les infirmières scolaires, les centres aérés, les colos, etc.. »

M3 : « Alors du coup pour améliorer ça pourrait être intéressant que les différents acteurs puissent avoir des rencontres et savoir que d'autres font des choses, qu'est ce qu'ils font, et du coup qu'on puisse apprendre des autres. »

« Et du coup la communication entre les différents acteurs c'est pour moi quelque chose de très important, et du coup ça doit être actif »

En revanche, on note leur point de vue de **ne pas mettre le médecin au cœur du dispositif** d'information et d'éducation des adolescents.

M2 : « Le fait que le gouvernement apporte avant tout le point par le biais médical c'est problématique et entre nous on est pas tirés d'affaire. »

3. L'intervention brève

Les techniques de repérage précoce et d'intervention brève semblent être une méthode **plébiscitée** par les médecins pour évoquer ces thèmes de façon plus fréquente auprès du public adolescent.

M4 : « peut être que leur poser des questions peut être qu'ils s'ouvriraient un peu et qu'ils en parleraient plus. »

M5 : « je pense qu'en tant que médecin traitant il faut absolument rester à l'écoute et rester impliqué, et, et avoir les questions automatiques, fréquentes, qui reviennent tout le temps ... »

4. Un programme d'éducation scolaire qui aborde réellement les problématiques des adolescents

Les médecins sont globalement unanimes sur le fait que l'école a un rôle central dans l'éducation à la sexualité, qui leur semble **non efficient** actuellement. Selon **eux l'école devrait également informer de la possibilité d'en discuter avec un médecin**, mais aussi **répondre aux attentes réelles** des adolescents.

M2 : « je pense que à l'école le souci actuellement c'est qu'on veut avoir un programme qui soit national et qu'effectivement les questions notamment religieuses ou rapport aux parents vont être différentes selon les territoires donc si on veut quelque chose qui puisse s'adapter à

tout le monde la seule solution c'est de faire rien. Et je pense que c'est ce qu'on fait actuellement. »

« Quand on est mineur on ne doit pas dépendre de l'autorité d'un adulte et la société doit permettre à tous les mineurs d'avoir une information claire, que ça choque ou pas. Car quelque part choquer c'est quand même un minimum le rôle de l'école de temps en temps pour amener à faire réfléchir »

M5 : « Je pense que c'est plus du ressort de la médecine scolaire, et qu'il faut accentuer la prise en charge au niveau éducation, explications, etc.... »

« Peut-être qu'effectivement il faudrait des cours de sexologie pour qu'ils soient plus à l'aise pour en parler avec les médecins. »

« C'est à l'école aussi qu'on devrait leur apprendre que les médecins sont là aussi pour en parler. »

5. Les médias

Le rôle des **médias** est mis en avant pour donner de l'information aux adolescents. L'accent est mis sur la **nécessité de ressources fiables et attractives**.

M5 : « on a aussi notre rôle, mais je pense qu'il faut qu'on mette l'accent sur l'information. »

Il y a les **blogs** :

M3 : « y 'a pas mal de médecin qui font des blogs et qui du coup y'a aussi des liens vers des blogs de patients [...] du coup par les blogs, on voit le côté non dit, parfois des patients. Mais faut que ça soit des gens un peu militant en fait. Du coup on peut profiter de cette expérience là [...] Ça c'est le côté intéressant, alors là c'est sur un site internet, mais tu l'as sur les réseaux sociaux »

Également les **livrets** :

M7 : « J'ai une amie, je pense que c'est une très bonne initiative. A chaque garçon qui arrivait au stade de 12 ans, elle lui offrait le guide du zizi sexuel (rire). Et il y a tout dans ce livre-là. »

Les **sites officiels** et les sources d'informations **fiables manquent de mise en avant** et sont souvent peu attractifs :

M4 : « un site fiable où on peut les orienter aussi ça serait pas mal, ça leur éviterait d'aller sur n'importe quel site, sur des forums ou sur des trucs où il y'a un peu tout et n'importe quoi »

M10 : « Donc moi je trouve qu'il y a un truc à faire autour de la classe et de la forme des informations qu'on trouve sur internet concernant la sexualité. C'est sûr que « machin.gouv » c'est rarement sexy quoi donc aller trouver des informations sympas heu, pas édifiante sur internet, là je trouve qu'il y a un travail à faire.

« Après il y a quand même des bons sites comme onsexprime etc.. »

« Et internet quoi. Je pense que d'améliorer la qualité des informations trouvables par les ados sur internet c'est important. »

Souvent les **garçons sont mis à l'écart** et le contenu des informations n'est pas forcément adapté :

M10 : « Oui, il y a ton plan toi, ma contraception que j'utilise tout le temps en consultation. Ils sont bien mais déjà ils sont souvent axés pour les filles et parfois ils sont un peu heu. Enfin moi j'aurais 15 ans j'irais là-dessus j'aurais l'impression qu'on me prend un peu pour une gogolle. »

6. La consultation dédiée, une mauvaise idée pour certains

D'après les entretiens, il ressort qu'une **consultation obligatoire dédiée** aux adolescents **pourrait être mal vécue**. Par ailleurs, pour les médecins interrogés, il n'est pas certains que les adolescents se présentent à une consultation dédiée à la prévention, sexualité etc...

M2 : « Et pour la société on a l'impression que si on force quelqu'un à aller voir un médecin c'est bon. Si on oblige un jeune à aller parler sexualité avec un médecin il prendra pas de risque. Et si jamais on peut de préférence cibler le jeune pour l'obliger, lui tordre le bras pour le trainer dans le cabinet du médecin bah à se moment là on va avoir quelqu'un qui sera fermé, contre, qui va se sentir légitimement discriminé et dont on pourra pas ... qui entendra pas grand-chose de ce qu'on aura à dire. Et on aura l'impression finalement de passer plus de temps à désamorcer une situation pourrie que avoir une discussion un peu constructive ou utile. »

M5 : « Mais on ne peut se permettre aucune obligation de consultation quoi »

M8 : « Je crois que les tentatives de consultation dédiées pour les adolescents...il y a eu des tentatives de mise en place. Il y avait une consultation pour les 13-14 ans, on a reçu les papiers pour les faire mais on ne l'a jamais fait. Ils ne sont jamais venus pour ça. »

M9 : « Enfin tu vois, heu, à partir de 2020 le certificat de sport ne sera plus obligatoire pour les mineurs donc ça va être encore plus dur de les voir. Nous à la maison de santé on a pensé à mettre en place une consultation pour les 15-16 ans, heu, pour de la prévention, des trucs comme ça tu vois. On a pensé à envoyer par exemple une lettre qui arrive de façon systématique chez les jeunes de 15 ans pour cette consultation qui serait dédiée à leur santé. Mais est ce qu'ils viendraient pour ça ? je sais pas. »

7. Élargir l'indication du vaccin anti HPV aux garçons

Les entretiens ont été réalisés avant la mise en place de la recommandation HAS concernant l'élargissement de la vaccination aux garçons selon les mêmes modalités que pour les filles. Il en ressort que la majorité des médecins étaient favorable à la vaccination anti HPV des garçons. **Le vaccin** pouvant alors être **un moyen d'introduire** la question de la sexualité.

M1 : « Mais j'ai l'impression que ça va changer, parce que par exemple la vaccination contre le papillomavirus, va concerner les hommes, certainement. Je crois que c'est déjà en pourparler. » « Là, on aura une excuse en fait, pour aborder ce sujet »

M4 : « En réalité pourquoi ça serait pas les garçons ? on devrait les vacciner autant que les filles » « Qu'on en parle pour les garçons aussi, de ce vaccin, concrètement ça pourrait éradiquer l'HPV et si on l'éradique que chez les filles et pas chez les garçons, c'est pas logique. »

M7 : « Moi je pense que le GARDASIL®, on devrait déjà pouvoir vacciner les garçons et à ce moment-là on devrait en parler aux garçons au moment de la prescription. »

« Moi je vais vacciner un 2^e garçon et c'est demandé par sa mère. J'avais vacciné sa fille et elle m'a demandé si je voulais pas vacciner son garçon. Je lui ai dit « moi je le fais sauf que ça ne sera pas remboursé ». Ça ça permettrait d'aborder les choses, par le biais d'un vaccin mais ça permettrait d'aborder les choses. »

8. Intégrer les garçons aux programmes de santé publique

Pour un médecin, il semble important de **donner une place aux garçons dans les politiques de santé publique concernant la santé sexuelle**, afin qu'ils s'investissent sur ces questions.

M4 : « ils devraient participer à la contraception autant que les filles, et donc du coup on aurait aussi plus facilement ce sujet là à aborder avec eux aussi. »

« faire des campagnes où la contraception c'est pas que pour les filles quoi »

« je pense que ouais on devrait plus intégrer le garçon déjà dans la prévention, dans les vaccins, euh, plus l'intégrer aussi dans la contraception et ce genre de chose »

« s'ils sont à égalité avec les filles au niveau prévention traitement, forcément on sera peut être plus à égalité au niveau discussions et on arrivera plus facilement à l'aborder facilement. Ça sera moins sujet tabou pour eux alors que pour les filles on voit bien que ça l'est de moins en moins »

9. Changer le regard de la société sur la sexualité des adolescents

L'idée d'une campagne de communication permettant de **désacraliser le sujet de la sexualité** chez les adolescents émane également des entretiens. Il s'agit de rendre le sujet moins tabou et plus abordable par la population pour permettre de faciliter la communication.

M2 : « Pour moi il faut, peut être euh, que la question soit moins médicale et plus sociale au final et que ça soit un choix de société de savoir à quel âge on propose la vaccination, à qui, quels sont les bénéfices qui sont attendus, quels sont les risques qui sont attendus, ou envisageables et quel est l'avis de la société dans son ensemble pour dire qu'on fait ça. Probablement aider les gens à décider, et moins avoir l'impression que le médecin va venir imposer. »

« Je suis pas certain que ce soit en mettant le paquet sur les médecins dans un premier temps en tout cas qu'on s'en sortira. Il faut commencer par faire évoluer la société sur les questions de sexualité. »

« tant qu'on passe à côté de ce quelque chose, on aura des problèmes avec la sexualité des jeunes et des moins jeunes. Tant qu'on considèrera que ça doit rester honteux on restera problématique. Tant qu'on estime qu'on ne peut pas parler librement, tant qu'on estime que voir n'importe quoi d'un peu sexuel ça peut être choquant pour les plus jeunes ça reste du corps humain faut quand même se détendre. »

M11 : « L'information, peut être plus d'information au niveau national. »

« Après c'est pas à moi médecin généraliste de communiquer là-dessus, c'est plus, faudrait que ça soit un plan national comme beaucoup de problèmes d'ailleurs. »

L'idée serait également de ne **pas pointer systématiquement les risques** qui au final sont souvent le seul sujet abordé.

M2 : « c'est pas la peine de faire peur à tout prix parce que bon on a quand même des solutions »

10. Les séries télévisées, un moyen de réduire les tabous

Les médias peuvent être une source intéressante d'éducation à la sexualité. **L'aspect pédagogique s'intègre à un divertissement.**

M3 : « Alors y'a un truc qui est pas trop fait en France mais plutôt en Norvège ou Suède qui était une série pubertet ça s'appelle je crois. Qui est intéressante et où on voit des gens nus, des vrais gens ...alors qu'en France ça va être des mannequins, des dessins. Euh avant de regarder je savais que c'était ce modèle là et je me disais que ça allait être pas trash mais cru

et en fait à le regarder bah en fait non c'est basique, c'est le corps. Et là y'a un tabou qui est dommage »

« Je trouvais intéressant de donner à disposition [...]un dvd d'éducation sexuelle ou en gros c'est un film explicite avec une histoire donc un peu comme on pourrait avoir avec un film porno. Mais on voit bien l'intention derrière est pédagogique et du coup y a des explications pédagogiques et donc on voit effectivement des caresses, tout le jeu sexuel, on voit la pénétration donc là pour le côté image c'est aussi explicite que pour un film porno »

M6 : « fonctionnement ils en savent trop. Tu vois je regardais la série Sexeducation sur Netflix avec ma fille de 14 ans, il y a une scène d'anulingus. Elle dit « le rimming ? ah oui l'anulingus » et tu vois ils connaissent toutes les pratiques. Moi à 14 ans je n'aurais jamais imaginé ce genre de pratique. »

11. Les numéros anonymes et gratuits

Pour un médecin, qui ne semble pas en connaître l'existence, un **numéro d'appel anonyme et gratuit** permettrait une plus grande liberté d'expression.

M4 : « je sais pas si ça existe par rapport à ça mais un numéro vert ou un truc comme ça où ils peuvent appeler et être un peu anonyme [...]Ça serait par téléphone, je pense que du coup sur un truc anonyme, bah je pense qu'ils iraient plus facilement »

12. La question de la formation médicale

Les médecins interrogés sont unanimes sur l'utilité d'une **formation à la santé sexuelle** durant les études de médecine, formation qui ne devrait pas selon eux être limitée à l'aspect risque de la sexualité.

M6 : « Après pour d'autres, s'ils n'ont pas déconstruit certaines pensées après 10 ou 20 ans de carrière je ne sais pas ce que ça peut donner. Peut-être qu'effectivement sur les générations qui arrivent ça peut être intéressant avec une formation sur l'homosexualité et les stéréotypes qui existent. Je pense qu'il serait bien que pas mal de médecins soient moins rigides sur la sexualité. Si il y avait des formations dans les études ça serait bien. »

M10 : « Je pense que c'est une question de formation. On n'entend pas parler de sexualité ou alors très peu et quand on en entend parler c'est toujours avec un abord qui est très médico médical et qui est juste centré sur les IST et la contraception pendant notre formation. Je pense que ce serait intéressant qu'on ait une formation à la sexualité et à la sexologie euhh de façon générale avec les ados et avec les adultes. Ça éviterait qu'on dramatise le sujet. »

L'échange entre pairs permettrait également de trouver des techniques d'abord et de désacraliser la question de la santé sexuelle.

M8 : « En groupe de pair ça serait plus facile. Aller prendre chez les autres des attitudes, des connaissances. »

IV. Discussion

A. Originalité du sujet et de la méthode

Une des forces de l'étude vient de son originalité, le sujet de la sexualité des adolescents et à fortiori des adolescents garçons a été peu étudié et décrit dans la littérature. L'abord par les généralistes de la santé sexuelle avec les adolescents garçons spécifiquement n'a jamais été traité. Une thèse s'est penchée sur le point de vue des adolescents et montre que le médecin généraliste n'est pas l'interlocuteur privilégié des adolescents qui préfèrent les amis, internet ou bien encore l'école pour répondre à leur interrogations et besoins d'information (70). Les autres thèses traitant de la santé sexuelle des adolescents étaient axées sur les adolescentes et notamment la contraception féminine. Ce sujet est en lien avec l'actualité des politiques nationales de santé au travers du lancement en 2017 d'une stratégie d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle (3).

La méthode qualitative par entretien individuel a l'avantage de fournir une abondance d'informations et de faire émerger les idées par les médecins eux-mêmes, il s'agissait de la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche. En choisissant de ne pas définir l'âge de début ou de fin de l'adolescence et l'éducation à la sexualité nous avons cherché à évaluer de façon plus large les pratiques des médecins interrogés.

B. Limites et forces de l'étude

1. Biais de sélection

L'échantillonnage était initialement prévu de façon séquentielle pour amener le plus de diversité sociodémographique parmi les médecins interrogés. Nous nous sommes confrontés à de nombreuses absences de réponses à nos sollicitations, voire quelques refus. Dès lors, nous avons recruté les médecins au fur et à mesure sans lien entre eux en essayant d'établir la plus grande diversité du panel étudié, ceci ayant entraîné un biais de recrutement. Bien qu'ayant essayé de respecter la plus grande hétérogénéité des médecins interrogés, nous remarquons que la grande majorité exerce en milieu urbain ou semi urbain, et peu en milieu rural, ils étaient tous plus jeunes que la moyenne d'âge des généralistes en France, par ailleurs parmi les femmes aucune n'a indiqué être LGBT+. Les médecins interrogés ont pour une grande majorité été recrutés par mail. Un premier mail n'indiquant par le thème précis de l'étude n'a reçu aucun retour favorable. Dès lors nous avons renvoyé un mail précisant que l'étude portait sur la sexualité des adolescents garçons, permettant le recrutement des médecins. Cette démarche peut être à l'origine de deux biais, d'une part un biais de sélection en ne recrutant que des médecins intéressés ou sensibilisés à la question de recherche, et d'autre part un biais de déclaration, les médecins pouvant réfléchir à l'avance sur le thème qui leur avait été annoncé. Par ailleurs, un des enquêteurs connaissait à titre professionnel un des médecins interrogés ce qui peut entraîner un biais interviewer interviewé.

2. Biais et limites dans la réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés en tête à tête au cabinet des médecins interrogés sauf pour un médecin M3 qui s'est réalisé à son domicile. Le choix du lieu a été laissé au médecin afin de favoriser la mise en confiance. L'entretien de M3 a été perturbé par 2 appels et 1 SMS entraînant un manque de concentration.

Les deux enquêteurs étaient inexpérimentés, bien que s'étant formés aux techniques d'entretien, il s'agissait d'un premier exercice pour chacun d'eux. Les mots et le ton utilisés pour poser les questions ainsi que les réactions volontaires ou non de l'enquêteur aux propos des médecins interrogés ont pu être des sources de biais, tout ceci pouvant influencer sur la qualité des entretiens. Nous nous sommes présentés en tant que doctorants réalisant un travail de thèse, ceci pouvant entraîner un biais d'interaction.

De plus, on peut soulever la possibilité de biais lié à l'enregistrement des entretiens, ceci pouvant être intimidant. A l'extrême on peut s'interroger sur la possibilité de biais de désirabilité sociale qui consiste à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. Certains médecins nous ont fait part des dernières consultations de santé sexuelle qu'ils avaient réalisés auprès du public adolescent parfois il y a des mois ou des années, ceci pouvant être affecté par un biais de mémoire.

3. Biais d'analyse des données

L'analyse des données s'est faite au fur et à mesure des entretiens. La méthode de recherche qualitative est par définition une démarche interprétative, la double lecture des entretiens et du codage a permis une triangulation des données augmentant ainsi la validité de l'étude en réduisant l'incidence des biais d'interprétation. La saturation théorique des données a été rapidement obtenue, dès le 9^e entretien, nous avons réalisé 2 entretiens supplémentaires n'ayant pas apporté de nouvel élément.

C. La place des médecins généralistes concernant l'information à la santé sexuelle des garçons

A l'unanimité les médecins interrogés se sont déclarés concernés par la question de la santé sexuelle des adolescents garçons et filles, cette idée est largement partagée par les médecins généralistes. Le thème de la santé sexuelle apparaît comme vaste et important, ce qui pose la difficulté de définir le champ d'action et les limites de prise en charge de la part des médecins (54-55). Leur rôle se révèle être multiple allant de la prévention, au traitement, à l'écoute, à l'information et à la réassurance. Cependant bien qu'acteurs, ils nuancent ce propos en indiquant qu'ils ne sont pas au cœur du dispositif d'éducation à la santé sexuelle. Forts de ce constat les médecins s'inscrivent en complémentarité du système existant à savoir principalement l'éducation à la santé sexuelle au niveau scolaire qu'ils jugent comme non efficiente et insuffisante.

Les médecins expriment le fait de ne pas voir suffisamment les adolescents garçons pour mettre en place une information à la santé sexuelle suffisante, ce sentiment est confirmé par les résultats du baromètre santé 2010 qui montre que l'adolescence est la période de la vie où la consommation de soins est la plus faible et à fortiori chez les garçons (51), ainsi les adolescents garçons consultent 2.1 fois par an tous professionnels confondus, les généralistes restent cependant les professionnels de santé les plus rencontrés à raison de 75,8 % des 15-19 ans, presque tous consultent « leur médecin de famille » (56- 57). Les 15-19 ans à 82,7 % déclarent avoir effectué une visite de routine chez leur généraliste, pour 60,0 % cette dernière remonte à moins d'un an (27). Ces visites de routines, en l'absence de toute pathologie aigue, sont un moment propice à l'ouverture sur des sujets tels que la santé sexuelle. Cependant, les

questions de santé sexuelle avec les hommes adolescents ou adulte restent rarement abordées (52).

Pour légitimer leur position en tant qu'interlocuteurs potentiels, ils mettent en avant des arguments liés à la profession de médecin généralistes : fiabilité de l'information, accessibilité, confiance, non jugement, respect des différences, et prise en charge individuelle. Ces notions sont admises par les adolescents (59). L'approche individuelle permet au médecin d'adapter son discours aux besoins exprimés des adolescents garçons et à leur rythme d'évolution, cependant on remarque que certains médecins présentent des difficultés à cerner les attentes des adolescents et à dépasser les discours médicalisants et alarmistes sur les dangers liés à la sexualité. Le suivi et la répétition des interventions en matière de santé sexuelle semblent être le meilleur moyen pour les adolescents de s'approprier l'information qui est délivrée. Maintenir le lien dans la durée favorise le travail de prévention, et permet au médecin d'être identifié comme une personne ressource au long terme (60). Selon P.Binder « si les trois quarts des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, un tiers avouent cependant n'avoir pu se confier », par ailleurs selon une étude en cas de prise de risque lors d'un rapport sexuel ou de question sur le sujet, seulement 12% des adolescents avaient consulté un médecin (16;26;57).

Les médecins se considèrent comme une source fiable en terme de santé sexuelle en population générale (62), cependant ils pointent du doigt des méconnaissances spécifiques à certaines catégories de la population notamment les attentes des patients adolescents, des homosexuels ce qui les freine dans leur discours (63). Dans cet esprit, en grande partie les médecins déplorent un manque au cours de leur formation initiale pour apprendre communiquer autour de ces questions intimes.

D. Déroulement des consultations en santé sexuelle

La consultation auprès d'un adolescent requiert de la part des médecins une connaissance précise de l'adolescence mais également un savoir-faire permettant une véritable accroche pour établir une relation et un suivi de qualité avec le patient (64). L'adolescence n'est pas un processus linéaire mais une période mouvementée sur le plan social, psycho-comportemental et physique. Cette évolution est inégale entre les adolescents et n'est pas qu'une question d'âge. Souvent en recherche d'autonomie, les adolescents entament un processus d'individuation en testant les limites et manifestant leurs désaccords. Face à tant de changements, le médecin n'est pas toujours à l'aise avec eux. Un cadre favorable est un élément qui participera positivement à construire et modifier les représentations et l'attitude de l'adolescent vis-à-vis du professionnel de santé. (57;60)

Les médecins s'attribuent un rôle de conseiller. Les pratiques décrites par les médecins interrogés diffèrent selon les praticiens mais se recoupent le plus souvent. Ils tentent d'adopter une attitude neutre, non jugeante et bienveillante dans le respect de la pudeur et de l'intimité pour faciliter l'expression, sans vouloir forcer la parole. La convivialité, le respect et le rappel de la confidentialité entre le généraliste et l'adolescent sont primordiaux.

Les adolescents viennent souvent accompagnés : 61 % des consultations sont réalisées avec un tiers : 86 % sont accompagnés quand l'adolescent a de 12 à 15 ans, 42 % pour les 16 à 19 ans (66). La place du parent accompagnant est gérée de façon diverse selon les médecins, certains l'incluent tout au long de la consultation, d'autres établissent un temps sans le parent ou prévoient un prochain rendez-vous en colloque singulier. Demander à l'adolescent s'il

souhaite rester seul, le met dans une position de conflit de loyauté envers ses parents, la plupart du temps il répondra non ou que cela ne le dérange pas que l'accompagnant reste, ce qui n'est pas forcément le reflet de son désir profond (64). Recevoir seul un adolescent, c'est une façon de marquer son individualité et de reconnaître son autonomie, cette décision doit être prise par le médecin (60). Il ne faut pas mettre à l'écart les parents mais leur expliquer la démarche. Le temps en tête à tête avec l'adolescent est important, mais également celui du débriefing avec le parent. L'inverse peut exister avec des parents qui souhaitent être vus seuls, de la même façon un retour systématique des problématiques abordées semble nécessaire auprès de l'adolescent. Certains auteurs vont plus loin et proposent de provoquer un changement de paradigme en plaçant l'adolescent au centre de la consultation, dès la prise de contact en salle d'attente il s'agit selon eux de saluer l'adolescent par son prénom en lui serrant la main et en le regardant dans les yeux avant de saluer les parents, de même au début de la consultation le médecin peut demander à l'adolescent de présenter ses parents inversant ainsi les rôles habituels (57;64). Par ailleurs, le positionnement dans le cabinet peut être important, le médecin peut ainsi demander à l'adolescent de prendre le siège le plus proche du bureau. Pendant l'entretien, s'adresser directement à l'adolescent, par le regard et par la parole semble renforcer la relation (60).

La question de la bonne distance semble difficile à établir pour certains praticiens. Pour certains médecins il s'agit de garder une distance pour maintenir leur professionnalisme, pour d'autres leurs pratiques les amène à dépasser la hiérarchie de la relation médecin patient pour entrevoir des questions plus complexes et plus intimes. Cela implique de la part du médecin de s'exposer à une relation plus individuelle et singulière, au risque de se livrer plus personnellement. Pour certains auteurs, cela passe aussi par le choix du vouvoiement ou du tutoiement qui renvoie à plusieurs paramètres : durée de suivi, habitudes du médecin, voire volonté de l'adolescent s'il a été questionné dans ce sens (60).

Les motifs de consultations peuvent être précis ou parfois flous voire un rendez-vous pris par le parent pour leur enfant qui ne sait pas pourquoi il est là. Les consultations sont très liées à des préoccupations parentales, même à 18 ans, les 2 tiers des rendez-vous sont pris par les parents (57). Il apparaît alors important de préciser qui a sollicité le rendez-vous et quel en est le motif. Le motif de consultation des adolescents est essentiellement somatique (75 %), mais aussi administratif ou préventif (19 %) et rarement psychologique (6%) alors que la «dépressivité» touche environ 32% des jeunes (57). Les demandes ne sont donc pas le reflet des besoins. Par ailleurs derrière la demande exprimée par l'adolescent ou par son entourage, il peut y avoir une demande sous-jacente. Il est nécessaire de créer du lien pour mettre l'adolescent en confiance et permettre qu'il exprime ses préoccupations, ses attentes. Toute demande doit pouvoir être entendue sans délai car l'occasion de contact ne se renouvellera peut-être pas. Cela ne signifie pas qu'une réponse immédiate doit être donnée, le médecin peut proposer une consultation différée compatible avec les modalités de son exercice et ses contraintes. Lorsque le motif de consultation s'y prête, les médecins abordent des aspects préventifs et explorent les questions de santé sexuelle avec les adolescents. Dans les autres cas, ils peuvent signifier leur disponibilité voire proposer d'explorer ces questions si le temps de consultation le permet. Des questions systématiques peuvent créer une ouverture. L'abord des modifications corporelles dues à la puberté de même que les problèmes génitaux peuvent être un mode d'entrée. A l'occasion d'une souffrance psychique ou d'une rupture amoureuse, les questions de sexualité semblent plus légitimes (61).

D'une façon générale, les médecins n'abordent pas facilement les questions de santé sexuelle (62;66), et a fortiori avec les adolescents garçons (53). La notion de porte ouverte est

mise en avant par les médecins pour ouvrir le dialogue, celle-ci peut s'exprimer de façon verbale mais aussi non verbale au travers de l'attitude du médecin, mais aussi de l'environnement dans le cabinet, parfois dès la salle d'attente avec des affiches, des brochures. La disponibilité peut également s'exprimer en fixant un autre rendez-vous, ou en laissant à l'adolescent l'initiative de revenir. Pour les médecins qui ne souhaitent pas aborder ces questions, il est important de rappeler la possibilité de déléguer cette tâche en adressant le patient, ce qui renforcera également le lien avec celui-ci.

L'éducation à la sexualité intervient dans une démarche préventive avant l'entrée dans la vie sexuelle active, l'objectif est donc une préparation en amont d'une mise en pratique. Les médecins interrogés semblent à l'inverse des filles, chez qui cette démarche est initiée dès l'âge de 12 ans avec la vaccination anti HPV, attendre que les garçons soient âgés d'au moins 15 ans, on peut supposer que certains auraient besoin d'un accompagnement plus précoce. Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) l'éducation à la santé « est un acte d'accompagnement qui repose sur une alliance entre le patient et le professionnel qui devra faire preuve d'empathie et utiliser des techniques d'entretien qui favorisent le dialogue. Son objectif n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin » (60). On retrouve ici la notion d'empowerment. Avant d'apporter des conseils, il apparaît nécessaire d'évaluer l'état des connaissances, des représentations et des attentes de l'adolescent en lien avec son état d'avancée dans le domaine de la sexualité. En effet B.Sandrin Berthon définit l'éducation du patient comme tel : « Il s'agit d'écouter pour construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère. Il existe de part et d'autre, chez le patient et chez le soignant, des connaissances, des représentations, du rationnel et de l'irrationnel, du conscient et de l'inconscient. Mener une démarche éducative, c'est construire à chaque rencontre, à partir de tous ces éléments, de nouvelles réponses, acceptables à ce moment-là par l'un et par l'autre » (67). Cette attitude ne semble cependant pas consensuelle, où le rapport du médecin à la sexualité des jeunes est marqué par l'inquiétude et la préoccupation, c'est ce que M.Bozon nomme la panique morale des adultes (68). La complexité du rapport de l'adolescent aux risques nécessite de ne pas répondre à cette attitude par le seul apport d'informations, il est cependant important que le médecin prenne acte des prises de risque et signifie ses préoccupations à l'adolescent, l'objectif étant de limiter le risque ou le préjudice lié au risque (60).

Dans son discours le médecin doit idéalement allier pédagogie et empathie afin de réaliser un bon équilibre entre l'écoute et les informations qu'il délivre, ces compétences techniques et humaines lui permettant de créer une alliance. De nombreux médecins interrogés nous ont fait part de l'importance du feeling et ressenti dans leurs consultations auprès des adolescents. Le médecin ne doit pas se réfugier derrière un langage médical ou hautement technique mais adapter ses questions et les termes employés au stade de développement et utiliser des techniques de reformulation pour vérifier la compréhension (69). La qualité de l'écoute est essentielle, il est important d'éviter d'être dérangé par le téléphone et maintenir un lien visuel avec l'adolescent en faisant attention à limiter la prise de notes pendant les échanges (60).

Les notions de confidentialité et de secret professionnel sont importantes à préciser à l'adolescent afin de l'en informer ou de corriger ses représentations (61;70-71). Les médecins mettent l'accent sur ce point pour établir une confiance et la libre expression. La relation de confiance se construit dans le temps par la multiplication des rencontres auprès de l'adolescent, mais peut aussi s'inscrire dans une logique plus systémique, le médecin prenant parfois en charge plusieurs générations d'une même famille.

La communication non verbale est d'autant plus importante que chez certains adolescents la communication verbale peut revêtir certaines difficultés. Observer et décoder permet d'être attentif à tous les messages verbaux ou non-verbaux et de répondre à une demande sous-jacente, cela permet aussi au médecin d'ajuster sa propre attitude. L'adolescent est souvent plus sensible au comportement de son interlocuteur qu'au contenu de ses paroles(60).

La consultation auprès d'un adolescent semble nécessiter du temps, la mise en confiance au cours d'une consultation exige parfois un entretien plus long. Dans son travail de thèse, Pichon J. évoque le fait que la majorité des adolescents préfèrent que les questions de santé sexuelle soient abordées en fin de consultation afin de ne pas faire durer une potentielle gêne (70).

Dans leur ensemble, les médecins interrogés n'utilisent pas de support, bien que certains existent comme les planches anatomiques, les sites internet, les brochures d'information. Les différentes études sur la question retrouvent des résultats similaires. On note l'existence de questionnaires de dépistages utilisés de manière neutre et systématique, mais ceux-ci ne sont pas toujours connus des médecins et jugés comme difficiles à introduire dans la pratique (61).

E. Le contact avec l'adolescent

Il ressort de la littérature et de nos entretiens que les patients adolescents sont déroutants. Les médecins sont déstabilisés par leur attitude passive voire insouciance face aux risques liés à la sexualité. Cette attitude pourrait venir du fait que les adolescents ont un besoin d'affirmation de soi et se sentent globalement en bonne santé, ils ont ainsi une propension à s'exposer à des conduites à risque (72).

Il est difficile pour les médecins d'appréhender les préoccupations des jeunes qui font souvent preuve de résistance face à eux.

De plus, il ressort de la littérature que les adolescents perçoivent mal les messages moralisateurs (73). Selon C.Dreux " Chez l'adolescent, particulièrement, il faut s'efforcer de montrer les bénéfices de la prévention plutôt que d'insister sur les interdits très mal perçus à cet âge ». Il est mis en évidence que les médecins sont conscients des différentes connaissances qu'ont les adolescents en terme d'IST et de contraception mais que celles-ci s'avèrent parfois imprécises.

Les sources d'information des adolescents sont jugées plus ou moins fiables. Le médecin généraliste n'est pas un interlocuteur vers lequel les adolescents vont s'adresser en priorité. La thèse de médecine générale d'A.Minster Pruvost montre que les adolescents s'informent ailleurs (73), les adolescents n'étant globalement pas conscients de l'aspect préventif de la médecine générale. Ainsi ils sont 55% à penser que les médecins peuvent les aider concernant la sexualité (57). Ils craignent que le secret médical ne s'applique pas aux mineurs et ainsi n'osent pas parler de leurs problèmes de peur que leurs parents soient mis au courant. De même ils n'osent pas consulter seuls.

Parmi les sources d'informations des adolescents citées on retrouve :

- **L'éducation nationale** qui a un rôle prioritaire dans l'éducation et dont l'efficacité est remise en cause. Ce constat est partagé par d'autres travaux de thèse, ainsi les collégiens ne semblent pas marqués par les compléments de cours de biologie abordant la santé sexuelle (74). La loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse prévoit que l'information et l'éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins 3 séances annuelles par groupe d'âge homogène. La réalité semble différer, de grandes disparités entre les établissements persistent encore, dans une enquête réalisée en 2014/2015 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action ou séance en matière d'éducation à la sexualité (75). Ainsi l'école se voit attribuer la mission de délivrer à tous les enfants de France des messages de prévention, mais les enfants peuvent-ils apprendre la santé comme on apprend le français, les mathématiques ?
- **Les médias et internet**, relativement plébiscités par les adolescents, sont utilisés quotidiennement et peuvent être source de désinformations ou de confusions. Entre 2007 et 2014, la proportion de jeunes de 15 à 29 ans utilisant internet tous les jours ou presque a plus que doublé, passant de 36 % à 84 % (76). La moitié de ceux-ci déclare avoir utilisé internet à des fins pour chercher des informations ou conseils de santé au cours des douze derniers mois (27). Les sites institutionnels, paradoxalement peu utilisés, sont jugés plus crédibles que les autres sites. Ces résultats confirment la nécessité d'améliorer le référencement, la visibilité et donc l'usage de ces sites officiels. La stratégie nationale de santé sexuelle cherche à mettre en place des garanties de fiabilité, à développer des sites officiels tels que onsexprime.fr, à diffuser des messages de prévention sur les réseaux sociaux, agir contre la désinformation et étendre la charte d'engagement concernant la pornographie.
- **Les parents** sont les premières personnes ressources. Effectivement, selon une enquête épidémiologique multicentrique réalisée en 2013 auprès de 15 235 adolescents de 11 à 23 ans, les jeunes sont 82.5% à s'adresser en priorité à leur mère pour parler de leur santé (5). Les environnements familial et socio-économique constituent deux éléments essentiels susceptibles de fortement influencer l'état de santé des adolescents et des adultes qu'ils deviendront, notamment à travers l'acquisition des comportements dits de santé (77).
- **L'entourage amical** permettant d'échanger leurs expériences, et vers qui ils déclarent se confier préférentiellement. (50;78)

F. Thèmes abordés en consultation

La totalité des médecins interrogés mettent l'accent sur l'insouciance des adolescents face aux risques liés à la sexualité : IST, grossesse, risques psychologiques ainsi que sur leur manque d'information. Les deux thématiques les plus abordées par les médecins interrogés sont la contraception, en particulier le préservatif, et les IST qui s'avèrent être les thèmes les plus importants à aborder selon les adolescents (74) en parallèle ils déclarent se sentir suffisamment informés sur les thèmes de contraception et VIH (27). Les médecins justifient leur position dans une logique de santé publique. Les chiffres d'IST et d'IVG sont mis en avant pour argumenter sur la nécessité de plus diffuser des conseils de prévention. Les efforts doivent se poursuivre dans ce sens afin de pallier à un nombre d'IVG encore important et à l'augmentation des IST ces dernières années, possiblement en lien avec une augmentation des dépistages. On note que le nombre de grossesses chez l'adolescente a été divisé par 4 depuis 40 ans en France, ce taux autour de 2,4% est parmi les plus faibles au monde. Selon le Baromètre santé 2010 et l'étude de la Dress sur les interruptions volontaires de grossesse, près d'une IVG sur deux intervient chez des femmes utilisant une méthode de contraception médicalisée ou le préservatif (27;58). En parallèle on peut souligner le comportement

responsable de la majorité des adolescents avec une utilisation à 85% du préservatif lors du premier rapport sexuel, témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention (5;14). Son utilisation diminue cependant par la suite avec 76,6 % d'utilisation lors du dernier rapport (9). Les médecins partagent largement la représentation d'une utilisation du préservatif non optimale chez les adolescents. Il serait intéressant de s'interroger si des facteurs de vulnérabilité peuvent être déterminés pour cibler les messages de prévention.

La littérature a déjà mis plusieurs fois en évidence la notion de sentiment d'invulnérabilité de l'adolescent pouvant expliquer leur insouciance et leur désintérêt pour les différentes campagnes de prévention (5;72). Et pourtant les risques psychologiques, par exemple, sont non négligeables puisqu'à la fin de l'adolescence, 15 à 20% ont déjà fait un épisode dépressif caractérisé (78).

Dans la littérature et les différentes thèses abordant les notions de sexualités chez les adolescents, les questions de contraception et grossesses sont abordées quasi exclusivement avec les filles (71;74;79-80). Alors que les garçons se sentent globalement concernés par ces questions (74). L'enquête baromètre santé 2010 confirme la différence concernant le niveau d'information : les femmes se sentent plutôt mieux informées que les hommes sur la contraception (94,6 % contre 83,4 %) et les IST en dehors du SIDA (94,6 % versus 83,4 %).

Les notions de consentement, pornographie, orientations sexuelles et violences sont très peu abordées (27). Plus de 80% des personnes qui ont subi des violences sexuelles répétées pendant l'enfance n'ont pas été prises en charge. L'enquête événement de vie et santé (EVS) montre que 0,2% des hommes et 2,5% des femmes ont subi des violences sexuelles de manière durable avant l'âge de 20 ans (31-81). Ces violences sexuelles subies pendant l'enfance ont un impact sur la vie adulte : estime de soi, santé physique et psychique, comportement à risque, difficultés à gérer les conflits de manière non violente (80-84). Les sujets de consentement et violences, bien que difficile à initier en consultation, semblent donc également essentiels à aborder. Pour accéder à ces questions la confiance apparaît comme indispensable pour les adolescents (50), mais aussi pour les médecins.

G. Analyse des freins potentiels à l'abord de la sexualité avec les adolescents garçons

Un des premiers freins mis en évidence par les médecins que nous avons interrogés est l'inégalité institutionnelle entre fille et garçon concernant la prévention en matière de sexualité. Effectivement, depuis le premier novembre 2017, la première consultation de contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans est un acte coté CCP, facturé à tarif opposable, et pris en charge à 100% par la sécurité sociale. De plus, la recherche en santé sexuelle et les recommandations qui en découlent semblent négliger les adolescents garçons, mais aussi d'une façon plus générale les hommes (80). Dans ce contexte, les médecins sont plus enclins à aborder ces questions avec les filles qui sont par la suite mieux informées et plus responsabilisées. Il en était de même pour la vaccination HPV qui ne sera proposée aux adolescents garçons qu'à partir de 2021 (21).

Le manque de temps dans la consultation est mis en évidence, d'autant plus que les adolescents garçons sont rarement vus en consultation et le plus souvent pour le certificat d'aptitude au sport. La sexualité est rarement le motif principal de consultation. C'est un frein qui a déjà été mis en évidence dans d'autres thèses de médecine générale (55;85). Les médecins pointent en parallèle le manque de valorisation des consultations avec les adolescents garçons.

Dans une autre mesure, le manque de connaissances ou d'expérience à l'abord du sujet freine les médecins dans leur démarche de prévention à la sexualité. Cela entraîne une gêne et des réticences à approfondir les consultations avec leurs jeunes patients. De façon similaire quand il s'agit d'aborder les sujets concernant l'homosexualité ou la transsexualité, plus de la moitié des médecins interrogés se sentent mal à l'aise.

Pour eux c'est la formation initiale qui n'est pas complète. Ce frein a déjà été mis en évidence dans la littérature plusieurs fois (50;86) et la stratégie nationale de santé sexuelle prévoit d'intégrer la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études des professionnels de santé et de développer l'offre de formation continue concernant les techniques de communication relatives à la sexualité. Il est intéressant de constater que pour un des médecins, le fait d'avoir travaillé avec des adolescents lui a permis de se poser les bonnes questions et d'adopter une attitude favorisant le dialogue avec eux.

Les caractéristiques personnelles du médecin telles que sa personnalité, ses valeurs, sa culture ou son histoire de vie impactent sa pratique. La sexualité, parfois sujet tabou pendant leur enfance, n'est pas aisément abordé avec leurs patients adolescents. Pour un des médecins qui est homosexuel, le patient adolescent lui renvoie l'image de l'adolescent qu'il était, provoquant gêne et tabous. On retrouve ici la notion de contre transfert, qui peut être positive ou négative. Le médecin doit donc être attentif à la dimension affective de la relation médecin-patient afin d'adapter au mieux son comportement et son discours.

Selon M.Bozon, sociologue, il n'existe de sexualité que socialement construite. Tout contact sexuel n'existe qu'à l'intérieur de cadres mentaux, de cadres historiques et culturels qui produisent sa possibilité et sa signification, ce qui implique que « les limites même du sexuel sont culturellement et socialement mouvantes » (87). Dans notre société où l'âge moyen des généralistes est de 51 ans, il semble donc qu'il soit nécessaire aux médecins de réfléchir à leurs représentations et de lutter contre leurs préjugés les rendant ainsi plus libres et plus ouverts, donc plus disponibles pour accompagner les adolescents d'aujourd'hui et leur problématiques propres.

Certains pensent que le genre a une influence, l'adolescent garçon se sentirait ainsi plus à l'aise pour parler de sexualité avec un médecin homme, pour d'autres le genre ne rentre pas en compte. Les filles se déclarent cependant être plus à l'aise avec un médecin du même genre (71). L'important est que l'adolescent soit en confiance, il y a un temps « d'apprivoisement » de ce dernier avant qu'il puisse se confier.

Il ressort une réticence de faire face à la pudeur de l'adolescent, de ne pas garder une attitude neutre et d'être trop intrusif. Cette réticence fait également écho à une judiciarisation de la médecine. Ceci amène le médecin à avoir une attitude passive face au sujet. Or la littérature montre que les patients sont enclins à parler de sexualité et aimeraient que ce soit le médecin qui aborde cette question (73-74;88).

H. Pistes d'amélioration

En premier lieu, les médecins aimeraient comprendre les adolescents, comprendre leurs interrogations afin de mieux répondre à leurs besoins. Plusieurs travaux ont déjà été réalisés et traitent plutôt de leur ressenti concernant leur santé et leurs pratiques concernant la contraception (5;27). Une thèse se penchant sur le point de vue des collégiens met en évidence une demande d'outils tels des brochures, des sites fiables et éventuellement une consultation dédiée (74). Des jeux de société tels que sexploration® semblent répondre à ces besoins.

Certains médecins restent séduits par l'idée d'une consultation dédiée qui selon eux leur faciliterait l'abord de la santé sexuelle. La consultation dédiée permettrait de lever certains blocages financier ou parental, mais aussi de prendre un temps dédié à l'ouverture sur des sujets non abordés habituellement (61). Cependant ce mode de fonctionnement semble a priori peu adapté à l'adolescent qui est rarement dans une réflexion d'anticipation, cette consultation ponctuelle n'aurait d'intérêt que pour les patients ayant déjà établi une relation de confiance, par ailleurs le caractère obligatoire risque de fermer la parole (60). Cette forme de pratique imposée est vécue par certains médecins comme une ingérence, se pose également la question de la capacité d'intégration de ces consultations au sein de la pratique des généralistes dans un contexte de planning souvent surchargés (61). Par ailleurs on peut s'interroger sur l'impact d'une telle démarche auprès de médecins peu sensibilisés aux questions de santé sexuelle. De plus, dans le cadre d'une démarche éducative mais aussi l'abord de questions intimes, la répétition des interventions et des rencontres semble faciliter l'expression et être plus efficace (60).

Une formation adaptée pendant les études et également en formation continue paraît nécessaire. Actuellement la formation est basée sur les IST et la contraception. Le versant psychologique de l'adolescent et les techniques de communications sont peu enseignés. Il existe l'outil « entre nous » développé par l'INPES en 2009 (60) qui est un guide de consultation avec les adolescents destiné aux praticiens. Il serait intéressant de le diffuser plus largement. Son application permettrait d'optimiser les pratiques de communication et de renforcer l'alliance auprès de ce public particulier quelque soit le thème de la consultation. La loi santé a pour objectif de développer la formation initiale et continue. Se former pour accueillir, repérer, communiquer et informer en consultation de santé sexuelle ne peut pas se réduire à quelques heures dans un cursus. Cela implique un intérêt et un investissement personnel du médecin.

Les groupes de pairs ont été mis en avant pour répondre aux besoins d'échanger les expériences et outils avec d'autres praticiens. Un réseau structuré autour de l'adolescent permettant de communiquer entre les différents acteurs paraît intéressant et permettrait d'agir en complémentarité du champ d'action de chacun. Ce travail de coordination est jugé comme complexe à mettre en place et chronophage. Les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic), le planning familial, la maison des adolescents sont notamment des structures qui devraient être connues et accessibles à tous les adolescents, on peut pointer leur manque d'accessibilité sur certains territoires à un âge où la mobilité notamment en milieu rural peut être réduite.

Développer et généraliser les cours d'éducation sexuelle paraît important. Les médecins interrogés mettent en avant l'importance du rôle de l'éducation nationale sur cette question. Il paraît nécessaire de se diriger vers les adolescents et non de les contraindre à une consultation pouvant être déroutante et gênante. Dans le cadre scolaire les adolescents peuvent ainsi s'exprimer entre eux, mais l'effet de groupe peut inhiber certains d'entre eux. La stratégie nationale de santé sexuelle a pour objectif d'offrir une éducation de qualité à la sexualité et à ses risques à 100% des jeunes durant leur cursus scolaire. Ceci n'est pas nouveau, car 3 séances annuelles de la primaire au lycée sont prévues depuis 2001 dans le cadre de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. Il serait pertinent de s'interroger sur les raisons des disparités d'enseignement actuelles, et sur les capacités de l'école de répondre à ces impératifs d'éducation en santé sexuelle. Les activités extra scolaires sont également ciblées afin de notamment sensibiliser les jeunes au sexisme, à toutes sortes d'intolérances et aux violences sexuelles.

Les médias ont un rôle aujourd'hui prépondérant dans l'information. Les adolescents sont en quête de ressources fiables et actualisées. Des sites officiels certifiés Health On Net tels que onsexprime.fr, [filsantejeunes](http://filsantejeunes.fr), choisirscontraception.fr existent déjà mais mériteraient d'être plus largement diffusés auprès des adolescents, et des professionnels de santé. Les médecins que nous avons interrogés n'étaient pour la plupart pas au courant de l'existence de ces ressources. Par ailleurs, on voit depuis quelques années d'autres médias s'approprier les questions de santé sexuelle des adolescents, on peut ainsi citer la série Netflix® *SexEducation*, des webséries « Askip » ou encore « on parle de sexe ». Progressivement l'espace audiovisuel et la société s'ouvrent à ces thématiques, réduisant ainsi les tabous. Des vidéos via des plateformes en ligne ou des publications via comptes officiels sur les réseaux sociaux pourraient être des supports d'information intéressants à proposer aux adolescents mais également aux professionnels de santé pour apprendre à adapter leur discours (89).

Par ailleurs, les adolescents semblent méconnaître la place du médecin généraliste en termes d'information et de prévention. Il serait intéressant de communiquer auprès d'eux sur la possibilité de consulter un médecin sur ces questions. Et plus largement, nous pouvons nous interroger sur notre aptitude à créer un environnement favorable à la discussion et au dialogue de la salle d'attente jusqu'au cabinet.

Enfin, il apparaît comme indispensable d'accompagner les changements de société en inscrivant durablement ces questions dans le débat public afin d'en légitimer leur place et réduire les tabous. Selon Y.Coinçon : l'avenir d'une société, quelle qu'elle soit, est toujours dans ses enfants.

V. Conclusion

L'étude de la littérature scientifique nous a amené à faire le constat que les adolescents garçons ne sont pas ciblés par les campagnes d'information et les discours scientifiques en matière de santé sexuelle. Au même titre que les adolescentes, ils bénéficient d'une éducation à la sexualité au cours de leur scolarité, cependant de grandes disparités existent entre les établissements. Diverses études montrent qu'une partie des adolescents garçons souhaiteraient pouvoir en parler mais ne savent pas vers qui se tourner. Internet et les médias semblent plébiscités, mais la fiabilité des informations délivrées est remise en cause par les adolescents. Les séries apparaissent comme une alternative à l'abord des questions de santé sexuelle, mais peut-on se réjouir que Netflix® éduque les adolescents ? Quant à la famille et les pairs, le degré d'ouverture au dialogue sur ces questions reste variable.

Nous avons donc cherché à comprendre quelle place le médecin généraliste occupe en tant qu'interlocuteur potentiel auprès de ce jeune public et comment sont abordées ces questions. Nous avons interrogé 11 médecins par entretiens semi-dirigés au cours de cette étude qualitative. Il en ressort que les médecins sont concernés par le sujet, et justifient leur rôle par des données de santé publique en matière d'infection sexuellement transmissibles et d'interruption volontaire de grossesse. Ils considèrent que le médecin doit s'inscrire en complément du parcours éducatif scolaire, mais ne pas le substituer. Ils déplorent une faible fréquentation des cabinets médicaux par les adolescents garçons, et un défaut de consultation sur ces motifs-là.

Le dialogue autour des questions de santé sexuelle est vécu comme difficile par les médecins. De nombreux freins en grèvent la réalisation. Parmi eux certaines caractéristiques propres au médecin vont influencer sa pratique telles que le genre, la parentalité, l'orientation sexuelle, les convictions, la religion mais aussi l'expérience professionnelle et personnelle. Les risques liés à la sexualité tels que les IST et grossesses non désirées sont les principaux sujets d'échanges. Les attentes des adolescents semblent difficiles à appréhender par les médecins, et ne sont donc pas toujours satisfaites. Le contact à l'adolescent en pleine mutation est parfois troublant pour les médecins qui développent de nombreuses stratégies de communication et d'accueil pour faciliter l'échange. Il apparaît alors nécessaire de donner une place aux adolescents en tant qu'interlocuteur singulier, les considérer et les valoriser dans leurs acquis.

La mise en place de la généralisation de la vaccination contre le papillomavirus a été mise en avant comme un levier majeur pour initier le dialogue sur ces problématiques. En parallèle, la structuration d'un réseau et la connaissance du champ d'action de chacun des acteurs semble importantes. Au delà du cadre du cabinet, il s'agit selon les médecins de faire évoluer la société sur les questions de santé sexuelle des adolescents afin de désacraliser le sujet.

VI. Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitements en sexualité humaine : rapport d'une réunion de l'OMS. Série de rapports techniques n°572. Genève : organisation mondiale de la santé. 1975 : 35p [Internet]. 1975 [cité 18 décembre 2019]. Disponible sur:<http://apps.who.int/iris/handle/10665/38316>
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport du Haut Conseil de la santé publique, Santé sexuelle et reproductive. 2016 : 9-23.
3. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, agenda 2017 – 2030. [Internet][cité le 30 août 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
4. Organisation Mondiale de la Santé. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Développement des adolescents. [Internet] [cité le 30 août 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
5. Jousselme C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Paris : INSERM ; 2015.
6. Code Civil. Article 371-1(version à jour au 24 juin 2020)
7. Code de Santé Publique. Article L1111-5 (version à jour au 24 juin 2020)
8. Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle [Internet] [cité le 30 août 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
9. Ehlinger V., Maillochon F., Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale HealthBehaviour in School-agedChildren (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. Saint-Denis : Inpes, 2016 : 5 p.
10. Lévy D, Lévy J. Le premier baiser, Adolescence. Medico. 2005; 53(3) : 709-16.
11. Bajos N, Bozon M. Contexte de Sexualité en France. Paris: La découverte; 2008.
12. Rumoroso Del Carmen M. Les premières fois : amour et sexualité. Ça sexprime. 2011;15.
13. Vaisman A. Premières expériences sexuelles. Paris: De La Martinière Jeunesse. 2000.
14. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016. Saint-Maurice : Santé publique France. 2018.
15. Richard-Bessette S. Première relation sexuelle. Questions de sexualité au Québec. Montréal. 2008 : 371-9.
16. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de pédiatrie. 2013; 20 : 845-852.

17. Santé Publique France. Épidémiologie des infections sexuellement transmissibles, Mis à jour le 16 Juillet 2019. [Internet] [cité le 30 août 2019]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>
18. Santé Publique France. Surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes. Edition Nationale Bulletin de Santé Publique, données 2018. 2019 : 17p.
19. LOT F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, et al. Découverte de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013.BEH.1^{er} décembre 2015;40-41:744-751
20. Journal Officiel de la République Française n°0274 du 27 novembre 2018. texte n° 2. Arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif masculin lubrifié EDEN des Laboratoires MAJORELLE au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2020. [Internet] [cité le 24 juin 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2020-2.pdf
22. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réunion de consensus. Vaccination contre le virus de l'hépatite B, Texte des recommandations. 2003.
23. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième. Etudes et Résultats. 2014;865:6p.
24. Haute Autorité de Santé. Synthèse de la recommandation vaccinale, vaccination contre les papillomavirus chez les garçons. 2019.
25. Haut Conseil de la Santé publique. Avis relatif aux recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes. 2016:18p.
26. Porter LE, Ku L. Use of reproductive health services among young men, 1995. J AdolescHealth. 2000 ; 27(3) : 186-94.
27. Beck F., Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
28. Rahib D, Lydié N. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. SaintMaurice : Santé publique France, 2019. 5 p.
29. Longmore MA, Manning WD, Giordano PC, Rudolf JL. Contraceptive self efficacy : does it influence adolescent contraceptive use? J Health Social Behav2003;44:45-60.
30. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Fécondité et interruptions volontaires de grossesse en 2016 - Tableaux de séries longues. [Internet] [cité le 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3552388?sommaire=3552423>
31. Debauche A. Quelles données sur les violences sexuelles en France et quelle lecture en faire ? A Santé en action. 2019;448 : 13-6.

32. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classe de troisième. Archives de pédiatrie, Elsevier. 2010; 17(3) : 219-225.
33. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Les enjeux de l'éducation à la sexualité. [Internet] [cité le 24 juin 2020]. Disponible sur : <https://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
34. Hutchinson, M. K., Cooney, T. M. Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. FamilyRelations: An Interdisciplinary Journal of AppliedFamilyStudies. 1998;47(2):185-194.
35. Masi L, Herba C, Garel P. Projet pilote : exploration de l'utilisation d'Internet et des médias sociaux chez un groupe d'adolescents ayant participé à Espace Transition. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2019 ; 177 (4) : 319-326.
36. Mitchell KJ, Ybarra ML, Korchmaros JD, Kosciw JG. Accessing sexual health information online: use, motivations and consequences for youth with different sexual orientations. HealthEducRes. 2014 Feb;29(1):147-57.
37. Eleuteri S, Rossi R, Tripodi F, Frabrizi A, Simonelli C. La santé sexuelle est dans vos mains : comment les applis pour smartphone peuvent-elles améliorer votre bien-être sexuel ? Sexologies. 2018; 27(3) : 139-143.
38. Richard J.-B., Bluzat L., Nguyen-Thanh V. Deux tiers de Français consultent Internet à des fins de santé. La Santé en action, 2016, vol. 436: p. 48-49.
39. Buhi ER, Daley EM, Oberne A, Smith SA, Schneider T, Fuhrmann HJ. Quality and accuracy of sexual health information Web sites visited by young people. J AdolescHealth. 2010;47 : 206-8.
40. Beck F., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V., Parizot I., Montagni I., Renahy E. Le recours à l'Internet-santé parmi les 15-30 ans. La Santé en action. 2014;428 :4-5.
41. Todaro E, Silvaggi M, Aversa F, Rossi V, Nimbi F.M, Rossi R, Simonelli C. Les médias sociaux sont-ils un problème ou un outil ? Nouvelles stratégies pour l'éducation sexuelle. Sexologies. 2018; 27: 150-154.
42. Smith LW, Liu B, Degenhardt L, Richters J, Patton G, Wand H, and al. Is sexual content in new media linked to sexual risk behavior in young people ? A systematic review and meta-analysis. SexualHealth2016 ; 13 :501-15.
43. Cookingham LM, Ryan GL, The Impact of Social Media on the Sexual and Social Wellness of Adolescents, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2014 ; 28(1) : 2-5.
44. Smaniotto B, Melchiorre M. When adolescent sexuality is confronted with the violence of the pornographic seeing. Sexologies. 2017; 613 : 1-7.
45. O'Sullivan, L. F. (2014). Linking online sexual activities to health outcomes among teens. In E. S. Lefkowitz & S. A. Vasilenko (Eds.), Positive and negative outcomes of sexual behaviors. New Directions for Child and Adolescent Development, 144, 37–51.

46. Gagnon G. La pornographie sur Internet et ses conséquences pour les jeunes : comment intervenir ? ça s'exprime. Québec. 2007; 9.
47. Plugia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? 2015 ; 63 (4) : 231-237.
48. Cadéac d'Arbaud B. Sexualité de l'adolescent : l'écoute, l'information au téléphone et sur Internet. Archives de pédiatrie. 2010; 17(6) : 928-929.
49. Lesdesma E. Les adolescents se racontent sur internet. Soins psychiatrie. 2009 ; 30 (260) : p11.
50. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer. 2018 ; 142 : 169-181.
51. Jacquin P. La différence des sexes dans la demande de soins à l'adolescence. GynécolObstét Fertil.2002;30 : 596-602.
52. Metz ME, Seifert MH Jr. Men's expectations of physicians in sexual health concerns. J Sex Marital Ther. 1990 ;16(2) :79-88.
53. Marcell AV, Matson P, Ellen JM, Ford CA. Annual physical examination reports vary by gender once teenagers become sexually active. J Adolesc Health. 2011 ;49(1) : 47-52.
54. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
55. Tartu N. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale: étude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
56. Jacquin P, Warnier E. Accueillir l'adolescent en consultation. Soins pédiatrie-puériculture. 2008 ; 243 : 41-44.
57. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du Praticien. 2005;55:1073-7.
58. Moreau C., Desfrères J., Bajos N. Circonstances des échecs et prescriptions post-IVG : analyses des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Revue française des affaires sociales. 2011 : 148-161.
59. Marcell AV, Ellen J. Coresexual/reproductive health care to deliver to male adolescent : perceptions of clinicians focused on male health. J Adolesc Health.2012 ;5(1) :38-44.
60. Institut National de Prévention et d'Education à la Santé. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Entre Nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009 : p32.

61. Poirier M, Lacaille-Urien J. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? : à partir d'un focus group de médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Faculté de médecine; 2010.
62. Bellaton N, Chambost A. Quelles sont les difficultés à aborder le sujet de la sexualité en médecine générale ? Etat des lieux en 2017. Etude qualitative du point de vue des médecins et des patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon 1; 2018.
63. Lena SM, Wiebe T, Ingram S, Jabbour M. Pediatricians' knowledge, perceptions, and attitudes towards providing health care for lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 2002;35(7):406-10.
64. De Tournemire R. L'adolescent en consultation. EMC. Pédiatrie. Maladies infectieuses. 2010 ; 13(4) : 1-8.
65. Binder P., Jouhet V., Valette T., Goasdoué E., Marcelli D., Ingrand P. Adolescent et généraliste en consultation: ressentis comparés selon la formation du médecin. *La Revue du Praticien*. 2009.
66. Buffat J. Comment aborder les problèmes sexuels au cabinet médical ? *Rev Med Suisse* 2006;2 : 311-49.
67. Sandrin Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Presses universitaires de France. 2000.
68. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable. *Agora débats/jeunesses*. 2012;60:121-134.
69. Pfeffer B, Ellsworth TR, Gold MA Interviewing adolescents about sexual matters. *Pediatric Clinics of North America*, 2007 ;64 (2):291-304.
70. Pichon J. Faut-il aborder la sexualité avec les garçons de 15 à 18 ans en consultation de médecine générale ? : le point de vue des jeunes. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Faculté de médecine ; 2016.
71. Escande J, Fortoul L. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale: point de vue des adolescents [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
72. Dreux C. La Prévention en santé chez les adolescents. *Bull. Acad. Natle Méd*. 2014 ; 198(6) : 1197-241.
73. MinsterPruvost A. Évaluation des principaux freins rencontrés par les adolescents dans leur démarche de prévention en santé auprès des médecins généralistes, étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 27 adolescents de 13 à 16 ans. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux. UFR des sciences médicales : 2017.
74. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité : freins et attentes de collégiens de classe de 3ème de l'agglomération grenobloise. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Joseph Fourier. Faculté de médecine de Grenoble ; 2011.

75. Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 [Internet]. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Disponible sur: http://www.hautconseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf
76. Mordier B. Enquêtes sur les TIC auprès des ménages de 2007 à 2014. Institut national de la statistique et des études économiques. 2015;168.
77. Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France en 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé. 2012 : p 254.
78. Binder P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. Exercer. 2018 ; 141 : 122-132.
79. Chastel M. Evaluation des connaissances et des représentations des adolescentes dans le domaine de la sexualité et de la contraception. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Aix Marseille. Faculté de médecine de Marseille ; 2017.
80. Saewyc E. What about the boys ? The importance of including boys and young men in sexual and reproductive health research. J Adolesc Health. 2012 ;51(1) :1-2.
81. Guyavarch E. Exposition aux violences durant l'enfance et prise en charge par les services sociaux. In : Beck F., Cavalin C., Maillochon F. Violences et santé en France : état des lieux. Paris : La Documentation française, 2010 : p. 111-123.
82. Maillochon F., Selz M. Parcours et comportements sexuels des hommes et des femmes ayant subi des violences. In : Beck F., Cavalin C., Maillochon F. Violences et santé en France : état des lieux. Paris : La Documentation française, 2010 : p. 153-167.
83. Coinçon Y. Comment prévenir les atteintes sexuelles sur les mineurs ? La Santé en action. 2019 ; 448:25-27.
84. Gamet ML. Médecine sexuelle et prise en charge des violences sexuelles. La Santé en action. 2019 ; 448 : 20-22.
85. Compagnon J, Léspourci M. Comment les médecins généralistes de Haute-Garonne abordent-ils la sexualité avec les adolescents ? Quelles suggestions ont-ils pour améliorer cet abord ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III; 2017.
86. Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nice Sophia Antipolis. Faculté de médecine de Nice : 2018.
87. Bozon M. Sociologie de la sexualité, Domaines et approches, 3ème édition, Armand Colin, 2013.
88. Meystre-Agustonia G, Jeannina A, De Hellerb K, Pécoud A, Bodenmann J, Dubois-Arbera F. Talking about sexuality with the physician : are patients receiving what they wish? Swiss Med Wkly. 2011; p6.
89. Lim MS, Vella A, Sacks-Davis R, Hellard ME. Young people's comfort receiving sexual health information via social media and other sources. Int J STD AIDS 2014 ;25 :1003-8.

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN

Contexte et but de l'étude :

La stratégie nationale de santé sexuelle débutée en 2017 a pour but notamment d'améliorer et de promouvoir la santé sexuelle en plaçant l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé. Cette stratégie s'adresse à l'ensemble de la population avec une attention particulière aux adolescents de moins de 15 ans, et aux adolescents garçons. Le médecin généraliste occupe une place importante en termes d'accès aux soins de santé et de prévention.

Ce travail, au travers d'une recherche qualitative, s'attache à comprendre comment se déroulent les consultations de santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale et quelles peuvent être les pistes d'amélioration concernant l'abord de ce sujet.

L'étude consiste à participer à un entretien d'une durée approximative d'une demi-heure. Je vous poserai une série de questions pour lesquelles vous êtes libre de répondre et d'exprimer votre point de vue.

- 1. Quelle place occupe la santé sexuelle dans votre pratique de médecine générale ?**
 - 2. Abordez-vous ce sujet avec vos patients et en particulier avec les adolescents garçons ?**
 - 3. Quels sont selon vous les enjeux et questions éventuelles que soulève la santé sexuelle des adolescents garçons ?**
- Quels thèmes vous paraissent essentiels/importants à aborder avec les adolescents garçons ?**
- 4. Comment abordez-vous la question de la santé sexuelle avec vos patients adolescents garçons ?**
 - 5. Pensez-vous que vos caractéristiques culturelles, morales, sociales, religieuses, votre genre ou bien encore votre orientation sexuelle puissent influencer votre pratique médicale d'abord de la santé sexuelle avec ces patients ?**
 - 6. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la communication avec les adolescents garçons sur la sexualité ?**



RECHERCHER

OK



SEXE ANATOMY

PREMIÈRES FOIS

SEXE&SANTÉ

PLAISIR

SEXE&SENTIMENTS

SEXE&ÉGALITÉ

SEXE&DROITS

<https://www.onsexprime.fr/>

Site Internet conçu sous l'égide de Santé publique France. Informations et conseils fiables sur la sexualité des jeunes.



Askip la sexualité: les vidéos « Askip - la sexualité » sont là pour aux questions sur la sexualité.

PuceauX, c'est l'histoire de Karim et Alex, deux adolescents qui pour préparer leur première fois ont une idée de génie : réaliser leur propre film X. Amour, première fois, porno, homophobie, sexisme...



OK. Pas OK. La série audio sur le consentement. Il y a celle ou celui qui a très envie et qui fonce, et il y a l'autre qui a parfois envie, et parfois un peu moins...



Puberté : Disponible en sous titré sur Youtube® Les questions de santé sexuelle sont abordées par Line Jansrud, une médecin pédiatre, d'une manière très directe du point de vue des images avec intelligence et subtilité sans aucune gêne. 8 petites émissions de 3 à 6 minutes dédiées à l'éducation sexuelle pour les enfants et les adolescents: la puberté, les seins, le pénis, les poils, la croissance et le changement de voix, l'appareil génital féminin et les règles, acné et transpiration, amour et relations sexuelles.

Service anonyme et gratuit pour les 12-25 ans tous les jours de 9h à 23h



Connexion

Créer un compte

0 800 235 236
filsantejeunes.com
Anonyme et Gratuit



Accueil Enquêtes Quiz Chat Pose tes Questions Forum

Recherche



<https://www.filsantejeunes.com/>

Dispositif labellisé par l'INPES de prévention répondant à distance aux questions de santé physique, mentale et sociale que se posent les jeunes de 12 à 25 ans. L'activité d'écoute, d'information et d'accompagnement est réalisée au téléphone, à l'aide d'un numéro vert, et sur Internet.

<http://tonplanatoi.fr/>



Carte en Nouvelle-Aquitaine des professionnels de santé, centres de dépistage et autres endroits, où consulter en toute sécurité, classés par thèmes.

ET DES INFOS : Contraception, homophobie, capote qui craque ?

WEBCHAT

SITES D'INFORMATION EN SANTE SEXUELLE SPECIFIQUES

<http://www.info-ist.fr/index.html>

<https://www.sida-info-service.org/>



<https://www.sexosafe.fr/>



<https://www.choisirscontraception.fr/>



<http://www.g-oublieunpilule.com/>



IVG.GOUV.FR - N°VERT 0800 08 11 11

TOUTE L'INFORMATION SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

0 800 08 11 11
(Numéro anonyme et gratuit)

Je m'informe sur l'IVG ▼

IVG, qui peut m'aider ? ▼

IVG, c'est mon droit ▼

<https://arreteonslesviolences.gouv.fr/>

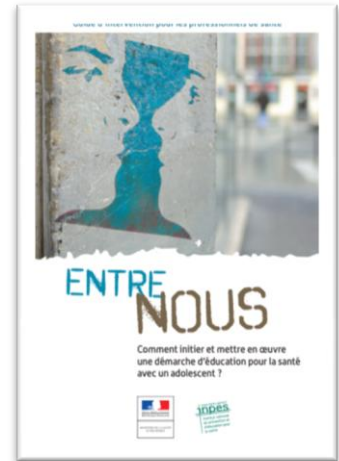


<https://www.ligneazur.org/>

Information et soutien contre l'homophobie et pour la prévention du comportement suicidaire

Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ?

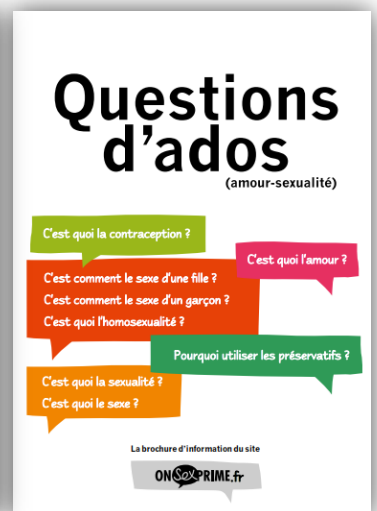
- Aider les médecins à entrer en relation et à favoriser/entretenir leur relation avec un adolescent
- permettre de créer les conditions favorables à la mise en œuvre d'une démarche d'éducation pour la santé dans le cadre de la consultation
- favoriser une approche globale de la santé, centrée sur l'adolescent.



AUTRES RESSOURCES

Brochures / Magazines

- Questions d'ados, brochure Santé publique France
- Les premières fois, brochure Santé publique France

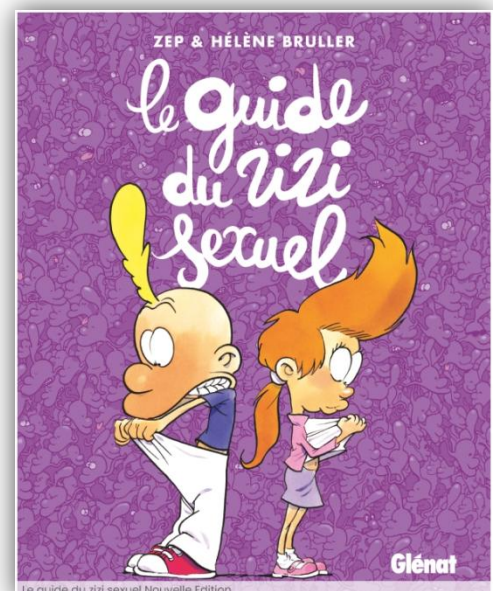


ON PARLE DE SEXE est une websérie éducative québécoise de 35 épisodes sur la sexualité, destinée aux adolescents.



LE JEU DE SOCIÉTÉ SEXPLORATION

- Le nuancier Contraceptif
- Vrai ou Faux des IST
- C'est pas Tabou
- Jeu de rôle du consentement
- Jeu des privilèges



SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

L'abord de la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine générale

Résumé :

Après un travail d'étude de la littérature, nous avons interrogé des médecins généralistes de la région bordelaise, du sud Landes et Pays Basque pour étudier leurs opinions sur la place que le médecin occupe en termes d'éducation à la santé sexuelle, leurs pratiques lors des consultations, mais aussi leurs représentations ainsi que les facteurs pouvant les influencer.

Objectif : Décrire comment les médecins généralistes abordent les questions de santé sexuelle avec leurs patients adolescents garçons, quels facteurs vont influencer leurs pratiques, et quelles pistes d'amélioration sont envisageables.

Méthodologie : Enquête qualitative par entretiens semi dirigés enregistrés auprès de 11 médecins généralistes de la région bordelaise et du sud Landes & Pays Basque.

Résultats : Les médecins sont unanimement concernés par la santé sexuelle des adolescents garçons, ils souhaitent s'inscrire en complémentarité de l'école, mais aussi de diverses sources. Ils déplorent une faible fréquentation des cabinets à ces âges, et le peu d'accroche pour amener le sujet. Ils développent cependant de nombreuses stratégies pour communiquer avec les adolescents en consultation. Leur discours est souvent centré sur les risques. La vaccination HPV devrait offrir l'occasion d'aborder ces questions. Leurs caractéristiques personnelles et histoire de vie jouent un grand rôle dans leur pratique là où leur formation fait défaut.

Discussion : Des outils de communication et d'information aux adolescents et aux professionnels existent mais sont peu connus. Une réflexion de société autour de ces questions permettrait d'en légitimer la place et limiter les tabous.

Mots clés : santé sexuelle, sexualité, adolescent, médecin généraliste, garçon