



HAL
open science

L'éducation à la sexualité chez les moins de dix-huit ans en soins primaires

Grégoire Maillé

► **To cite this version:**

Grégoire Maillé. L'éducation à la sexualité chez les moins de dix-huit ans en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152552

HAL Id: dumas-03152552

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152552>

Submitted on 25 Feb 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.



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

Université de Montpellier
Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

Thèse

Pour obtenir le titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue par
MAILLÉ Grégoire

le 08/04/2020

**L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES
MOINS DE DIX-HUIT ANS EN SOINS
PRIMAIRES**

Directeur de Thèse : Docteur PRANLONG Sophie

Jury :

Président : Professeur TRAN Tu Anh

Asseseurs :

Professeur PERNEY Pascal
Professeur CLARY Bernard
Docteur PRANLONG Sophie

Université de Montpellier
Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes

Thèse

Pour obtenir le titre de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue par
MAILLÉ Grégoire

le 08/04/2020

**L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES
MOINS DE DIX-HUIT ANS EN SOINS
PRIMAIRES**

Directeur de Thèse : Docteur PRANLONG Sophie

Jury :

Président : Professeur TRAN Tu Anh

Asseseurs :

Professeur PERNEY Pascal
Professeur CLARY Bernard
Docteur PRANLONG Sophie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robert	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophthalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire



STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie



HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	Pédiatrie
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

Aux professionnel.le.s de la santé :

- Aux Dr Favier et Dr Hurtel qui ont confirmé mon envie de devenir généraliste ;
- À la Clinique du Pont du Gard pour m'avoir permis de travailler comme aide soignant puis infirmier pendant quelques étés ;
- Au Dr Jamet et Dr Nouvel, aux infirmier.e.s, aux aides soignant.e.s, à la secrétaire, et à toute l'équipe du SSR Saint-Anne à Mende qui m'ont accueilli chaleureusement en Lozère dès le début de mon internat ;
- À toute l'équipe des Urgences de Bagnols-sur-Cèze, qui s'est occupée de moi, même quand j'étais malade et de garde en même temps ;
- Au Dr Pranlong pour m'avoir montré sa façon d'être une généraliste compétente et moderne, pour m'avoir accueilli dans la MSP malgré mon caractère introverti, pour m'avoir permis de la remplacer dès que j'en ai eu l'occasion, pour m'avoir encouragé à sa façon, pour être devenue ma directrice de thèse au pied levé et pour m'avoir aidé à la faire ;
- À Lemontzis Nathalie pour avoir su supporter mes provocations pendant de nombreux mois, et finalement être devenue une bonne amie ;
- Au Dr Boulard pour m'avoir montré comment je ne voulais pas exercer la médecine générale ;
- Aux médecins du service de pédiatrie du CHU de Nîmes Pr Tran, et Dr Fournier, Dr Baron Joly, Dr Filleron, Dr Van de Hende, Dr Catteau, Dr Gramond, Dr Salet, Dr Walenda, Dr Gilton-Bott, pour m'avoir appris l'exercice délicat de la pédiatrie malgré mes nombreuses étourderies ;
- Aux Blouses Roses qui ont rendu les gardes aux urgences pédiatriques plus confortables pour tout le monde ;
- À toute l'équipe des puéricultrices et auxiliaires de puériculture du CHU de Nîmes avec qui travailler a toujours été un plaisir ;
- À toutes les infirmier.e.s et aides soignant.e.s du service d'accueil des urgences du CHU de Nîmes qui m'ont soutenu dans des situations parfois ubuesques ;
- Au Dr Chazot qui a pris de mes nouvelles tous les mois auprès de ma grand-mère pendant une dizaine d'années ;
- Au Dr Martin qui m'a encouragé quand il s'occupait de ma famille comme de moi ;
- Au Dr Le Bayon et au Dr Dubois qui se sont occupées de mes problèmes de santé quand j'en ai eu ;
- Au Dr Fouissac, et Madame Blanc et à toute l'équipe du SSR Sainte-Marie pour m'avoir ouvert les portes d'une structure unique en son genre dans laquelle j'ai trouvé ma place ;
- Au Dr Leroux pour avoir permis d'organiser mon SASPAS et m'avoir soutenu dans

mon apprentissage ;

-À tous les soignant.e.s qui ont participé aux groupes de parole et entretiens pour ma thèse ;

-À Mme Vidal-Borosi pour m'avoir fourni de bons contacts ;

-Au Dr Bastide pour m'avoir orienté dans l'organisation de ma thèse ;

-À Dr Jacques Blanc pour m'avoir accueilli en Lozère avec empathie et bienveillance ;

-Au Pr Tran pour avoir été un maître à penser durant toutes les étapes de ma formation et pour la terminer avec brio en étant le président de mon jury ;

-Au Pr Clary pour avoir supporté et répondu à tous mes messages, malgré les difficultés pour organiser la soutenance ;

-Au Pr Perney pour avoir été disponible et bienveillant lorsque j'ai été à la recherche de membres pour mon jury.

Aux membres de ma famille :

-À ma Maman qui a enduré les pires moments sans jamais craquer, avec son cœur sur la main, toujours là pour apporter son aide, son soutien ; pour avoir toujours géré la logistique des Maillé de Nîmes avec brio, toi la spécialiste des bons de réduction, des promotions et des avis gratuits ; pour tes bonnes recettes mais aussi pour les moins bonnes ; pour avoir retapé les meubles et t'être occupée des cartons du déménagement ; pour ne pas avoir choisi de devenir bonne sœur dans un couvent (sans quoi je ne serais probablement pas là) ;

-À mon Papa, ce bonhomme atypique souvent à contre-courant, mais pas tout le temps non plus ; pour m'avoir tiré du lit pour me faire réciter mes leçons : depuis les tables de multiplication jusqu'aux tableaux des « chimio » ; pour avoir toujours cherché à réfléchir un peu plus loin et ne jamais se contenter de l'évidence ; pour avoir survécu en 2004 ;

-À Mémé pour s'être occupée des chats et des hérissons et des oiseaux et d'un peu tout le monde, pour les patates de Mémé, pour avoir cuisiné quand je n'en avais plus le courage, pour ta capacité d'adaptation, pour ta joie de vivre et ton amour de l'humanité toute entière ;

-À Pépé, parti trop tôt, pour avoir été un symbole (même si je n'ai jamais trop compris ce que tu disais à cause de ton AVC) ;

-À Yvonne grâce à qui j'ai pu profiter aisément du centre-ville, et qui m'a toujours raconté de belles histoires de famille, qui m'a toujours encouragé, et qui continuera à le faire en regardant paisiblement le Causse Noir ;

-À Suzie et Denise pour avoir toujours veillé sur moi même lors de mes pires moments, pour m'avoir fait manger des « grainettes », pour n'avoir jamais oublié de m'inviter, et pour avoir corrigé les fautes de français ;

-À Patricia pour m'avoir rassuré dans les mauvais moments et encouragé malgré la

distance géographique ;

-À Michelle et Michel pour m'avoir toujours invité aux réunions de famille ;

-À Katia pour les nombreux bons moments à discuter et à refaire le monde ;

-À Yves et Yolande et leur descendance, pour m'avoir évité de me noyer dans le lait pour le roquefort, pour m'avoir toujours accueilli, pour tous ces pots de pâtés et ces saucissons, pour avoir préparé de bons petits plats, pour avoir retapé la maison de Pépé ;

-À Louis et toute sa descendance (il y en a trop pour tous les citer), pour votre accueil, pour ne m'avoir jamais oublié malgré la distance, pour avoir gardé les portes ouvertes ;

-À tous les cousins de Lanuéjols (même ceux qui n'y vivent pas tout le temps) :c'est grâce à vous tous que j'ai eu envie d'exercer en désert médical ;

-À Christophe qui malgré les différences et les différents restera toujours mon Oncle ;

-À Loane pour avoir été calme et silencieuse quand il le fallait, et sa Maman pour être restée en contact.

Aux ami.e.s :

-À Pierre, pour avoir été mon meilleur copain d'enfance pendant tant d'années, pour avoir ri comme si on ne s'était jamais quitté lors de retrouvailles ;

-À Aleksandre pour ton amitié ancienne, pour les GN chez Raphaël, pour les parties sur Roll 20, pour tes aventures à travers l'Europe ;

-À tous les rôlistes (du club de JDR ou non) de Philippe Lamour pour tous ces moments de bonheur passés à inventer, rêver et rire autour de quelques dés et figurines ;

-À Maxime, solide camarade depuis plus de dix ans, pour tes personnages... particuliers, pour tes scénarios glauques et tordus, pour les bouteilles de Whisky (et non Whiskey), pour ces moments intenses à discuter sur le balcon ;

-À Mike, pour être présent depuis la 1ere S et pour ne pas m'avoir oublié malgré la distance, pour tes personnages pleins de philosophie (ou qui en sont totalement dénués), pour maîtriser les histoires de papa Cthulhu avec autant de brio ;

-À Tristan pour ton esprit libre et artistique dénué de limites, pour tes personnages chaotiques mais tellement originaux, pour les nouveaux ans chez Manon, pour me donner des nouvelles de tous ces gens que j'ai perdus de vue après le lycée ; pour ta bonne humeur à chaque rencontre ;

-À Karine ma petite sœur de cœur, pour m'avoir laissé être méchant avec toi sans jamais trop m'en vouloir, pour tes personnages tous moins dégourdis les uns que les autres, pour ce courage que tu as à persister dans ta branche pourtant si ingrate au quotidien ;

-À Élodie pour être revenue participer à ma thèse alors que l'on ne s'était pas parlé pendant dix ans ;

- À Arthur, avec qui j'ai partagé la préparation aux ECN, pour toutes ces fois où tu m'as consolé pendant que je te ramenait chez toi et vice versa, pour les Abracadagrades, pour m'avoir aidé à relativiser ma bizarrerie, pour le Yucca du Gala ;
- À Bastien, référence de la réussite dans tous les domaines, brillant (la neuro chir c'est la classe), beau gosse, sportif, champion en jeux-vidéos, pour les parties sur Steam, pour m'avoir fait faire du sport pendant les moments tristes, pour les retrouvailles comme si l'on ne s'était jamais quitté ;
- À Florent, le moine de Poulx, franc à l'extérieur et humble à l'intérieur, pour avoir été assis à côté de moi pendant tous ces cours et ces TD, pour avoir répondu à ma place quand les chefs de cliniques ou les professeurs posaient des questions en stage, pour avoir toujours une pensée pour moi, à m'avoir remotiver à soutenir ma thèse en me donnant le bon exemple (comme d'habitude) ;
- À Hosam pour avoir égayé le stage de gastro, pour ta faculté à apporter de la joie autour de toi, pour m'avoir montré l'exemple (toi aussi, mais plutôt le mauvais exemple) ;
- À Paul qui ne se prenait pas trop la tête et m'encourageait à faire de même, pour m'avoir aidé à relativiser tous les sujets ;
- À Simon pour m'avoir écouté raconter mes malheurs, pour ses conseils et astuces de voleur, pour son sens de l'art et de l'animation, pour tes rebondissements fabuleux ;
- À Stéphanie pour m'avoir dealé des mangas, BD et livres en tout genre, pour m'avoir conseillé et encouragé après les refus des banquiers ;
- À une Grenobloise qui m'aura à la fois trop conforté et trop bousculé en cinq ans ;
- À une bipolaire et son chien pour m'avoir donné envie de devenir adulte ;
- À la bande des internes de Mende hiver 2016-2017, pour s'être serrés les coudes quand tous les autres internes ont ri quand on a choisi la Lozère comme premier stage, pour tous ces bons moments dans l'internat, pour les covoiturages pour les cours à Montpellier ;
- À Benoît qui m'a fait découvrir les cosmétiques PETA-aprouvé ;
- À Julie pour m'avoir couvert pendant que je faisais la sieste en même temps que les petits patients de la pédiatrie, pour ne pas avoir ri quand on était « clafé » des suçons de nos amants respectifs ;
- À Dorine, Marie et Tiffany grâce à qui Serre-cavalier a été supportable.

Table des matières

Liste des Abréviations.....	24
Préambule.....	25
Introduction.....	26
Prérequis et définitions.....	30
I/ Le Soins Primaire.....	30
II/ La Santé sexuelle	30
III/ L'éducation à la Sexualité.....	32
IV/ La santé et la sexualité des adolescents du Languedoc Roussillon.....	34
1/ Concernant les apprenti.e.s.....	34
2/ Concernant les jeunes en MLI.....	38
3/ Concernant les étudiant.e.s.....	43
4/ Synthèse.....	47
V/ Pornographie.....	47
1/ Consommation	47
2/ Ressentis	48
3/ Représentation de la sexualité.....	49
4/ Rapport homme-femme.....	51
5/ Un sujet tabou.....	52
6/ Synthèse.....	52
Étude.....	53
I/ Matériel et méthode.....	53
1/ Population.....	53
2/ Choix de la méthode.....	54
3/ Déroulement des Focus Group ou des entretiens individuels.....	54
4/ Guide d'entretien.....	54
5/ Recueil des données.....	56
II/ Résultats	56
1/ Caractéristique des participant.e.s.....	56
2/ Définition de l'éducation à la sexualité pour les soignant.e.s.....	61
A/ Les conséquences de la sexualité.....	61
a) Prévention des IST.....	61
b) Prévention des grossesses non désirées.....	62
c) Prévention des relations sexuelles non désirées.....	63
d) Des conséquences trop mises en avant	63
B/ Appropriation du corps et de la puberté.....	64
C/ Conseils de bonne pratique.....	64
D/ L'identité de genre.....	65
3/ Pratiques des soignant.e.s en éducation à la sexualité.....	66
A/ Condition et contexte.....	66

a) Prévoir une intervention dédiée à l'avance.....	66
b) Respect de la relation Soignant-Mineur.....	67
c) Diversité des interventions.....	67
B/ Aborder le sujet.....	68
a) Consultation première contraception.....	68
b) Plus d'accès pour les filles que pour les garçons.....	68
c) Vaccination anti HPV.....	68
C/ Outils utilisés.....	69
a) Supports papiers :.....	69
b) Supports numériques :.....	70
c) Autres supports :.....	71
4/ Difficultés des soignant.e.s en éducation à la sexualité.....	72
A/ Âge du public.....	72
B/ Image de la femme dans la société.....	73
C/ Manque de formation sur le sujet.....	74
D/ Orientation vers d'autres professionnel.le.s de santé.....	75
E/ Parents et autres tiers.....	75
F/ Soins préventifs.....	76
G/ Sujet tabou.....	76
H/ Coopération avec l'Éducation Nationale.....	77
I/ Durée limitée de la consultation.....	78
5/ Idées d'améliorations.....	78
A/ Création d'un Parcours de soins spécifique.....	78
a) Communication inter professionnelle.....	78
b) Accès aux soignant.e.s.....	79
B/ Interventions et outils plus ludiques.....	80
C/ Relation Soignant-Mineur.....	81
D/ Formations pour les soignant.e.s.....	81
III/ Analyse et discussion préliminaire.....	82
1/ Limites.....	82
A/ Un faible taux de réponse.....	82
B/ Un sujet sensible.....	83
C/ Lié à la méthode.....	83
2/ Discussion des résultats.....	84
A/ Le fond de l'éducation à la sexualité.....	84
B/ La forme de l'éducation à la sexualité.....	85
C/ Synthèse.....	86
Conclusion.....	88
Annexes.....	92
Annexe A : Mail d'invitation pour les MSP.....	92
Annexe B : Formulaire de consentement.....	93
Annexe C : les différents guides d'entretien.....	94

Première version.....	94
Deuxième version.....	97
Troisième version.....	100
Annexe D : Carte Mentale de la Définition de l'éducation à la sexualité.....	103
Annexe E : Carte mentale de la Pratique des soignant.e.s.....	108
Annexe F : Carte mentale des Difficultés des soignant.e.s.....	113
Annexe G : Carte mentale des Idées d'améliorations.....	123
Serment d'Hippocrate.....	128
Permis d'imprimer.....	129
Résumé.....	130

Liste des Abréviations

CNGO : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec des Hommes

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBTQI : Lesbienne, Gay, Bisexuel.le, Transexuel.le, Queer, Intersexe

MLI : Mission Locale pour l'Insertion

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SVT : Sciences de la Vie et de la Terre

VAS : Vie Affective et Sexuelle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Préambule

La rédaction de ce mémoire s'est faite en suivant les règles de l'écriture inclusive.

En effet, l'inégalité homme-femme est présente dans de nombreux domaines de la vie quotidienne (inégalités de salaires, d'accès à l'emploi, de représentation dans la vie politique et culturelle...).

Dans la sexualité, cette inégalité est présente aussi : plusieurs IST (chlamydia, papilloma virus) sont responsables de dégâts chez la femme alors que les hommes sont souvent porteurs asymptomatiques ; la question de la contraception est essentiellement confiée aux femmes dans un couple ; les victimes de violences sexuelles sont majoritairement des femmes...

Il me semblait alors normal que l'égalité des sexes apparaisse autant dans le fond que dans la forme.

Introduction

La sexualité est un sujet universel qui concerne tous les Humains.

C'est un sujet qui a pris une plus grande ampleur médiatique ces derniers temps : en effet sur les réseaux sociaux des mouvements comme #metoo et #balancetonporc ont dénoncé les violences et agressions sexuelles (1)

L'histoire de l'éducation à la sexualité montre cependant que c'est un sujet qui a longtemps été tabou. En effet, au moyen-âge, alors qu'aucun moyen de contraception n'existe, que le traitement des infections à gonocoque se fait avec des cataplasmes, et que l'avortement se fait avec des aiguilles à tricoter chez la sorcière du village ; la meilleure solution semble l'abstinence.

Cependant, sont arrivés : la pilule contraceptive, l'existence d'une contraception d'urgence, un accès simple aux préservatifs, les traitements curatifs et préventifs des IST, la légalisation de l'IVG.... Tous ces nouveaux outils ont créé une plus grande liberté pour tous.tes en terme de sexualité.

Mais on n'imagine pas un ouvrier sur un chantier ne sachant pas manier ses outils. D'où l'apparition de l'éducation à la sexualité.

Celle-ci, a été confiée au cercle familial en post 2ème guerre mondiale, avant que la question ne rentre progressivement dans le domaine de l'Éducation nationale, avec en 1973 : la circulaire n°73-299 qui introduit un temps d'information facultatif sur le sujet en dehors des heures de cours. L'aspect facultatif et l'imprécision du contenu de ces temps d'information les rendent assez peu efficaces.

Il faut attendre la découverte du VIH pour voir une évolution sur la question. En effet suite à l'épidémie de SIDA des années 80 et les connaissances nouvelles sur ce virus, on assiste à une prise de conscience du grand public et chez les Anglo-saxons, l'arrivée d'un nouveau concept le "Safe Sex".

En France, il faut attendre les années 90 avec les Circulaires relatives à la prévention du SIDA en milieu scolaire: la circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 (2) et Circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 (3). Celles-ci introduisent des heures de cours au collège ayant pour but de donner des connaissances biologiques sur la reproduction humaine, mais aussi « *intègre également des dimensions psychologiques, affectives, socio-culturelles et morales* », dans une définition plus large de la sexualité.

C'est à partir des années 2000 avec la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception et surtout par la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 (4) que la thématique de l'éducation à la sexualité est étendue aux élèves des écoles et du lycée.

Aujourd'hui l'Éducation Nationale reste encore au cœur de l'éducation à la sexualité (5).

Or : 25% des écoles déclarent n'avoir mis en place aucune action d'éducation à la sexualité malgré l'obligation légale montrant que l'éducation à la sexualité est encore insuffisamment déployée selon le baromètre réalisé par le Haut Conseil à l'Égalité (6).

Malgré des dispositifs mis en place, on constate que les connaissances sur les sujets de la sexualité ne sont pas idéalement maîtrisées par la population française (7).

La prévalence des IST augmente depuis une dizaine d'années (8).

Les adolescents semblent de plus en plus une population à risque important dans ce domaine (9) (10) (11) (12).

De plus l'exposition à la pornographie se fait plus précocement de nos jours (13) (14). Si le fait que la pornographie ne soit pas le reflet de la réalité peut sembler évident quand on a 35 ans, c'est plus difficile pour un adolescent (voire parfois un jeune enfant) en plein questionnement sur la puberté qui trouve dans ce genre d'imagerie, des réponses en général inadaptées à ses angoisses (15) (16).

En parallèle, la population générale est de plus en plus exposée à de fausses informations (fake news) (17), reflets d'angoisses sociales, et de la persistance de tabous sur le sujet (18) (19).

Ainsi, la France se retrouve à être un des pays avec un taux de vaccination contre le Papilloma Virus le plus faible d'Europe : 21,4% contre un objectif de 70%. Dans le reste de l'Europe on trouve : 86 % au Royaume-Uni, 76 % au Danemark, 71 % en Italie, 73 % en Espagne et 87 % au Portugal.

Alors qu'une étude récente : une projection de l'épidémiologie des cancers du col de l'utérus montre qu'avec une couverture vaccinale optimale, ce cancer pourrait devenir rarissime d'ici aux prochaines années (20).

Face à ce constat : l'HAS propose un dépistage des IST, une prévention des grossesses non désirées et la recherche de relations sexuelles non désirées par les médecins généralistes (21).

On a ici une partie de la définition de l'éducation à la sexualité, très orientée sur les conséquences de la sexualité. On peut constater que des éléments comme :

- la construction des relations entre les filles et les garçons et la promotion d'une culture de l'égalité ;
-des problématiques relatives à la pornographie ou encore à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes
-le champ psycho-émotionnel (estime de soi, relation aux autres, orientation et identité sexuelle)
ne sont pas évoqués, alors qu'ils sont bien mentionnés par l'Éducation Nationale.

On connaît déjà le généraliste comme interlocuteur de premier abord dans la contraception (22) ; mais sa place est moins connue en ce qui concerne les autres aspects de l'éducation à la sexualité.

Une consultation en tête à tête avec un.e professionnel.le de santé, avec lequel une relation de confiance existe déjà, semble un complément intéressant aux dispositifs déjà en place à l'école.

En effet, dans des classes de 35 élèves, parfois très agités, il paraît mal aisé de poser des questions comme « A quel âge peut-on commencer à faire l'amour ? » « Est-ce que ça fait mal ? » « D'où vient le plaisir ? » « Et si j'étais homo ? » « La masturbation, est-ce normal ? » « Est-ce que je suis obligé(e) de dire OUI ? »....

L'éducation à la sexualité, notamment chez les plus jeunes rentre ainsi dans une démarche d'Éducation Thérapeutique.

Or le sujet n'est que peu abordé dans les études des futurs professionnel.le.s de la santé, que ce soit en 2ème ou 3ème cycle universitaire ; et « *l'éducation à la VAS dépasse largement une simple éducation à la santé et ne saurait se limiter à un simple apport de connaissances ou d'informations sur les risques liés à la sexualité* » (23).

Les professionnel.le.s de santé en soins primaires peuvent facilement faire face à ce genre de problématiques : le.a médecin généraliste prescrivant sa première pilule à une jeune fille, l'infirmier.ère prélevant des B-HCG sanguin chez une adolescente, le.a pharmacien.ne fournissant des préservatifs à un adolescent, le.a maïeuticien.ne devant suivre une grossesse chez une mineure, le.a psychologue soutenant un.e jeune victime d'abus sexuels, etc....

Les médecins généralistes sont les représentants des soins primaires les plus sollicités par les Français.e.s (24) ; et dans le parcours du patient, celui-ci est au centre avec un rôle de coordination des autres intervenants.

Initialement, cette thèse ne s'intéressait qu'au point de vue des médecins de premier recours (généraliste, pédiatre, gynécologue) directement concernés par le sujet, mais en parlant du projet autour de moi, force a été de constater que les professions non médicales sont aussi directement et indirectement concernées par le sujet. Un discours concordant des différents acteurs des soins primaires sur le sujet

pourrait permettre aux patients d'être rassurés par l'homogénéité des informations ; et faciliter les compréhensions et l'assimilation de celles-ci. Ne dit-on pas "Enseigner c'est répéter" ?

Quelles sont les pratiques et difficultés des professionnel.le.s en soins primaires concernant l'éducation à la sexualité chez les patients de moins de 18ans en Languedoc Roussillon?

Un des intérêts principaux est d'avoir un panel varié de professionnels.elles des soins primaires et ainsi de confronter leurs points de vue et leurs pratiques lors des groupes de parole sur le sujet.

Prérequis et définitions

I/ Le Soin Primaire

À Alma-Ata en 1978 (25), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays."

Les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé d'un pays et ils ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Ils soulignent aussi leur rapport positif coût/efficacité.

Le médecin de soins primaires est donc celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients, dans 90 % des situations.

Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur principal entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires.

On ne retrouve pas que des médecins dans le soin primaire, les autres professions médicales (ex : maïeuticien.ne), les professions paramédicales (ex : infirmier.e), les professions de la pharmacie (ex : pharmacien.ne), et les professions assimilées à la santé (ex : psychologue), peuvent participer directement aux soins primaires.

II/ La Santé sexuelle

La définition selon l'OMS de la sexualité est la suivante :

« La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, les identités et rôles de genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée dans des pensées, des fantasmes, des désirs, des croyances, des attitudes, des valeurs, des comportements, des pratiques, des rôles et des relations. Bien que la sexualité puisse englober toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels. » (26)

Une définition très large qui englobe beaucoup de notions.

On retrouve déjà plusieurs notions importantes :

- la présence de la sexualité tout au long de la vie
- le vécu de la sexualité est complexe et intègre de nombreux éléments
- la sexualité est un concept protéiforme pouvant varier en fonction de nombreux facteurs

Ce qui permet de se demander : comment être bien face à un concept aussi vaste ?

D'où la définition de la Santé Sexuelle.

Reprenons encore une fois la définition de l'OMS :

« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité. Ce n'est pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sans danger, sans contrainte, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés. » (26)

Encore une fois, plusieurs notions clefs se dégagent :

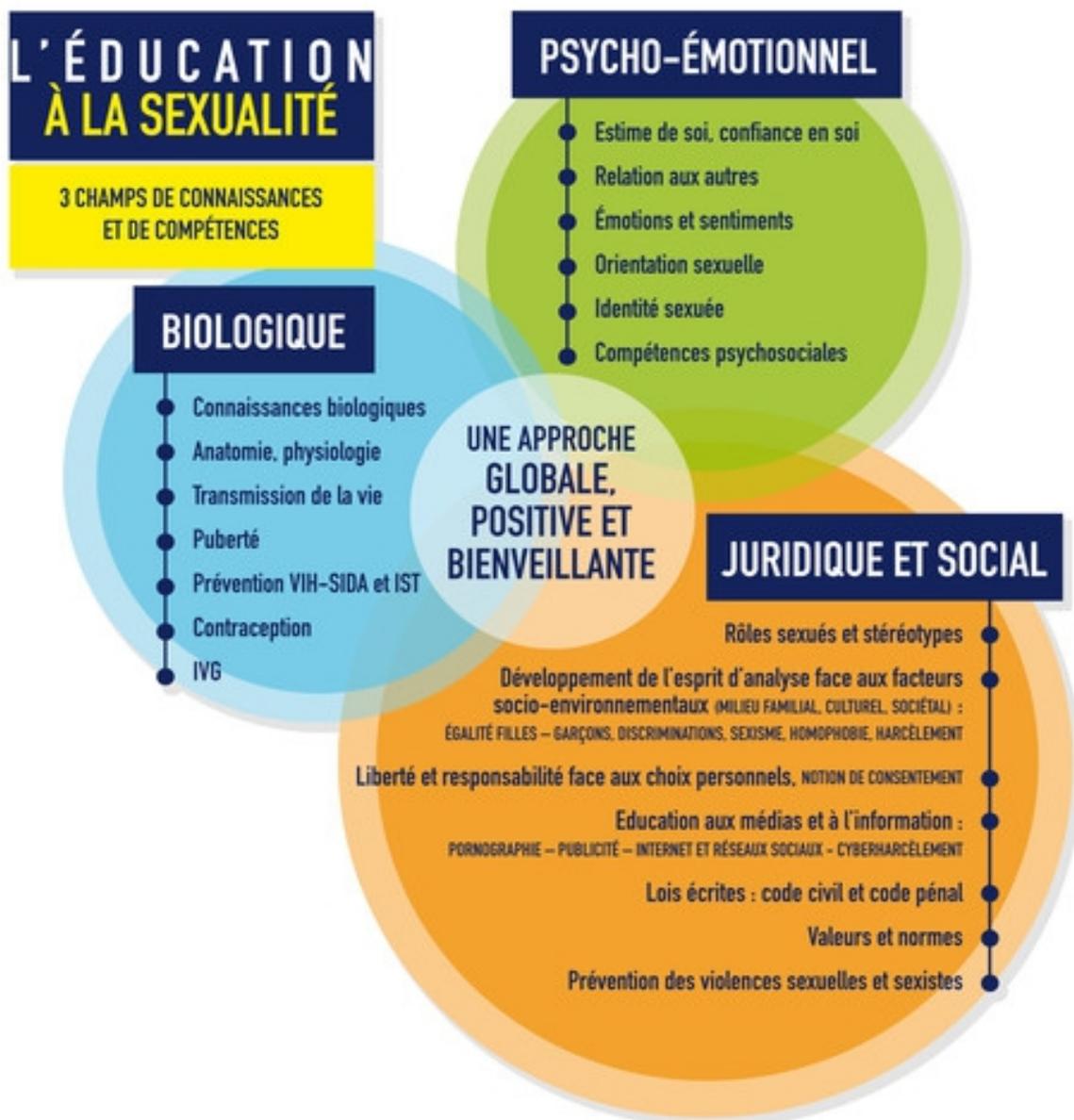
- la santé sexuelle n'est pas qu'une absence de problèmes de santé concernant le sujet
- l'approche positive et respectueuse pour aborder le sujet
- la possibilité d'avoir une sexualité sans risque
- l'existence et le respect des droits sexuels

Les Droits Sexuels englobent de nombreuses notions dont « l'accès au niveau de santé sexuelle le plus élevé possible, y compris l'accès aux services de soins de santé sexuelle et de médecine de la reproduction », « la possibilité de rechercher, recevoir et transmettre des informations relatives à la sexualité », « l'accès à l'éducation sexuelle », « décider si et quand avoir des enfants » (26).

La Santé sexuelle est ainsi rentrée dans le Code de Santé Publique (27) ; et un plan de Stratégie Nationale de Santé sexuelle a été publié en 2017: avec pour objectif qu'en 2023 : « 100% des organismes de formation initiale ou continue des professionnel.le.s de santé proposent une formation complète et globale de santé sexuelle » (28).

III/ L'éducation à la Sexualité

Reprenons la définition de l'UNESCO : « L'éducation complète à la sexualité (ECS) est un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir – dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité –, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie » (29).



On retrouve cette vision au travers de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2017 dans laquelle la question de l'éducation à la sexualité est évoquée dès les premiers objectifs : « L'éducation à la sexualité ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescents et des jeunes adultes, à les accompagner à la fois dans la construction d'un ensemble de connaissances, dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre ».

Ce genre de programme s'oppose à ceux que l'on peut retrouver aux USA ou en Europe de l'Est où l'abstinence est toujours mise en avant comme seule possibilité avant le mariage.

Si l'on compare les taux de grossesses précoces aux USA on peut voir que près d'un demi-million de femmes âgées de moins de 20 ans mettent chaque année un enfant au monde sur un total de quelques douze millions, soit environ 3,5 % (contre 0,7 % en France). Pourtant l'activité sexuelle des adolescentes américaines est comparable à celle des adolescentes européennes en général et françaises en particulier, en tout cas en ce qui concerne l'âge du premier rapport sexuel, qui était de 17,2 ans en France (30) et 17,4 ans aux États-Unis (31).

L'apologie de l'abstinence augmente même paradoxalement la prévalence des IST et des grossesses précoces, car des adolescent.e.s sexuellement actifs.ives utiliseront moins de protections et auront un moins bon contrôle de leurs contraceptions (32) (33).

La France est-elle pour autant un exemple en matière d'éducation à la sexualité ?

Malgré des objectifs politiques présents depuis plusieurs années, il subsiste des angoisses sociales sur le sujet. Par exemple, une croyance erronée (34) veut que les jeunes filles vaccinées contre le HPV fassent l'amour plus tôt. De même l'éducation à la sexualité, notamment à l'école reste vue d'un mauvais œil par les parents d'élèves (35). Selon le sociologue Michel Bozon, les inquiétudes adultes autour de la sexualité à laquelle sont exposés ou participent les jeunes relèvent d'une « panique morale » engendrée par le sentiment de ne pas pouvoir contrôler la sexualité des jeunes.

L'autonomisation des jeunes dans leurs vies sexuelles semble faire peur aux adultes : ils imaginent des adolescents immatures, dangereux et potentiellement hors de contrôle en matière de sexualité (36).

IV/ La santé et la sexualité des adolescents du Languedoc Roussillon

L'étude sur la santé des 15-25 ans en 2012 en région Languedoc-Roussillon (37) a analysé 3 sous populations : les apprenti.e.s, les jeunes en Mission locale pour l'insertion (MLI) et les étudiants.

1/ Concernant les apprenti.e.s

Sur la durée de l'enquête : 6 mois ; 83% des apprenti.e.s ont consulté un.e professionnel.le de santé.

Avec la répartition suivante:

Tableau 15. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois
(n= 795 ; plusieurs réponses possibles)

	N	%
Un médecin généraliste	706	88,8
Un médecin spécialiste	226	28,4
Un dentiste	270	34,0
Un psychologue	48	6,0
Un psychiatre	19	2,4
Autres	54	6,8

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012*

Neuf apprenti.e.s sur dix (92,1 %) déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels (11 disent ne pas souhaiter répondre à cette question et 18 apprenti.e.s ne s'expriment pas). Sans différence entre garçons et filles.

Les âges déclarés auxquels le premier rapport a eu lieu montre que 92,7% des premiers rapports sexuels ont lieu avant l'âge de 18 ans, et 56,7% avant l'âge de 15 ans.

Tableau 47. Age déclaré auquel a eu lieu le 1er rapport sexuel chez les apprentis 2012

Age	N	%
Avant 12 ans	15	1,8
12-13 ans	104	12,2
14-15 ans	364	42,7
16-17 ans	307	36,0
18 ans ou plus	62	7,3
Total	852	100,0

NR : 13,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Lors de leur premier rapport sexuel, 83,1 % des apprenti.e.s se sont protégés du risque de grossesse et 86,0 % disent avoir utilisé un préservatif.

Au moment de cette enquête, 725 apprenti.e.s déclarent être sexuellement actifs (82,8 %) et au cours des 12 derniers mois, ils indiquent en moyenne 3 partenaires sexuels différents (+/- 6 partenaires). Toutefois un apprenti sur deux (50,7 %) au cours de l'année a eu un seul partenaire.

Pour la plupart, ces relations sont hétérosexuelles (96,2 %). Les relations homosexuelles (2,0 %) et bisexuelles (1,8 %) sont déclarées par une petite minorité d'apprenti.e.s (respectivement 17 et 15 apprenti.e.s).

La pratique d'un test de dépistage sur les douze derniers mois concerne 23,3% des apprenti.e.s . Près d'un sur deux (48,7 %) a pratiqué un test de dépistage du VIH seul, auxquels il faut ajouter les 44,2 % d'apprenti.e.s qui ont été dépisté.e.s lors d'un test combiné VIH + hépatite B.

On observe une prévalence des IST dans ce public très faible et sans différence de genre : 3 % c'est à dire 25 apprenti.e.s déclarent avoir eu une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois ayant précédé cette étude.

Entre 2007 et 2012 on peut constater une diminution de 80,1% à 73,4% de déclaration de précautions pour éviter les grossesses :

Tableau 50. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête

	Hommes		Filles		2012		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ne sais pas	9	1,8	0	0,0	9	1,2	40	5,1
Non	91	18,1	45	16,2	135	17,4	69	8,7
Cela dépend des fois	47	9,3	16	5,8	63	8,1	48	6,1
Oui	357	70,8	217	78,1	574	73,4	633	80,1
Total	504	100,0	278	100,0	782	100,0	790	100,0

NR 2012 : 20,3 % - NR 2007 : 12,2 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Et les moyens de contraception déclarés étaient les suivants :

Tableau 51. Moyens de contraception déclarés

Contre le risque de grossesse	Nb répondants	N 2012		%	Nb répondants	N 2007		%	p
		N 2012	%			N 2007	%		
Pilule	639	474	74,2		676	473	70,0		NS
Préservatif masculin	639	368	57,6*		675	429	63,6		0,01
Retrait avant éjaculation	639	104	16,3		676	112	16,6		NS
Eviter les jours à risque	639	38	5,9		676	45	6,7		NS
Contraception urgence	639	27	4,2		675	35	5,2		NS
Préservatif féminin	639	9	1,4		676	32	4,7		0,001
Implant	639	27	4,2*		676	8	1,2		0,001
Stérilet	639	10	1,6		676	3	0,4		NS
Anneau	639	5	0,8		675	3	0,4		NS
Patch	639	5	0,8		676	2	0,3		NS
Crèmes, ovules, éponges	639	1	0,2		676	2	0,3		NS
Autres	-	-	-		675	1	0,1		
Diaphragme	-	-	-		0	0	0,0		
Cape cervicale	-	-	-		0	0	0,0		
Ne sait pas	-	-	-		0	0	0,0		

*Différence significative filles/garçons

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

On peut constater une diminution significative entre 2007 et 2012 de l'utilisation des préservatifs masculins et féminins.

Concernant le risque d'IST, 41,5% des apprenti.e.s prenaient des précautions

contre les IST en 2012 contre 46% en 2007. Parmi ceux qui ne prennent pas de précautions, on constate que 33% ne se sentent pas préoccupés par le sujet, et seulement 6,1% ont fait des recherches d'IST chez les 2 partenaires.

Tableau 53. Si non, pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter un risque d'IST

	N	%
C'est quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	92	32,9
Pas de rapports sexuels actuellement	75	26,8
Ne sait pas	50	17,9
Test de dépistage des IST (les deux partenaires)	17	6,1
Autres dont : Fidélité au partenaire	16	5,7
En couple (stable)	12	4,3
Autres (sans précision)	8	2,9
Confiance + aucun risque	5	1,8
Autres motifs (pilule, retrait,...)	4	1,4
Hygiène	1	0,4
Total	280	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

Concernant la contraception d'urgence, on constate un recul des connaissances sur le sujet entre 2007 et 2012 : plus de 8 sur 10 continuent de penser qu'une ordonnance est nécessaire ; plus d'un sur dix l'ignore et seulement 2,5 % savent que l'on peut se procurer la contraception d'urgence sans ordonnance médicale (ils étaient près du double dans ce cas en 2007).

De même on constate une augmentation des grossesses involontaires :

Tableau 60. Fréquence d'une grossesse involontaire au cours de la vie

	2012 Total		2007 Total	
	N	%	N	%
Non	689	83,8	684	84,5
Oui	106	12,9	80	9,9
Refus de répondre	27	2,8	45	5,6
Total	822	100,0	809	100,0

NR 2012 : 16,2 % - NR 2007 : 10,1 % de l'ensemble
P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil régional LR, 2012

La cause principale déclarée de la grossesse involontaire est un rapport sans protection dans 49,1% des cas, un oubli de pilule dans 28,7% des cas et une rupture de préservatif dans 14,8% des cas.

On peut voir aussi un doublement des IVG entre 2007 et 2012 passant de 5,7% à 11,5%.

6,1% des apprenti.e.s déclarent des relations sexuelles forcées. Cette fréquence est trois fois supérieure chez les filles (11,7 % vs 3,3 % parmi les garçons). Dans un peu plus de la moitié des cas (35 cas de rapports sexuels forcés), l'apprenti en a parlé à quelqu'un, 16 l'ont tu et 4 ne souhaitent pas se prononcer.

Treize plaintes consécutives à ces actes ont été déposées (23,6 % des cas). On n'observe pas de différence significative de genre que ce soit sur la possibilité d'en parler à quelqu'un ou le fait d'avoir porté plainte.

2/ Concernant les jeunes en MLI

74 % des jeunes de l'échantillon déclarent avoir consulté au cours des 6 derniers mois , avec la répartition suivante :

**Tableau 88. Les professionnels de santé consultés au cours des 12 derniers mois
(n= 1 269 – Plusieurs réponses possibles)**

	2012		% 2007
	N	%	
Un médecin généraliste	1 095	86,3	88,2
Un dentiste	458	36,1	37,2
Un médecin spécialiste	327	25,7	30,5
Un psychologue	169	13,3	11,7
Un psychiatre	56	4,4	
Autre	22	1,7	2,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

83,1% déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels. Sans différence significative entre garçons et filles.

Lors du premier rapport sexuel, l'âge moyen, quel que soit le sexe, est de 16 ans (+/-2,1).

À 16 ans, la moitié des jeunes suivis en MLI ont eu des rapports sexuels.

La moyenne d'âge au premier rapport est de 16 ans, pour les garçons il est de 15,1 ans, pour les filles de 16,2 ans (p<0,001).

On constate un rajeunissement de l'âge moyen au premier rapport dans la population de MLI entre 2007 et 2012 (p<0,001) : de 16,5 ans (+/-2,1) à 16,1 ans (+/-2,1).

Lors de leur premier rapport sexuel, 80,4% des jeunes déclarent avoir utilisé un moyen de contraception afin d'éviter une grossesse ; de même 80,3% déclarent avoir utilisé un préservatif.

Au moment de l'enquête, 71,4% des jeunes se disent sexuellement actifs ; avec un nombre de partenaires plus élevé chez les garçons que chez les filles : 3,3 (+/-8) vs 1,7(+/-4) partenaires. Ces relations étaient dans plus de 9 cas sur 10 des relations hétérosexuelles (94,7 %) ; 3,1 % déclarent avoir eu des relations avec un partenaire du même sexe et 2,2 % des relations bisexuelles.

Tableau 123. Pratiques de dépistage au cours des 12 derniers mois

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Aucun test	506	74,1	416	59,9	922	66,9
Hépatite B	7	1,0	22	3,1	28	2,0
VIH	87	12,7	117	16,9	205	14,9
Hépatite B + VIH	84	12,3	140	20,1	223	16,2
Total	683	100,0	694	100,0	1 379	100,0

NR : 4,4 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

La pratique de dépistage est un comportement qui différencie les filles des garçons, en effet ces dernières ont pratiqué plus fréquemment le dépistage du VIH ou de l'hépatite B au cours des douze derniers mois.

La survenue d'une maladie transmise par voie sexuelle est plus fréquente chez les filles (3,4 %) que chez les garçons (0,8 %), même si cela concerne une minorité de jeunes qui se sont exprimés sur cette question (n=30).

Tableau 124. Pratique actuelle pour éviter une grossesse

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Oui	407	61,3	474	69,4	882	65,4
Non	165	24,9	159	23,2	324	24,0
Ça dépend des fois	51	7,6	42	6,1	93	6,9
Ne sait pas	41	6,2	8	1,2	49	3,6
Total	664	100,0	683	100,0	1 348	100,0

NR : 6,5 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On observe une différence de 8 points entre les filles et les garçons qui déclarent faire actuellement quelque chose afin d'éviter une grossesse (69,4 % vs 61,3 %). Cette différence était plus marquée en 2007, puisque l'écart était de 10 points (74 % vs 63 %). Dans les deux études, les différences de genre sont statistiquement significatives.

Les moyens de contraception déclarés étant les suivants :

**Tableau 125. Type de moyen utilisé pour éviter une grossesse
(n=950 – Plusieurs réponses possibles)**

Fréquence de citation	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pilule	268	57,4	390	73,3	658	65,8
Préservatif masculin	315	66,9	216	40,6	531	52,9
Retrait avant éjaculation	81	17,3	75	14,1	156	15,6
Eviter les jours à risque	23	4,9	24	4,5	47	4,7
Implant	17	3,6	29	5,5	46	4,6
Contraception urgence	18	3,9	12	2,3	30	3,0
Préservatif féminin	11	2,4	16	3,0	27	2,7
Stérilet	9	1,9	18	3,4	27	2,7
Patch contraceptif	3	0,7	6	1,1	9	0,9
Anneau vaginal	1	0,2	7	1,3	8	0,8
Crème, ovule, éponge	0	0,0	1	0,2	1	0,1
Ne sait pas	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diaphragme	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cape cervicale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Autres	0	0,0	2	0,4	2	0,2

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

La pilule reste en tête des moyens de contraception, suivi du préservatif et du retrait avant éjaculation. Les autres moyens étant cités de façon plus anecdotique.

Concernant les IST, seulement 39,2% des jeunes affirment prendre des précautions pour éviter une IST. Parmi ceux n'indiquant aucune prévention, 22,7% indiquent ne pas se sentir concernés, 15,7% ne savent pas pourquoi ; et seulement 8,7% ont fait dépister les IST chez les 2 partenaires.

Tableau 128. Raisons invoquées pour ceux qui indiquent ne rien faire pour éviter une IST

	Garçons		Filles		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pas de rapports sexuels actuellement	111	47,6	93	30,5	204	37,9
Quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	60	25,5	63	20,5	122	22,7
Ne sait pas	25	10,5	58	18,9	82	15,3
Test MST	11	4,5	36	11,9	47	8,7
En couple	5	2,2	19	6,2	24	4,5
Autres sans précision	5	2,2	16	5,2	21	4,0
Fidélité	8	3,4	10	3,3	18	3,3
J'ai confiance	5	2,2	6	1,8	11	2,0
Divers	4	1,8	5	1,5	9	1,6
Total	234	100,0	305	100,0	539	100,0

NR : 11,8 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Concernant la contraception d'urgence, environ 4 jeunes sur 10 l'ont déjà utilisée ; avec dans cette sous-population aussi, une mauvaise connaissance des durées de délai de prise (seule 1 fille sur 3 et 1 garçon sur 10 connaît le délai), et seulement 2,9% savent qu'une ordonnance n'est pas forcément nécessaire pour y avoir accès. Cependant la gratuité chez les mineures est connue chez 8 filles sur 10.

Parmi les jeunes suivis en missions locales, 13,7 % des garçons et 24,5 % des filles nous font part avoir eu (ou leur partenaire), au moins une grossesse involontaire au cours de leur vie.

La déclaration de ces grossesses involontaires diminue significativement entre 2007 et 2012 parmi les garçons (- 1,1 point) alors qu'elle augmente chez les filles (+4,3 points) ($p < 0,001$ pour l'évolution des deux sexes).

Tableau 136. Circonstances de la dernière grossesse involontaire

	Garçons		Filles	
	N	%	N	%
D'un rapport sans protection	51	56,7	61	33,5
D'un oubli de pilule	24	26,7	62	34,1
D'une rupture de préservatif	11	12,2	26	14,3
Retrait tardif du partenaire	1	1,1	3	1,6
Erreur de dates	1	1,1	6	3,3
Un problème avec stérilet	0	0,0	2	1,1
Autre raison	2	2,2	22	12,1
Total	90	100,0	182	100,0

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

De même on peut constater une augmentation du nombre d'IVG passant de 15,6% en 2007 à 18,6% en 2012.

8,3% des jeunes en MLI déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés, avec une différence significative entre garçons (2,7%) et filles (13,6%). Environ 1 jeune sur 2 en a parlé à quelqu'un et environ 1 jeune sur 4 a porté plainte. Il n'y a pas de différence significative entre 2007 et 2012.

3/ Concernant les étudiant.e.s

Durant l'enquête, 90,8% des étudiant.e.s ont consulté un.e professionnel.le de santé (90,8 %). La répartition des professionnel.le.s de santé étant :

Tableau 163. Professionnels de santé consultés au cours des 6 derniers mois

	N	%
Un médecin généraliste	530	90,9
Un dentiste	226	38,8
Un médecin spécialiste	203	34,8
Un psychologue	40	6,9
Un psychiatre	6	1,0
Autre	19	3,3

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

76,2% des étudiant.e.s en 1^{ère} année ont déjà eu des rapports sexuels.

L'âge moyen du premier rapport sexuel est de 16,3 ans (+/- 1,5) avec un âge minimum de 12 ans et un maximum de 23 ans (n=480).

À 16 ans, la moitié des étudiant.e.s a déjà eu des rapports sexuels.

Lors de leur premier rapport sexuel, 92,5 % se sont protégés du risque de grossesse et 89,5 % disent avoir utilisé un préservatif.

48,7% des étudiant.e.s se déclarent sexuellement actifs, avec en moyenne 2(+/- 2) partenaires dans l'année. On peut noter que parmi ces derniers, la moitié déclare un partenaire unique dans l'année.

Pour la plupart, ces relations sont hétérosexuelles (94,6 %). Les relations homosexuelles (3,9 %) et bisexuelles (1,5 %) sont le fait d'une petite minorité (25 étudiant.e.s sur 466 répondants).

51,0% des étudiant.e.s sont vaccinés contre l'hépatite B ; cela représente 10

points de moins qu'en 2007 (63,2 % soit 644 étudiant.e.s).

31,6% des étudiant.e.s ont fait des tests de dépistages de l'hépatite B ou du VIH.

Enfin 1,2% des étudiant.e.s déclarent avoir eu une IST au cours de l'année.

Concernant la prévention des grossesses :

Tableau 194. Précaution prise pour éviter une grossesse au moment de l'enquête

	2012		2007	
	N	%	N	%
Ne sait pas	7	1,5	28	3,8
Non	104	22,5	73	9,8
Cela dépend des fois	16	3,5	23	3,2
Oui	335	72,5	617	83,3
Total	462	100,0	741	100,0

NR 2012 : 29,5 % - NR 2007 : 33,4 %

P<0,001

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR

CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

On peut constater une nette augmentation des étudiant.e.s ne prenant pas de précaution pour éviter une grossesse entre 2007 et 2012.

L'attitude de précaution contre un risque de grossesse est plus souvent le fait des filles (79,1 %) que des garçons (63,4 %).

Tableau 195. Moyens de contraception déclarés par les étudiants

	N	%
Pilule	246	68,7
Préservatif masculin	202	56,4
Retrait avant éjaculation	41	11,5
Éviter les jours à risque	13	3,6
Contraception urgence	11	3,1
Implant	11	3,1
Préservatif féminin	9	2,5
Anneau vaginal	5	1,4
Stérilet	3	0,8
Patch	1	0,3

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

On peut noter que la pilule contraceptive et le préservatif masculin restent en tête des moyens de contraception utilisés, cependant le "retrait avant éjaculation" et "l'éviction des jours à risque" (méthodes présentant un indice de Pearl de 22% et 25% respectivement) suivent juste derrière.

Tableau 196. Précaution prise pour éviter de contracter une infection sexuellement transmissible au moment de l'enquête

	2012		2007	
	N	%	N	%
Non	206	45,6	311	45,1
Oui	192	42,5	318	46,1
Ne sait pas	30	6,6	22	3,2
Cela dépend des fois	24	5,3	39	5,7
Total	452	100,0	689	100,0

NR 2012: 31,0 % - NR 2007 : 38,0 %

*Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012*

Concernant les IST, on peut constater qu'entre 2007 et 2012, il y a eu une diminution des étudiant.e.s déclarant prendre des précautions, ainsi qu'une hausse de ceux répondant ne pas savoir.

On peut constater une certaine négligence, néanmoins le sentiment d'être protégé du risque s'appuie aussi sur le test de dépistage des IST dans cette population (13,1 %), qui cite comme source de la réassurance : la connaissance, la confiance et la fidélité en son partenaire (près d'un sur 10 globalement).

Tableau 197. Raisons invoquées pour expliquer l'absence de précaution contre le risque d'infection sexuellement transmissible par les étudiants

Contre le risque d'IST	2012		2007	
	N	%	N	%
Pas de rapports sexuels actuellement	103	53,9	78	27,0
Test de dépistage des IST (les deux partenaires)	25	13,1	41	14,1
C'est quelque chose qui ne préoccupe pas vraiment	22	11,5	44	15,1
Ne sait pas	19	9,9	47	16,2
Fidélité au partenaire	7	3,7	30	10,5
Confiance/ stabilité du couple	6	3,1	19	6,5
Un seul partenaire vierge / absence de risque	4	2,1	4	1,4
Autres motifs	3	2,6	26	9,0
Total	191	100,0	289	100,0

NR 2012 : 7,3 % - NR 2007 : 7,1 %

Source : enquête diagnostic sur la santé des jeunes 15-25 ans en LR
CREAI-ORS LR – Conseil Régional LR 2012

Concernant la contraception d'urgence, 42,1% des répondants l'ont utilisée au moins une fois, il n'y a ni amélioration ni détérioration des connaissances à son sujet par rapport à 2007. Seulement 29,4% connaissent le délai d'efficacité de la contraception d'urgence, 2,2% savent qu'une ordonnance n'est pas nécessaire et 79% savent qu'elle est gratuite pour les mineures.

Le nombre de grossesses non désirées est relativement faible par rapport aux autres sous-groupes : 5,7% des étudiant.e.s qui ont eu des rapports sexuels.

Le rapport sans protection est à l'origine de près d'une grossesse involontaire sur deux, 14,3 % déclarent un oubli de pilule et 17,9 % une rupture de préservatif. Un sur dix invoque un retrait tardif du partenaire.

Le nombre d'IVG reste stable entre 2007 et 2012, et concerne 4,7% des étudiant.e.s ayant eu des rapports sexuels.

3,0% des étudiant.e.s déclarent avoir subi des rapports sexuels forcés : il s'agit de filles exclusivement. Dans environ la moitié des cas, l'étudiante en a parlé à quelqu'un ; une seule a déposé plainte.

4/ Synthèse

On peut constater un gradient socio-culturel entre les jeunes du Languedoc-Roussillon ; les jeunes en MLI déclarant le plus d'IST et d'IVG, là où les étudiant.e.s en déclarent le moins.

Cependant quel que soit le niveau socio-culturel, le niveau global des connaissances a diminué, l'utilisation de moyens de contraception avec un indice de Pearl élevé a augmenté.

De même on peut noter des différences significatives en fonction des genres, avec des filles globalement plus concernées et maîtrisant mieux le sujet ; mais aussi plus souvent victimes de rapports sexuels forcés.

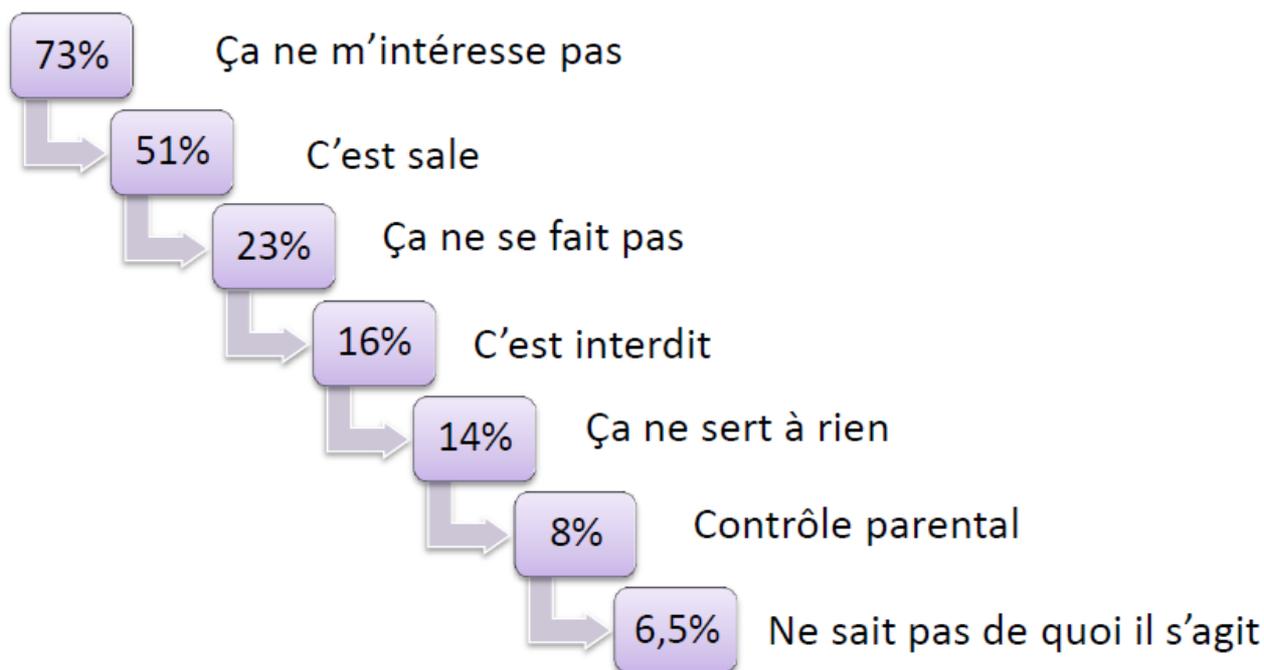
V/ Pornographie

Une enquête menée en 2017 sur les jeunes de 12 à 25 ans a pu montrer les résultats suivants (14).

1/ Consommation

Il y a un accès généralisé à la pornographie avec 83,3% des jeunes ayant déjà vu des images pornographiques (92% des garçons et 78% des filles). L'accès à la pornographie étant facile avec 99% de jeunes de 12-17 ans connectés dont 89% connectés avec un téléphone portable.

Parmi ceux n'en ayant jamais vu, la première explication donnée est l'absence d'intérêt (75%), et le contrôle parental n'arrive qu'en avant-dernière position (8%).



Parmi ceux qui ont regardé de la pornographie ; 85% en ont vu avant 15 ans (92% des garçons et 81% des filles) ; et 39% en ont vu avant 12 ans (43% des garçons et 34% des filles).

Le premier accès à la pornographie se fait de plus en plus jeune, souvent en pleine puberté voire avant.

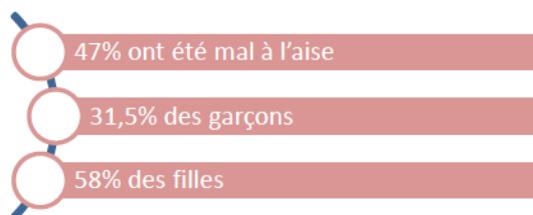
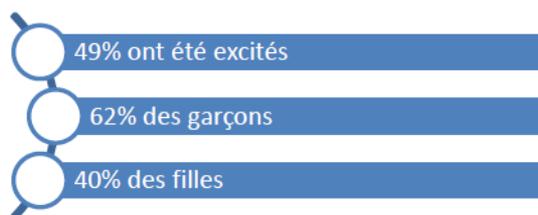
Dans 32,7% des cas, le premier accès à la pornographie a été accidentel.

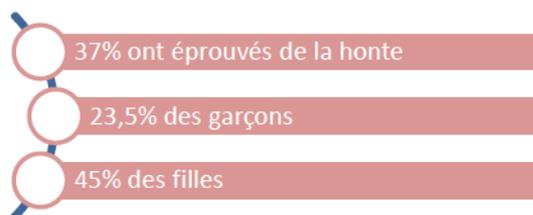
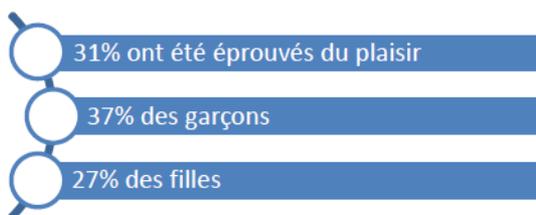
Dans les autres cas, les motifs d'intérêts principaux étaient les suivants : la curiosité (70,8%), la recherche d'excitation (42,5%), la recherche d'informations sur le déroulement d'un rapport sexuel (22,5%) ou sur la sexualité (14,5%).

Ainsi la sexualité aiguise la curiosité des plus jeunes et ils trouvent dans la pornographie une sorte d'initiation à la sexualité ou des modèles identificatoires.

2/ Ressentis

Les ressentis face à la pornographie sont différents en fonction du sexe.





Cela met en évidence les différences dans l'excitation sexuelle masculine et féminine (l'importance du visuel dans l'excitation masculine notamment). Et cela rejoint le fait que la cible principale de la pornographie reste les hommes hétérosexuels.

Par la suite, seulement 8% ont déclaré ne jamais avoir revu d'images pornographiques. 97% des garçons en revoient dont 35,5% très souvent. 88,5% des filles en revoient dont 10% très souvent.

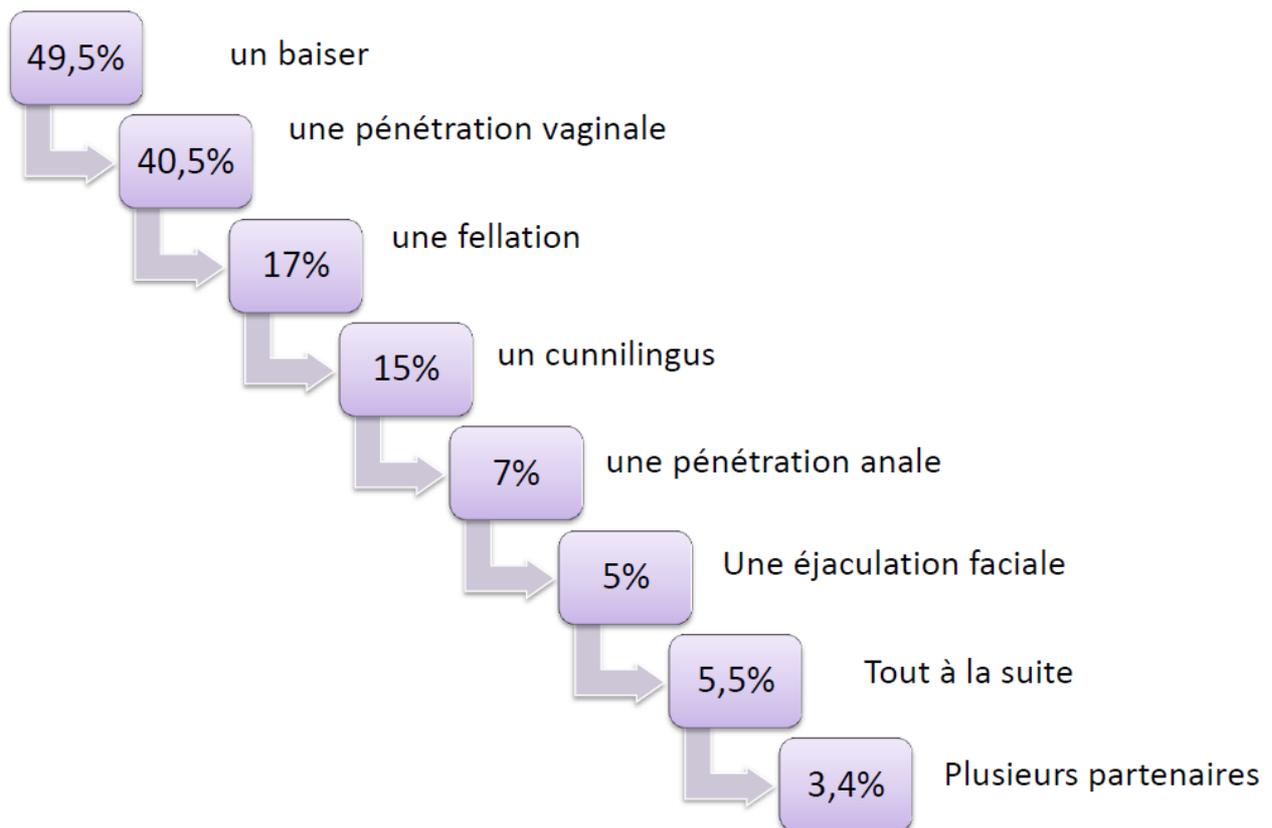
On voit que la consommation régulière concerne plus les garçons que les filles. La raison principale évoquée à la re-consommation est l'excitation (66% des garçons et 73% des filles), avec une difficulté à s'en passer chez 12% des garçons et 4% des filles.

En lien avec l'excitation provoquée, l'activité principale associée à la consommation de pornographie est la masturbation : 72% des jeunes déclarent se masturber dont 88% des garçons et 61% des filles. La pornographie sert de support à l'activité masturbatoire, et celle-ci est plus pratiquée chez les garçons que les filles.

3/ Représentation de la sexualité

Évidemment la représentation de la sexualité chez les plus jeunes n'est pas celle qu'on trouve chez les adultes.

Quand on demande aux 12-17ans ce que doit comporter un rapport sexuel on retrouve divers éléments, organisés dans le diagramme suivant :



11% des jeunes pensent que la pornographie est représentative de la vie sexuelle et affective.

Les garçons sont plus dans la pénétrance que les filles (46% contre 36%) .

Les relations oro-génitales sont plus souhaitées par les garçons (fellation obligatoire pour 23% des garçons contre 13% des filles ; cunnilingus obligatoire pour 19% des garçons contre 12% des filles).

La pénétration anale citée à 11,4% par les garçons contre 4,7% des filles.

L'éjaculation faciale plus citée par les garçons que par les filles (6% contre 1%).

Cela met en évidence une différence d'image de la sexualité en fonction du sexe, avec des garçons plus orientés pénétrance, performance et aspect génital de la sexualité (la pornographie ayant tendance à les conforter dans ces codes).

Le garçon a plus envie de s'identifier à l'acteur porno qui est dans la toute-puissance, fierté de la domination masculine, seul l'homme agit et pénètre.

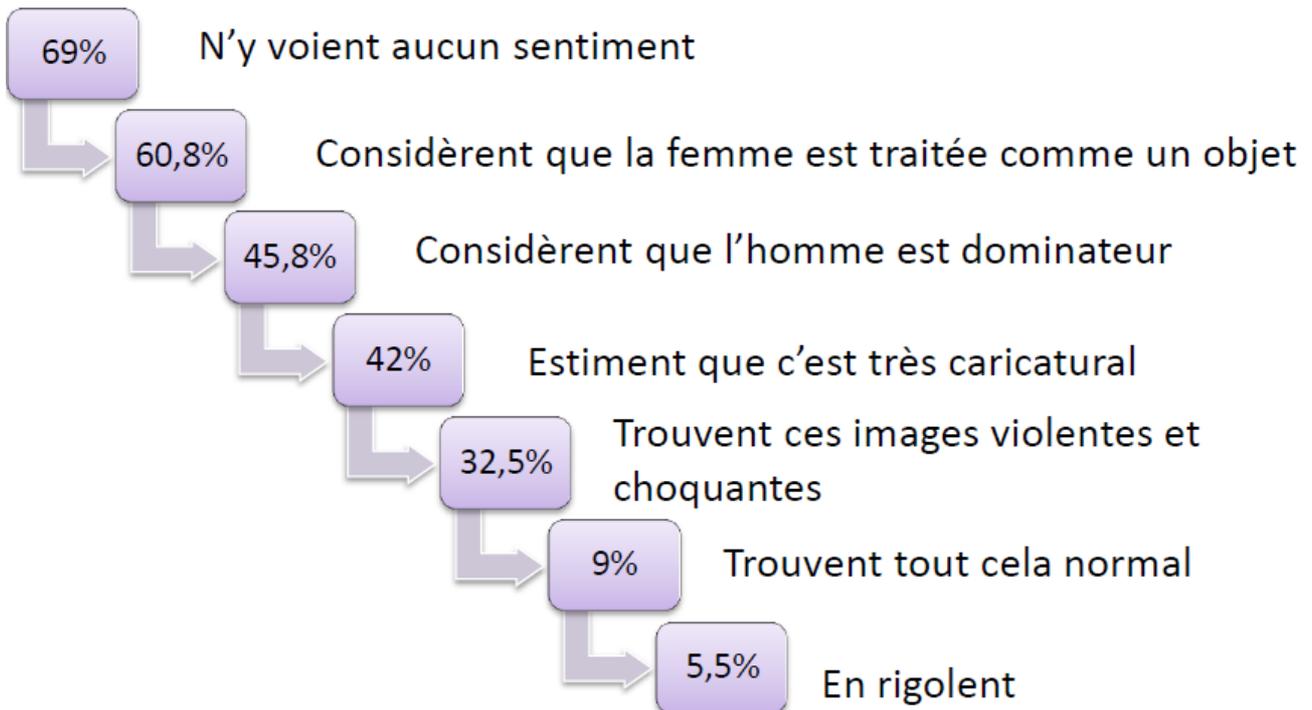
Pulsions sexuelles et affectives se réalisent plus sur le mode relationnel pour les filles.

L'importance du baiser dans l'éveil psycho-sexuel des ados court-circuités par les codes pornographiques.

36,5% des jeunes estiment que les images pornographiques influencent leur sexualité.

4/ Rapport homme-femme

77,5% des jeunes estiment que ces images représentent uniquement du sexe et en aucun cas une relation affective.



Les garçons voient moins la femme-objet que les filles (46% vs 66%).

La pornographie semble rester le seul lieu où l'homme peut assumer sa place de dominant contre tous les codes actuels de la société.

La pornographie reste un lieu où les clichés peuvent encore être décrits et affirmés.

La pornographie perpétue et banalise les stéréotypes homme-femme.

5/ Un sujet tabou

59,5% des jeunes ne parlent jamais de ce sujet. Avec une différence significative entre les sexes : 70% des filles n'en parlent jamais vs 49% des garçons ; 13% des filles en parlent entre amies vs 25% des garçons.

On peut voir que le sujet est encore plus tabou pour les filles que pour les garçons, ce qui est un reflet des tabous de la société sur la sexualité et le plaisir féminin.

40% des jeunes n'ont aucune idée d'avec quel adulte partager ce sujet. Des éducateurs, des personnes qui connaissent le sujet sont envisagés (23,4%). Évoquer le sujet avec les parents est exclu (6%).

Les moyens préconisés sont des moyens anonymes comme Internet (49%) ou des lieux de consultation confidentiels (40%).

6/ Synthèse

Il existe un accès généralisé des adolescents à la pornographie. Cet accès a lieu en pleine puberté et de plus en plus jeune, de manière volontaire en majorité, de façon indifférenciée pour les deux sexes : 9/10 des garçons et 8/10 des filles.

L'accessibilité à la pornographie est immédiate en tous lieux, à toute heure. Une activité majoritairement solitaire liée à la puberté, liée à la masturbation.

Ressentis variés : excitation, plaisir mais aussi honte, dégoût, violence, malaise.

Mais une envie d'y retourner pour la majorité des garçons et 25% des filles qui en consomment régulièrement.

On retrouve un paradoxe : les jeunes gardent un regard critique mais se sentent influencés.

Les filles n'osent pas parler de ce phénomène alors que les garçons ont moins de mal à en parler, mais le besoin de parole sur le sujet reste présent.

Étude

L'objectif initial du projet était de décrire les stratégies employées par les médecins généralistes en soins primaires ; cependant entre les premières recherches bibliographiques et le début du travail, une première thèse sur le sujet est sortie : "L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents: quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ?" (38).

Pour éviter de réaliser un travail redondant, le projet a évolué pour s'intéresser à l'ensemble des professions de santé qu'on peut rencontrer en soins primaires, pour mettre en avant une réflexion pluriprofessionnelle sur le sujet.

I/ Matériel et méthode

1/ Population

Pour réaliser l'enquête, des Focus Group ont été organisés dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, ou en réunissant des professionnel.le.s de santé dans mon entourage professionnel.

Pour avoir un recueil le plus exhaustif et varié possible, la région Languedoc-Roussillon a été choisie comme bassin de recrutement.

Le recrutement s'est fait par mail (Annexe A). Pour organiser le recrutement des MSP, les adresses mails ont été fournies par l'ARS Occitanie et des coordinateur.trice.s de Maisons de santé.

En cas de difficulté de recrutement de MSP ou d'organisation des Focus Group, la possibilité de réaliser des entretiens individuels complémentaires, a été envisagée dès le début de l'enquête.

Les principaux critères d'inclusion pour participer à l'enquête étaient les suivants :

- professionnel.le de santé diplômé.e.s ;
- exercice en soin primaire ;
- pratiquant.es dans le Languedoc-Roussillon.

L'objectif d'avoir des critères d'inclusion vastes, est de pouvoir maximiser la diversité des points de vue concernant le sujet.

2/ Choix de la méthode

Alors qu'une méthode quantitative avait été brièvement évoquée, une méthode qualitative a été finalement choisie pour remplir l'objectif.

En effet l'objectif est de comprendre et d'analyser un ensemble de pratiques et de comportements existants, dans le but d'en dégager la logique et de proposer des idées d'améliorations ou d'aides aux soignant.e.s.

Devant la thématique pluriprofessionnelle du sujet, le choix du recueil des données s'est porté sur des Focus Group pour faire émerger des notions et idées qui n'auraient peut être pas été mises en évidence avec des entretiens individuels.

Des entretiens individuels ont été prévus dès le début du recueil de données, en cas de difficultés organisationnelles ou en cas de mal-être des personnes interrogées à l'idée d'un échange d'idées en groupe.

3/ Déroulement des Focus Group ou des entretiens individuels

Le recueil de données a eu lieu du 18/06/2019 au 10/12/2019, avec une pause dans le recueil entre la mi-juillet et la mi-septembre.

Les Focus group ont été menés seul avec une position de modérateur. Ceux-ci ont eu lieu dans les locaux des MSP concernées ou au domicile d'un.e des professionnel.le.s concerné.e.s. La durée des Focus Group varie de 48min à 2h 12min.

Les entretiens individuels, complémentaires des Focus Group, ont été réalisés soit dans les locaux des professionnel.le.s concerné.e.s, soit au domicile du.e la professionnel.le. La durée des entretiens individuels varie de 18m à 38min.

Quel que soit le mode ou le lieu du recueil, un rappel oral de la confidentialité, de l'anonymat a été réalisé, ainsi que la signature d'un consentement écrit (Annexe B).

Le recueil des données a été enregistré avec une application d'enregistrement vocal sur smartphone après présentation et rappel de la thématique.

4/ Guide d'entretien

Un guide d'entretien général a été réalisé, avec une évolution du guide au fil

des entretiens (Cf Annexes C).

Le choix d'un guide d'entretien commun aux Focus group et aux entretiens individuels s'est fait pour optimiser la liberté d'expression des participant.e.s.

La première question concernait la présentation des participant.e.s ainsi que les caractéristiques des participant.e.s :

- âge
- sexe
- profession, spécialités et diplômes complémentaires
- mode d'exercice

Pour structurer les focus group et les entretiens individuels, initialement 3 puis 4 grands axes ont été choisis ; chacun associé à une question simple et ouverte pour favoriser la discussion, et des questions de relance ont été rajoutées si nécessaire pour encourager les échanges entre les différent.e.s participant.e.s.

Le premier axe est la définition de l'éducation à la sexualité, avec trois questions de relance évoquant les conséquences de la sexualité. Ces conséquences étant spontanément abordées par les participant.e.s : une quatrième question de relance a été ajoutée, notamment pour orienter la discussion vers des thématiques moins médicales.

Le deuxième axe est la pratique concrète des soignante.e.s, les questions de relance orientant vers l'abord du sujet et les outils utilisés en consultation. Une troisième question a été rajoutée après le 2^o focus group pour parler du contexte et des conditions de pratique.

Le troisième axe est la recherche des difficultés générales ou spécifiques à certains types de soignant.e.s. Parmi les questions de relances prévues au début, seulement deux ont été nécessaires pendant les focus group ou les entretiens : une question sur l'orientation vers d'autres soignant.e.s et une question sur l'abord du sujet avec un mineur. La question de relance non utilisée concernait la présence des parents ou d'autres tiers pendant les consultations / rencontres, et n'a pas été nécessaire car le sujet a été systématiquement abordé spontanément. Une question de relance supplémentaire concernant l'inquiétude vis à vis de la justice a été rajoutée après le second focus groupe.

Le dernier axe était initialement une question de relance de l'axe des difficultés, mais devant la profusion de réponses, celui ci a plutôt été développé comme un grand axe à part entière. Avec pour questions de relance : l'amélioration des outils utilisés,

du parcours de soin, de la relation Soignant-Mineur, et les formations.
Ce nouvel axe a été utilisé après le second Focus group.

Le même guide d'entretien a été utilisé pour les Focus group et les entretiens individuels.

5/ Recueil des données

Les Focus group et les entretiens individuels ont été enregistrés avec une application pour Smartphone "Enregistreur Vocal".

La retranscription des Verbatim s'est faite sur ordinateur avec le logiciel OpenOffice Writer.

Le recueil des données a été fait jusqu'à saturation des données.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel Nvivo.

Les cartes mentales sont trouvables dans les Annexes D à G.

II/ Résultats

1/ Caractéristique des participant.e.s

<u>Soignants</u>	<u>âge</u>	<u>Sexe</u>	<u>Département d'exercice</u>	<u>Entretien individuel</u>	<u>Focus groupe</u>	<u>Métier</u>	<u>Diplômes complémentaires</u>
ES1	30-40	F	30 - Gard	Non	2	Éducatrice spécialisée	Non
Ext1	20-30	F	30 - Gard	Non	3	Externe	Non
I1	40-50	F	48 - Lozère	Non	1	Infirmier.e	Non
I2	50-60	F	48 - Lozère	Non	1	Infirmier.e	DU plaie et cicatrisation
I3	30-40	F	48 - Lozère	Non	1	Infirmier.e	Coordination MSP

I4	60 et +	M	30 - Gard	Non	2	Infirmier.e	Non
I5	40-50	F	30 - Gard	Non	3	Infirmier.e	Master éducation à la santé et ingénierie des systèmes de santé
I6	30-40	M	11- Aude	Non	4	Infirmier.e	Master éducation à la santé et ingénierie des systèmes de santé
I7	50-60	F	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Infirmier.e	Non
interne1	20-30	F	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Interne	Non
interne2	20-30	M	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Interne	Non
K1	30-40	F	48 - Lozère	Non	1	Kinésithérapeute	Non
K2	40-50	F	48 - Lozère	Non	1	Kinésithérapeute	Non
K3	30-40	M	48 - Lozère	Non	1	Kinésithérapeute	École d'ostéopathie
K4	40-50	M	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Kinésithérapeute	École d'ostéopathie
M1	30-40	F	48 - Lozère	Non	1	Médecin Généraliste	Non
M10	20-30	F	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Médecin Généraliste	DU Gynécologie

							et Contraception
M2	40-50	F	48 - Lozère	Non	1	Médecin Généraliste	Non
M3	40-50	M	30 - Gard	Non	2	Médecin Généraliste	DU Rhumatologie et coordination Ehpad
M4	20-30	M	30 - Gard	Non	3	Médecin Généraliste	Non
M5	30-40	M	30 - Gard	Non	3	Médecin Généraliste	Non
M6	50-60	M	11- Aude	Non	4	Médecin Généraliste	DU plaie et cicatrisation
M7	30-40	M	11- Aude	Non	4	Médecin Généraliste	Non
M8	40-50	F	48 - Lozère	Oui	Non applicable	Médecin Généraliste	Non
M9	30-40	M	66 - Pyrénées Orientales	Non	5	Médecin Généraliste	Capacité médecine du sport
O1	30-40	F	48 - Lozère	Non	1	Orthophoniste	Non
P1	30-40	F	48 - Lozère	Oui	Non applicable	Psychologue	Non
P2	20-30	F	30 - Gard	Oui	Non applicable	Psychologue	École d'arthérapie, école de psychogénéalogie
P3	50-	M	11- Aude	Non	4	Psycho-	Non

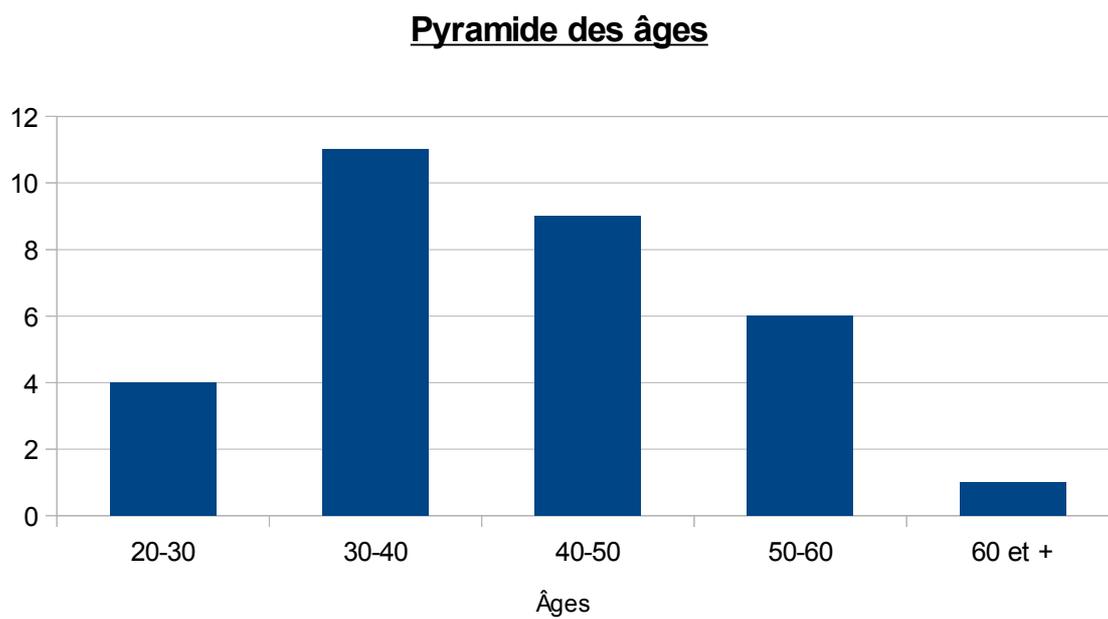
	60					logue	
Ph1	50-60	F	30 - Gard	Non	2	Pharmacie n.ne	Non
Ph2	50-60	M	11- Aude	Non	4	Pharmacie n.ne	Non
SF1	40-50	F	30 - Gard	Non	2	Maieuticie n.ne	DU de rééducation du périnée par électro stimulation, DU de tabacologie, DU sur la douleur de la femme
SF2	20-30	F	30 - Gard	Non	3	Maieuticie n.ne	DU Gynécologie et Contraception
SF3	40-50	F	11- Aude	Non	4	Maieuticie n.ne	Non

Au total, 34 professionnel.le.s de santé ont été interrogé.e.s.

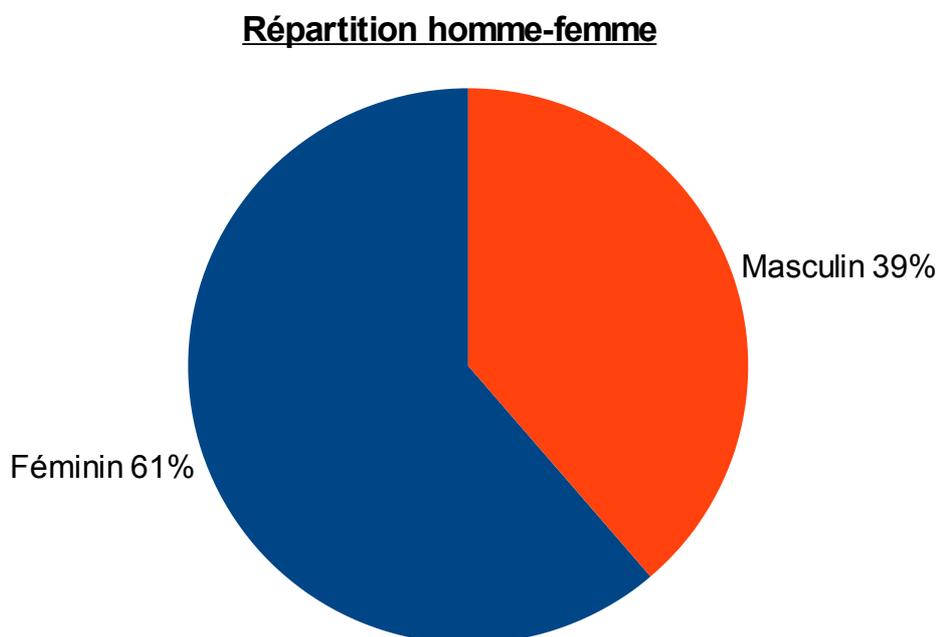
Cependant 3 étudiant.e.s ont participé ; les données les concernant n'ont pas été prises en compte pour l'analyse, étant donné qu'ils ne répondent pas aux critères d'inclusion. Cependant leurs interventions pendant les Focus group ont corroboré les interventions des autres participants.

Les Focus groups ont eu lieu dans une importante diversité géographique, avec 1 groupe en milieu urbain, 2 en milieu semi-urbain et 2 en milieu rural.

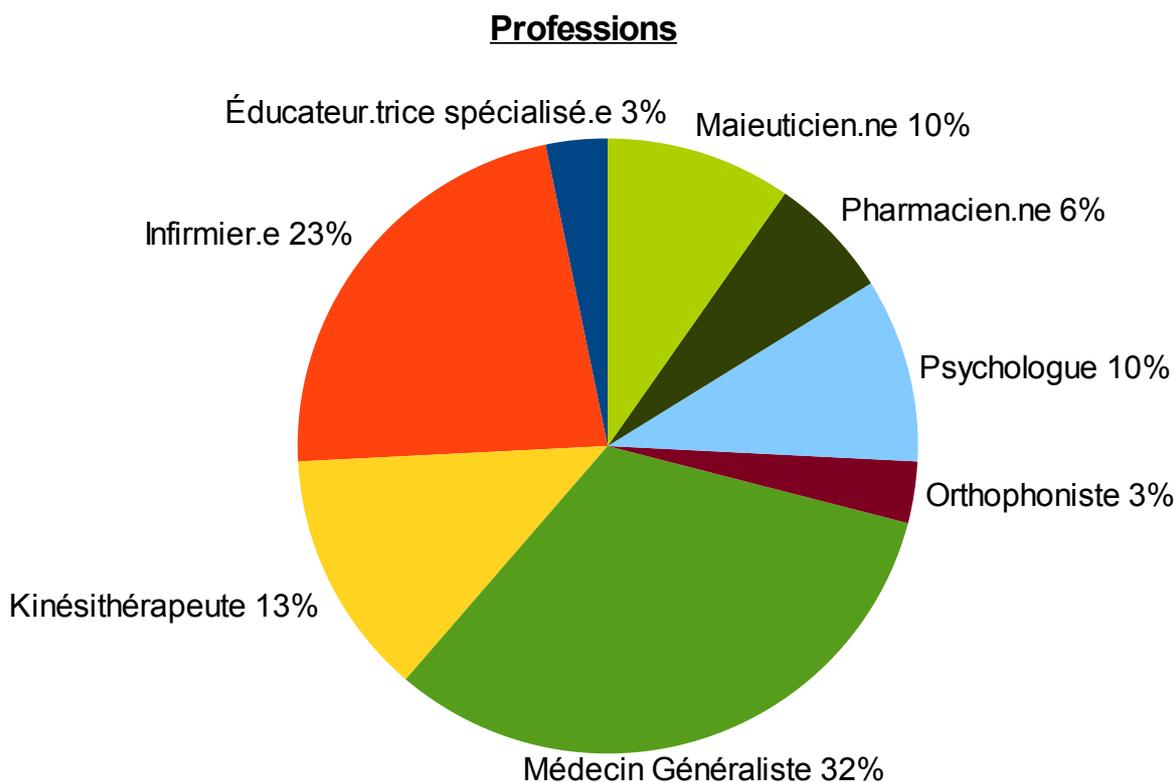
La pyramide des âges est la suivante :



La répartition homme-femme :



La répartition des professions est la suivante :



2/ Définition de l'éducation à la sexualité pour les soignant.e.s

A/ Les conséquences de la sexualité

Les premières idées abordées spontanément chez 100% des interrogé.e.s sont : la prévention des grossesses non désirées et la prévention des IST. L'aspect biomédical a toujours été évoqué spontanément, y compris chez les professions moins directement concernées (kinésithérapeute / ostéopathe, psychologue, éducateur.trice spécialisé.e).

Ces thèmes sont abordés facilement par les professions médicales, avec la conscience d'une inégalité entre les sexes : "*MI : c'est surtout les garçons qui n'y font pas attention*".

a) Prévention des IST

35% des participant.e.s ont mis en évidence que les IST font moins peur à la

population générale que dans les années 90 ; notamment à cause de la place du SIDA moins importante dans les médias : *"P1 : D'autant que pendant une longue période on a parlé du SIDA, donc ça avait augmenté l'utilisation du préservatif."* *"SF1 : SF1 : forcément on n'en parle plus du SIDA"*. *"M4 : ce qu'on faisait il y a quelques années mais qui est de moins en moins fait de façon systématique, on se marrait bien en jouant avec des préservatifs, mais on en parlait ; I5 : et on disait qu'on allait tous mourir du SIDA"*.

Une partie des soignants (23%) a mis en évidence que les mineurs avaient une bonne connaissance des aspects théoriques des IST mais, gardaient pour autant des comportements à risques volontairement : *"M10 : moi j'ai plus des problèmes de conduites à risques et de mises en danger volontaire...et avec une notion de risque, mais justement la volonté de se mettre en danger là dessus"*.

De même les conséquences des IST n'apparaissent pas les mêmes en fonction des sexes : les garçons semblent souffrir de pathologies aiguës ou être porteurs-sains ; alors que les filles semblent présenter des problèmes plus chroniques : *" M9 : [les garçons]c'est sur des trucs super aigus, mais sur les filles c'est plus des problèmes de cervicites chroniques, de dyspareunies..."*.

b) Prévention des grossesses non désirées

Cette thématique a été mise en avant essentiellement comme une pratique exclusivement des médecins (39%). En effet la contraception est vue comme faisant partie des fonctions des médecins notamment généralistes ou gynécologues (traitement hormonal ou mécanique).

Bien que le rôle des maieuticien.ne.s dans ce domaine devienne de plus en plus important : *"SF2 : Et depuis une dizaine d'années on nous a donné la prérogative du suivi gynécologique de la femme. Dans les faits ça se fait depuis moins longtemps, le temps de mettre en place les formations adéquates etc..."*.

Les participant.e.s ont mis en évidence une inégalité de responsabilité vis à vis de la contraception. Celle-ci apparaissant comme intrinsèque aux filles, ces dernières étant directement concernées par le risque de grossesses.

L'usage du préservatif apparaissant de la responsabilité masculine avec un rôle plus orienté sur la prévention des IST et un rôle de contraceptif sous estimé : *"SF2 : je pense qu'un garçon, enfin la plupart des jeunes mettent le préservatif en prévention des maladies, parce que la grossesse c'est le problème de la fille"*.

c) Prévention des relations sexuelles non désirées

La prévention des relations non désirées et du consentement a été évoquée spontanément dans les focus group ainsi que durant un des entretiens individuels, mais plus tardivement dans les discussions.

Son importance a été particulièrement soulignée par les professions non médicales (éducateur.trice spécialisé.e, orthophoniste, psychologues) : *"P1 : la question à poser à l'adolescent est : est-ce qu'ils savent ce qu'est le consentement ? Être d'accord ou non d'avoir un rapport sexuel c'est primordial !"*

Les professions médicales et para-médicales ont admis être plus en retrait sur cette thématique : *"M2 : c'est ce que je disais, on garde un côté très biologique et c'est O1 qui a abordé ce sujet !"*

En effet 52% des participant.e.s ont évoqué le consentement comme un concept majeur, mais seulement 40% des médecins l'ont souligné.

Pourtant, une fois évoqué par un participant ou par une question de relance, tous les participants s'accordent sur le fait que le consentement est un concept primordial en éducation à la sexualité.

d) Des conséquences trop mises en avant

Une plus faible proportion de participants (19%) a mis en avant le fait que les conséquences sus-citées n'étaient que les aspects négatifs de la sexualité et que les mettre trop en avant pouvait avoir des effets contre-productifs : *"SF1 : c'est une question de respect : à partir du moment où elle se respecte elle même. Je commence mes cours de sexos : "la sexualité c'est Respect-Désir-Plaisir". C'est 3 mots à retenir. Et c'est vrai aussi pour les garçons"*.

La prévention des conséquences négatives de la sexualité est une notion clef de l'éducation à la sexualité.

Mais le consentement, bien que défini comme primordial, a tendance à passer en second plan, notamment pour les professions médicales.

Les conséquences de la sexualité sont abordées de façon inégale entre les filles et les garçons.

B/ Appropriation du corps et de la puberté

Les changements du corps durant la puberté ont été évoqués par 45% des interrogé.e.s.

Cependant l'attitude face aux changements du corps durant la puberté diffère entre les différentes professions.

En effet les professions médicales ou paramédicales ont plus évoqué une posture informative vis-à-vis des changements biologiques et de leurs conséquences : *"M2 : moi, et avec les parents, je suis plutôt éducation du développement sexuel, enfin la puberté" ; "M1 : oui on parle développement et des changements"*.

En revanche les professions non médicales ont plus évoqué une posture accompagnante, rassurante et réflexive envers les enfants ou les adolescents : *"P2 : avec les ados ce qui marche bien c'est faire des histoires, puis de la reprendre et la modifier avec du recul pour améliorer les éléments par top. Et on essaie de trouver une morale à la fin sur laquelle ils réfléchissent." ; "P1 : en psycho on suit des enfants et ados sur de longues périodes, avec parfois des ados qui vont bientôt avoir leurs premiers émois, leurs premières amours." ; "P3 : en général on me les adresse parce qu'ils sont déjà traumatisés, souvent trop tard. Donc plus que d'adresser à des confrères, peut être qu'on pourrait me les adresser un peu plus tôt ou plus facilement"*.

L'appropriation du corps et des changements durant la puberté sont des thématiques importantes de l'éducation à la sexualité en venant se placer en amont des conséquences

Elles sont présentées de façon différente en fonction des professionnel.le.s de santé.

C/ Conseils de bonne pratique

L'idée de donner des conseils de bonnes pratiques dans la vie affective et sexuelle a été mise en avant par 39% des participant.e.s, sans prédominance d'un corps de métier.

Même si moins nombreux à en parler, les participant.e.s qui ont évoqué cette thématique ont insisté sur son importance. En effet ce qui induit les conséquences négatives de la sexualité, ce sont les pratiques inappropriées : *"SF1 : Quand on voit leurs sexualités, il faut aller aborder avec eux ce qu'ils font." P2 : on leur explique pas en pratique ce qu'il faut faire, au mieux on explique comment on met un*

préservatif." ; "M10 : moi comme je fais des consultations de gynéco, j'ai plus de filles. Et c'est vraiment des conduites à risque volontaires. Elles demandent la pilule pour éviter les grossesses mais le reste, c'est un peu roulette russe."

Ces conseils venant s'opposer à deux grandes sources de fausses informations pour les plus jeunes :

-la culture populaire et religieuse, qui apparaît comme le reflet des pratiques sexuelles d'une époque où les technologies médicales ne permettaient pas la même liberté que de nos jours : *"SF1 : Parce que le sang est dans la religion, la femme doit enfanter dans la douleur, avoir des rapports dans la douleur, et c'est pareil dans toutes les religions"*.

-la pornographie, qui apparaît comme un ensemble de pratiques cinématographiques dénuées de toutes conséquences réelles, incitant les plus jeunes à les imiter sans se projeter eux même dans la réalité : *"ES1 : quand ils voient dans les pornos des acteurs avec ces espèces d'engins, ça donne des complexes." ; "SF1 : Ça permet d'appuyer que le porno c'est pas la réalité, que les acteurs sont entièrement maquillés et qu'ils prennent des médicaments pour être en érection toute la journée."*

Donner des conseils de bonnes pratiques est un élément important pour éviter les conséquences négatives de la sexualité : ceux ci proposant un juste milieu, centré sur la réalité, entre une culture populaire et religieuse souvent trop freinatrice et une culture pornographique souvent trop entraînante.

D/ L'identité de genre

Malgré la subtilité du sujet, 32% des soignant.e.s ont évoqué l'identité de genre comme étant une thématique de l'éducation à la sexualité ; mais quasiment jamais en première intention.

Deux grands axes de réflexions, associés à l'identité de genre, ont été mis en évidence :

-Le premier, centré autour de l'individu est de permettre aux jeunes de s'approprier leur propre genre, comme en ouvrant un espace de discussion neutre et non jugeant lorsque la question se pose, parfois à un âge précoce : *"M6 : je t'en avais parlé, le jeune J. que j'avais vu en cabinet, 15 ans qui a... **géné** qui a pris en bouche le pénis de son demi frère légèrement handicapé mental. Le demi frère l'a dénoncé à leur mère et ça a été le drame familial. Alors qu'au final ce n'était qu'un jeune garçon qui se posait des questions."*

-Le deuxième : favoriser la tolérance envers les genres différents. En effet les

soignant.e.s ont rapporté une plus grande détresse psychologique chez les personnes présentant un genre différent. Une éducation pour favoriser l'ouverture d'esprit du grand public permettrait d'améliorer la tolérance et de diminuer les souffrances des minorités.

À part pour les psychologues, parler d'identité de genre semble délicat : "I2 : et même quand ils posent des questions sur l'homosexualité c'est pas facile à expliquer, on est coincé" ; "M3 : avant c'était LGBT, maintenant ils ont rajouté des lettres un Q ou je ne sais quoi".

La vision actuelle de l'éducation à la sexualité est très hétéro-normée, et peu de soignant.e.s sont formé.e.s et à l'aise à parler des LGBTQI. En parler plus librement et facilement, favoriserait une meilleure perception individuelle et sociale.

3/ Pratiques des soignant.e.s en éducation à la sexualité

A/ Condition et contexte

a) Prévoir une intervention dédiée à l'avance

39% des soignant.e.s estiment que prévoir à l'avance une consultation / rencontre dédiée est nécessaire pour optimiser la transmission de savoir : "Ph1 : quand je vois des filles arriver la nuit pour chercher un Norlevo, je les préviens immédiatement qu'on va passer un petit temps ensemble à discuter ; comme ça le temps de s'installer, elles ont le temps d'évacuer la panique" ; "ES1 : c'est l'importance de la progression dans le dialogue, faut du temps pour évoquer ces sujets".

Une première notion est de donner des informations à l'avance sur la possibilité de venir consulter un soignant.e pour chercher plus d'informations. L'intérêt d'un temps de préparation avant la consultation / rencontre est alors de donner des supports d'information à l'enfant / adolescent.e.

Une seconde notion est de rappeler que devant un sujet touchant à l'intime, le mineur est libre de venir au moment où il le désire ou en sent la nécessité. De même, organiser ce temps dédié en laissant l'enfant / adolescent.e choisir quand il.elle doit avoir lieu ,permet d'autonomiser et responsabiliser.

b) Respect de la relation Soignant-Mineur

Le respect du secret médical a été mis en avant spontanément par 39% des soignant.e.s. En effet l'éducation à la sexualité aborde un sujet intime, et des soignant.e.s qui rapporteraient aux parents les secrets de leurs enfants risquent de perdre la confiance de ceux-ci *"P2 : les gamins je leur demande à chaque séance ce que je peux dire ou pas à leurs parents"*. Or la confiance est une notion majeure de l'éducation thérapeutique, sans laquelle la transmission de connaissances est impossible.

Un des médecins a fait une remarque à ce sujet : *"M3 : les enfants, ils ont pas choisi le médecin, c'est celui des parents en général. La relation de confiance elle est biaisée parce que l'enfant il voit le partage du secret médical avec les parents !"*

Cela a fait émerger l'idée de permettre à l'enfant / adolescent.e de choisir avec quel soignant.e il va pouvoir participer à de l'éducation à la sexualité ; renforçant aussi l'autonomisation et la responsabilisation : *"M10 : pour ce qui est du secret médical. On leur précise toujours ici qu'à partir de 13 ans il y a pas besoin de l'accord des parents s'ils veulent venir et ils peuvent le faire anonymement. Puis on a jamais eu de soucis de rupture du secret médical"*.

c) Diversité des interventions

Par extension, pour permettre à l'enfant / adolescent.e de faire des choix, il faut pouvoir proposer plusieurs possibilités.

La consultation au cabinet est le contexte cité par 65% des soignant.e.s, mais les interventions en milieu scolaire par les professionnel.le.s de santé sont aussi citées comme des interventions efficaces par 45% des interrogé.e.s.

Les tables rondes entre adolescent.e.s et entre parents d'adolescent.e.s sont aussi notifiées par les psychologues et sage-femmes comme une intervention utile : *"SF1 : alors que c'est normal. J'aimerais monter un groupe sur Nîmes avec des femmes de 40 50 ans pour qu'elles donnent une instruction correcte à leurs filles."*

L'éducation à la sexualité chez les plus jeunes demande à être organisée pour favoriser l'autonomisation et la responsabilisation en laissant les mineurs choisir dans quels types d'interventions ils préfèrent s'investir. Il faut optimiser la relation Soignant-Mineur grâce à une position non hiérarchique du soignant.e et un respect crucial du secret professionnel.

B/ Aborder le sujet

a) Consultation première contraception

Pour aborder le sujet, la consultation première contraception est citée par 100% des médecins. Pourtant, même si la cotation est connue, celle-ci n'a été utilisée que par 1 seul médecin généraliste *M10* (soit 10% des médecins participants).

De plus, parmi les autres participants, aucun ne ne connaissait cette consultation dédiée pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : "*K4 : c'est quoi une consultation première contraception ?*"

Par extension le grand public non plus n'a pas connaissance de l'existence de la consultation première contraception, et s'en sert donc assez peu. En effet 90% des médecins exerçaient dans le cadre d'une consultation normale et moins longue.

b) Plus d'accès pour les filles que pour les garçons

Parler de sexualité se fait généralement plus facilement avec les filles qu'avec les garçons. En effet ces dernières ont plus tendance à consulter pour des motifs spécifiques à la sexualité, comme la prescription d'un contraceptif oral ou le prélèvement de β -HCG ou encore des troubles fonctionnels.

Aborder le sujet avec les garçons est plus compliqué car les motifs de consultation sont moins spécifiques et le temps de consultation est généralement trop court pour aller plus loin que le motif principal de consultation. Eux font plus souvent des pathologies aiguës et ne sont intéressés que par ça. 50% des interrogé.e.s parlent de cet accès plus facile avec les filles. Beaucoup de garçons se sentent moins responsables : "*K4 : [les garçons] sont moins responsables*".

c) Vaccination anti HPV

L'utilisation de la vaccination anti HPV pour aborder le sujet a posé débat. En effet on peut voir une méfiance de la population envers les vaccins en général.

De plus ce vaccin n'était recommandé en France que pour les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage vaccinal dans la première année de la vie sexuelle ; et chez les HSH jusqu'à 26 ans, au moment du recueil de données.

Or comme l'a fait remarquer un.e participant.e : "*M3 : comment vous voulez demander à un gamin de 14 ans s'il est gay ? Surtout s'il vient pour une entorse !*" ;

demander l'orientation sexuelle de tous les adolescents masculins qu'un médecin suit, semble délicat. Et la couverture vaccinale chez les filles est faible (<20%) (39).

La vaccination contre le HPV ne semblait pas, au vu des recommandations précédentes et des comportements actuels de la population, très pratique pour aborder la question de l'éducation à la sexualité.

Cependant, ces recommandations sont en cours d'évolution, et l'idée de vacciner aussi les garçons devient plus actuelle.

Aborder le sujet semble donc un des points les plus épineux à cause d'une inégalité filles-garçons devant le sujet de la sexualité, mais aussi à cause des difficultés organisationnelles inhérentes aux soins primaires.

C/ Outils utilisés

a) Supports papiers :

-Brochures et affiches de l'INPES :

Un outil mis en avant par la santé publique est l'ensemble de brochures et affiches d'information destiné aux adolescent.e.s, qui sont disponibles en commande sur le site de l'INPES.

Cependant 32% des soignant.e.s interrogé.e.s connaissaient ces outils, et les 68% restants ont découvert leurs existences pendant les Focus group.

Parmi les soignant.e.s connaissant ces outils seulement 11% les utilisent vraiment en pratique.

80% des soignant.e.s ont trouvé ces documents intéressants; mais plus comme un outil pour aborder le sujet de la sexualité que comme une réelle source d'information : *"M10 : les brochures dans la salle d'attente pour ne pas stigmatiser les gens dans leurs choix de brochures, on mélange ce genre de brochure avec d'autres qui touchent d'autres thématiques. Et c'est vrai qu'elles partent assez facilement et qu'on serait ouvert pour en avoir dans les salles d'attente ou à nos portes"*.

-Livres et encyclopédies :

Concernant les autres supports papiers, plusieurs points ont été soulevés par les participants.

Avoir une encyclopédie ou dictionnaire avec soi, pendant les temps avec les

enfants / adolescent.e.s, permet de désacraliser le contenu du discours et aide à lever le tabou sur la sexualité : *"SF1 : j'utilise des mots :masturbation, fellation etc.. et j'ai toujours mon dictionnaire Larousse de la sexualité, pour me décharger"*.

Des livres traitant sur le sujet de la sexualité peuvent être conseillés mais uniquement pour les enfants / adolescent.e.s demandant plus d'informations complémentaires. En effet ceux ci ont surtout été cités par les psychologues notamment pour aller plus loin dans le travail avec certains patients, même très jeunes.

-Manuels scolaires :

Enfin les manuels scolaires de SVT ont été critiqués par 32% des soignant.e.s ; en particulier ceux destinés aux plus jeunes : *"SF1 :regardez les livres d'anatomie, pour les 6°, ils n'ont pas de sexe les bonhommes dessinés. Il n'y a rien. On arrive à peine à dissocier si c'est un garçon ou une fille. Il y a des profs de SVT qui se battent pour qu'on dessine l'anatomie réelle d'une femme, le clitoris en fait partie."*

Après évocation des manuels scolaires, 70% des participants les ont qualifiés en général de *"Trop édulcorés"*.

Le premier manuel scolaire pour 4° citant la présence du clitoris est en effet apparu pour la première fois en 2017.

Les outils d'information papiers sont soit vus par les soignant.e.s comme des outils d'entrée dans le sujet, soit comme des outils d'approfondissement, soit paraissant peu efficaces.

Mais ils semblent insuffisants pour délivrer seuls une bonne information.

b) Supports numériques :

Les supports numériques et leurs utilisations sont plus spontanément utilisés chez les soignant.e.s les plus jeunes (45%).

-Sites officiels de santé publique :

62% des soignant.e.s interrogé.e.s connaissaient les sites internet créés par les organismes de santé publique français ou étrangers (notamment Belges et Québécois).

Après présentation des dits sites aux soignant.e.s qui ne les connaissaient pas ; 93% des participant.e.s ont trouvé ces outils adaptés dans le fond et dans la forme pour une transmission fiable de connaissances.

Et 50% des soignant.e.s ont trouvé le support numérique plus facile d'accès que le support papier : *"I3 : au moins là, il n'y a pas besoin de gérer les stocks de flyers"*.

-Sites non gouvernementaux :

Concernant les sources d'information non gouvernementales (web journalisme, chaînes Youtube, réseaux sociaux...), elles ont été citées comme une source d'information autant pour les soignant.e.s que pour les enfants / adolescent.e.s.

En effet, pour les soignant.e.s cela permet d'être en contact avec les sources d'information consultées par les jeunes : *"SF1 : je vais régulièrement consulter les sources d'information auxquelles ils ont accès : les sites pour acheter des capotes, les sites pornos etc... pour voir ce qu'ils voient"*. Et ainsi les aider à faire du tri et la vérification de faits pour conserver les meilleures sources d'information.

Le défaut principal identifié dans les sources d'information non gouvernementales est la rareté d'un discours modéré sur la sexualité. En effet les plus jeunes sont pris entre des discours qui prônent le tabou et ceux qui valorisent l'hypersexualisation : *"ES1 : À côté de ça, ma gamine qui regarde des vidéos ou photos de filles complètement décomplexées, se retrouve entre le marteau et l'enclume, ça n'aide pas à construire une sexualité épanouie. Et c'est pareil pour les garçons ; quand ils voient dans les pornos des acteurs avec ces espèces d'engins, ça donne des complexes."*

Les supports numériques semblent être les plus adaptés au public ciblé. Cependant pour les sources non gouvernementales un temps de recherche et de vérification des faits est nécessaire mais semble peu compatible avec l'organisation des soins primaires.

c) *Autres supports :*

Les films, émissions radios, reportages et séries ont été cités de façon anecdotique par 12% des soignant.e.s. Leurs intérêts principaux sont d'aborder des sujets plus complexes associés à la sexualité comme par exemple la prostitution. Cependant ces supports restent peu accessibles : *"M6 : La difficulté c'est le tabou sur la question, et la mise en place de toutes ces actions ; par exemple un documentaire sur la sexualité ça passera sur France 5 ou Arte, mais pas sur France 2 et encore moins sur TF1. Donc faut être actif à en parler : sur un radio quand j'étais petit, j'écoutais Doc et Difooll qui parlaient librement de tout ça et des problèmes des ados"*

etc..."

En prévention primaire, ces supports semblent moins bien adaptés

4/ Difficultés des soignant.e.s en éducation à la sexualité

A/ Âge du public

-Caractère insouciant

Autant il est facile de voir les plus jeunes régulièrement avec les consultations obligatoires, autant les adolescent.e.s, généralement en bonne santé consultent très peu et généralement pour des problèmes de santé aigus.

De plus 32% des soignant.e.s ont mis en avant l'aspect insouciant du caractère des adolescent.e.s ; en effet ceux-ci étant plus focalisé.e.s sur le présent que sur des problèmes de santé potentiels qu'ils pourraient avoir plus tard : *"M3 : c'est des adolescents, la réflexion n'est pas approfondie, c'est l'instant immédiat. Lui les IST il s'en fout : ça ne l'intéresse pas"*.

-Surabondance d'informations

Une autre difficulté qu'un.e des psychologues a mis en évidence est la surabondance d'informations que peuvent subir les adolescent.e.s.

En effet les affiches et brochures de l'INPES sont présentes dans leur quotidien (notamment scolaire) et à force d'être confronté.e.s à des informations théoriques, sans parler d'aspects pratiques, ils finissent par ne plus y faire attention : *"P2 : ils me disent qu'on les bombarde d'infos d'affiches etc... et ils en ont raz le bol et ne les regardent plus. Si les affiches, les brochures etc... elles n'étaient que chez le médecin ou l'infirmier.ère scolaire, ça serait top ! Mais ils en ont tellement...c'est tellement anodin dans leur quotidien que finalement ils ne les regardent plus et s'en foutent."*

De même lors d'interventions de professionnel.le.s directement dans les classes, leur attention s'estompe facilement : *"P2 : De même quand les infirmières viennent donner les informations dans les écoles, c'est bien mais au bout d'un moment ils n'écoutent plus." ; "SF1 : le risque c'est que trop d'informations tue l'information"*.

Un médecin a même soulevé que la surabondance d'informations, y compris dans une salle d'attente pouvait être contre-productive : *"M4 : j'ai fait une thèse sur l'affichage en salle d'attente et en fin de compte ce qui ressort c'est que les gens ça les saoule dès qu'il y a plus de 2-3 affiches. Ils préfèrent une joli tableau d'un joli paysage"*.

Les enfants et plus particulièrement les adolescent.e.s sont un public dont l'attention est difficile à maîtriser car focalisée plus sur le présent que dans une projection vers l'avenir.

B/ Image de la femme dans la société

L'image de la femme dans la société est un enjeu politique qui s'est beaucoup manifesté dans les médias, en effet 50% des soignant.e.s en ont parlé spontanément.

-Inégalité face aux conséquences de la sexualité :

La première inégalité mise en avant est un élément inévitable et biologique : seules les femmes vivent une grossesse et un accouchement. Cependant les participants.es ont rappelé que même si ces mécanismes biologiques sont spécifiques à la femme, la conception est partagée. Ainsi la responsabilité des grossesses est trop souvent portée par les femmes seules : *"M9 : Et c'est rare de les voir en couples pour les demandes d'IVG les ados. Souvent elle est avec sa mère ou une copine mais rarement avec le petit copain, et même quand il est là la mère essaye d'exclure le copain : et dans ces cas là je fous la mère dehors et je garde que la fille et son copain. Ça les concerne eux !"*

La seconde inégalité se retrouve dans l'accès à la contraception. En effet les participants ont mis en évidence le fait que les hommes n'utilisent que le préservatif, là où de multiples méthodes existent pour la femme. On retrouve cette inégalité y compris dans les contraceptions non réversibles où la ligature des trompes sera souvent favorisée à une vasectomie, alors que le rapport bénéfice-risque est en faveur de la vasectomie : *"M10 : ça perturbe énormément les hommes mais les femmes sont hyper open. Parce que la vasectomie tu récupères en 48h alors que la ligature c'est 8 jours de récupération après une cœlioscopie"*.

-Slut-Shaming :

Le "Slut-Shaming" qu'on peut traduire par "couvrir de honte les salopes" a été évoqué par 26% des participant.e.s : *"E1 : suite à une agression d'une fille par un garçon, le chef du service qui me dit « c'est normal vous avez vu comment elle est habillée »."*

Le slut-shaming consiste à stigmatiser, culpabiliser ou disqualifier toute femme dont l'attitude ou l'aspect physique serait jugé provocant ou trop ouvertement sexuel, ou celles qui cherchent à se faire avorter.

C'est une attitude qui va à l'encontre des Droits Humains et particulièrement des Droits de la Femme.

Or comme vu plus tôt et dans des travaux précédents (38), un des messages de l'éducation à la sexualité est justement la possibilité de contrôler librement sa sexualité.

-Douleur de la femme :

La place de la douleur dans la sexualité féminine a été mise en avant par un.e sage-femme : *'SF1 : j'ai beaucoup de jeunes filles qui sont persuadées que ça va faire mal et que ça doit faire mal et que si ça fait pas mal la première fois, c'est qu'elles ont mal fait.'*

Le grand public voyant trop souvent la douleur de la femme comme quelque chose de normal ou banalisé.

La femme, dès le plus jeune âge, se voit confier la majorité des responsabilités dans la sexualité. Lorsqu'elle les assume, elle est culpabilisée par la société. Et lorsqu'une femme en souffre, elle n'est pas suffisamment soutenue. Les soignant.e.s sont donc confronté.e.s à du sexisme ordinaire dans leurs quotidiens : celui ci étant parfois difficile à dépister.

C/ Manque de formation sur le sujet

Les infirmier.e.s ainsi que les médecins (85%) ont souligné ne pas avoir eu de formation sur le sujet dans leurs cursus : *"M10 : et même dans le DU de gynéco et obstétrique pour les médecins généralistes, il y a aucune session qui parle de la sexualité. On a des cours sur la contraception de l'adolescente, sur la gynécologie des adolescentes, aucun qui est consacré à l'aspect plus psychologique. Il y a une journée complète sur les enfants où on parle des agressions sexuelles de l'anatomie, de la contraception"*.

Les psychologues et l'éducateur.trice spécialisé.e ont été les seul.e.s à se considérer formé.e.s pour pouvoir parler facilement de sujets délicats, donc de sexualité ; mais avec des compétences limitées pour parler des aspects médico-biologiques.

On voit ici un partage des champs de compétences, avec des métiers médicaux ou paramédicaux maîtrisant l'aspect biologique, et des métiers non médicaux qui maîtrisent mieux la communication.

D/ Orientation vers d'autres professionnel.le.s de santé

100% des psychologues, maieuticien.ne.s, kinésithérapeutes et éducateur.trice.s spécialisé.e.s adressent leurs patients.es vers les médecins généralistes ou gynécologues, dès que les patients abordaient les sujets de la contraception, des grossesses ou des IST.

Inversement les professions médicales et paramédicales n'adressent pas à d'autres soignant.e.s même en cas de difficultés. *"P3 : en général on me les adresse parce qu'ils sont déjà traumatisés, souvent trop tard. Donc plus que d'adresser à des confrères, peut être qu'on pourrait me les adresser un peu plus tôt ou plus facilement"*

La communication entre les différents corps de métier ne semble pas optimale.

E/ Parents et autres tiers

-Place des parents ou tiers

La question des tiers, et notamment des parents a été très débattue. La question de leur place, notamment pendant les consultations ou interventions dans les écoles a amené 3 types de réponse : 64% des soignant.e.s les font sortir systématiquement ; 24% demandent l'avis de l'enfant / adolescent.e ; 12% ne font jamais sortir les parents.

La réponse la plus intéressante est celle d'un.e psychologue : *"P1 : d'abord commencer par du face à face : donner de l'espace où elle peut se confier et en parler, surtout si cet espace n'existe pas dans sa famille. Puis intégrer le système familial progressivement"*.

En effet là où les soignant.e.s sont là ponctuellement, les parents sont présents sur la durée. Et ne pas les inclure dans une démarche d'éducation thérapeutique pour leurs enfants, semble contre-productif.

-Peur de sanctions disciplinaires ou juridiques

Cependant face aux parents et autres tiers, 21% des soignant.e.s ont évoqué la peur de voir ceux-ci porter plainte contre eux : *"M3 : Faut pas oublier qu'on passe vite pour des pervers aujourd'hui. La médecine d'aujourd'hui c'est plus celle d'il y a 20 ans ; faire un examen gynéco à une femme vaut mieux avoir un témoin pour pas finir en tôle. Et quand les parents sont pas là, tes propos peuvent être mal interprétés ou mal rapportés : faut être très vigilant là-dessus. Soit tu connais bien la famille, soit tu connais pas et tu t'engages pas pour le moment."*

Cependant, la menace d'une plainte disciplinaire ou juridique ne représente un obstacle que pour 3,2% des interrogé.e.s.

Même si l'enfant / adolescent.e est le principal concerné.e par son éducation à la sexualité, l'implication des proches a un impact direct sur la qualité de la prise en charge par les soignant.e.s. Mais la position des parents reste ambivalente : à la fois à éloigner pour autonomiser et rassurer, et à la fois à impliquer dans l'éducation de leurs enfants.

F/ Soin préventif

L'éducation thérapeutique est un concept récent, de même que la médecine préventive. Or la vision populaire de la santé reste binaire : avec des gens ou en bonne santé ou malades, et la médecine qui ramène les malades vers la bonne santé. Le grand public connaît donc assez mal la médecine préventive : *"I4 : ce que je vois dans mon quotidien, les gens n'en veulent pas de l'éducation thérapeutique, ils veulent du curatif qui ne leur demande pas d'effort « soignez moi, soignez moi ! »."*

L'exemple des polémiques autour de la vaccination contre le HPV étant représentatif de la méfiance envers le soin préventif de la part des Français.e.s : *"I3 : on est bien d'accord ça refroidit les gens que ce soit un vaccin"*.

Le concept d'éducation thérapeutique, et par extension : l'éducation à la santé et à la sexualité ; sont des concepts modernes, mal connus du grand public.

G/ Sujet tabou

-Sujet Intime

La sexualité est un sujet intime et difficile à aborder pour 35% des interrogé.e.s : *"P1 : Elle met mal à l'aise beaucoup de praticiens : on est dans une société où malgré tout, la sexualité reste tabou, et lever un tabou reste compliqué."*

Il est d'autant plus mal aisé de parler de la sexualité des mineurs quand l'écart d'âge avec le.a soignant.e augmente : *"SF1 : J'ai connu une infirmière scolaire qui refusait de parler des fellations ou du sexe anal et tout ça par ce que ça la gênait."*

Il apparaît que la gêne est plus souvent du côté des soignants.

-Culture populaire et religieuse

Pour 30% des interrogé.e.s l'origine de ce tabou se trouve dans la culture

religieuse, en effet celle-ci est représentative de pratiques durant lesquelles la contraception ou la prévention des IST n'existait pas. *"I2 : il y a l'aspect religieux, j'ai eu le cas d'une petite musulmane et c'est vachement délicat parce que t'as aucun outil, et tu sais pas comment aborder le sujet. Chez eux, c'est tabou! Et ça peut pas être abordé de la même façon que chez nous"*.

Les croyances restent encore bien présentes et compliquent l'abord du sujet.

-Confusion entre éducation et incitation

Une autre difficulté est la confusion des parents entre éducation et incitation : 37% des soignants ont dû prendre du temps pour essayer de convaincre des parents que l'éducation à la sexualité n'était pas d'inciter les jeunes à en avoir une rapidement : *"ES1 : des parents me demandaient si on avait montré des films pornos dans la structure, par ce que [des mamans] avaient entendu dans les médias qu'on allait en montrer à l'école."* ; *"M4 : en élémentaire, il y a des parents qui sont venus voir la maîtresse pour demander si en CMI c'était pas trop tôt de parler de la reproduction et l'abord de la sexualité"*

C'est un frein majeur pour l'entourage des mineurs.

-Inceste

Enfin le sujet de l'inceste a été évoqué à une seule reprise, comme étant une situation compliquant encore plus la communication.

L'éducation thérapeutique se heurte à des tabous anciens, des confusions, des mauvaises analyses et des fausses idées du grand public. Le tout rendant chaotique la compréhension des enjeux de l'éducation à la sexualité.

H/ Coopération avec l'Éducation Nationale

-Difficulté pour organiser des interventions en milieu scolaire

Plusieurs soignants (35%) ont eu l'occasion de participer à des interventions en milieu scolaire, et une difficulté majeure mise en évidence est la complexité à organiser des interventions auprès des élèves. *"SF2 : encore faut il que l'organisation se fasse correctement, parce qu'en milieu scolaire... on avait validé ça l'année d'avant et ça a été annulé 4 jours avant"*.

-Soignants scolaires peu ouverts

Pour intervenir en milieu scolaire, 30% des soignants ont évoqué un manque de

collaboration avec les infirmier.e.s et médecins scolaires. *"M10 : c'est les médecins scolaires qui lui ont dit ça : que c'était pas possible de collaborer à cause des réformes du Bac"*

Alors que des soignant.e.s seraient motivé.e.s pour des interventions scolaires, pourtant recommandées par la loi, la mise en place de celles-ci est rarement faite ; car peu de place leur est laissée par les représentants de l'Éducation Nationale.

I/ Durée limitée de la consultation

30% des soignant.e.s ont mis en évidence que la durée d'une consultation standard n'était pas suffisante pour aborder tous les sujets.

En effet les mineurs consultent rarement pour un motif d'éducation à la sexualité, et la plupart des généralistes essaient de profiter d'une consultation pour un autre motif pour aborder le sujet. Cependant la prévention n'est pas réservée au domaine de la sexualité, et d'autres thématiques seraient aussi à aborder : rendant la consultation potentiellement très longue. *"M4 : si on se met à avoir des questions systématiques de la sorte on a pas fini la consultation, ça va durer ¾ d'heure par consultation. Ou il va falloir beaucoup d'infirmières de pratique avancée ; entre la prévention, les dépistages, l'éducation etc..." ; "Ph2 : hum surtout qu'à poser ce genre de question, faudrait demander pour tout : la nutrition, l'activité physique, la vie professionnelle etc... et ça risque de faire des consultations d'une heure".*

L'information du grand-public d'une consultation spécifique sur le sujet semble encore une fois manquer.

5/ Idées d'améliorations

A/ Création d'un Parcours de soins spécifique

a) Communication inter professionnelle

La création d'un parcours de soins sur la sexualité permettrait d'améliorer la communication inter professionnel.

-Uniformisation des discours

Des soignant.e.s investi.e.s dans un parcours de soin bien défini d'éducation à la sexualité, pourraient plus facilement uniformiser leurs discours et ainsi éviter de répandre des informations contradictoires.

Par extension, en ayant divers professionnel.le.s de santé intervenant auprès des plus jeunes, les points de vues sur les mêmes questions pourraient être développés différemment. *"ESI : quand il faut y aller, c'est bien d'être soutenu, c'est plus facile d'avancer à plusieurs que seul, mais ça construit un socle commun. Parce que sinon seul, on fait pas grand-chose : on est repéré en tant qu'individu"*.

Et un discours tenu uniformément par un grand nombre de soignant.e.s combattrait plus facilement les tabous.

-Augmentation des échanges interprofessionnels

Pour pouvoir obtenir à la fois une uniformité de fond du discours et une diversité de forme (en fonction du type de profession), il faut augmenter les échanges entre les diverses professions. *"P1 : En parler pour éviter les tabous. Augmenter la sensibilisation, avec des sujets de recherche sur ce thème. Mais nous aussi psychologues qui sommes plus facilement confrontés à parler de tout sans pudeur. En parler au maximum, et inciter les professionnels à parler du sujet, dès qu'ils sont en difficulté sur le sujet en parler à un confrère/consœur et lui demander son avis. Réunir les praticiens autour de la parole est une très bonne idée."*

b) Accès aux soignant.e.s

-Interventions collectives puis individuelles

50% des interrogé.e.s sont d'accord sur l'utilisation d'une intervention collective, comme par exemple en milieu scolaire. Ces interventions ayant un rôle d'informer sur les généralités et d'ouvrir la porte à la possibilité de consultations ou rencontres plus individualisées par la suite.

-Faciliter les interventions en milieu scolaire

Comme cité plus haut le milieu scolaire est difficilement accessible à ce genre d'intervention, hors 50% des soignant.e.s sont d'accord sur le fait que c'est le meilleur endroit pour partager des informations à des groupes de mineurs. *"M9 : quelque chose qui est raccord avec le programme de l'éducation nationale. Ça me paraît pas très compliqué, au contraire je trouve que c'est hyper intéressant comme motif de pratique ; ça change d'être dans le curatif pur." ; "M10 : on a fait l'hôpital des*

nounours le mois dernier, c'était super sympa . Et quand on voit les petits en cabinet c'est extra"

-Soins plus spécifiques aux garçons

30% des interrogé.e.s ont mis en évidence une lacune importante dans l'idée que les garçons n'aient pas de consultation spécifique sur le sujet.

10% ont même émis l'idée de développer plus l'accès à l'andrologie.

En s'inspirant des dépistages en 2 temps composés d'un premier examen sensible, suivi d'un examen spécifique ; on pourrait créer un parcours de soins pour les mineurs sur le même modèle. Une première intervention large, pluridisciplinaire, collective et générale, ouvrant la porte à une consultation plus individualisée et spécifique.

B/ Interventions et outils plus ludiques

Nous l'avons vu dans les difficultés : intervenir face à des adolescent.e.s nécessite de tenir compte d'un public avec une faculté de concentration assez courte et s'intéressant surtout à l'instant présent.

Des interventions courtes mais plus fréquentes, variées dans la forme, et dans des lieux multiples semblent plus adaptées qu'une unique séance annuelle comme préconisée dans les textes de lois.

De plus, plutôt que d'exposer les jeunes aux informations sur la sexualité sans les rendre actifs, leur proposer des activités concrètes apparaît comme une meilleure façon de leur faire intégrer l'information : *"P2 : Je vais plus leur faire faire les affiches, les faire réfléchir. Par exemple, il y en a un qui a fait une BD par rapport à ça, et il a dit son vécu dans la BD, puis on a fait ensemble une autre BD sur comment il aurait pu faire différemment pour le vivre mieux, pour qu'il prenne conscience de la différence."*

Un des participant.e a même proposé l'idée de créer un jeu-vidéo qui afficherait une information, un court laps de temps en cas d'échec du joueur ; et une fois le niveau terminé, le féliciterait pour tout ce qu'il a appris.

Impliquer plus directement les jeunes dans leur éducation et augmenter les interactions soignante.e.s – enfants / adolescent.e.s, permettrait l'amélioration et l'acquisition des bonnes pratiques, en variant les formes des interventions comme en créant des jeux éducatifs.

C/ Relation Soignant-Mineur

-Secret professionnel

La relation de confiance entre l'adolescent.e et le.a soignant.e est une condition primordiale pour avoir une éducation thérapeutique efficace.

Deux grandes façons d'optimiser le secret professionnel ont été mises en évidence pendant les Focus group.

Soit envoyer chez un.e soignant.e qui n'a pas de liens habituels avec les proches de l'enfant / adolescent.e.

Soit éloigner physiquement les parents : *"P2 : je demande à l'ado s'il est OK pour que les parents aillent en salle d'attente ou partent faire des courses.*

Normalement on entend pas ce qu'il se dit, mais des fois les ados préfèrent être vraiment sûrs que les parents ne puissent pas entendre".

-Liberté du choix du professionnel

Laisser le choix du.e la professionnel.le au mineur lui permet de se responsabiliser et de s'autonomiser, tout en prenant de la distance avec les parents, comme le cite 45% des interrogé.e.s.

Cela permet alors de mieux s'adapter au rythme et d'éviter l'intrusivité ; tout en respectant mieux le consentement du mineur.

-Âge du soignant

70% des soignant.e.s stipulent qu'il y a un lien entre l'âge du soignant et la qualité de la relation.

En effet les soignant.e.s les plus jeunes, ont une patientèle plus jeune ; et sont plus empathiques avec des patients plus jeunes.

L'optimisation de la relation avec un mineur permet d'ouvrir le discours et met en confiance pour aborder des sujets intimes.

D/ Formations pour les soignant.e.s

Au vu de la difficulté, 22% des soignant.e.s étaient intéressé.e.s pour des formations sur la communication avec les adolescent.e.s / enfants.

Seulement 10% étaient intéressés par une formation sur le fond du sujet.

Les 2 types de formations seraient complémentaires et utiles à organiser.

B/ Un sujet sensible

Le motif principal de refus a été le sentiment pour les soignant.e.s de ne pas être concerné.e.s par le sujet : 6 MSP ; et parmi mon entourage professionnel contacté : 4 médecins généralistes sur 7 ont répondu que c'était à l'Éducation Nationale de s'occuper de ce sujet.

De plus le grand nombre de non-réponses, montre la sensibilité à parler de sexualité, malgré une formation à aborder des sujets complexes avec les patients.

Le sujet touchant à l'intime, il est aussi possible que l'histoire personnelle des personnes interrogé.e.s ait pu influencer les réponses et l'orientation de la discussion dans les Focus groups et les entretiens individuels.

C/ Lié à la méthode

-Biais d'analyse :

Le faible nombre de participants rend les résultats non statistiquement significatifs.

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

-Biais de sélection :

De plus les participants ont accepté de participer sur la base du volontariat et il est possible que ce soit les soignant.e.s les plus intéressés par le sujet.

Par conséquent, les participant.e.s recruté.e.s, présentent potentiellement un biais de sélection en recrutant les soignant.e.s les plus intéressé.e.s, formé.e.s et dynamique.s sur le sujet ; risquant donc de minimiser les éléments les plus négatifs et de favoriser les aspects positifs.

De même parmi ceux recrutés dans mon entourage personnel, il se peut que certains aient accepté de participer uniquement par sympathie.

Par conséquent, les interventions de ces soignant.e.s risquent de présenter un biais de confusion, ceux ci ayant potentiellement essayé d'orienter leurs réponses vers celles qui auraient pu m'arranger.

2/ Discussion des résultats

A/ Le fond de l'éducation à la sexualité

Les professions médicales et paramédicales se focalisent principalement sur les conséquences de la sexualité.

À noter que la diversité d'âge des médecins interrogé.e.s permet de mettre en avant un gradient : les plus jeunes semblant plus impliqués sur le sujet que les plus âgés.

Même s'ils sont cités dans le discours des professionnel.le.s médicaux.ales et para-médicaux.ales : le consentement et les préventions des relations sexuelles non désirées (donc qualifiables d'agressions sexuelles ou de viols devant un tribunal, et souvent source de psycho-trauma important) passent en second plan derrière la prévention des IST et des grossesses non désirées.

Le consentement est pourtant l'élément de base à la construction de vie sexuelle épanouie.

De même des conseils de bonnes pratiques, qui vont plus loin que l'explication sur "comment on met un préservatif", semblent essentiellement donnés à posteriori des événements potentiellement traumatisants, comme après une suspicion ou découverte d'une conséquence négative de la sexualité.

Ces messages sont néanmoins évoqués et mis en valeur par les professions non médicales (éducateurs spécialisés, psychologues) ; mais les aspects plus médico-biologiques ne sont pas suffisamment maîtrisés par ceux-ci.

De plus, les plus jeunes sont moins en contact avec ces professions qu'avec les professions médicales ou paramédicales.

De même, les maïeuticien.ne.s semblent apporter un discours plus riche que les autres professions médicales, mais ne sont à priori accessibles qu'aux filles / femmes ; rendant l'accès de l'information plus complexe pour les garçons / hommes.

Les messages positifs et valorisants sur la sexualité semblent être plus rares que ceux insistant sur les conséquences négatives.

Ainsi les adolescent.e.s sont saturé.e.s de messages de préventions redondants parlant des conséquences négatives de la sexualité.

Or ce n'est pas ce qu'on retrouve dans les objectifs des lois sur l'éducation à la sexualité : la multiplicité des champs de compétences n'est qu'à peine effleurée, le fond du discours ressemble plus à une mise en garde puritaine (comme aux États-Unis) qu'à un discours ouvert et bienveillant encourageant à une découverte de sa vie sexuelle dans des conditions adaptées (comme en Suède).

Cependant les participant.e.s se sont presque tous montré.e.s ouvert.e.s à une évolution de leurs visions sur le sujet.

De plus des formations existent, comme par exemple, celle proposée par le Pr Israël NISAND, sous la direction du CNGO en complément de son livre "Et si on parlait de sexe aux ados" (40).

Les professions médicales et paramédicales n'abordent pas assez les conséquences positives de la sexualité. Les autres professions de santé abordant mieux ces sujets, la pluri-professionnalité semble une piste principale d'amélioration des pratiques, permettant une variété intéressante des points de vue.

L'ensemble des messages sur la sexualité est à partager de façon équivalente quelque soit l'identité de genre, l'âge, le sexe ou le contexte.

B/ La forme de l'éducation à la sexualité

L'éducation à la sexualité chez les moins de 18 ans demande aux professionnel.le.s de santé de prendre en compte des paramètres inhabituels et donc une organisation spécifique.

Les adolescent.e.s consultent peu fréquemment, aborder la question et tendre des perches pour ouvrir la discussion est nécessaire pour avoir une transmission de savoir optimale.

Or pour aborder le sujet, des biais liés au genre et à l'image de la femme sont présents.

En effet la contraception et le contrôle de la procréation sont des sujets laissés aux femmes par la société, ainsi les jeunes filles se voient confier une charge mentale supérieure.

Même si tous les soignant.e.s interrogé.e.s dans les maisons médicales ont admis que les affiches et brochures de l'INPES étaient des outils d'accroche utile, aucun n'en utilisait au moment des Focus group. Il en va de même pour les outils numériques que des médecins généralistes dont l'âge moyen est de 50 ans ne savent pas correctement utiliser.

Au lieu d'être utilisés par les soignant.e.s ces outils semblent donc utilisés par l'Éducation Nationale. Leur utilisation massive sur des adolescent.e.s, peu ancré.e.s dans la projection, semble contre-productive.

Les séances d'éducation sexuelle à l'école semblent être un mode d'intervention à favoriser, car permettant de toucher facilement un grand nombre de mineurs en ayant un discours homogène. Cependant ce genre d'intervention est souvent trop hétéro-normée et manque d'informations spécifiques pour certaines minorités comme identité de genre atypique ou questionnement intime.

Les conditions et le contexte des consultations ou des interventions, sont très importantes. Car c'est ce qui permet d'instaurer la confiance et de libérer la parole.

Or pour créer un lien de confiance avec un.e adolescent.e en plein changement hormonal, il faut du temps et garder une position empathique, neutre et non jugeante.

Les soignant.e.s les plus consulté.e.s : les médecins généralistes et pharmacienn.e.s ont généralement une position supérieure avec un standard paternaliste de guérisseur.

De plus ils.elles ne sont pas particulièrement formé.e.s à maintenir l'attention des plus jeunes.

Plusieurs éléments comme laisser le choix du professionnel.le.s de santé, garantir un secret professionnel, et garder une grande ouverture d'esprit semblent alors primordiaux.

Enfin les parents et tiers apparaissent comme un obstacle majeur pour les soignant.e.s.

En effet leurs présences empêchent la libération de la parole, et leurs absences font craindre de possibles sanctions disciplinaires ou juridiques.

On peut voir ici le reflet des tabous de la société concernant la sexualité, or c'est en parlant d'un sujet qu'on en brise le tabou.

Un parcours de soin coordonné en deux temps apparaît pour favoriser et optimiser l'éducation à la sexualité. Une première intervention, à l'initiative des soignant.e.s, en groupe pour sensibiliser les mineurs, apporter de l'information et lutter contre les tabous. Une seconde intervention, à l'initiative du mineur en cas de besoins, ou de questionnements spécifiques, dans un environnement plus intime.

C/ Synthèse

Même si le médecin généraliste paraît le mieux placé pour pratiquer de l'éducation à la sexualité pour les moins de 18 ans, nous avons vu que de nombreuses difficultés s'opposaient à cela.

Ainsi des interventions pluri-professionnelles en milieu scolaire apparaissent

comme ayant un meilleur rapport coût-bénéfice.

Une intervention avec différents corps de métiers permettrait d'aborder les nombreux aspects de la santé sexuelle sous des points de vue variés. De même un grand nombre d'intervenants permettrait de faire des petits groupes avec les mineurs pour favoriser les échanges et un aspect ludique de la transmission d'informations.

Réalisée en milieu scolaire, ce genre d'intervention pourrait apparaître comme moins anxiogène pour les parents, ou encore leur permettre de rencontrer plus facilement les différent.e.s professionnel.e.s de santé.

Enfin cela permettrait d'ouvrir la porte des soignant.e.s les plus intéressé.e.s par l'éducation à la sexualité aux mineurs.

À la suite d'une intervention collective pluridisciplinaire, en cas de besoins spécifiques à chaque mineur, intervient une consultation dédiée avec un.e professionnel.le adaptée.

Le choix de celui-ci étant facilité par leur présentation lors d'une première intervention collective.

C'est dans ce cadre que la relation soignant.e-mineur.e peut devenir la plus optimale, pour répondre au mieux aux besoins de chaque patient.

Ce schéma de parcours de soin en deux temps pourrait d'ailleurs s'appliquer à d'autres thèmes que l'éducation à la sexualité, et pourrait s'étendre à l'éducation à la santé chez les moins de 18 ans en général.

Conclusion

L'éducation à la sexualité est un enjeu de santé publique récent, encore mal compris par une grande partie des professionnel.le.s de santé en soins primaires.

Pourtant la diversité des champs de compétences des professions de la santé devrait permettre de multiplier les discours autant dans la forme que dans le fond.

Mais l'absence de coordination entre les différentes professions rend compliqué le partage de compétences, de même que l'isolement des différents praticiens.

L'éducation à la sexualité pourrait se résumer en quatre mots selon un.e participant.e : *"SFI : c'est respect, désir, sécurité, plaisir"*.

Pour arriver à cela il va falloir

- Lutter contre des préjugés anciens et sexistes pour favoriser un investissement égal des garçons comme des filles en mettant en valeur l'égalité des sexes ;

- Mettre en valeur la prévention et l'éducation dans la formation des professions de santé ;

- Faire la promotion de formations complémentaires sur le sujet ;

- Améliorer et faciliter la coopération entre les professionnel.le.s de santé et ceux de l'Éducation Nationale ;

- Mettre en avant un parcours de soin en deux temps pour optimiser l'organisation des soignant.e.s , uniformiser les discours tout en multipliant les points de vues, et collaborer de façon durable.

1. L'express. Le mouvement #MeToo [Internet]. L'Express.fr. 2018 [cité 23 juin 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/actualite/societe/le-mouvement-metoo_2038073.html
2. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n° 96-100 du 15 avril 1996 relative à la prévention du SIDA en milieu scolaire : éducation à la sexualité. n°96-100 1996.
3. Ministère de l'éducation nationale. Circulaire n°98-234 du 19 novembre 1998 relative à l'éducation à la sexualité et à la prévention du sida. n°98-234 1998.
4. De Gaudemar J. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. CIRCULAIRE N°2003-027 DU 17-2-2003.
5. Les enjeux de l'éducation à la sexualité [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html>
6. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2016 juin. Rapport n°2016-06-13-SAN-021.
7. Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. 2011.
8. CRIPS (Centre Régional d'Information et de Promotion de la Santé sexuelle) PACA. La prévention des IST auprès des jeunes. 2018.
9. Sicard S, Mayet A, Duron S, Richard J-B, Beck F, Meynard J-B, et al. Factor associated with risky sexual behaviors among the French general population. 2016.
10. Ehlinger V, Maillochon F, Godeau E. La santé des collégiens en France / 2014 Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Relations amoureuses et sexualité. 2016.
11. Les idées fausses sur le SIDA gagnent du terrain chez les jeunes de France [Internet]. Disponible sur: <http://www.madmoizelle.com/sida-idees-recues-transmission-900797>
12. Les jeunes ont de plus en plus d'idées fausses sur le sida [Internet]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/maladies/maladies-infectieuses-et-tropicales/sida-vih/les-jeunes-ont-de-plus-en-plus-d-idees-fausses-sur-le-sida_24440.html#_ftn1
13. Le cri d'alarme de médecins contre l'exposition précoce à la pornographie [Internet]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/grossesse-enfant/enfant/le-cri-d-alarme-de-medecins-contre-l-exposition-precoce-a-la-pornographie_24949.html
14. De Soultrait B. La pornographie: qu'en penses-tu? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/372022213/Enquete-Benedicte-de-SOULTRAIT-Ados-Et-Porno>
15. Films X : quelles conséquences sur la sexualité des ados ? [Internet]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/grossesse-enfant/ado/sexualite-des-ados/films-x-quelles-consequences-sur-la-sexualite-des-ados_9058.html

16. Les adolescents consomment davantage de porno... mais n'ont toujours pas plus d'éducation sexuelle [Internet]. Disponible sur: <http://www.madmoizelle.com/education-sexuelle-adolescents-pornographie-728385>
17. Vaccin contre le cancer du col de l'utérus : les gynécologues en guerre contre les fake news [Internet]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/sante/vaccin-contre-le-cancer-du-col-de-l-uterus-les-gynecologues-en-guerre-contre-les-fake-news-09-01-2019-7984758.php>
18. Non, les jeunes filles vaccinées contre le HPV ne font pas l'amour plus tôt [Internet]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/vaccins/vaccin-contre-le-papillomavirus/non-les-jeunes-filles-vaccinees-contre-le-hpv-ne-font-pas-lamour-plus-tot_25657.html
19. Des religieux font leur beurre sur les fake news au sujet de l'éducation sexuelle [Internet]. Disponible sur: <http://www.madmoizelle.com/education-sexuelle-ecole-fake-news-religion-950595>
20. Hall MT, Simms KT, Lew J-B, Smith MA. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study.
21. Alvin, P, De Tournemire R, Chambry J. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. HAS; 2005.
22. Fleurat F-L. Evaluation des pratiques professionnelles lors de la prescription d'une contraception chez les médecins généralistes en Limousin en 2014. 2015.
23. Athea N, Couder O. Parler de sexualité aux ados: Une éducation à la vie affective et sexuelle. 2006.
24. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. INPES éditions; 2013.
25. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata (URSS) 6-12 septembre 1978 [Internet]. Disponible sur: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
26. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health [Internet]. WHO. 2002 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
27. Code de santé publique ; Partie législative, Deuxième partie : Santé sexuelle et reproductive, droits de la femme et protection de la santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte, [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
28. Stratégie nationale de santé sexuelle. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017.
29. UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. 2018.
30. INED. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir->

31. Chandra A, Copen CE, Mosher WD. Sexual Behavior, Sexual Attraction, and Sexual Identity in the United States: Data from the 2006–2010 National Survey of Family Growth. In: Baumle AK, éditeur. *International Handbook on the Demography of Sexuality* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2013. p. 45-66. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-94-007-5512-3_4
32. Brückner H, Bearman P. After the promise : the STD consequences of adolescent virginity pledges. *J Adolesc Health*. avr 2005;36(4):271-8.
33. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*. 1 avr 2008;42(4):344-51.
34. Ogilvie GS, Phan F, Pedersen HN, Dobson SR, Naus M, Saewyc EM. Population-level sexual behaviours in adolescent girls before and after introduction of the human papillomavirus vaccine (2003–2013). *CMAJ*. 15 oct 2018;190(41):E1221-6.
35. Le Point. Qui a peur de l'éducation à la sexualité ? [Internet]. Le Point. 2018 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/societe/qui-a-peur-de-l-education-a-la-sexualite-22-08-2018-2245162_23.php
36. Bozon M. Enquête sur la sexualité en France [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
37. Languedoc-Roussillon C-O, de Tournezy Z, Desmartin-Belarbi. Étude sur la santé des 15-25 ans en Languedoc Roussillon. 2013;202.
38. Collet Emmanuelle. L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents: quels enjeux pour les professionnels de soin primaire ? [Internet]. 2018; 2018 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2018MONT1062>
39. Sabiani L, Bremond A, Mortier I, Lecuyer M, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la couverture vaccinale du vaccin anti-hpv : résultats d'une enquête auprès des lycéennes et étudiantes de la région PACA. [Internet]. 31 mars 2012 [cité 26 août 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/703518>
40. Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Odile Jacob. 2012.

Annexes

Annexe A : Mail d'invitation pour les MSP

Bonjour,

Je suis Interne en médecine Générale à la faculté de médecine de Montpellier.
Sur les conseils du Département de Médecine Générale et de L'ARS Occitanie, je vous invite à participer à ma thèse.

En effet, j'organise des groupes de paroles pluri-professionnels autour de l'éducation à la sexualité en soins primaires chez les moins de 18 ans.

Y sont conviés : médecins généralistes, gynécologues, infirmiers libéraux, sages-femmes, orthophonistes, psychologues, kinésithérapeutes...

L'intérêt d'en discuter en groupe est de comparer les pratiques et difficultés des différents intervenants en soins primaires.

La durée d'un tel groupe de parole est d'environ 1h, et on peut l'organiser dans les locaux de votre maison médicale.

Pour les personnes intéressées, mais ne souhaitant / pouvant pas participer au groupe de parole, l'organisation d'un entretien individuel est possible.

Votre participation à ma thèse serait une véritable plus-value. Merci alors de m'informer de votre souhait de participer pour que nous puissions convenir d'une date, en répondant à ce mail

Cordialement

Maillé Grégoire interne en médecine Générale à la faculté de Montpellier

Annexe B : Formulaire de consentement

Je, soussigné(e) _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Quelles sont les pratiques et difficultés des professionnel.le.s en soins primaires concernant l'éducation à la sexualité chez les patients de moins de 18 ans en Languedoc Roussillon?

Sous la direction du Dr Pranlong Sophie. Investigateur principal : Maillé Grégoire

Objectif de l'étude : analyser les pratiques en soins primaires concernant l'éducation à la sexualité chez les moins de dix-huit ans.

Engagement du participant : l'étude va consister à interroger les professionnels de santé qui informent les moins de 18 ans sur le sujet de l'éducation à la sexualité, en entretiens collectifs et individuels.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies .

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (Code de Déontologie médicale dont : ARTICLE R.4127-15 du Code de la Santé Publique , France).

Fait à _____
le _____

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe C : les différents guides d'entretien

Première version

Le recueil de données se fera lors de Focus groupe principalement (permettant un recueil croisé de différentes spécialités), et sera complété par des entretiens individuels pour augmenter la disparité départementale.

Les entretiens seront faits en favorisant l'oralité, avec des questions ouvertes pour lancer le débat et quelques questions plus ciblées pour relancer la discussion si nécessaire.

1/ Prise de contact et la présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête :

Bonjour, je suis Maillé Grégoire, interne en Médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier. Nous sommes réunis ici pour nous entretenir sur un sujet : l'éducation à la sexualité en soins primaires chez les moins de dix-huit ans.

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

Présentation des différents intervenants :

- âge
- sexe
- profession, spécialités et diplômes complémentaires
- mode d'exercice

2/ Questionnements :

Chaque thématique sera introduite avec une question ouverte, et 1 à 3 questions de relances seront prévues pour relancer la discussion si certains sous thèmes sont insuffisamment abordés.

L'interrogation des praticiens se fera autour de 3 axes :

A/La définition de l'éducation à la sexualité :

1) Question ouverte :

-Pour vous qu'est ce que l'Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) Prévention des grossesses non désirées :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La contraception est elle pour vous un élément important de l'éducation à la sexualité ?

b) Prévention des IST

-Si cette thématique n'est pas abordée : Que pensez-vous de la hausse du taux d'IST en France, notamment chez les adolescents ?

c) Prévention des relations sexuelles non désirées

-Si cette thématique n'est pas abordée : Pensez-vous que la prévention des comportements inappropriés fasse partie de l'éducation à la sexualité ?

B/ Les pratiques en soins primaires :

1) Question ouverte :

-Quelle est la place de l'Éducation à la sexualité dans vos pratiques ?

2) Question de relance :

a) Aborder le sujet en fonction des différentes caractéristiques du patient concerné :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Parlez vous de la même manière d'éducation à la sexualité à un garçon de 17 ans et à une fille de 11 ans ?

b) Utiliser des outils d'information :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Remettez-vous des brochures ou utilisez-vous d'autres outils comme des planches anatomiques, vidéos , sites d'information ?

C/ Les difficultés des différents praticiens :

1) Question ouverte :

-Quels sont les difficultés auxquelles vous faites face en Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) La difficulté d'aborder le sujet en lui même :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Est ce difficile de lancer une discussion sur la sexualité ? Et pourquoi ?

b) La présence de tiers pendant la consultation :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La présence d'un parent ou d'un tiers en plus de l'enfant ou l'adolescent est elle une gêne ?

c) Orientation vers d'autres lieux / confrères :

-Si cette thématique n'est pas abordée : À partir de quand orientez vous vos patients vers un confrère ?

d) Amélioration des consultations / rencontres dédiées sur le sujet :
-Si cette thématique n'est pas abordée : Qu'est-ce qui vous aiderait à améliorer vos pratiques sur le sujet de l'Éducation à la sexualité ?

Deuxième version

Le recueil de données se fera lors de Focus groupe principalement (permettant un recueil croisé de différentes spécialités), et sera complété par des entretiens individuels pour augmenter la disparité départementale.

Les entretiens seront faits en favorisant l'oralité, avec des questions ouvertes pour lancer le débat et quelques questions plus ciblées pour relancer la discussion si nécessaire.

1/ Prise de contact et la présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête :

Bonjour, je suis Maillé Grégoire, interne en Médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier. Nous sommes réunis ici pour nous entretenir sur un sujet : l'éducation à la sexualité en soins primaires chez les moins de dix-huit ans.

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

Présentation des différents intervenants :

- âge
- sexe
- profession, spécialités et diplômes complémentaires
- mode d'exercice

2/ Questionnements :

Chaque thématique sera introduite avec une question ouverte, et 1 à 3 questions de relances seront prévues pour relancer la discussion si certains sous thèmes sont insuffisamment abordés.

L'interrogation des praticiens se fera autour de 3 axes :

A/La définition de l'éducation à la sexualité :

1) Question ouverte :

-Pour vous qu'est ce que l'Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) Prévention des grossesses non désirées :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La contraception est elle pour vous un élément important de l'éducation à la sexualité ?

b) Prévention des IST

-Si cette thématique n'est pas abordée : Que pensez-vous de la hausse du taux d'IST en France, notamment chez les adolescents ?

c) Prévention des relations sexuelles non désirées

-Si cette thématique n'est pas abordée : Pensez-vous que la prévention des comportements inappropriés fasse partie de l'éducation à la sexualité ?

d) Extension de la définition :

-Si les participants se contentent des 3 axes cités plus haut : Les 3 axes cités plus tôt sont des objectifs de soins mis en évidence par les organisations de santé publique comme la HAS, mais est-ce suffisant pour définir l'éducation à la sexualité ?

B/ Les pratiques en soins primaires :

1) Question ouverte :

-Lors d'une consultation / rencontre avec un enfant ou un adolescent, comment faites-vous pour parler du sujet ?

2) Question de relance :

a) les conditions de pratique :

-Si cette thématique n'est pas abordée : est-ce plus facile d'aborder la sexualité lors d'une intervention dans une classe ou en tête à tête en consultation ?

b) Aborder le sujet en fonction des différentes caractéristiques du patient concerné :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Parlez-vous de la même manière d'éducation à la sexualité à un garçon de 17 ans et à une fille de 11 ans ?

c) Utiliser des outils d'information :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Remettez-vous des brochures ou utilisez-vous d'autres outils comme des planches anatomiques, vidéos, sites d'information ?

C/ Les difficultés des différents praticiens :

1) Question ouverte :

-Quels sont les difficultés auxquelles vous faites face en Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) La difficulté d'aborder le sujet en lui-même :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Est-ce difficile de lancer une discussion sur la sexualité ? Et pourquoi ?

b) La présence de tiers pendant la consultation :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La présence d'un parent ou d'un tiers en plus de l'enfant ou l'adolescent est-elle une gêne ?

c) Orientation vers d'autres lieux / confrères :

-Si cette thématique n'est pas abordée : À partir de quand orientez-vous vos patients vers un confrère ?

d) Amélioration des consultations / rencontres dédiées sur le sujet :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Qu'est-ce qui vous aiderait à améliorer vos pratiques sur le sujet de l'Éducation à la sexualité ?

Troisième version

Le recueil de données se fera lors de Focus groupe principalement (permettant un recueil croisé de différentes spécialités), et sera complété par des entretiens individuels pour augmenter la disparité départementale.

Les entretiens seront fait en favorisant l'oralité, avec des questions ouvertes pour ouvrir et quelques questions plus ciblées pour relancer la discussion si nécessaire.

1/ Prise de contact et la présentation de l'enquêteur et de l'objectif de l'enquête :

Bonjour, je suis Maillé Grégoire, interne en Médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier. Nous sommes réunis ici pour nous entretenir sur un sujet : l'éducation à la sexualité en soins primaires chez les moins de dix-huit ans.

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

Présentation des différents intervenants :

- âge
- sexe
- profession, spécialités et diplômes complémentaires
- mode d'exercice

2/ Questionnements :

Chaque thématique sera introduite avec une question ouverte, et 1 à 3 questions de relances seront prévues pour relancer la discussion si certains sous thème sont insuffisamment abordés.

L'interrogation des praticiens se fera autour de 3 axes :

A/La définition de l'éducation à la sexualité :

1) Question ouverte :

-Pour vous qu'est-ce que l'Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) Prévention des grossesses non désirées :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La contraception est elle pour vous un élément important de l'éducation à la sexualité ?

b) Prévention des IST

-Si cette thématique n'est pas abordée : Que pensez-vous de la hausse du taux d'IST en France, notamment chez les adolescents ?

c) Prévention des relations sexuelles non désirées

-Si cette thématique n'est pas abordée : Pensez-vous que la prévention des comportements inappropriés fasse partie de l'éducation à la sexualité ?

d) Extension de la définition :

-Si les participants se contentent des 3 axes cités plus haut : Les 3 axes cités plus tôt sont des objectifs de soins mis en évidence par les organisations de santé publique comme la HAS, mais est ce suffisant pour définir l'éducation à la sexualité ?

B/ Les pratiques en soins primaires :

1) Question ouverte :

-Lors d'une consultation / rencontre avec un enfant ou un adolescent, comment faites-vous pour parler du sujet ?

2) Question de relance :

a) les conditions de pratique :

-Si cette thématique n'est pas abordée : est-ce plus facile d'aborder la sexualité lors d'une intervention dans une classe ou en tête à tête en consultation ?

b) Aborder le sujet en fonction des différentes caractéristiques du patient concerné :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Parlez-vous de la même manière d'éducation à la sexualité à un garçon de 17 ans et à une fille de 11 ans ?

c) Utiliser des outils d'information :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Remettez-vous des brochures ou utilisez-vous d'autres outils comme des planches anatomiques, vidéos , sites d'information ?

C/ Les difficultés des différents praticiens :

1) Question ouverte :

-Quels sont les difficultés auxquelles vous faites face en Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) La difficulté d'aborder le sujet en lui même :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Est ce difficile de lancer une discussion sur la sexualité ? Et pourquoi ?

b) La présence de tiers pendant la consultation :

-Si cette thématique n'est pas abordée : La présence d'un parent ou d'un tiers en plus de l'enfant ou l'adolescent est-elle une gêne ?

c) Orientation vers d'autres lieux / confrères :

-Si cette thématique n'est pas abordée : À partir de quand orientez vous vos patients vers un confrère ?

d) Inquiétude vis à vis de la justice :

-Si cette thématique n'est pas abordée : Que pensez-vous du risque d'être attaqué en procès après avoir parler de sexualité à un mineur ?

D/ Amélioration des consultations / rencontres dédiées sur le sujet :

1) Question ouverte :

-Qu'est-ce qui vous aiderait à améliorer vos pratiques sur le sujet de l'Éducation à la sexualité ?

2) Questions de relance :

a) Les outils plus ludiques

-Si cette thématique n'est pas abordée : Comment améliorer les outils à disposition ?

b) Le parcours de soin

-Si cette thématique n'est pas abordée : Vous évoquez un accès difficile des patients aux soins, comment l'améliorer ?

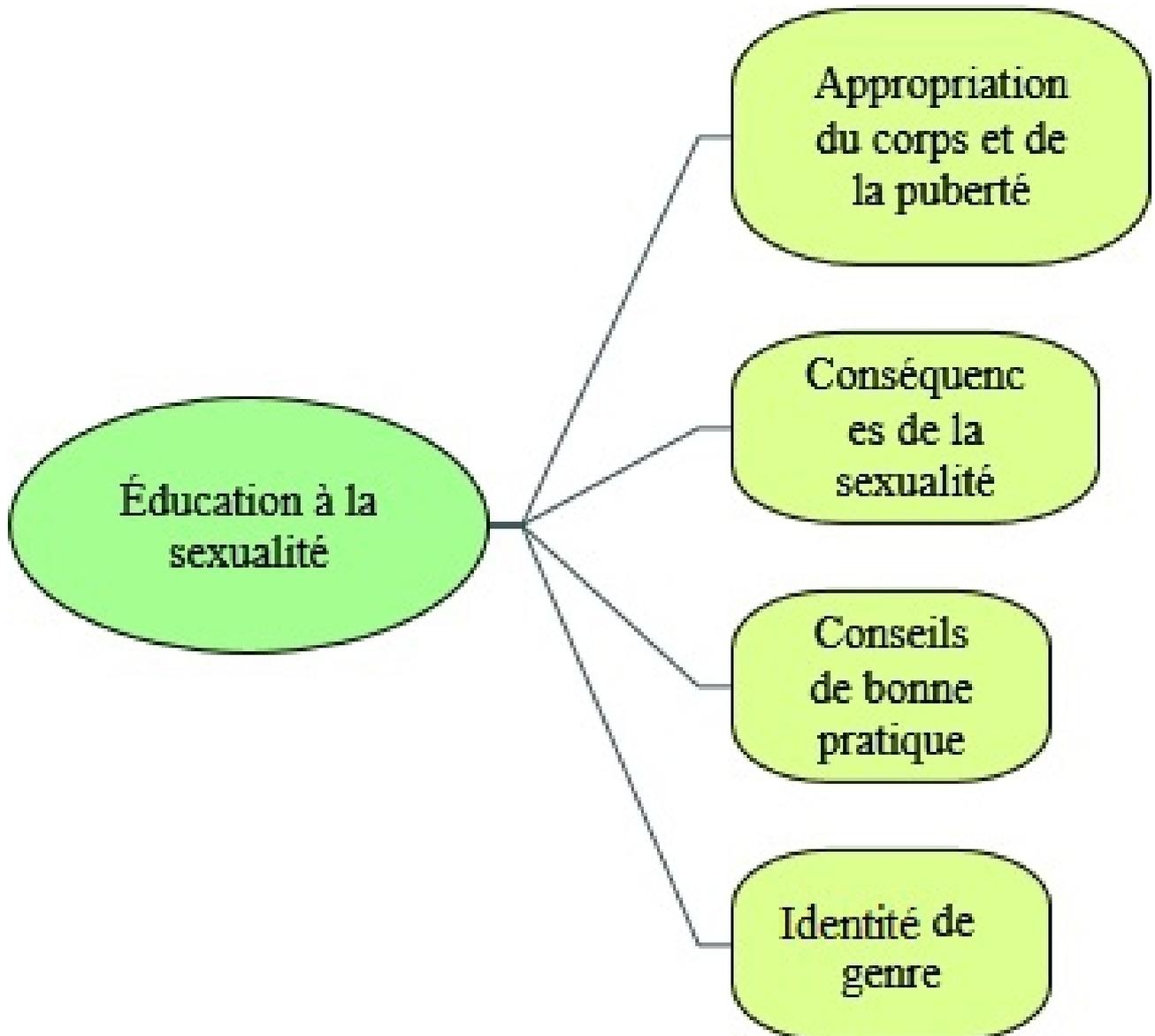
c) La relation soignant-mineur

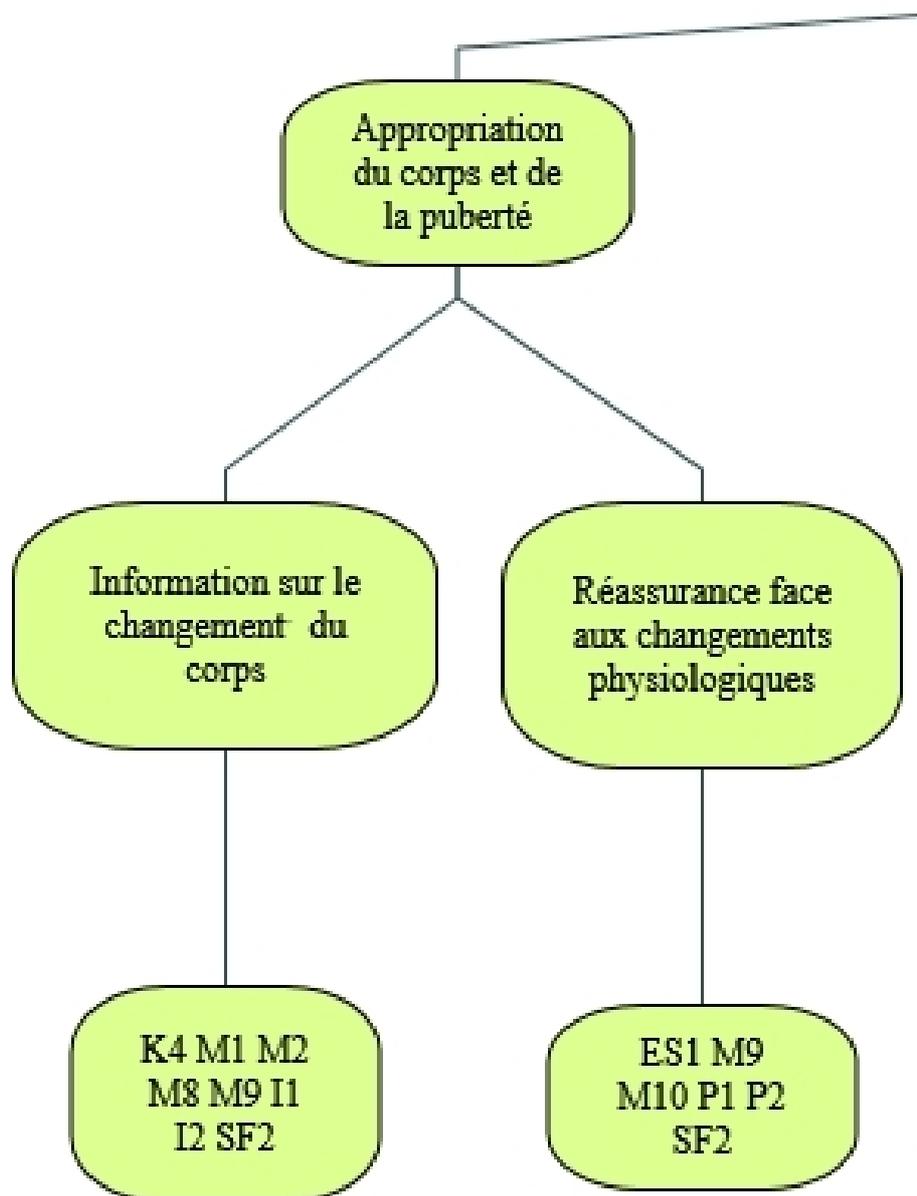
-Si cette thématique n'est pas abordée : Certains soignants ont évoqué la confiance comme élément à renforcer, qu'en pensez-vous ?

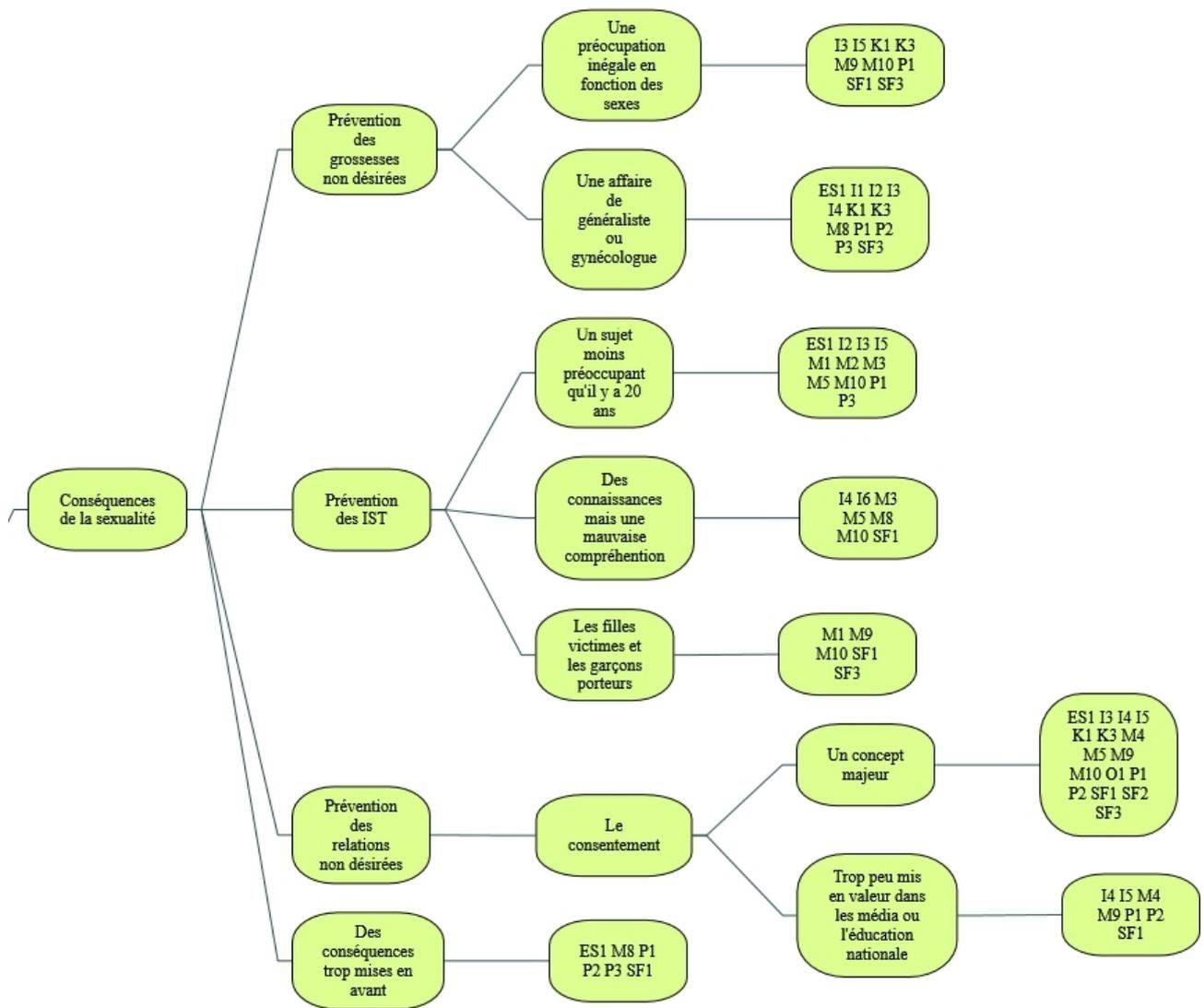
d) La question des formations

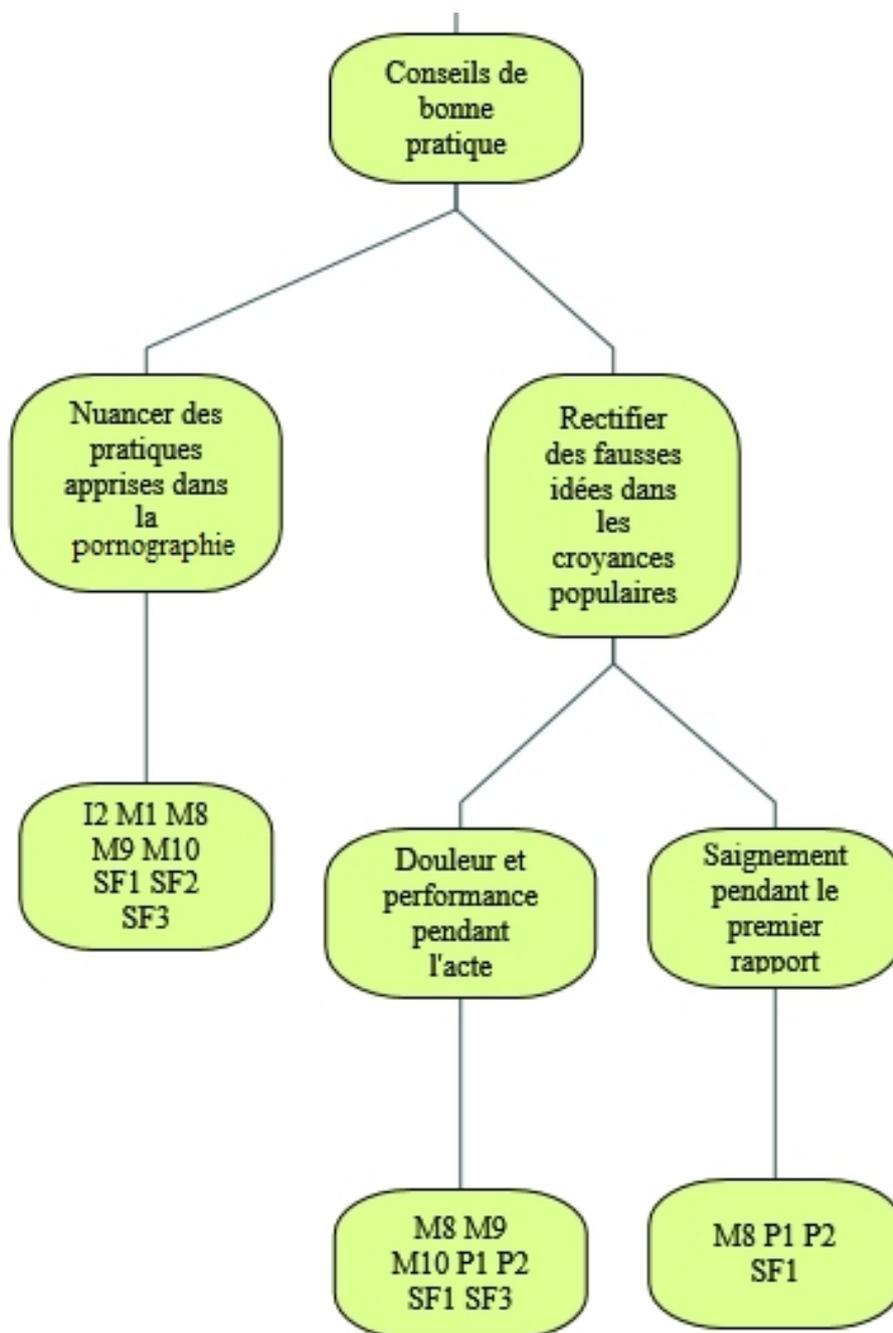
-Si cette thématique n'est pas abordée : Seriez-vous sensibles à participer à des formations sur ce sujet ? Et sur quels thèmes ?

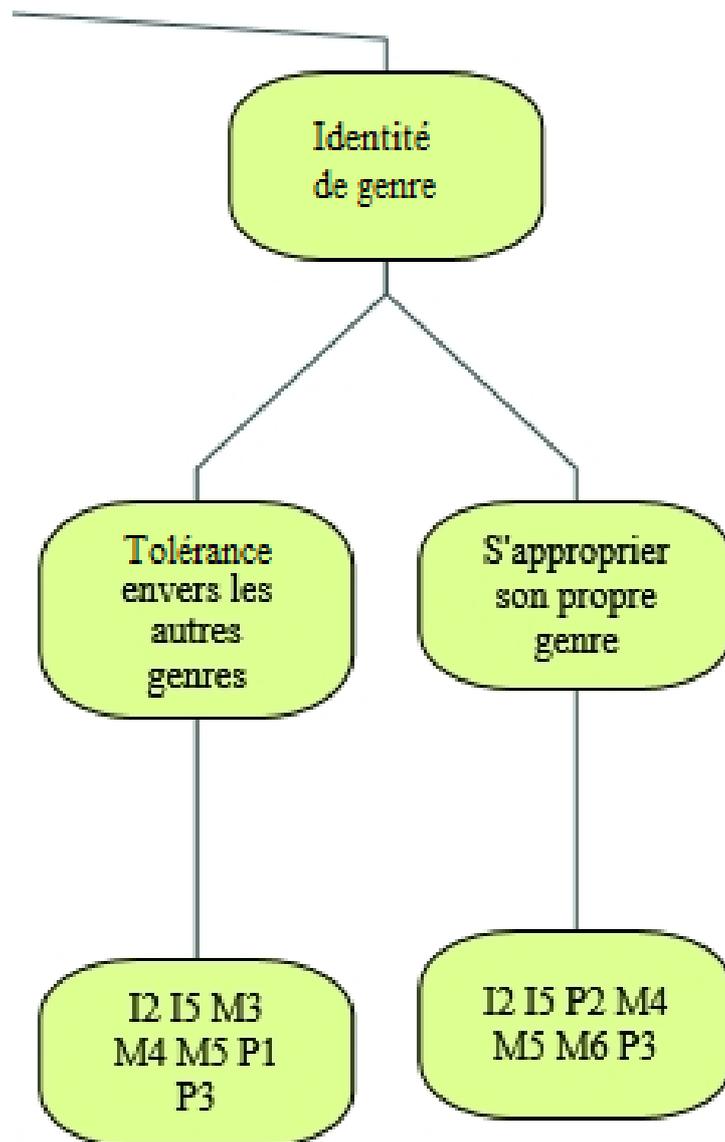
Annexe D : Carte Mentale de la Définition de l'éducation à la sexualité



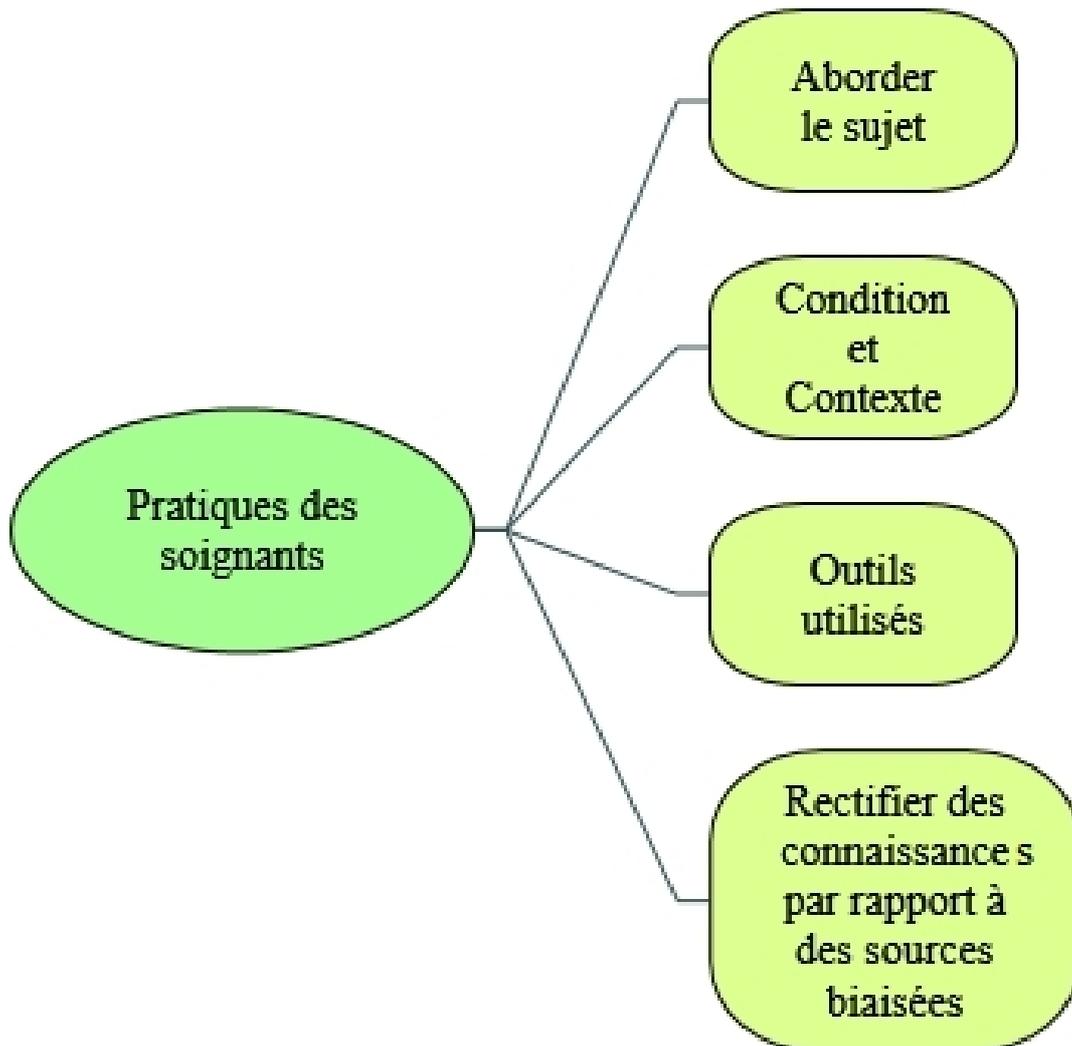


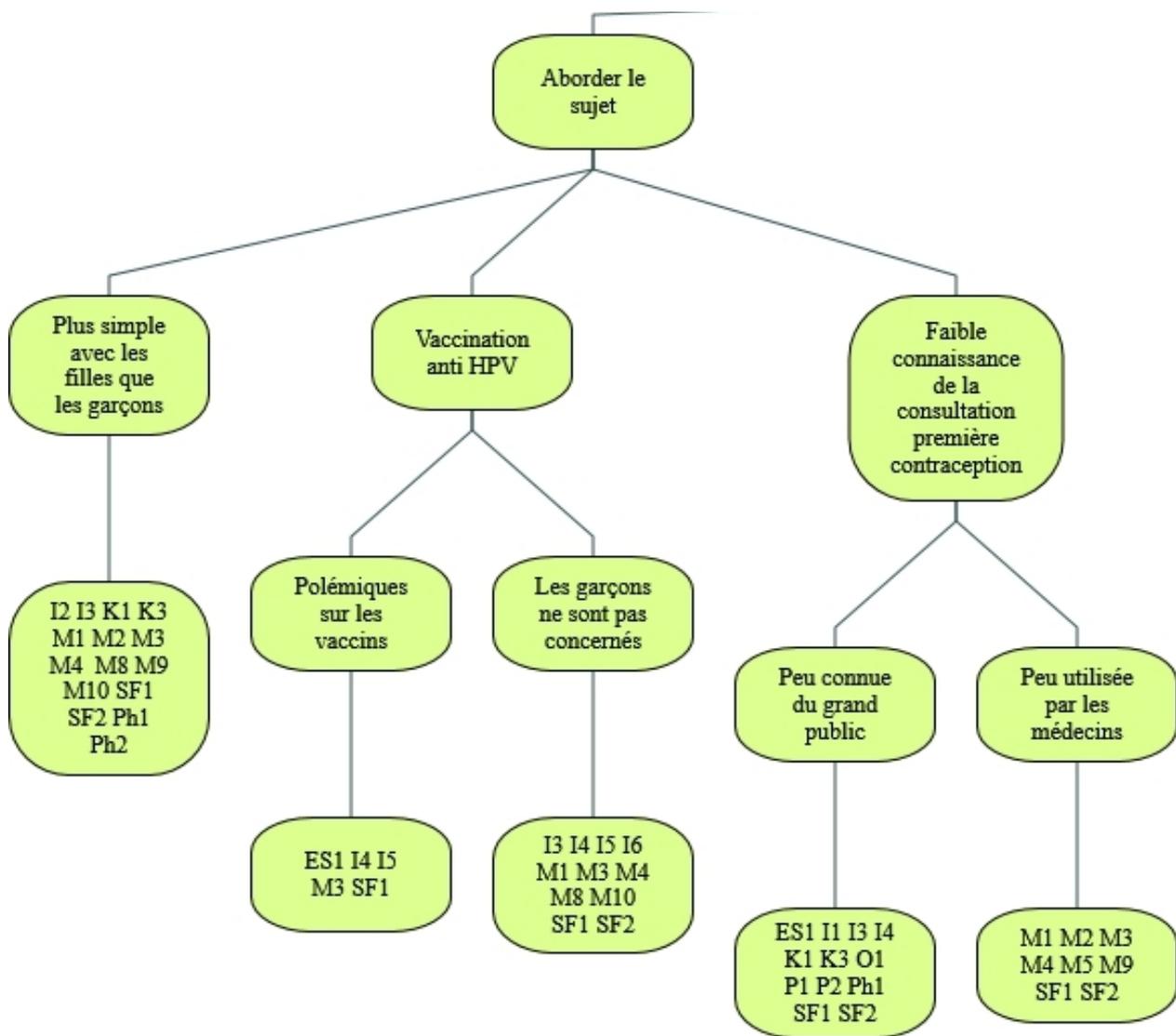


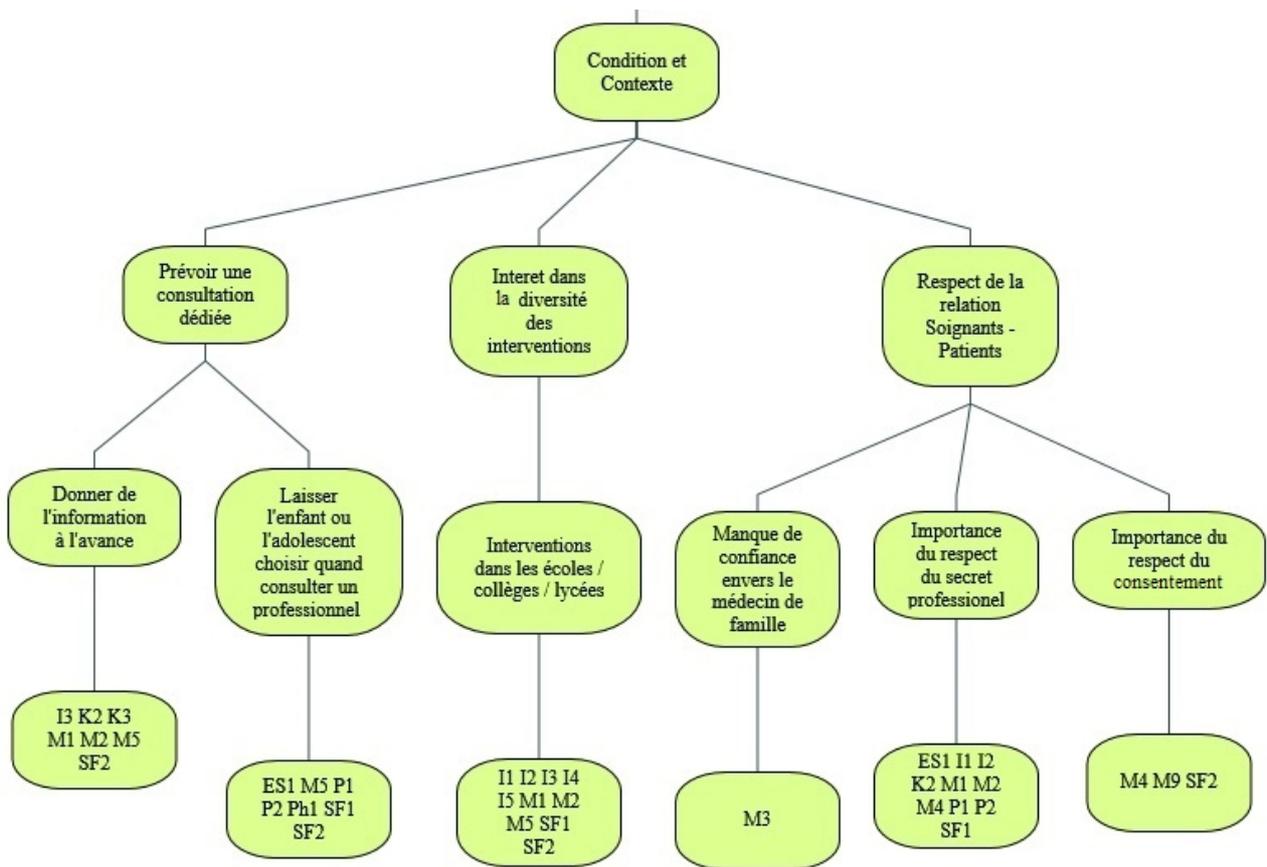


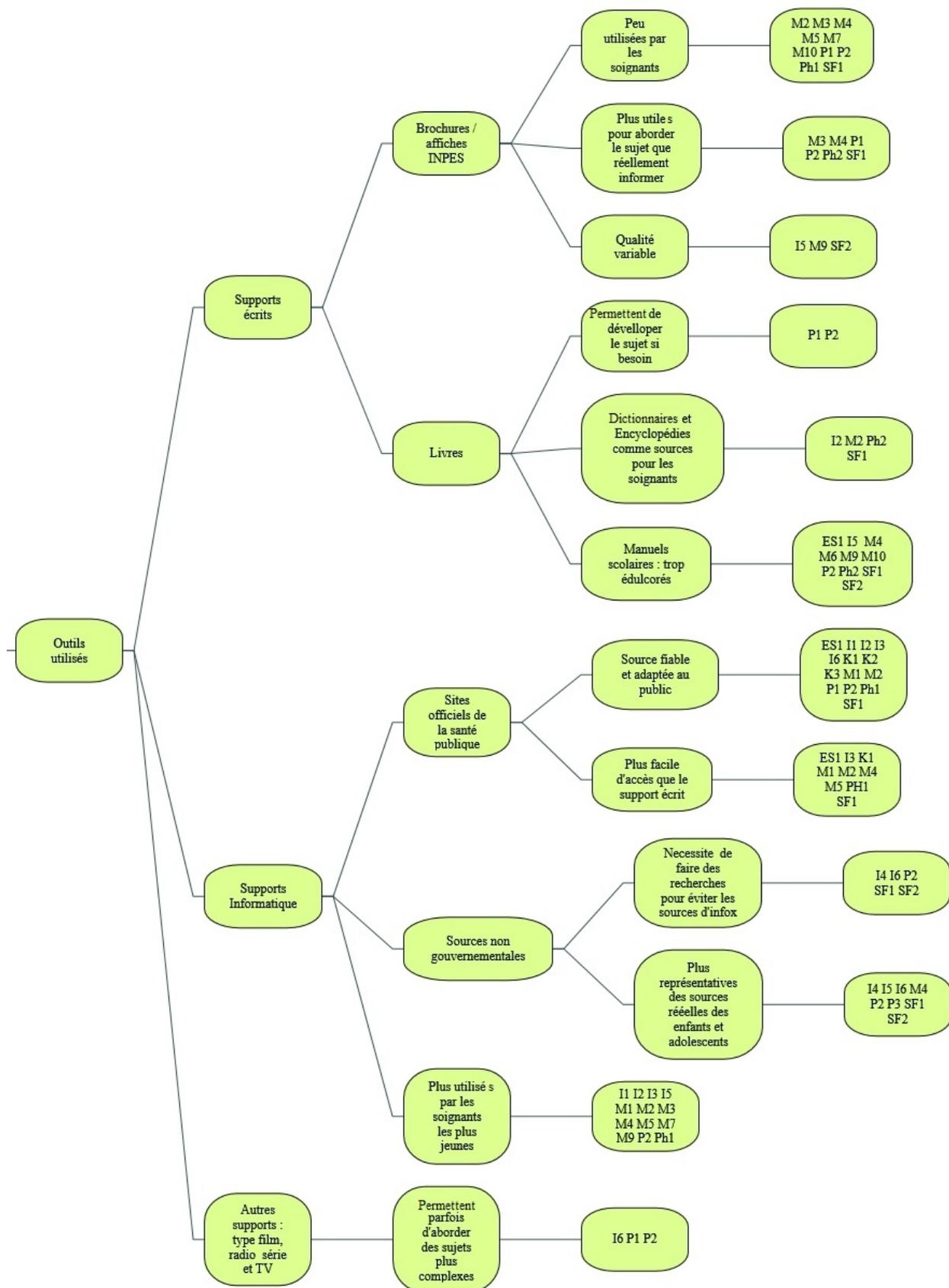


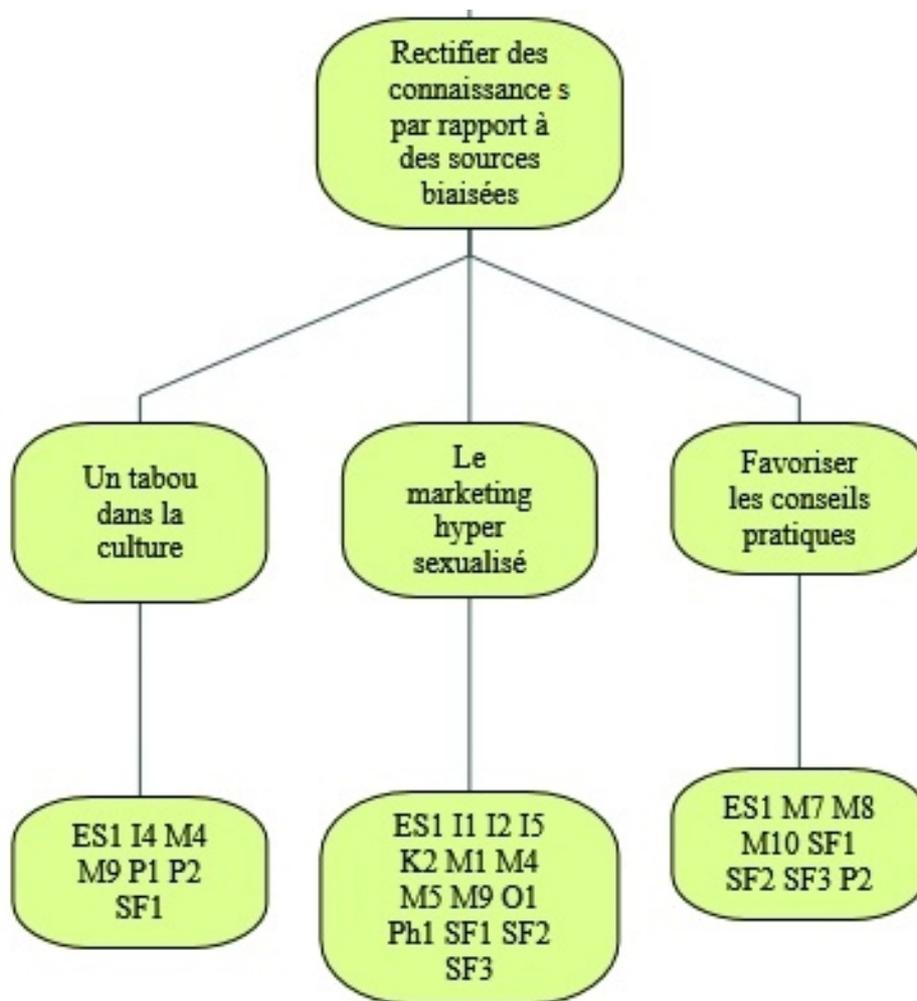
Annexe E : Carte mentale de la Pratique des soignant.e.s



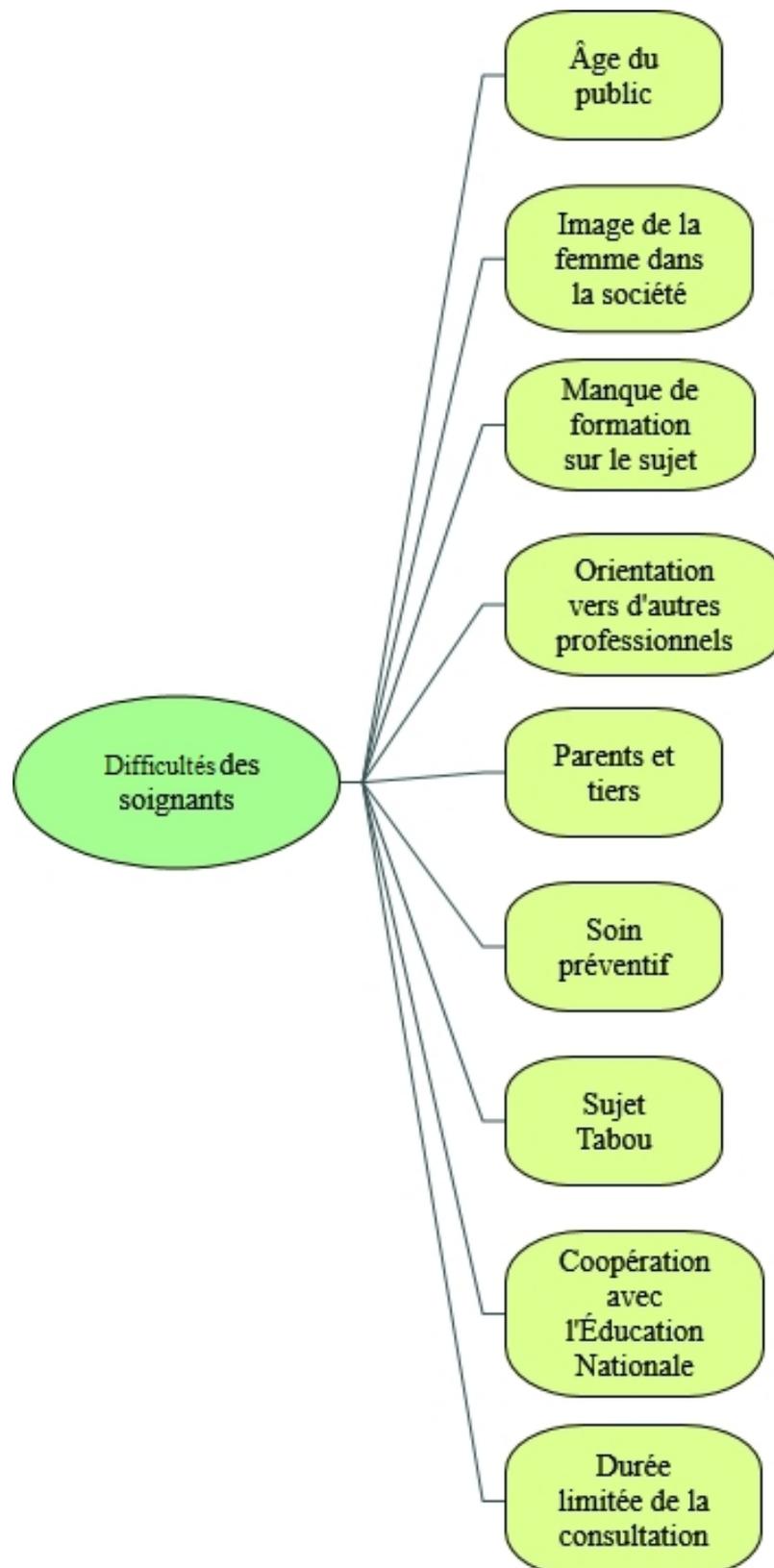


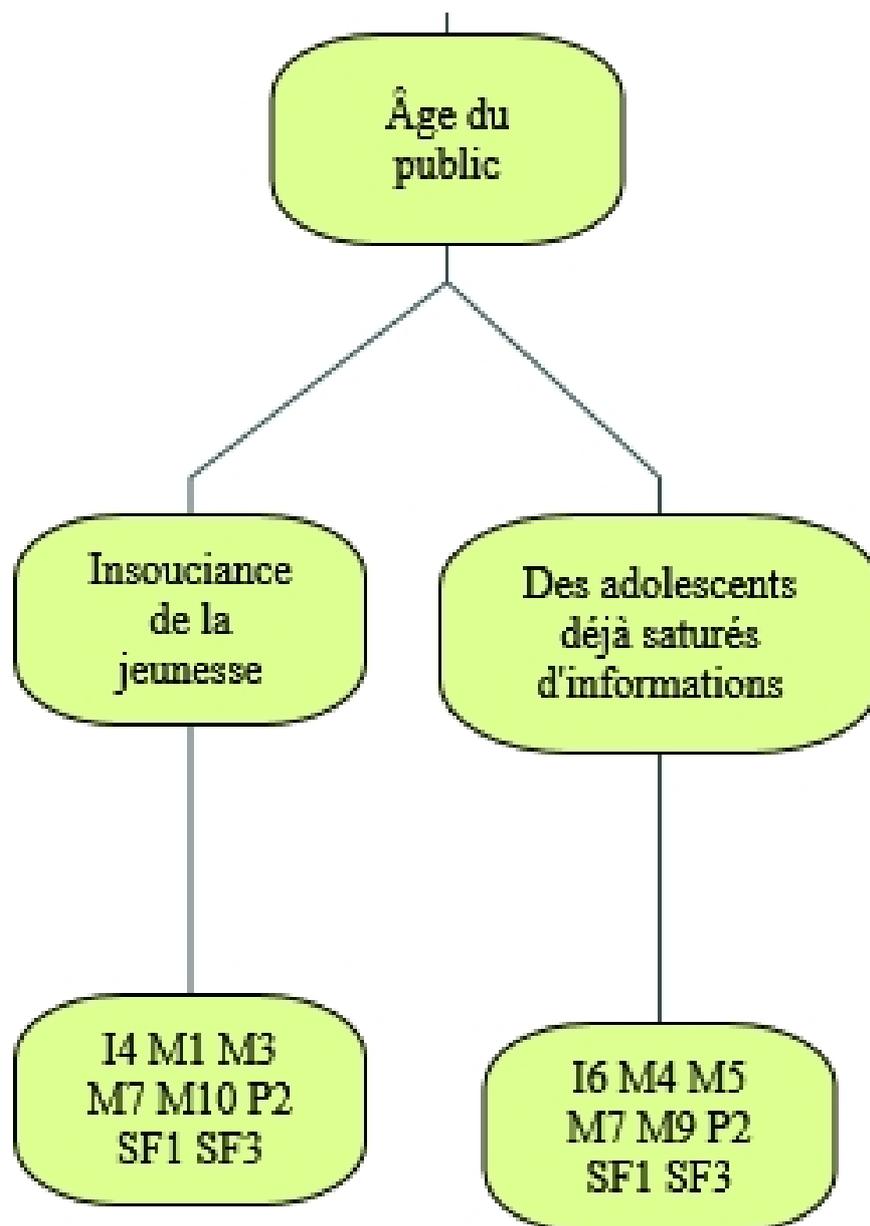


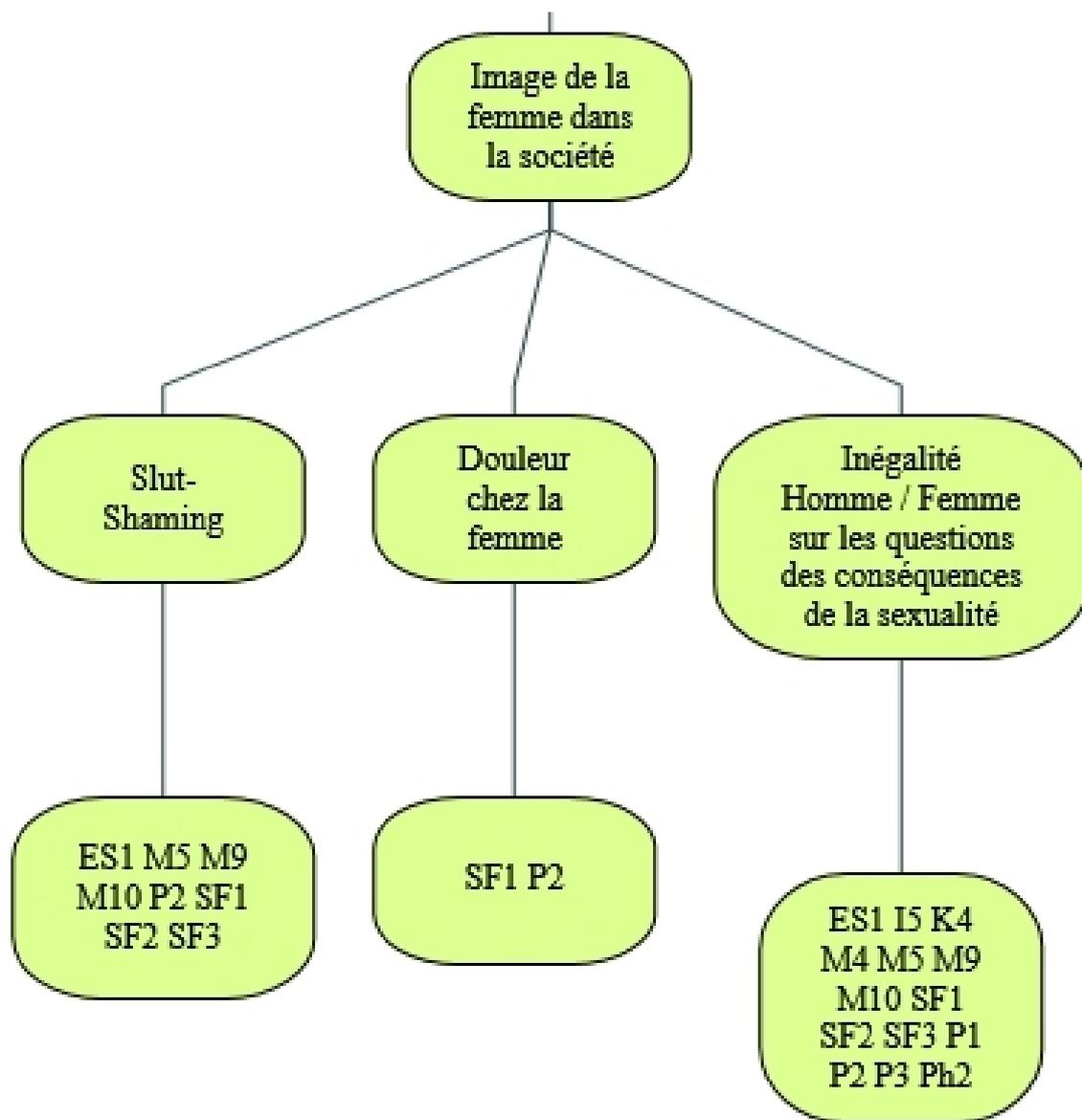


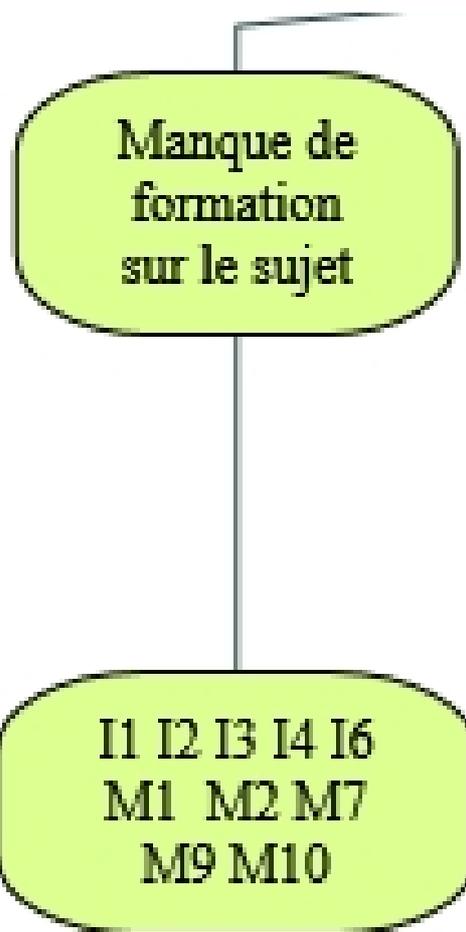


Annexe F : Carte mentale des Difficultés des soignant.e.s

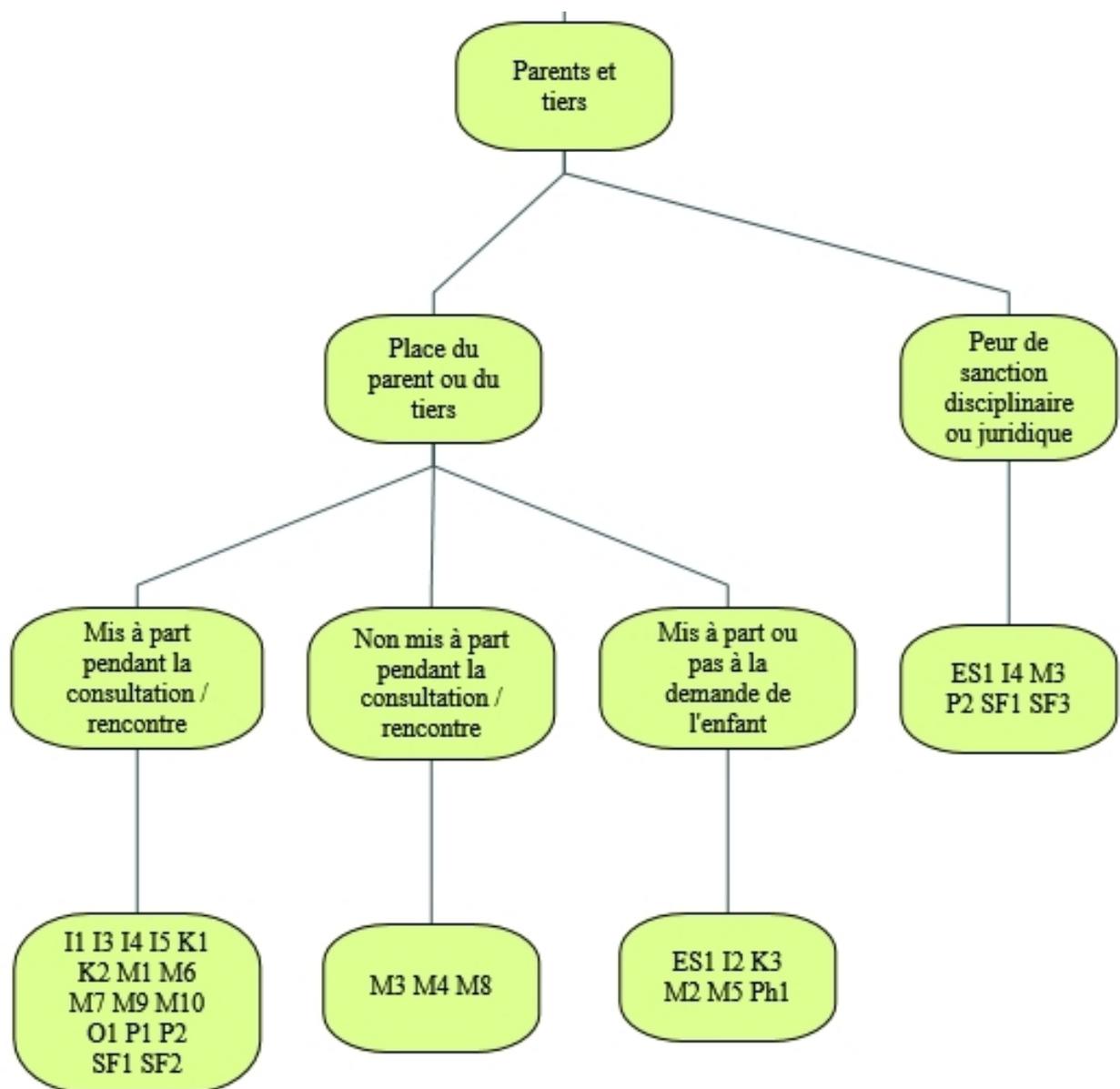


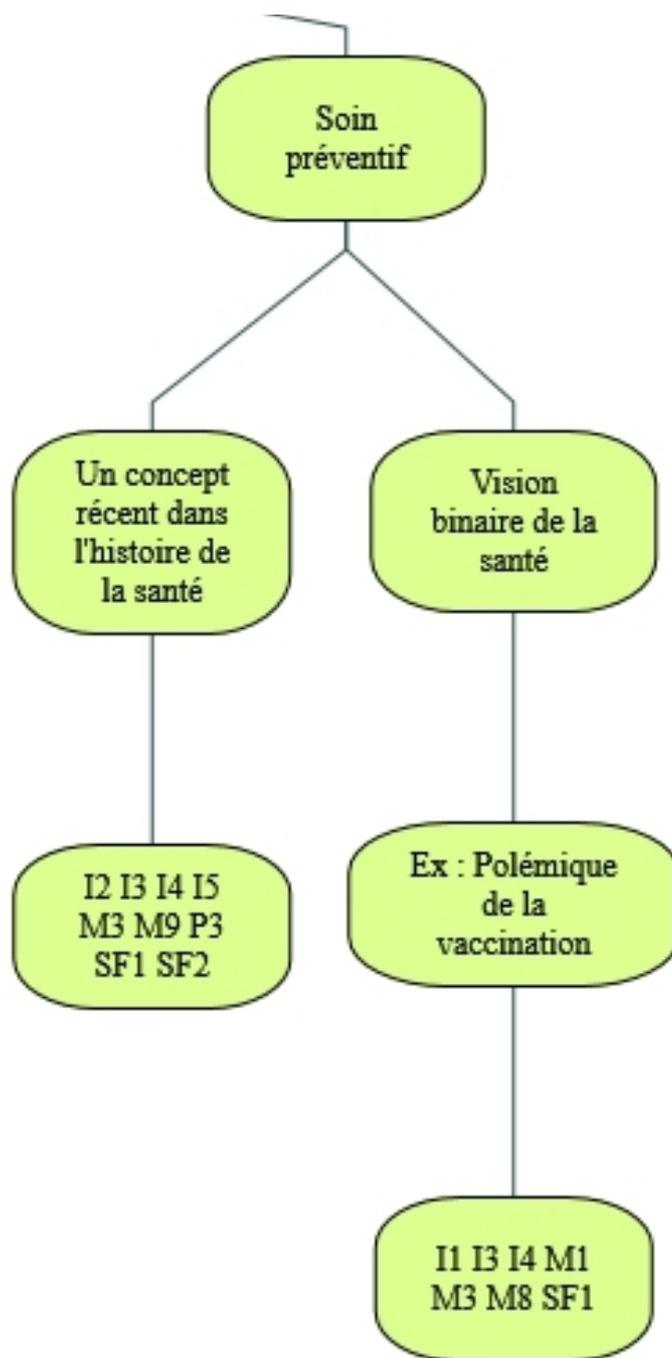


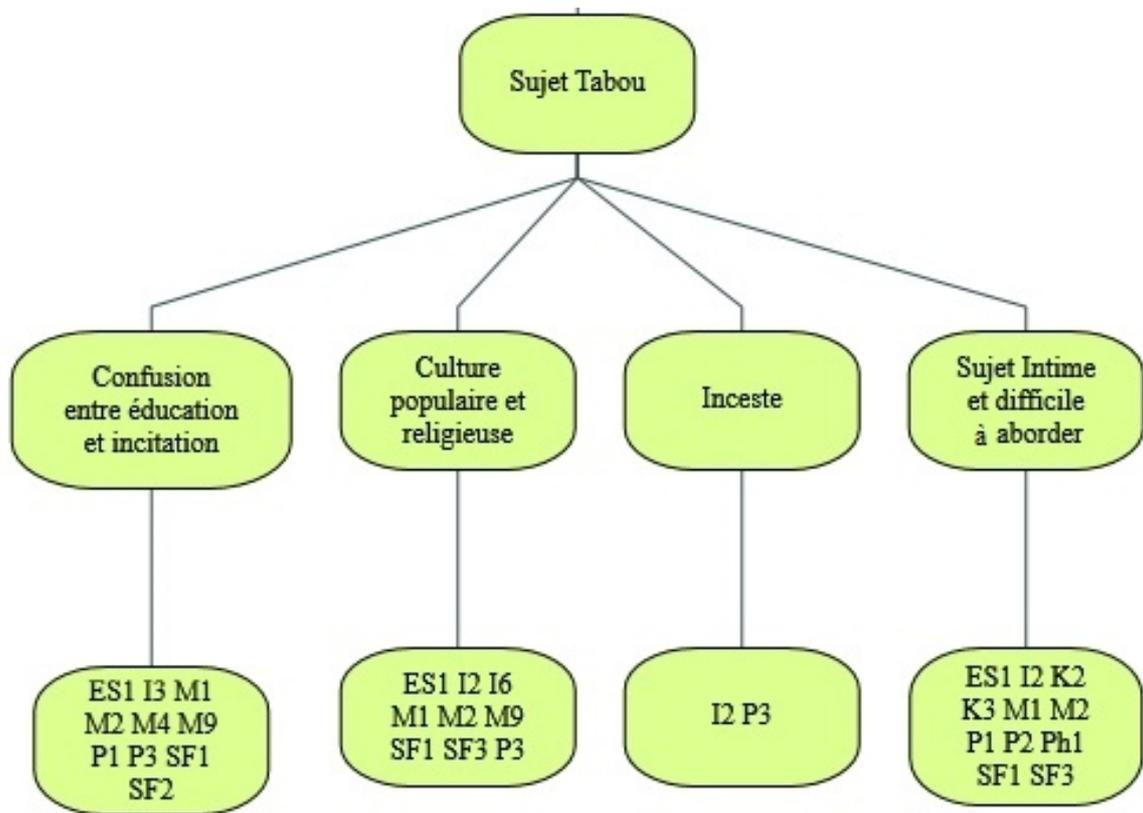


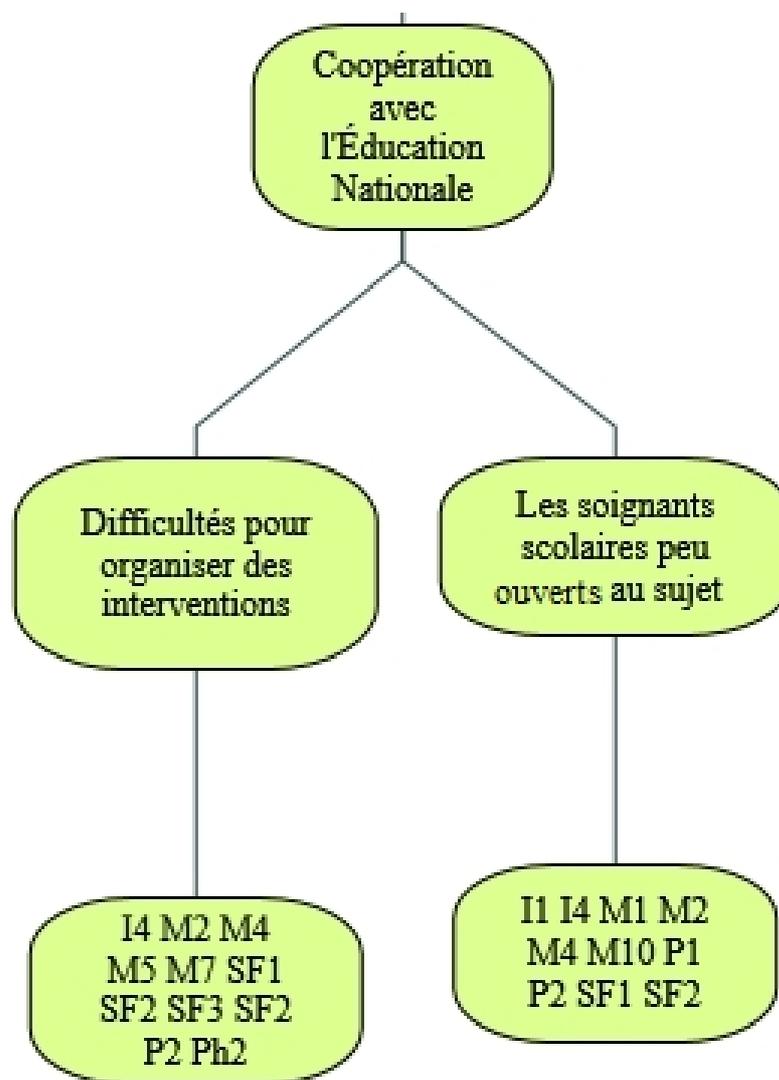








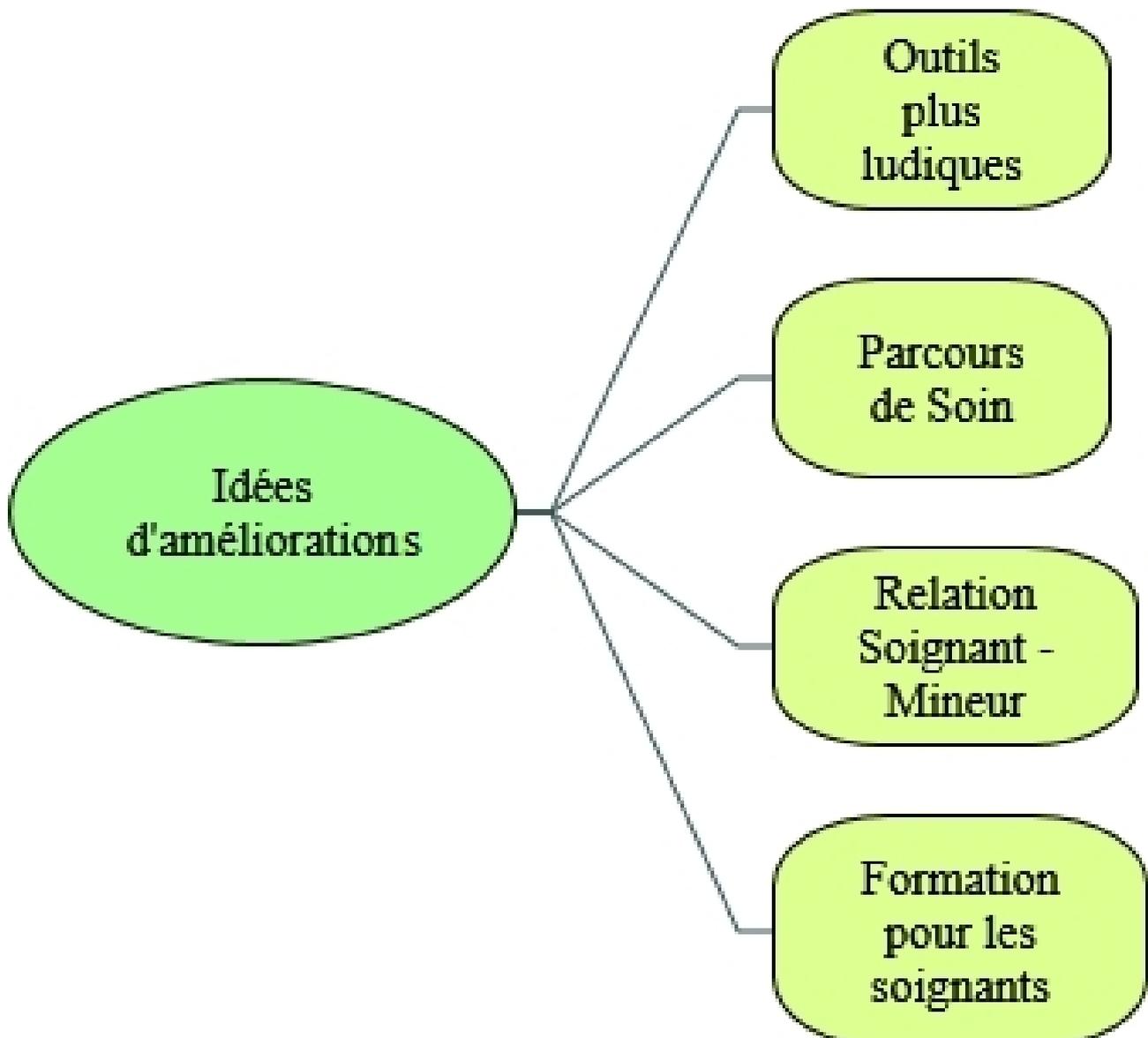


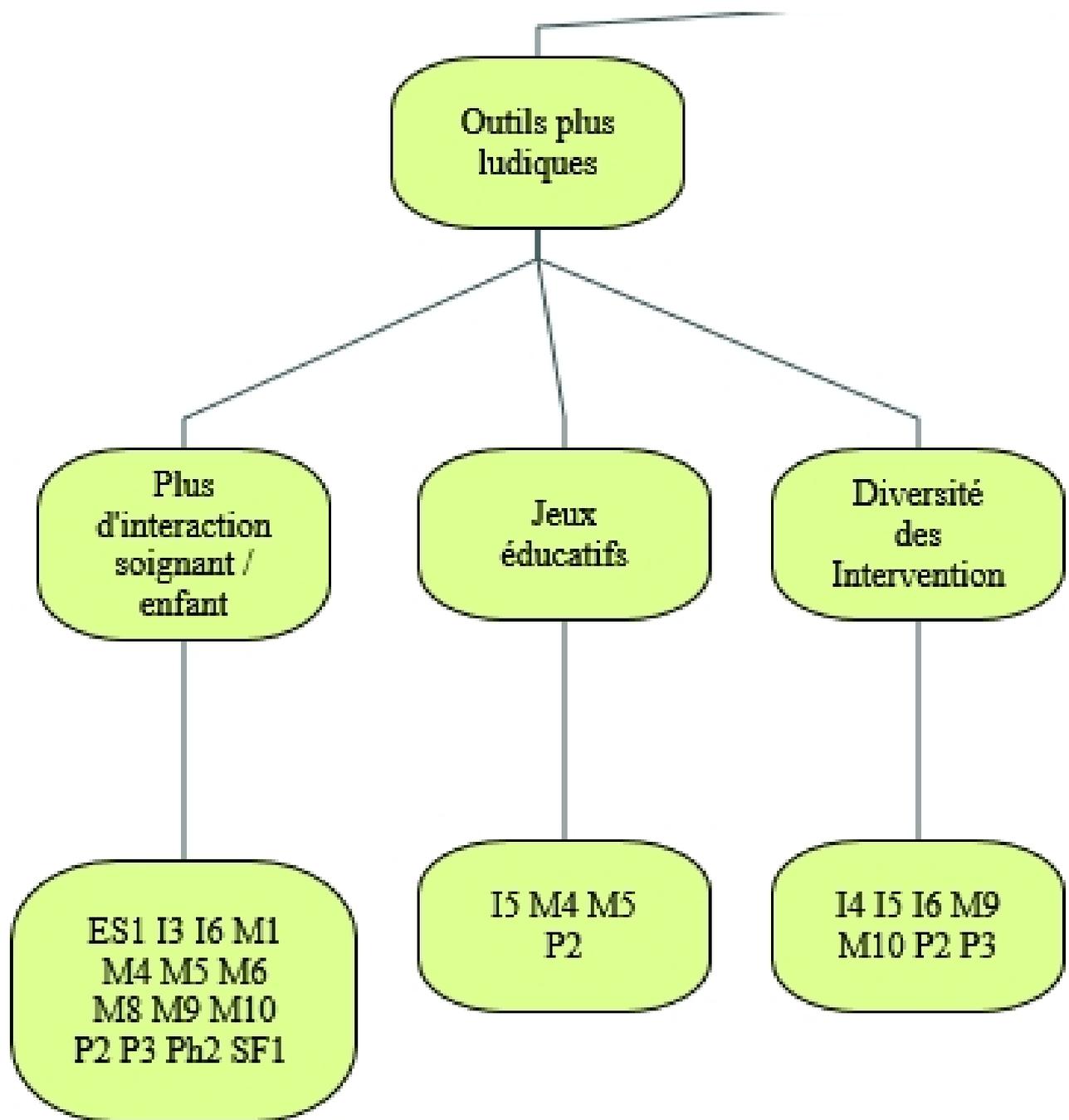


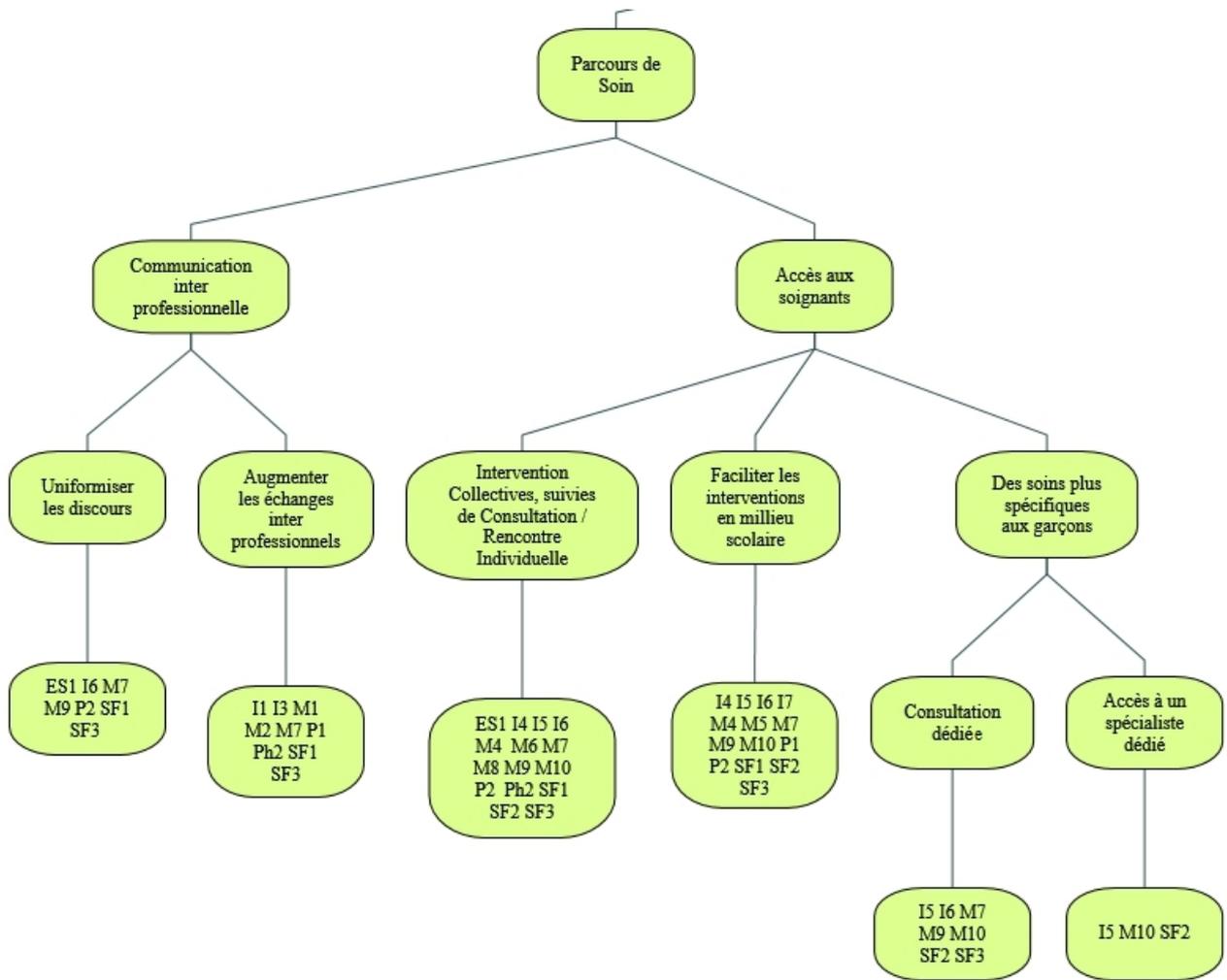
Durée
limitée de la
consultation

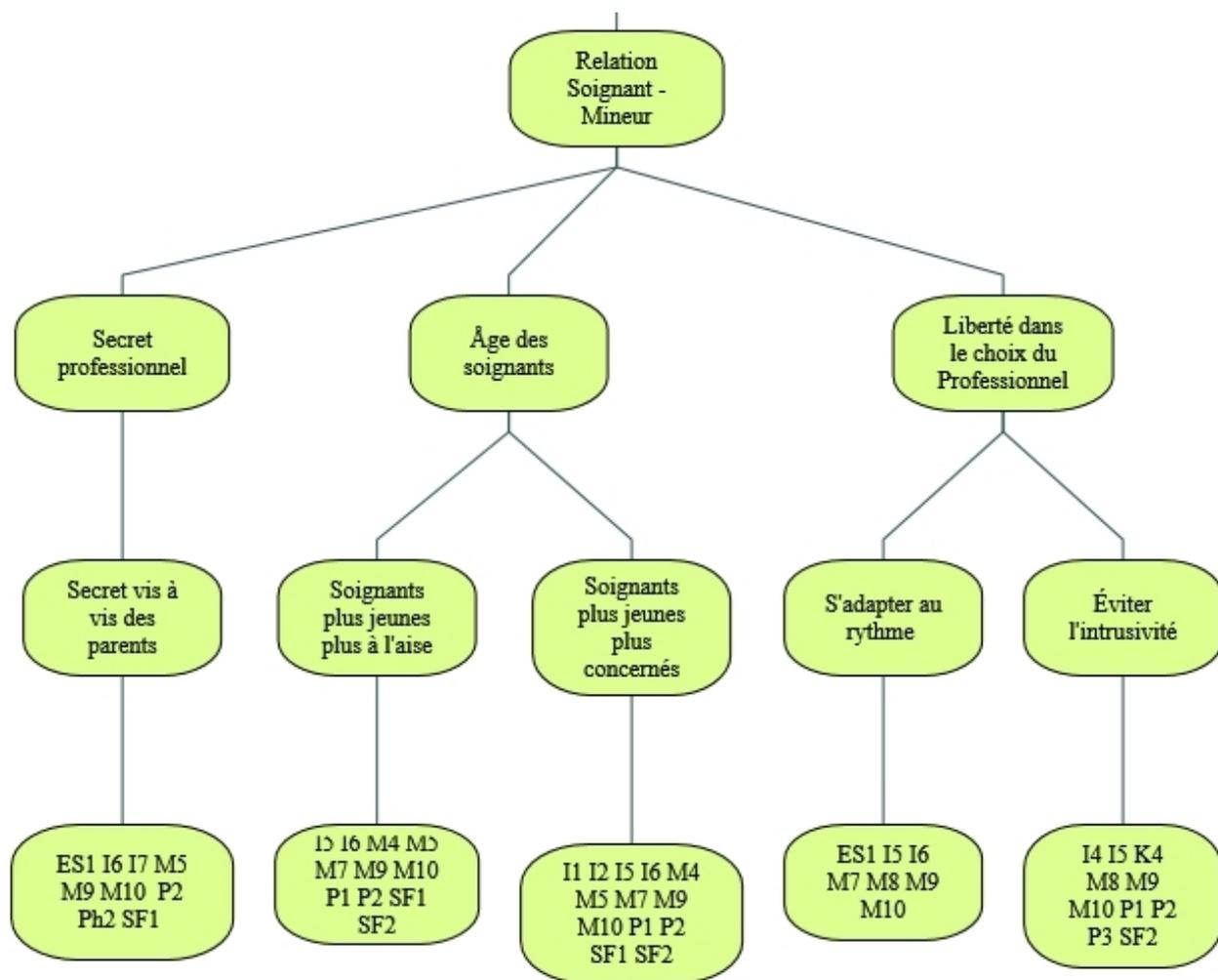
I2 I3 I6 M1
M4 M6 M8
M9 Ph2

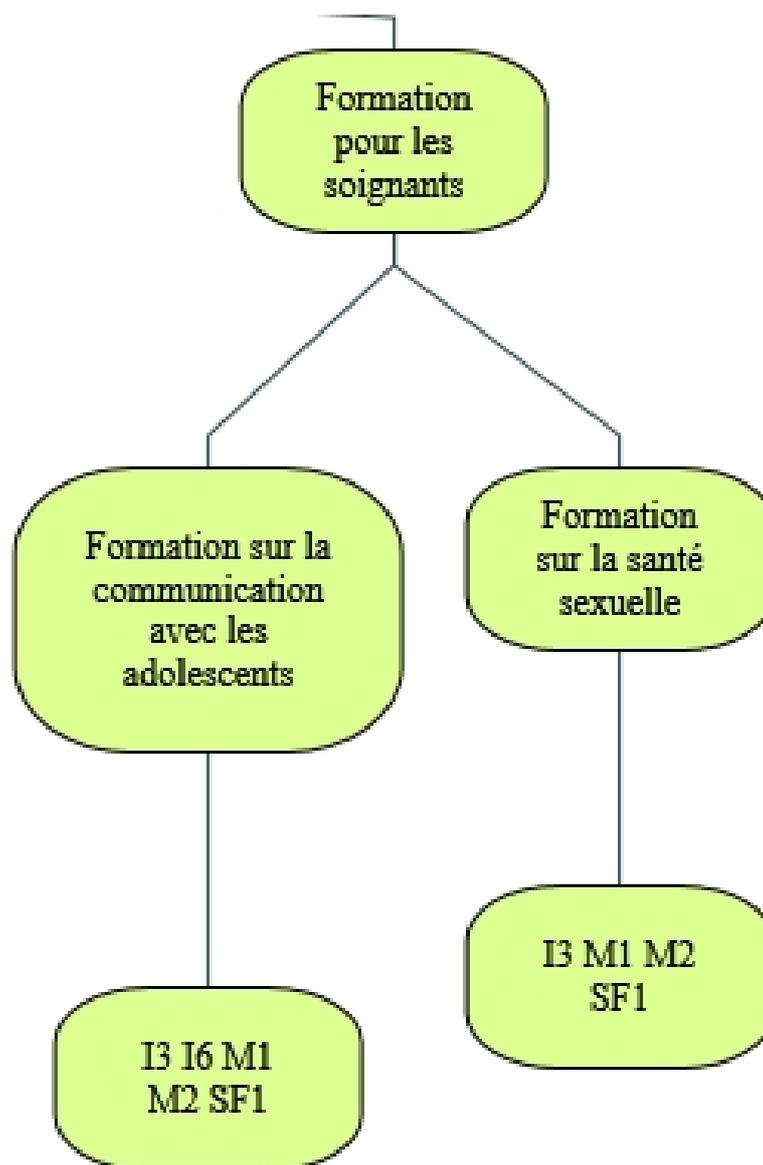
Annexe G : Carte mentale des Idées d'améliorations











Serment d'Hippocrate

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Contexte :

La santé sexuelle est un concept récent qui s'inscrit dans la libération des mœurs depuis la fin du XX^e siècle. L'éducation à la sexualité est donc une éducation thérapeutique. L'aspect préventif de celle-ci induit qu'elle s'adresse à une population adolescente. Cette étude cherche à comprendre la vision des différentes professions de l'éducation à la sexualité en soins primaires chez les moins de 18 ans, et chercher des pistes d'améliorations.

Méthode :

5 focus groups et 3 entretiens individuels ont été organisés entre juin et juillet 2019. Une analyse qualitative thématique des verbatim a été réalisée.

Résultats :

Les différents thèmes de l'éducation à la sexualité sont variés et nécessitent l'intervention des différentes professions de santé.

Les conséquences négatives sont trop mises en avant par rapport aux autres thématiques.

Les conseils de bonnes pratiques sur la sexualité semblent être un message primordial. Cependant le discours s'adresse plus aux filles qu'aux garçons.

Parler de sexualité avec des adolescents n'est pas aisé, c'est en effet une population avec des traits et des comportements très spécifiques. Ce qui nécessite du coup des interventions plus adaptées à leurs caractéristiques.

Les compétences pour une éducation à la sexualité sont présentes chez les différents professionnels de santé, mais chaque discipline ne maîtrise que des champs de compétences spécifiques, et la coordination entre les différents corps de métiers est une amélioration envisagée par la plupart des soignants.

Conclusion :

L'éducation à la sexualité est un sujet de santé important.

Organiser un parcours de soins sur la sexualité permettrait aux soignants les plus intéressés et compétents sur le sujet d'être facilement accessibles, d'effectuer des interventions pertinentes et faciliterait la formation sur le sujet.

Des interventions collectives permettraient de lutter plus facilement contre le sexisme ordinaire.

Un lien plus fort entre les professionnels de l'éducation et de la santé permettrait de faciliter les interventions dans les écoles.

Mots-clefs : soin primaire ; éducation ; sexualité ; adolescent ; enfant