



HAL
open science

Attitude des jeunes garçons de 15 à 25 ans à l'égard des risques liés à la sexualité (Contraception et Papillomavirus)

Julie Martin, Alix Pétillat

► **To cite this version:**

Julie Martin, Alix Pétillat. Attitude des jeunes garçons de 15 à 25 ans à l'égard des risques liés à la sexualité (Contraception et Papillomavirus). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03578295

HAL Id: dumas-03578295

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03578295>

Submitted on 17 Feb 2022

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARTIN Julie, PÉTILLAT Alix

Présentée et soutenue publiquement le 05 novembre 2021

**ATTITUDE DES JEUNES GARÇONS DE 15 À 25 ANS À L'ÉGARD DES RISQUES LIÉS À LA
SEXUALITÉ**

(Contraception et Papillomavirus)

Directrice de thèse :

Madame LAPORTE Catherine, Professeure des Universités et Maître de Conférence des universités, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur CANIS Michel, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur MERLIN Étienne, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MIÈLE Cécile, psychologue-sexologue, CHRU de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par

MARTIN Julie, PÉTILLAT Alix

Présentée et soutenue publiquement le 05 novembre 2021

**ATTITUDE DES JEUNES GARÇONS DE 15 À 25 ANS À L'ÉGARD DES RISQUES LIÉS À LA
SEXUALITÉ**

(Contraception et Papillomavirus)

Directrice de thèse :

Madame LAPORTE Catherine, Professeure des Universités et Maître de Conférence des universités, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury :

Monsieur CANIS Michel, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur MERLIN Étienne, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame MIÈLE Cécile, psychologue-sexologue, CHRU de Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: JOYON Louis : DOLY Michel : TURPIN Dominique : VEYRE Annie : DULBECCO Philippe : ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre : FONTAINE Jacques : BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine : BERNARD Mathias
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: DEQUIEDT Vianney : WILLIAMS Benjamin : HENRARD Pierre : PEYRARD Françoise : PAQUIS François



UFR DE MEDECINE

ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice : HAZAL Jean
DOYEN	: CLAVELOU Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGÉ Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique

M. BOIRIE Yves
M. CLAVELOU Pierre
M. GILAIN Laurent
M. LEMAIRE Jean-Jacques
M. CAMILLERI Lionel
M. DAPOIGNY Michel
M. LLORCA Pierre-Michel
M. PEZET Denis
M. SOUWEINE Bertrand
M. BOISGARD Stéphane
Mme DUCLOS Martine
M. SCHMIDT Jeannot
M. BERGER Marc
M. GARCIER Jean-Marc
M. ROSSET Eugénio
M. SOUBRIER Martin
M. ABERGEL Armando
Mlle BARTHELEMY Isabelle
M. RUIVARD Marc

Nutrition Humaine
Neurologie
O.R.L.
Neurochirurgie
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Psychiatrie d'Adultes
Chirurgie Digestive
Réanimation Médicale
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Physiologie
Médecine d'Urgence
Hématologie
Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
Chirurgie Vasculaire
Rhumatologie
Hépatologie
Chirurgie Maxillo-Faciale
Médecine Interne

PROFESSEURS DE

1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis
M. VERRELLE Pierre
M. D'INCAN Michel
Mme JALENQUES Isabelle
M. GERBAUD Laurent
M. TAUVERON Igor
M. MOM Thierry
M. RICHARD Ruddy
M. SAPIN-DEFOUR Vincent
M. BAY Jacques-Olivier
M. COUDEYRE Emmanuel
Mme GODFRAIND Catherine
M. LAURICHESSE Henri
M. TOURNILHAC Olivier
M. CHIAMBARETTA Frédéric
M. FILAIRE Marc
M. GALLOT Denis
M. GUY Laurent
M. TRAORE Ousmane

Pneumo-phtisiologie
Radiothérapie option Clinique
Dermatologie -Vénérologie
Psychiatrie d'Adultes
Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Oto-Rhino-Laryngologie
Physiologie
Biochimie et Biologie Moléculaire
Cancérologie
Médecine Physique et de Réadaptation
Anatomie et Cytologie Pathologiques
Maladies Infectieuses et Tropicales
Hématologie
Ophtalmologie
Anatomie - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Hygiène Hospitalière

M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

PROFESSEURS DE

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE

2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Michel CANIS,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous vous remercions de vous être rendu disponible et d'avoir porté attention à notre sujet.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Étienne MERLIN,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Soyez assuré de nos sincères remerciements.

À notre directrice de thèse, **Madame la Professeure Catherine LAPORTE,**

Nous te sommes reconnaissantes d'avoir initié ce projet et proposé cet intéressant et vaste sujet.

Nous te remercions pour ta disponibilité, ta bienveillance et l'aide précieuse que tu nous as apportée.

Nous sommes honorées d'avoir pu collaborer avec toi sur ce travail.

Madame Cécile MIELE,

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous nous témoignez en acceptant de participer à ce jury.

Soyez assurée de toute notre reconnaissance.

À nos participants,

Nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé, de la réflexion que vous avez eue sur le sujet et de votre confiance.

Grâce à vous, cette thèse a pu voir le jour.

Julie

À **mes parents**, qui m'ont toujours soutenue, aidée, motivée, gâtée, aimée, et j'en passe... Je n'aurai jamais assez de mots pour vous remercier de tout ce que vous m'avez donné et apporté. Je vous aime.

À **mon frère**. Tu es un exemple pour moi par ton professionnalisme, ta passion. Merci de m'avoir épaulée, aidée et rassurée pendant mon internat, et encore aujourd'hui. Je suis fière de marcher sur tes traces. Merci également d'avoir fait de moi une tata gaga. Je t'aime

À **Paupau**, qui m'a permis de devenir la plus heureuse des marraines.

À **Eline**, mon petit cœur. Je serai toujours là pour toi.

À **Mamie, Papy, Mémé et Pépé**.

À **ma marraine, mon parrain, mes tantes et mes oncles**. À mes nombreux **cousins, cousines, petits-cousins, petites-cousines ...**

À **Clara et Lazarine**. Je suis fière de vous.

À **Tanguy**. Merci de m'avoir soutenue, motivée et supportée ces derniers mois. Merci de me faire rire chaque jour, de me donner ton amour et ta confiance. Merci d'être entré dans ma vie.

À **mes amis**.

À tous ceux qui ont partagé des moments de vie avec moi, que ce soit dans les études ou en dehors.

Évidemment à Claire, Isaure, Arnaud et Seb, je ne pouvais pas rêver meilleurs collègues.

À mes **Maîtres de stages**.

Tout particulièrement à Pierre-Étienne et Lionel. Grâce à vous j'ai su quelle médecine je souhaitais exercer. Merci pour votre accueil, votre simplicité et votre amitié. Mais aussi à Claire et Yasmine pour vos conseils, professionnels ou personnels, votre humour et votre soutien.

Et enfin, merci à **Alix**, mon binôme de choc. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Je suis fière d'avoir pu travailler avec toi. À **Max**, qui m'a laissée investir son appartement, pour la bonne cause.

Un grand merci à tous.

Alix

À **mes parents**, un immense merci pour ce temps que vous avez consacré à notre réussite avec Marine. Vous avez toujours su croire en moi malgré les obstacles et avez toujours été là, dans les bons mais surtout les mauvais moments. Je suis heureuse de vous rendre fiers.

À **ma grande sœur**, mon coach personnel et mon modèle. Je te remercie de m'avoir mise sur la bonne voie et d'avoir découvert, avant moi, ma vocation. Merci pour ton aide, ton soutien indéfectible qui m'ont permis d'aller toujours plus loin. Je suis fière de ce que tu as entrepris.

À **ma mamie Lulu**, un grand merci pour toutes ces heures que tu m'as consacrées en 1ère année pour me faire réviser. Si j'en suis là, c'est en partie grâce à toi !

À **l'ensemble de ma famille et de ma belle-famille**, merci pour votre soutien durant toutes ces années. Je suis très heureuse de pouvoir fêter ça avec vous. Et merci à **Benoît** et **Nathan** d'avoir eu le courage de participer à cette étude.

Merci à **Marine, Laurine, PA** et **Sophie** qui ont su égayer ces études et m'ont accompagnées dans cette réussite. À **Albine** et **Eloïse**, deux rencontres qui ont marqué mon internat.

À mes amis, **Aurélie, Camille, Clara, Emilie, Gaëtan, Jimmy, Lucas, Marjo, Marianne, Marine, Mathieu, Maxime, Mélanie, Mimi, Steph** et **Tristan**. Vous m'avez apporté votre aide et accompagnée, merci infiniment.

À **Julie**, we did it ! Ce fût un réel plaisir de travailler avec toi et de partager ces moments.

À **mes maîtres de stages**. Merci d'avoir contribué avec votre bonne humeur, votre gentillesse et votre savoir à mon apprentissage. Je suis heureuse d'avoir appris à vos côtés et de vous avoir rencontrés.

À **mon amour**, merci pour la patience, la tendresse et l'écoute dont tu as fait preuve durant ces années. Tu es mon pilier, ma force et la personne qui a le don de m'apaiser rien qu'avec un sourire. Je réalise la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. Il me tarde de devenir ta femme.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	14
INTRODUCTION	15
MÉTHODE	17
1. Conception de l'étude	17
2. Population de l'échantillon	17
3. Recueil de données	18
4. Analyse des données	19
5. Aspects réglementaires	19
RÉSULTATS	20
1. Caractéristiques de l'échantillon	20
2. Thèmes abordés	22
3. Connaissances	22
3.1. Moyens d'informations	22
3.2. Expérience	24
3.3. Connaissances globales et croyances	25
3.3.1. Moyens de contraception	25
→ <i>Connaissances</i>	25
→ <i>Croyances</i>	26
3.3.2. Infections sexuellement transmissibles	27
→ <i>Connaissances</i>	27
→ <i>Croyances</i>	28
4. Ressentis	28
4.1. Sentiments sur l'information reçue et la discussion	28
4.2. État d'esprit	29
5. Attitude et perception de la gestion des risques liés à la sexualité	31
5.1. Conception du rôle personnel vis-à-vis de la contraception et des IST	31
5.2. Pratiques personnelles	32
5.3. Avis concernant l'utilisation d'une contraception masculine et de la vaccination contre le papillomavirus	33
5.3.1. Préservatif	33

5.3.2. Pilule masculine	34
5.3.3. Autres contraceptions masculines	36
5.3.4. Vaccination anti-HPV	36
6. Abord du sujet par le médecin généraliste	37
7. Pistes d'amélioration	38
DISCUSSION	40
1. Principaux résultats et confrontation à la littérature	40
2. Forces et faiblesses de l'étude	43
CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXES	50
1. FIGURE 2 : Grille d'entretien	50
2. ANNEXE 1 : Demande d'autorisation parentale	51
3. ANNEXE 2 : Fiche information aux participants	53
4. ANNEXE 3 : Déclaration CNIL	55
SERMENT D'HIPPOCRATE	59
RÉSUMÉ	

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

HPV : Human Papilloma Virus

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

JAPD : Journée d'Appel de Préparation à la Défense

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

INTRODUCTION

L'âge moyen des premiers rapports sexuels en France stagne à 17 ans depuis maintenant une dizaine d'années, quelle que soit la catégorie sociale (1), bien que ce terme de rapports sexuels ne soit pas parfaitement approprié puisqu'il regroupe l'ensemble des pratiques d'initiation sexuelle, des préliminaires à l'acte de pénétration. La multiplication des moyens d'information a probablement fait évoluer la sexualité chez les jeunes notamment avec l'externalisation de l'intimité par le biais du sexting par exemple (2,3), et la modification des pratiques. On observe en effet, chez eux, une augmentation des actes comme le sexe oral ainsi que du nombre de partenaires (4).

En parallèle, l'accès aux méthodes contraceptives a été largement facilité depuis l'adoption de la loi Neuwirth en 1967, réellement mise en pratique à compter de 1972. Cela représente une date clé dans l'histoire de la contraception qui est alors légalisée. Depuis, de nombreuses réformes ont vu le jour avec notamment, pour les mineures, l'accès à la contraception sans autorisation parentale à partir de juillet 2001, ainsi que l'obtention gratuite en pharmacie de la contraception d'urgence, mise en place en 2002. En 2009, les sages-femmes ont été autorisées à assurer les consultations de contraception et à prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs. Progressivement, leur délivrance a été rendue anonyme et gratuite via les centres de planification, mais également remboursée jusqu'à 100% par la sécurité sociale (5). De plus, en 2001, trois séances annuelles d'éducation à la sexualité ont été rendues obligatoires depuis l'école primaire. Bien que le taux d'interruptions volontaires de grossesses reste important, on observe une tendance à la diminution depuis 2010 (6).

Au cours de sa vie, 75% de la population sexuellement active sera infectée par un papillomavirus, ce qui en fait la maladie sexuellement transmissible la plus répandue. Malgré son élimination spontanée dans 90% des cas, un faible pourcentage peut conduire à l'apparition de lésions précancéreuses voire de cancers. Les HPV sont responsables de près de 100% des cancers de col de l'utérus, dont environ 70% liés aux HPV 16 et 18, considérés à haut risque cancérigène (7). Ils sont également impliqués dans des cancers de l'anus, du pénis, de la vulve et du vagin ainsi que des VADS (8). Jusqu'alors, la vaccination contre le papillomavirus concernait les jeunes filles de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans. Mais ce danger concerne aussi la population masculine et c'est pour pallier cette faille que la vaccination a récemment été étendue aux jeunes garçons, dans les mêmes conditions. Cette proposition avait été faite par l'HAS fin 2019 mais a été validée par deux arrêtés, publiés au journal officiel du 4 décembre 2020, qui assurent le remboursement du vaccin GARDASIL 9 aux jeunes garçons (9).

C'est dans ce contexte que de nombreuses études se sont intéressées aux connaissances des adolescents en matière de contraception, dont la grande majorité mettait en évidence des lacunes (1,10) ainsi que des inégalités de responsabilités entre les deux sexes, celles-ci étant plus marquées chez les femmes (11–13). Le point de vue des adolescentes vis-à-vis de la sexualité a été amplement exploré au cours de ces dernières années lors d'études mixtes ou exclusivement féminines. Elles mettent en évidence un manque de connaissance globale des moyens de contraception et de leur délivrance, une peur des effets indésirables particulièrement de la pilule et un déficit d'informations par le médecin généraliste (14,15). Nous avons donc décidé de nous intéresser aux jeunes garçons afin d'observer leur attitude à l'égard des risques liés à la sexualité.

MÉTHODE

1. Conception de l'étude

Cette étude qualitative a été réalisée en suivant la check-list COREQ (16) avant, pendant et après l'étude afin de garantir de bons standards de qualité méthodologique. Le sujet abordant une sphère intime de leur vie, les entretiens individuels étaient pertinents pour libérer la parole des adolescents (17).

2. Population de l'échantillon

Nous avons sollicité des jeunes hommes vus en consultation en région Auvergne-Rhône-Alpes et également fait appel à notre entourage médical afin de nous aider à recruter la population cible, selon une méthode Boule de neige (17,18).

Afin de constituer un panel diversifié (17), nous avons tenu compte de variables descriptives : l'âge, le cursus, la profession des parents, la zone d'habitation en milieu urbain ou rural, ainsi qu'une éventuelle religion. Nous avons également veillé à la diversité en termes de variables stratégiques : fratrie, expérience sexuelle et vaccination anti-papillomavirus.

Vingt-cinq jeunes garçons avaient initialement accepté de réaliser un entretien. Trois adolescents rencontrés lors des consultations n'ont pas souhaité participer à notre étude, n'étant pas très à l'aise avec le sujet. Par la suite, cinq n'ont pas donné suite à nos appels, sans nous donner une quelconque raison.

3. Recueil de données

Un guide d'entretien pensé au préalable (Figure 1) a permis le bon déroulement des discussions. Il a été réalisé à partir des données de la littérature et après consultation d'un comité scientifique et d'une discussion entre les chercheuses (Catherine LAPORTE et Cécile MIELE).

Le premier contact s'est fait par téléphone et une demande d'autorisation parentale a été requise pour les mineurs (Annexe 1). Devant le contexte sanitaire, les échanges se sont tous déroulés par visioconférence à l'aide de l'application ZOOM, du 20 mai au 5 septembre 2021. Ces derniers ont été enregistrés sur dictaphone, après communication aux participants, pour permettre une retranscription intégrale du verbatim. À la fin de l'entrevue, une fiche sur le papillomavirus a été remise par mail aux participants, regroupant des informations sur ses conséquences et sa vaccination notamment (Annexe 2).

Les premiers entretiens ont été réalisés auprès d'adolescents de 15 à 19 ans révolus. Nous avons été rapidement confrontées au manque de connaissances de cette tranche d'âge en ce qui concerne le sujet de la sexualité. Nous avons donc décidé après une dizaine d'entretiens d'élargir la tranche d'âge jusqu'à 25 ans révolus afin d'obtenir des résultats plus pertinents et faciliter l'interprétation des données. Nous avons d'ailleurs spontanément intégré de brèves informations sur le Papillomavirus pour les participants n'ayant pas ou peu de connaissances à ce sujet.

La taille de l'échantillon a été déterminée par l'obtention de la saturation théorique des données (17).

4. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées selon une analyse thématique par deux chercheurs de manière indépendante assurant ainsi une triangulation des chercheurs (17).

5. Aspects réglementaires

Une demande d'avis auprès du Comité d'Éthique du Collège National des Généralistes Enseignants a été faite. Une déclaration de l'étude a été déposée auprès du Correspondant Informatique et des Libertés de l'Université Clermont Auvergne (Annexe 3).

RÉSULTATS

Les entretiens réalisés ont duré de 10 à 40 minutes, avec une moyenne d'environ 20 minutes.

Ceux-ci sont disponibles sur demande auprès de la Bibliothèque Universitaire.

1. Caractéristiques de l'échantillon

Le tableau 1 décrit les caractéristiques de notre échantillon. Un seul de nos participants était de confession musulmane (P) et quatre s'étaient déclarés catholiques (C, H, Q et S).

Participant	Variables descriptives					Variables stratégiques		
	Âge	Formation/ Profession	Caractéristique géographique	Catégorie socio-professionnelle des parents		Fratrie	Activité sexuelle	Vaccination HPV
				Mère	Père			
A	18	Bac général	Urbain	Employés	Employés	1 sœur	Absente	Non
B	17	1 ^{ère} générale	Rurale	Employés	Employés	1 sœur	Présente	Oui
C	15	Seconde générale	Rurale	Employés	Chefs d'entreprise	1 sœur	Absente	Non
D	17	1 ^{ère} générale	Rurale	Professions intermédiaires	Cadres et professions intellectuelles supérieures	2 frères	Présente	Non
E	21	Reprise étude bac	Urbain	Professions intermédiaires		2 frères	Absente	Non
F	17	1 ^{ère} générale	Rurale	Professions intermédiaires	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 frère	Absente	Non
G	16	Seconde générale	Rurale	Employés	Employés	1 sœur	Absente	Non
H	16	1 ^{ère} bac pro	Rurale	Professions intermédiaires	Ouvriers	1 frère	Absente	Non
I	23	Conseiller commercial	Semi-rurale	Employés	Employés	1 frère	Présente	Non
J	16	1 ^{ère} générale	Rurale	Professions intermédiaires	Chefs d'entreprise (beau-père)	2 frères	Absente	Prévue
K	25	Bac pro CGEA - Maçon	Rurale	Employés	Employés	1 sœur	Présente	Non
L	23	BTS - Assistant d'éducation dans lycée	Rurale	Employés	Sans activité professionnelle	1 frère	Présente	Non
M	15	Seconde générale	Rurale	Professions intermédiaires	Artisans	1 frère	Absente	Non
N	19	BTS ACSEA	Rurale	Professions intermédiaires	Agriculteur exploitant	1 frère	Présente	Non
O	23	BTS - Assistant d'éducation dans lycée	Semi-rurale	Employés	Employés	1 sœur	Présente	Non
P	16	Seconde générale	Semi-rurale	Sans activité professionnelle	Employés	3 frères	Absente	Non
Q	18	Terminale générale	Rurale	Professions intermédiaires	Employés	1 frère ; 1 sœur	Présente	Non
R	19	École d'ingénieur	Urbain	Professions	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 sœur	Présente	Non
S	17	1 ^{ère} générale	Rurale	Employés	Cadres et professions intellectuelles supérieures	1 sœur	Présente	Non
T	20	Licence mathématiques	Urbain	Chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles supérieures	0	Présente	Non

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

2. Thèmes abordés

L'analyse des verbatims nous a permis d'aborder cinq thèmes principaux à savoir les connaissances des jeunes, leur ressenti face à ce sujet, leur attitude, l'abord du sujet par le médecin généraliste ainsi que les pistes d'amélioration.

3. Connaissances

3.1. Moyens d'informations

La quasi-totalité des jeunes ont eu accès à des informations via le milieu scolaire, au collège ou au lycée, à savoir grâce aux cours de SVT dans la plupart des cas, exceptionnellement en cours de Physique-Chimie ou par le CPE (Conseiller Principal d'Éducation). Parfois, des intervenants extérieurs prenaient en charge ces séances. Cependant, peu d'élèves savaient à qui ils avaient à faire, certains ont cité des infirmier(e)s, « des professionnels ». Ces interventions ou cours se déroulaient soit en groupes soit en classe complète, le plus souvent de manière mixte. Un seul nous a parlé d'une discussion sous forme de débat (S). À noter que certains n'avaient pas souvenir d'avoir eu ce genre de présentation au cours de leur cursus, et il semblerait qu'aucun n'ait eu les trois cours obligatoires par an. Par ailleurs, plusieurs ont évoqué la présence occasionnelle de « camions » ou « fourgonnettes » dans l'enceinte de l'établissement auxquels ils pouvaient se référer.

Les sujets principalement abordés durant les leçons et interventions en milieu scolaire étaient l'anatomie et la reproduction, les moyens de contraception avec notamment leur utilisation, comme pour le préservatif, leurs avantages et inconvénients. Des mises en garde

étaient parfois effectuées avec abord des IST, de la prévention jusqu'aux symptômes pouvant les faire évoquer, comme l'expliquait S : « *On avait surtout parlé des symptômes qui pouvaient détecter les MST et si, à ce moment-là, si on détectait ces symptômes on nous disait limite : « Allez chez votre médecin pour voir comment faire »* ». De même, lors d'un cours auquel A avait assisté, la notion de consentement avait été mise en avant. Malgré tout, plusieurs élèves ont noté l'absence d'approfondissement du sujet : « *C'est vraiment le b.a-ba* » (E). Peu de participants avaient le souvenir d'avoir étudié le Papillomavirus ou sa vaccination.

L'enseignement supérieur et la profession ont été cités comme sources d'informations, comme par exemple pour T qui s'était inscrit en PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé), K pour lequel les pratiques dans le milieu bovin pouvaient être similaires à celles chez l'Homme : « *J'ai travaillé dans des élevages bovins et du coup les taureaux on faisait la vasectomie, on voulait pas forcément qu'ils reproduisent [...] ça leur permettait de profiter* », ou encore L dont le métier était en lien avec les adolescents.

Beaucoup se servaient d'internet pour s'informer, tout en ayant conscience qu'il fallait faire attention à leurs sources. Il s'agissait principalement de sites type YouTube, de publicités, de réseaux sociaux comme Twitter cité par E. Un participant (K) a évoqué la pornographie comme référence utilisée par les jeunes, en nuancant avec la dangerosité de ces informations et de certaines pratiques. D'autres, comme I, avaient eu l'occasion d'acquérir des connaissances grâce à des séries.

Enfin, les centres de dépistage ont été cités par O.

Les principaux interlocuteurs mentionnés comme moyen de recueil d'informations pour les jeunes étaient les parents, principalement la mère, dans quelques rares cas le père comme pour J, voire les frères et sœurs et éventuellement la « belle-famille ». La discussion s'avérait différente selon l'interlocuteur, alors que la mère semblait avoir principalement un rôle éducatif et informatif comme avec le dépistage des IST, le père était plus souvent associé aux échanges plus légers : « Avec mon père c'est plus sur le ton de la rigolade. Il essaie un peu de me vanner pour prendre des informations » (A). On retrouvait aussi les amis comme sources d'échanges, qui eux faisaient plutôt part d'anecdotes et où le ton était facilement tourné vers la plaisanterie, « Avec des potes c'est pas pareil [...] c'est pas la même relation, avec mes potes c'est plus dans l'amusade » (M), « C'est toujours quelque chose qu'on parle entre amis » (I). Enfin, pour tous ceux ayant eu une relation, avec la partenaire, les échanges concernaient principalement leur expérience, sexualité et désir, accompagné de questions sur l'évaluation des risques et de la vision de l'avenir, de la paternité / maternité par exemple.

On peut noter que la discussion n'était que peu de fois abordée par le médecin traitant.

3.2. Expérience

Quatorze de nos participants sur vingt avaient déjà eu des relations intimes, dont un uniquement dans le cadre de préliminaires.

Hormis les moyens d'informations sus-cités, l'expérience personnelle et de l'entourage était un apport majeur de connaissances.

Par exemple, dans notre étude, les méthodes contraceptives étaient mieux connues des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels. Cela peut potentiellement s'expliquer par l'utilisation préalable de certains moyens de contraception féminins par leur partenaire. Un avortement sous stérilet a été mentionné par R : *« C'était lié au fait que ma mère avait dû avorter parce que son stérilet n'avait pas marché. [...] c'est comme ça que j'ai su qu'il y avait un stérilet »*.

De plus, un des deux adolescents vaccinés contre le papillomavirus ou en attente de le faire était renseigné par le biais de sa compagne elle-même vaccinée (J). Un autre (L) avait entendu parler du HPV par l'intermédiaire d'une connaissance ayant déjà été confrontée à cette pathologie. Concernant les IST de manière plus globale, un des jeunes nous a rapporté un antécédent chez la mère, ce qui a majoré la prudence : *« Il y a juste ma mère qui m'a dit que quand elle était petite, elle avait eu ça, du coup c'est pour ça qu'elle avait abordé en disant « Ben faut vraiment que tu fasses attention » »* (A).

3.3. Connaissances globales et croyances

3.3.1. Moyens de contraception

→ *Connaissances*

Les méthodes contraceptives les plus connues des jeunes garçons étaient tout d'abord le préservatif (masculin ou féminin), mentionné par l'ensemble des participants, la pilule et le stérilet. Toutefois, les deux types de ce dernier étaient assez méconnus. Concernant la contraception orale, N soulignait *« La pilule c'est des hormones et tout le monde sait que ce n'est*

pas forcément bon pour la santé ». Ensuite, l'implant et la vasectomie ont été rapportés spontanément par quelques participants, bien que seulement quelques-uns pouvaient réellement expliquer le fonctionnement de la seconde méthode : « *C'est grosso modo fermer la sortie des spermatozoïdes* » (I). E a notifié que cette méthode pouvait être réversible : « *J'ai vu que ça ne fonctionnait pas à 100% mais si on fait une vasectomie ça peut être réversible* ». En dernier, le slip chauffant et le patch ne sont cités que par une minorité. Concernant le premier, E nous a dit « *C'est comme des sortes de slip qui vont remonter les testicules de l'homme qui fait que les spermatozoïdes ne sont pas à même température que d'habitude, et donc ils sont plus chauds et donc du coup il n'y aura pas assez de production de spermatozoïdes qui fait qu'il y aura une fécondation derrière* ».

À savoir qu'un garçon nous a évoqué l'abstention (J), un autre les méthodes Ogino et du retrait (O), sans certitude sur leur intégration à cette catégorie.

→ *Croyances*

Quelques confusions sont apparues durant les entretiens, la pilule du lendemain a notamment été citée à la question des méthodes de contraception connues (Q) ainsi qu'une mauvaise indication des méthodes chirurgicales : « *On peut aussi se faire retirer les ovaires ou l'utérus* » (E). Pour ce qui est de la pilule, certains pensaient que l'accord des parents était nécessaire à leur délivrance (E) ou n'avaient pas notion des risques engendrés : « *Vu qu'il y a beaucoup de femmes qui utilisent des moyens de contraception, on peut voir que ce n'est pas mortel, il n'y a pas des effets très dangereux* » (B). De plus, le stérilet ne leur semblait pas adapté aux jeunes filles (K).

Les méthodes masculines étaient aussi parfois mal connues, comme le slip chauffant pour lequel M expliquait « *Ça brûle les spermatozoïdes* » ou la vasectomie qui « *évite l'expansion et la durabilité des spermatozoïdes* » selon T, les « *désactive* » pour B. T pensait également que le patch et le stérilet étaient disponibles pour les hommes, tout comme la pilule masculine, aussi citée par d'autres.

3.3.2. Infections sexuellement transmissibles

→ *Connaissances*

De nombreux participants savaient l'importance du dépistage des IST grâce à une prise de sang. Plus précisément, parmi ceux ayant connaissance du Papillomavirus, plusieurs avaient notion de sa dangerosité : « *C'est dangereux, ça peut se transformer en cancer* » (H), de ses conséquences : « *Ça peut provoquer le cancer de l'utérus. Et, plus rarement, c'est le cancer de la gorge mais c'est plus rare* » (J) ainsi que de sa transmission non exclusivement pendant les rapports à type de pénétration : « *Il me semble que le papillomavirus on peut l'attraper avec juste le contact par la peau* » (J). Ils savaient aussi que « *Les hommes peuvent être porteurs et peuvent contaminer une femme* » (B).

Enfin, H a précisé que la vaccination était destinée aux adolescents, tout comme M qui avait conscience de pouvoir se faire lui-même vacciner.

→ *Croyances*

Là aussi quelques confusions ont été soulevées, par exemple K avouait avoir employé le préservatif en complément de la pilule : « *On sait qu'on n'a pas de maladies mais on sait jamais, ça peut se déclarer* » (K). À la question « *Que sais-tu du papillomavirus ?* », un participant nous a répondu : « *C'est un moyen de contraception ?!* » (D). D'autres pensaient que le HPV était « *plus dangereux pour les femmes* » (M), voire « *inoffensif chez l'homme mais qui peut être actif chez la femme* » (F). Concernant sa prévention, L croyait que des « *examens réguliers* » étaient à passer, alors que E imaginait que la vaccination était d'ores et déjà obligatoire et avait permis l'éradication de ce virus : « *Comme on est vacciné pour, c'est pas quelque chose dont on va parler du coup parce que ça n'existe plus, ce n'est plus transmissible, on n'en écoute plus parler* ».

4. Ressenti

4.1. Sentiments sur l'information reçue et la discussion

Tout d'abord, la quasi-totalité des participants s'estimait plutôt à l'aise à l'évocation du sujet de la sexualité, les qualificatifs de « *pas tabou* », « *pas délicat* », « *pas mal à l'aise* » ont été employés. A contrario, G nous a dit « *C'est un peu gênant mais ça reste important quand même* ». Cette réflexion a également été relevée par bon nombre de jeunes dans le cadre familial tels que R, M et K par exemple. M ressentait même un manque d'intérêt, à la différence des discussions entre amis ou avec les professeurs. Dans le cadre scolaire aussi, la difficulté d'en parler et de recevoir l'information semblait corrélée au jeune âge, comme l'a souligné A : « *J'étais avec mes camarades de classe donc il y a 2-3 fois où en faisant des blagues ils nous faisaient rigoler* ».

Cette capacité s'améliorerait donc avec la maturité, comme le disait O, ce qui a été confirmé par E : « *Quand ils amènent ça comme on est des jeunes, ils essaient d'amener ça à la rigolade un peu alors que pourtant c'est quelque chose qui va nous suivre à 99% de nos jours* » et T : « *Ça me faisait un peu rigoler [...] mais bon maintenant avec le temps je prends ça au sérieux et ça m'intéresse et c'est même très intéressant je trouve* ». Malgré ces constatations, ces cours étaient jugés instructifs pour certains comme J, ou encore B qui considérait que « *tout le monde a les mêmes informations et tout le monde les a* », même si R ne les estimait pas assez nombreux.

Environ la moitié des interrogés se considérait bien informée. Toutefois, des lacunes ont été soulevées pour ce qui est de l'information sur les infections sexuellement transmissibles et plus particulièrement le Papillomavirus. À la question « *Est-ce que tu te sens suffisamment informé ?* », R répondait : « *Plus sur la contraception que sur les IST, les IST un peu moins quand même, on n'a pas trop d'informations là-dessus* », ce que confirmait J en disant : « *On n'est jamais assez informés* ».

Enfin, pour G, trop d'informations pouvaient être perçues comme « *effrayant* ».

4.2. État d'esprit

De manière générale, une majorité de jeunes se sentait concernée par la contraception, considérant que « *les deux doivent jouer, enfin doivent participer* » et que « *ce n'est pas forcément à la femme de prendre la pilule* » (A). Leur implication passait tout d'abord par une discussion commune avec leur partenaire. Plusieurs considéraient d'ailleurs le dialogue primordial, il s'agirait

de ne pas imposer un choix mais plutôt d'établir une communication afin d'aboutir à une décision conjointe : « *Je trouverais ça bien, [...] ça permettrait à tous les couples de discuter entre eux et de choisir si c'est la fille ou le mec qui la prend* » (R). Ça doit être « *un accord entre les deux* » (Q). Ce que confirme L : « *C'est toujours un sujet à aborder au début de la relation* ».

Certains ont accueilli de manière positive l'idée de prendre part à la contraception dans le couple : « *Je sais que de plus en plus la contraception masculine [...] on en entend en tous cas beaucoup plus parler maintenant donc je serais ouvert à essayer une méthode, c'est pas forcément à la femme de le faire en tous cas* » (L), tout comme I qui s'exprimait en ces termes : « *C'est normal entre nous que l'homme prenne la pilule, après j'estime que la femme la prend depuis déjà quelques années* ». S les rejoignait en déclarant : « *Pour le bien d'un jeune couple, pour moi, c'est bien si les deux prennent leurs responsabilités et amènent ce qu'il faut* ». Certains y trouveraient même une certaine logique comme O : « *Le truc c'est que c'est pas pour moi une obligation formelle de partager [...] mais je me dis que ce serait quelque chose de un, nous coûtera pas énormément, pas plus qu'à elle, et de deux pourrait alléger son quotidien* ». C'est « *donnant-donnant* » selon J.

L'importance de la protection a été mentionnée à de nombreuses reprises de par, entre autres, le risque et la crainte (K) de la grossesse : « *S'il y a un gosse c'est moi le père. C'est important de se protéger* » (Q). C réaffirmait son engagement en disant : « *Je ferai toujours attention, le préservatif c'est sûr que je le porterai sans aucun regret [...] c'est pas un truc que je prends à la légère* ». Néanmoins, certains se dédouanaient de cette responsabilité : « *C'est les femmes qui se protègent [...] vu que c'est elles qui risquent de tomber enceintes* » (B), « *Si on fait l'amour sans capote c'est pas moi qui aurai le bébé* » (M).

5. Attitude et perception de la gestion des risques liés à la sexualité

5.1. Conception du rôle personnel vis-à-vis de la contraception et des IST

L'évocation du rôle de l'homme dans la contraception a fait écho à l'utilisation du préservatif chez la plupart des interrogés : « *Moi ça ne me dérangerait pas de continuer à prendre les préservatifs parce que c'est aussi mon rôle* » (R). Quelques-uns mettaient en avant une certaine chronologie dans l'utilisation des méthodes contraceptives avec en premier lieu la protection mécanique au début de la relation, suivi du relais par une contraception féminine, comme l'exprimait N : « *Pour ma part au début c'est le préservatif parce qu'on sait jamais avec la personne si ça va durer ou pas, et une fois que c'est stable, que ça va, que ma partenaire est passée au stérilet [...]* ». Dès lors qu'une contraception féminine est amorcée, ils perçoivent leur rôle comme étant secondaire, comme le constatait T : « *Il est clairement, clairement très passif même, je me contente juste de bien m'assurer le soir à 22 heures qu'elle prend sa pilule et sinon honnêtement je fais pas grand-chose* », en tenant également ce discours : « *Elle prend la pilule donc moi j'ai rien à faire* ». Alors que certains se sentaient épargnés par cette tâche : « *C'est elle qui gère la contraception* » (L), d'autres accompagnaient leur partenaire en les rassurant comme par exemple F : « *Je pense qu'elle fait un espèce de sacrifice un peu pour moi [...] parce que la pilule c'est quelque chose avec beaucoup d'effets négatifs et secondaires. Donc mon rôle c'est plus de rassurer* ». S a apporté une notion de responsabilité : « *Si on est un jeune couple [...] je préfère me donner entièrement la responsabilité, c'est-à-dire que c'est moi qui vais apporter le moyen de contraception* », au même titre que N : « *Je pense que c'est autant mon rôle que celui de l'autre personne* ».

Bien que le rôle soit parfois mal déterminé, surtout pour les plus jeunes : « *J'en ai pas vraiment parce qu'à mon âge c'est trop tôt* » (M), la majorité se sentait prête à prendre part à la gestion de cette problématique : « *Pour l'instant j'ai pas de rôle mais si je dois en avoir un j'essaierais de l'assumer complètement* » (A).

5.2. Pratiques personnelles

Tout d'abord, comme précisé plus haut, la contraception chez les jeunes hommes de cette étude était amplement représentée par le préservatif. Alors que certains étaient plutôt intéressés par son activité contraceptive, d'autres l'utilisaient plutôt dans une optique de protection contre les infections sexuellement transmissibles. Une minorité a employé une double protection, mécanique et hormonale, pour optimiser l'efficacité attendue, c'était le cas de K. De ce fait, I indiquait utiliser cette sécurité particulièrement pendant la période d'ovulation.

La quasi-totalité des participants avait la notion de l'importance du dépistage des MST et une partie y avait elle-même eu recours au travers de leur(s) relations(s), c'était d'ailleurs le cas pour O : « *Je me suis dit qu'il fallait se protéger obligatoirement à chaque fois qu'on a une nouvelle partenaire* ». Cette attitude a pu être favorisée par son expérience, ayant été personnellement exposé à un Chlamydia Trachomatis, et côtoyant une personne séropositive. E s'est décrit comme plus vigilant de part l'antécédent d'infection sexuellement transmissible de son frère. A contrario, T s'est dit « *pas très attentif à ça* ».

5.3. Avis concernant l'utilisation d'une contraception masculine et de la vaccination contre le papillomavirus

5.3.1. Préservatif

La plupart des interrogés estimait le préservatif comme la référence de la contraception masculine, le considérant comme « *assez pratique* » (S), « *Je trouve ça quand même assez simple et facile d'acheter des préservatifs, il y en a dans toutes les grandes surfaces, dans toutes les pharmacies* » (R). K le jugeait comme le moyen le plus sûr bien que la sensation lors des rapports pourrait être une limite à son utilisation : « *C'est vrai que c'est une autre sensation, c'est autre chose mais ça reste quand même un moyen de protection contre les maladies, les grossesses, c'est vraiment la chose qui protège au plus des catastrophes* ». Q soulevait aussi ce problème de confort.

Les autres freins évoqués à son usage étaient la disponibilité, l'anticipation et le coût : « *Pour le préservatif c'est vrai que le gros frein c'est d'en avoir sur soi, pas tout le temps mais quand on a besoin, et peut-être après pour certains, problème de budget parce que c'est vrai que c'est un coût* » (I). Ce dernier point était contesté par E : « *Il y a des centres dans les villes où les jeunes peuvent avoir des préservatifs gratuits [...]. Si on ne trouve pas de moyens de contraception c'est qu'on se donne pas les moyens à 100%* ». D'autre part, selon O, certains pourraient ressentir une certaine gêne : « *Je pense que les adolescents ont déjà ... la honte d'aller chercher les préservatifs* ».

Cependant, G pensait que « *Le mieux c'est d'en avoir 2, d'avoir la pilule et le préservatif* ». Ces propos étaient soutenus par un bon nombre de jeunes garçons interrogés qui éprouvaient des

difficultés à avoir confiance en la pilule féminine, et par conséquent en une potentielle pilule masculine. C'est d'ailleurs ce qu'a dit S : « *Il y avait les pilules mais j'y fais pas trop confiance* », ou encore T : « *C'est quand même une crainte que ça échoue* ». À noter que ces deux méthodes étaient considérées comme étant les plus communes selon ce dernier.

5.3.2. Pilule masculine

Plus de la moitié des interviewés accepterait l'utilisation d'une pilule masculine et certains y voyaient un progrès nécessaire comme N : « *ça rétablirait un peu l'égalité* » et F : « *Je pense qu'il y a des mentalités à faire bouger donc c'est un peu un engagement de faire ça* ». O parlait même de suppléer sa partenaire : « *Pourquoi ce ne serait pas mon tour ? Genre ce serait à moi d'assumer ma part de contraception* ».

Cependant, certaines conditions ont été soulevées, comme l'intérêt personnel : « *Tout dépend de la situation, tout dépend de ce que moi ça me servirait* » (E), ou l'apport d'informations supplémentaires, comme le demande I. D'autres comme T s'y résoudraient uniquement si besoin.

À l'opposé, une petite partie des interrogés se positionnait contre cette avancée, le plus souvent pour une question d'habitude : « *Vu que c'est comme ça moi j'ai pas forcément envie de changer* » (B), « *On aime bien comme ça* » (P). C évoquait l'insécurité de cette méthode tandis que M se représentait cet outil comme inadapté aux jeunes : « *Une pilule c'est plus pour les personnes âgées* ».

Certains freins sont revenus de manière récurrente durant les entretiens, le principal étant la possibilité d'effets indésirables comme l'ont fait remarquer L, G ou encore B : « *J'ai pas forcément envie de dérégler mon corps* ». Parmi ceux évoqués, le dérèglement de la libido (L), les variations de poids (I) ont par exemple été entendus.

D'autres, comme A, L ou D, ont éprouvé le besoin d'obtenir davantage de connaissances afin d'être en mesure de prendre une décision éclairée : « *À partir du moment où je comprends comment ça marche [...] je pense que j'aurais confiance dedans* » (S), « *J'ai quand même moins envie de me protéger vu que je ne connais pas bien les moyens de contraception masculins* » (B). Ceci était peut-être corrélé à la crainte d'une inefficacité, un doute sur la fiabilité d'une potentielle pilule masculine : « *Je me rapatrierais plus sur un moyen sûr parce que la pilule [...] c'est utile mais c'est pas sûr à 100%* » (C).

Pour quelques jeunes, dont G, R, N, l'observance et l'organisation pourraient être problématiques, T par exemple disait : « *Je suis pas sûr d'être assez on va dire concentré ou impliqué pour la prendre chaque soir* », « *La pilule tous ceux qui la prennent le disent, faut pas l'oublier, faut aussi bien l'avoir sur soi, c'est difficile, faut bien s'organiser* » (N).

L'aspect sociétal a été relevé par L qui expliquait : « *C'est peut-être pas encore assez démocratisé pour que l'homme accepte de le faire aussi facilement que le fait la femme donc peut-être qu'au sein de la société ce serait un peu mal vu j'imagine* », ce qui concordait avec les propos de A : « *Il y a ce préjugé de se dire que c'est la femme qui doit prendre la pilule etc. Donc je sais qu'il y a certaines personnes la mentalité ça change pas* ». I a d'ailleurs affirmé « *C'est pas dans les mœurs* », S et T ont complété en déclarant que ce n'était pas répandu.

Au-delà des obstacles ressentis par les jeunes garçons, un participant a formulé un doute sur l'acceptation de la femme : « *J'avais pas mon mot à dire* », *c'était son corps, elle faisait bien ce qu'elle voulait* », « *Il y a plein d'hommes qui pourraient mentir là-dessus et faire semblant de la prendre alors qu'ils ne la prennent pas [...] il y aura toujours des gens qui seront malhonnêtes avec ça* » (E).

5.3.3. Autres contraceptions masculines

Les autres moyens de contraception masculins étaient jugés « *moins simples* » (B), voire pouvant provoquer de la « *peur* » en ce qui concerne notamment les injections hormonales (A). Le potentiel inconfort du slip chauffant a été évoqué par E. Ces méthodes seraient à développer selon B. Pour terminer, la vasectomie ne paraissait pas adaptée aux jeunes selon I et N entre autres : « *Je pense que c'est bien pour des personnes qui ont fait 1-2-3 enfants, enfin qui n'en veulent plus [...]. Enfin moi en étant jeune je ne sais pas ce que je veux plus tard* ».

5.3.4. Vaccination anti-HPV

Là aussi, une large majorité était ou se disait d'accord pour une éventuelle vaccination. À noter qu'un des participants était déjà vacciné (B) et un autre allait le faire (J). Plusieurs en tiraient même du positif : « *Autant le faire si on propose, c'est gagnant* » (L), « *C'est que du bonus* » (N). Mais une fois de plus, la question du manque de connaissances a été mise en avant : « *Je me serais d'abord informé* » (O), principalement dans le but de se rassurer (C, D).

Une des limites à l'expansion de la vaccination chez les jeunes hommes serait selon plusieurs l'âge auquel elle est proposée, les parents étant à cette période détenteurs du pouvoir de décision : « *Si on me l'avait proposée à cet âge-là, j'étais pas assez mature pour prendre cette décision seul donc je pense surtout que ce serait mes parents qui auraient grandement réfléchi pour moi* » (I), « *Sachant que c'est proposé de 11 à 14 ans, c'est les parents du coup j'imagine qui auraient plus la main dessus* » (L). Le contexte actuel pourrait être un élément favorisant le blocage de la vaccination : « *Je suis un peu réticent niveau vaccins surtout avec le contexte actuel* » (E), ce qui pourrait être amplifié par l'absence de communication sur le sujet : « *Je pense qu'il y a clairement un manque de communication dessus parce qu'on n'en a pas du tout entendu parler* » (T). Là encore, l'existence potentielle d'un effet indésirable du vaccin pouvait représenter un frein : « *J'en parlerais déjà avec mes parents [...] je me renseignerais et si vraiment je vois qu'il n'y a aucun risque oui mais s'il y a même un minime risque je prendrais pas le risque* » (C).

6. Abord du sujet par le médecin généraliste

Le premier constat a été que le sujet de la sexualité était rarement abordé par le médecin généraliste. Ici par exemple, seulement 3 de nos 20 participants ont déjà eu cette discussion avec lui. Pourtant, la plupart se sentirait plutôt à l'aise à avoir cette conversation parce que « *c'est son métier* » selon plusieurs personnes, bien qu'ils n'en ressentent pas forcément le besoin. Une majorité trouvait d'ailleurs que ce serait naturel, « *il doit se préoccuper de ma santé donc c'est normal qu'il m'en parle* » (A). Parmi ceux s'étant déjà retrouvés dans cette situation, un nous a rapporté l'avoir accueillie positivement : « *c'est normal [...] c'est même positif parce qu'il ose le demander alors qu'on pourrait justement en faire des tonnes [...] j'ai trouvé ça bien* » (L).

Un des participant a même soumis l'idée de réitérer l'intervention : *« de temps en temps, je pense que ça peut être bien, faire un point » (N).*

Les seuls freins évoqués seraient la présence des parents, comme l'a dit R : *« le souci c'est que quand on a 12-13 ans, on a souvent notre père ou notre mère quand on va chez le médecin, peut être que je serais plus à l'aise si j'étais tout seul avec le médecin »*, ainsi que la relation avec le médecin traitant. En effet, alors que certains étaient rassurés par la distance avec le professionnel, d'autres la trouvaient bénéfique comme M : *« tant que ce n'est pas avec quelqu'un de ma famille ça ne me gêne pas parce que je les vois plus souvent [...]. Alors que mon docteur, je le vois qu'une fois par an »*. Enfin, un des participants a soulevé l'absence de régularité des visites médicales dans l'adolescence : *« je la vois pas assez souvent pour parler de ça » (T).*

7. Pistes d'amélioration

Une meilleure communication semble primordiale.

Beaucoup ont exprimé l'envie de cours et d'interventions plus approfondis et plus nombreux, réalisés plutôt par des professionnels spécialisés, tels que gynécologues, médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes etc. Ceux-ci devraient selon eux être réalisés plus tard, par exemple la classe de cinquième étant jugée trop tôt par A. Des mises en garde systématiques par le médecin traitant, pour tous les adolescents, de manière répétée, ont d'ailleurs été soumises par K. Ils souhaitaient, dans l'ensemble, des discours rapides, courts et efficaces, sous forme de discussions ou de séances de questions-réponses. Quelques-uns préféraient que ceux-ci se tiennent par petits groupes comme N.

L'utilisation d'internet et des réseaux sociaux pourrait sembler utile pour l'apprentissage dans ce contexte-là. Certains ont évoqué des sites consacrés à ce thème, alors que d'autres mentionnaient les plateformes de streaming, des publicités, des vidéos. R a même formulé : *« Peut-être les publicités télé ça peut bien marcher aussi »*.

H, quant à lui, a proposé la distribution de flyers, et I de passer par le biais de bandes dessinées.

T a eu l'idée d'une journée consacrée à l'éducation à la sexualité, à l'instar de la JAPD.

Enfin, D a inclus notre discussion comme source potentielle d'informations : *« Par des interventions, comme vous, comme on a eu dans la scolarité »*.

DISCUSSION

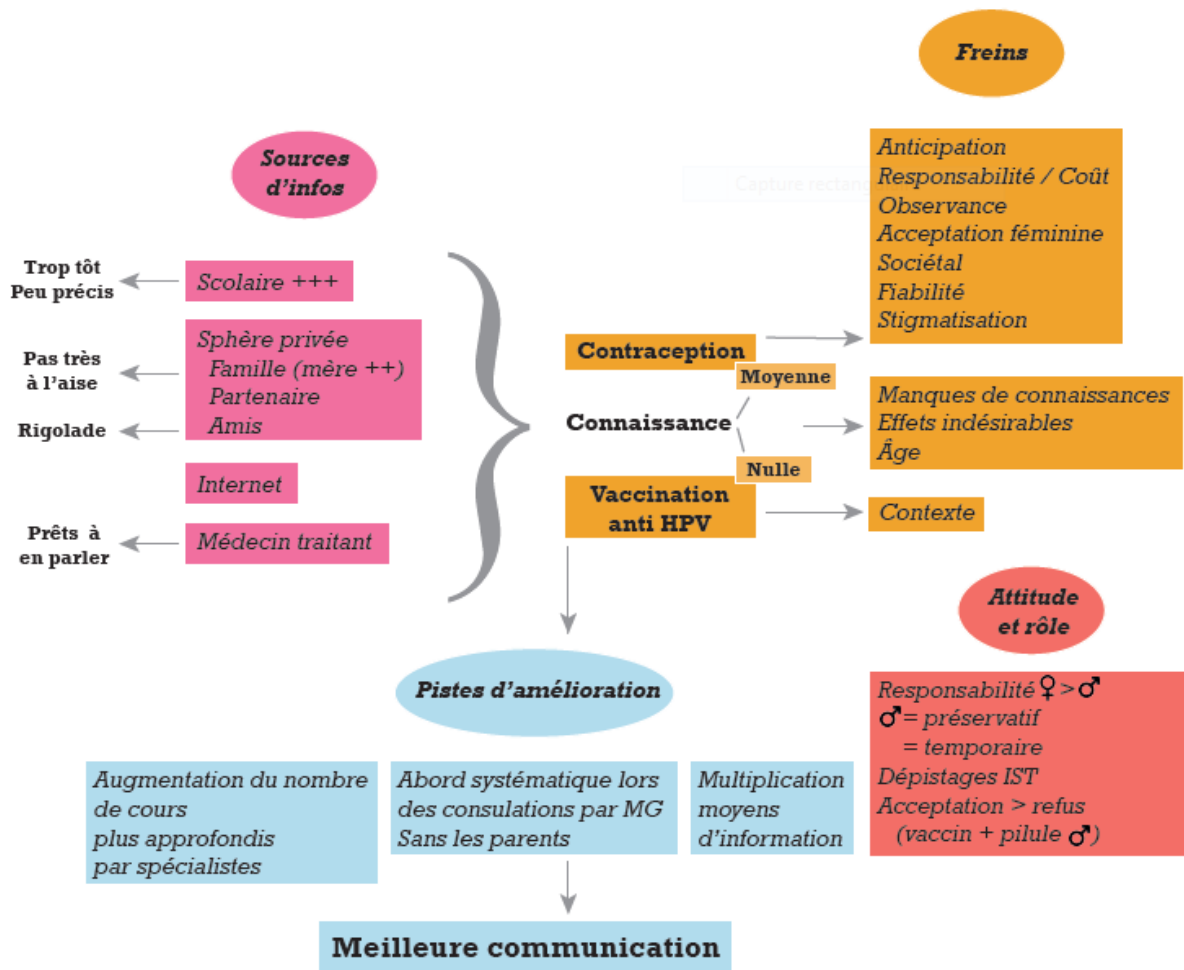


Figure 1 : Schéma explicatif

1. Principaux résultats et confrontation à la littérature

Notre étude avait pour objectif de recueillir l'avis de jeunes garçons de 15 à 25 ans à l'égard des risques liés à la sexualité. L'une des constatations faite au détour des vingt entretiens réalisés par visioconférence, était un manque de connaissances, tout particulièrement en ce qui concernait le papillomavirus. Cela engendrait quelques interrogations de leur part sur la vaccination, bien qu'une majorité l'envisageait. De la même manière, ces lacunes, ainsi que

d'éventuels effets indésirables, impactaient l'acceptation d'une pilule masculine. Ils se considéraient dans l'ensemble impliqués dans la contraception au sein du couple, majoritairement par l'utilisation du préservatif qui reste la méthode masculine de référence, les autres disponibles à ce jour étant jugées moins pratiques. Afin de limiter ces freins, le médecin traitant pourrait être un élément essentiel en améliorant la communication, pour le moment quelque peu insuffisante. Ces éléments sont synthétisés dans un schéma explicatif (*Figure 1*).

Comme rapporté précédemment, le manque de connaissances s'est imposé très rapidement au fil des entretiens. Paradoxalement, la majorité se considère bien informée et n'exprime pas le souhait d'obtenir davantage d'informations. Certains ont cependant pris conscience de leurs carences au cours de notre discussion. Ces observations se rapprochent des résultats obtenus par Marie SPRIET dans sa thèse « Regard des adolescents sur la contraception en 2015 » (19). Des interrogations sur la forme, et par conséquent l'apport des cours, ont été soulevées. En effet, l'article 22 de la loi du 04 juillet 2001 prévoit au moins trois cours d'éducation sexuelle par an, malheureusement, ceux-ci ne sont visiblement pas toujours dispensés. Bien qu'instructifs, ils sembleraient trop peu étayés et n'aborderaient que rarement le sujet du papillomavirus. Par conséquent, ce manque flagrant de connaissances impacte indirectement l'attitude des jeunes garçons en favorisant une certaine méfiance à l'égard d'une vaccination ou d'une potentielle pilule masculine, par peur des effets indésirables. Il en est de même pour les préservatifs, dont les interrogés méconnaissent une prise en charge par l'Assurance Maladie depuis le 10 décembre 2018. Pour pallier cela, l'augmentation du quota de cours administrés, dirigés par des professionnels et ayant un discours plus approfondi serait nécessaire. La multiplication des moyens d'informations serait intéressante avec notamment l'intervention des médias et d'internet, ayant de nos jours une place prédominante dans le mode de vie des jeunes.

Nous avons, par exemple, pu observer l'impact largement positif du court spot de publicité « les antibiotiques c'est pas automatique », lancé en 2002 (20). De meilleures connaissances passent également par une meilleure communication de la part du médecin généraliste, nous ayant parue insuffisante dans cette étude, le sujet n'ayant été abordé qu'avec trois de nos participants. Cela concorde avec les résultats de l'étude ECOGEN, dont les données ont été recueillies de décembre 2011 à avril 2012 et publiées dans la revue *Exercer* de mars 2021. Celle-ci montre que 18.7% des participants avait eu une discussion à ce sujet avec le professionnel de santé (21). Nous observons donc une stagnation de ces chiffres faibles malgré l'accessibilité à des moyens facilitant l'abord de la discussion comme l'outil « 5S », démontré efficace pour l'ouverture de la discussion autour de la sexualité et de ses risques (22). Un autre moyen d'y parvenir serait un échange seul à seul avec l'intéressé, sans la présence parentale ou familiale, avec lesquels les jeunes ressentent plus de difficultés à s'exprimer.

Une mesure de prévention est apparue bien connue des participants, il s'agit de la nécessité de réaliser un dépistage d'IST par une prise de sang, en anticipation de l'abandon du préservatif. Cependant, ce dernier reste la référence en matière de contraception chez les jeunes, devant la pilule, jugée moins fiable voire dangereuse. C'est par ce biais que les garçons se sentent concernés dans la contraception au sein du couple, par cela qu'ils définissent leur rôle pour la plupart. Cette implication est majorée par une discussion aisée avec la partenaire. Malgré tout, cette responsabilité pourrait être davantage partagée, comme le soulignent certains de nos interrogés ainsi que L. SMET et J. VALLEE dans leur thèse soutenue en 2012 intitulée « Implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception » (23). La gestion de la contraception par le couple et non plus par la femme seule se heurte aux représentations de la société, n'incluant que peu l'homme dans cette problématique, avec un souhait de ne pas modifier ce qui est ancré dans

les mœurs. Pour certains, il s'agirait là de faire évoluer les mentalités. Cette perception tend donc petit à petit à évoluer parallèlement aux mouvements visant à améliorer le rôle et les droits des femmes au sein de la société. On peut donc espérer, dans les années à venir, l'apparition d'autres méthodes contraceptives hormonales masculines, moins contraignantes que les injections, comme une pilule. L'acceptabilité de cette dernière a fait l'objet d'une recherche dans le cadre d'une thèse, qui interrogeait 3368 hommes français de plus de 16 ans. Le résultat est franc et conforte notre constatation, à savoir que cette méthode serait bien accueillie par une majorité, près de 62% dans cette étude de 2015(12).

Le contexte actuel pourrait jouer également sur l'acceptation de la vaccination contre le papillomavirus, en lien avec la méfiance vis-à-vis des vaccinations de manière plus générale. Pour autant, une majorité serait ou aurait été favorable à cette pratique, après l'apport de plus d'informations. Ceci nous ramène à la nécessité d'une meilleure communication. La thèse de Florence LASRI soutenue en 2019 prouve l'important taux d'acceptabilité de cette vaccination chez les hommes français de 18 à 26 ans, de l'ordre de 88%. Néanmoins, si ces résultats sont assimilables aux nôtres, l'étendue des connaissances ne l'est pas. En effet, selon eux, 531 participants sur 713 avaient déjà entendu parler de la vaccination contre le papillomavirus chez la femme et 312 chez l'homme, alors qu'une grande majorité de nos interrogés n'en avait pas connaissance (24).

2. Forces et faiblesses de l'étude

L'objectif initial de l'étude était d'interroger des adolescents de 15 à 19 ans révolus (définition OMS). Les premiers entretiens réalisés se sont révélés peu fournis de par le jeune âge

des participants et leur manque de connaissances sur le sujet. Bien que ceci a constitué un premier résultat interprétable, il ne nous permettait pas d'accéder à une de nos questions clés, à savoir l'acceptabilité de la vaccination anti-HPV. Nous avons pris la liberté d'introduire, après 6 entrevues, une section « informations » afin que leur avis puisse être recueilli. Cette première phase a également mis en évidence l'inexpérience des chercheuses avec des entretiens moins fluides, amenant à plus de questions fermées et potentiellement des réponses orientées. Nous avons donc pris la décision d'élargir la population cible jusqu'à l'âge de 25 ans révolus. Ayant été informés du sujet quelques temps avant l'entretien, dans l'objectif d'obtenir leur consentement éclairé, ceux-ci ont eu peut-être la possibilité de s'informer au préalable. Malgré les vingt entretiens réalisés, nous ne sommes pas parvenues à une entière saturation des données en ce qui concerne la contraception, avec notamment quelques nouvelles idées suite aux questions plus subjectives de l'ordre de la perception du rôle et des pistes d'amélioration.

Au contraire, cette saturation des données a très vite été atteinte pour le thème du Papillomavirus, par le manque de connaissance. Grâce aux informations fournies à la majorité des participants, cette intervention a pu avoir un impact positif sur leurs connaissances, tout comme les potentielles recherches qu'ils ont pu effectuer avant l'entrevue. Cette dernière a été programmée en visioconférence, ce qui a probablement eu un effet favorable sur la communication, en diminuant la gêne ressentie lors de la discussion, en instaurant un climat de confiance et parfois même une certaine familiarité de leur part. D'autre part, l'échantillon réunit des caractéristiques variées en termes d'âge, de catégories socio-professionnelles et d'expérience sexuelle. Nous avons pu garantir la validité interne de l'étude grâce à la triangulation des chercheuses. Une validation rétroactive a également été assurée par l'envoi des résultats à cinq de nos interrogés, dont trois nous ont rendu réponse. De plus, le guide d'entretien utilisé a

préalablement été étudié puis validé par notre directrice de thèse, Pr Catherine LAPORTE, ainsi que par Mme Cécile MIELE, psychologue-sexologue, ce qui nous a permis d'obtenir une expertise sur la gestion de l'entretien et les termes à ne pas utiliser dans ce contexte de sujet sensible lié à l'adolescent et au jeune adulte. Bien que de nombreuses thèses traitent du sujet de la contraception, ou à moindre mesure du papillomavirus, peu s'intéressent exclusivement aux jeunes garçons et aux deux thèmes. Enfin, grâce à cette recherche nous avons pu aborder différemment les consultations avec cette population mais également d'améliorer la communication.

CONCLUSION

Cette étude a permis de mettre en avant le manque de connaissances des jeunes hommes en matière de sexualité, particulièrement en ce qui concerne la contraception et d'autant plus le papillomavirus. Une meilleure communication serait bénéfique avec davantage d'interventions en milieu scolaire, plus précises et réalisées par des professionnels. Le médecin traitant joue un rôle clé dans la prévention des risques liés à la sexualité et il serait souhaitable que le sujet soit abordé de manière quasi-systématique lors des consultations, de préférence sans la présence parentale. Une réflexion doit avoir lieu afin d'améliorer l'information en s'adaptant au mode de vie actuel des jeunes adultes, par l'utilisation des réseaux sociaux, de spots de publicités, ou de vidéos par exemple. Globalement, cette population se sent impliquée dans la contraception au sein du couple, essentiellement par l'utilisation du préservatif, gage de fiabilité dans leur idée. La majorité se montre favorable au développement d'une pilule masculine et à la vaccination contre le papillomavirus bien qu'une peur des effets indésirables reste présente, mais semble pouvoir être surmontée par une meilleure information.

Doyen de la Faculté de Médecine :

Président du Jury :

Pierre CLAVELOU
Doyen-Directeur



A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'P. Clavelou', written over a faint circular stamp.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bajos N, Rahib D, Lydié N. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Santé Publique France. 2016;6.
2. Barrense-Dias Y, Akre C, Suris J-C. La sexualité à l'ère du numérique : les adolescents et le sexting 2.0, 2ème phase. 2019; Disponible sur:
https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_9B3C1B38071D.P001/REF
3. Cour F. Evolution sociétale de la sexualité. In: Urofrance [Internet]. 2013. Disponible sur:
https://www.urofrance.org/base-bibliographique/evolution-societale-de-la-sexualite?fbclid=IwAR190qx3P4H9hptEQW09fFl2z7fbE1fJ7-CwQM7helAiaE_DALfT5OGFOqc
4. Lewis R, Tanton C, Mercer C. Heterosexual Practices Among Young People in Britain: Evidence From Three National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. Journal of Adolescent Health. 2017;61:694-702.
5. Journée mondiale de la contraception. La contraception et les Françaises : une information suffisante ? [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
6. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. Études & Résultats. sept 2019; (1125):7.
7. Gaudelus J. Vaccination contre le papillomavirus : bilan et nouvelles extensions. La revue du Praticien. Janv 2019;69:6.

8. Papillomavirus : Tout savoir sur les Papillomavirus [Internet]. Papillomavirus. Disponible sur: <https://papillomavirus.fr/>
9. Infections à papillomavirus humain (HPV) [Internet]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV>
10. Lambourg A, Morlon F, Zabawa C, Mazalovic K. Connaissances et représentations des jeunes hommes (18-20 ans) en matière de contraception. *Exercer*. avr 2015;26(120):156-61.
11. Dasso M. Etude des représentations des hommes sur la contraception masculine à travers une enquête qualitative. Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2015.
12. Blanc L. Acceptabilité de la pilule contraceptive masculine : enquête auprès de 3368 hommes français [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01286859>
13. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception. Caen; 2016.
14. Rouquier A. Les obstacles à la contraception des jeunes filles de 15 à 19 ans, une étude qualitative en Haute-Loire. Clermont-Ferrand; 2014.
15. Pérus E. Connaissances et représentations des jeunes Héraultais en matière de contraception en 2013 : enquête qualitative auprès d'adolescents de 15 à 18 ans. Montpellier I; 2014.
16. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. sept 2007;19:349-57.

17. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Co-édition : GMSanté et CNGE productions. 2021. 192 p.
18. Noy C. Sampling Knowledge: The Hermeneutics of Snowball Sampling in Qualitative Research. Routledge. 2008;11(4):327-44.
19. Spriet M. Regard des adolescents sur la contraception en 2015 : enquête qualitative en Vendée auprès des garçons âgés de 15 à 18 ans. Nantes; 2015.
20. JANIN-MONARD E. « Les antibiotiques c'est pas automatique », 12 ans après, quels sont les changements laissés par ce slogan percutant ? [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.chu-besancon.fr/smfc/PDF201411/14-09-04.pdf>
21. Vergne C, Bayard S, Rieu-Clotet L, Carbonnel F, Lognos B, Millian E. Quels sont les domaines de prévention les plus fréquemment oubliés dans les consultations avec les adolescents et les jeunes adultes ? Exercer. mars 2021;(171):106-12.
22. Grandcolin S, Rodenbourg C, Birault F. Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? Exercer. juin 2013;24(110):96-96.
23. Smet L, Vallée J. L'implication des hommes de 18 à 50 ans dans la contraception. Étude qualitative en Rhône-Alpes. Exercer. 2012;23(104):210-1.
24. Lasri F. Vaccination anti-papillomavirus des jeunes hommes français de 18 à 26 ans : évaluation de l'acceptabilité et des connaissances par auto-questionnaires. Montpellier; 2019.

ANNEXES

FIGURE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

Thème	Questions	Items de relance
Sujet	Raconte-moi la dernière fois où le sujet de la sexualité a été abordé. Quels sont tes sentiments à l'évocation de ce sujet ?	Cours d'éducation sexuelle, classe, Médecin traitant, amis, famille Sous quelle forme, cours, discussions ... Ce qu'il en a pensé, avantages /inconvénients Ressenti
Contraception		
Expérience	As-tu déjà eu un ou une partenaire intime ? Raconte-nous un peu cette expérience, actuelle ou passée ?	Sujet abordé en couple ? / communication Si non, pourquoi ? (pudeur) Mode de contraception actuel ou passé ?
Connaissances	Est-ce que tu peux me parler des méthodes de contraception que tu connais, masculines ou féminines ? Comment as-tu eu connaissance de ces éléments ? Avec qui ou à quelle occasion as-tu pu en parler ?	<i>(Médecin traitant, médias, famille, amis, cours...)</i>
Ressenti	Que penses-tu de ton rôle dans la contraception au sein du couple ? Quel est ton avis sur la contraception masculine ? Accepterais-tu d'en utiliser une ?	Te sens-tu concerné par le sujet ? / Implication Ce qu'il en pense : efficacité /acceptabilité <i>(préservatifs, vasectomie, slip chauffant, injections hormonales)</i> Freins chez adolescents <i>(Connaissances, financier, sociétal, croyances / représentations (atteinte virilité, intégrité physique), contexte religieux)</i>
Papillomavirus		
Connaissances	Que sais-tu du papillomavirus ? Que sais-tu de la vaccination contre le HPV ? Comment as-tu eu connaissance de ces éléments ? Avec qui ou à quelle occasion as-tu pu en parler ?	Conséquences <i>(cancer utérus, vagin, pénis, anus, oropharyngés, condylomes, verrues génitales)</i> hommes/femmes moyens d'informations prévention Recommandations : on vaccine qui ? Disponibilité hommes ?
Expérience	Est-ce que toi ou ton entourage avez déjà été confronté à une infection sexuellement transmissible, au papillomavirus ou à sa vaccination ? Si on te le proposait/si on te l'avait proposé, accepterais-tu/aurais-tu accepté de te faire vacciner ?	Rapports sexuels non protégés ? Déjà touché par IST ? Sœur ? Vaccinée HPV ?
Général		
	Souhaiterais-tu plus d'informations à ce sujet ? De quelle manière souhaiterais-tu être informé ? Quel serait ton ressenti si ton médecin traitant abordait le sujet de la sexualité ?	Avant / maintenant As-tu déjà eu cette discussion avec ton médecin traitant ?

ANNEXE 1 : DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE

NOTE D'INFORMATION AU PATIENT

Attitude de l'adolescent masculin à l'égard de la prévention des conséquences liées à la sexualité

Madame, Monsieur,

Voici un ensemble d'informations sur l'étude à laquelle nous avons demandé à votre fils de participer. Avant de prendre une décision, il est important de lire attentivement cette note d'information afin de comprendre pourquoi cette recherche est menée et ce qu'elle implique. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles au médecin de l'étude.

L'objectif de l'étude est de comprendre l'attitude des adolescents masculins vis-à-vis des conséquences de la sexualité, à savoir leur implication dans la contraception et la prévention du papillomavirus. Nous les interrogerons sur leurs connaissances, leur expérience de manière générale, ainsi que leurs ressentis et attentes vis-à-vis des moyens d'informations et discussions avec le médecin traitant.

Pour cela, nous allons réaliser des **entretiens d'environ 20 min**, en visioconférence ou en présentiel au sein de cabinets de médecine générale. Cet entretien sera enregistré mais restera parfaitement **confidentiel et anonyme**, tout comme les données recueillies.

Aborder ce thème d'actualité nous permettra de recueillir des pistes pour l'amélioration de la responsabilisation des adolescents dans leur santé sexuelle.

Cette recherche a été examinée par le **comité éthique** du CNGE.

Protection de vos données personnelles :

Dans le cadre de cette recherche, le Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand est responsable de la mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel.

Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Une déclaration de l'étude a été déposée au **Coordinateur Informatiques et Liberté de l'UCA**.

Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit d'effacement de vos données personnelles ainsi que d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et traitées.

Pour exercer ces droits ou pour toute autre question sur le traitement des données, vous pouvez contacter un des investigateurs de l'étude.

Vous êtes libres d'accepter ou de refuser la participation de votre fils à cette recherche. De plus, vous pouvez exercer à tout moment votre droit de retrait de cette recherche.

Par ailleurs, vous pourrez être informés des résultats globaux de cette recherche à la fin de l'étude.

Nous vous remercions pour la participation de votre enfant à cette étude.

ATTESTATION DE NON OPPOSITION

Nom – Prénom de l'adolescent :

Je soussigné(e), Mr Mme (Nom Prénom) autorise mon enfant à participer à cette étude.

Date et Signature :

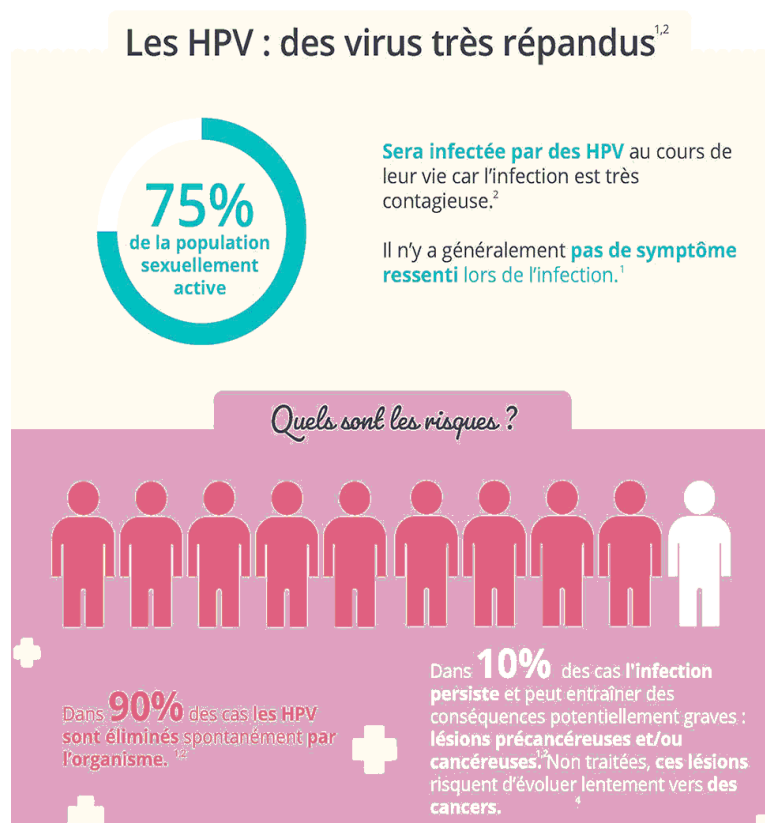
ANNEXE 2 : FICHE INFORMATION AUX PARTICIPANTS

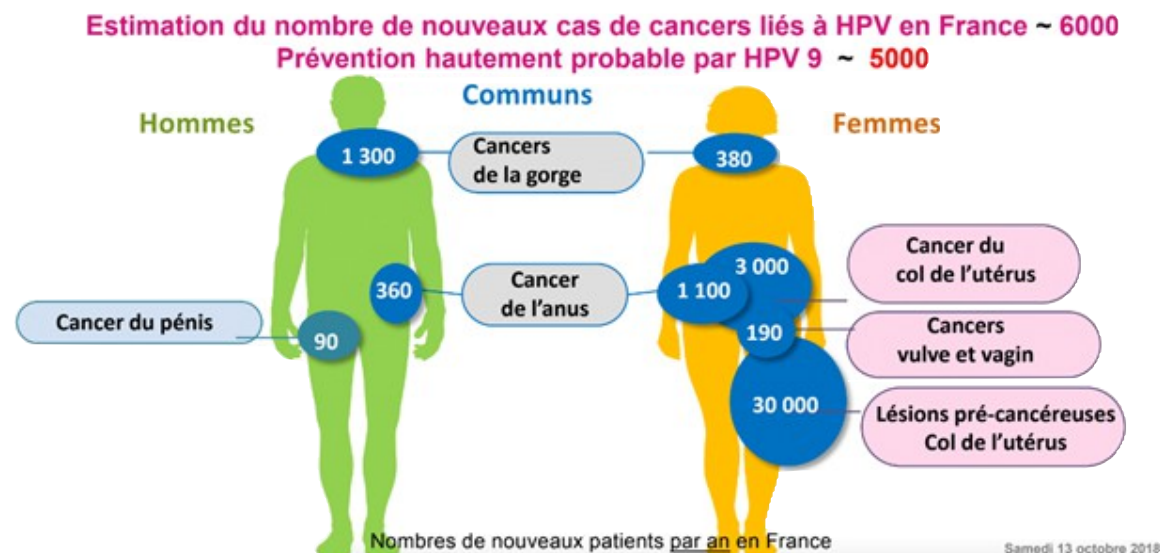
Suite à l'entretien que nous venons de réaliser, nous te remettons cette courte fiche informative. Si des interrogations apparaissent, tu peux contacter ton médecin traitant ou le planning familial le plus proche. Nous restons également disponibles pour répondre à des questions concernant ce travail ou si tu souhaites te rétracter sur certains de tes propos.

Planning familial :

- 0 800 08 11 11
- planning-familial.org

Les Papillomavirus en France





Comment se protéger ?

→ Se faire vacciner

- De 11 à 14 ans
- De 15 à 19 ans en rattrapage
- Filles ou garçons

→ *Le papillomavirus représente la première maladie sexuellement transmissible dans le monde, elle est responsable de 6300 cas de cancers par an, soit environ 17 cas par jour. A 20 ans, 40% des femmes sont infectées par différents types de HPV qui sont responsables de près de 100% des cancers du col de l'utérus, 70% des cancers du vagin, 40% des cancers de la vulve. Chez l'homme, 20% des lésions ano-génitales sont engendrées par ce virus qui provoque 90% des cancers de l'anus, 50% des cancers du pénis et 20 à 60% des cancers de l'oropharynx. Jusqu'à lors, la vaccination était proposée pour les jeunes filles de 11 à 14 ans avec possibilité de rattrapage jusqu'à 19 ans, ainsi qu'aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes jusqu'à l'âge de 26 ans. Depuis début 2021, ce vaccin est également conseillé aux jeunes garçons, quelle que soit leur orientation sexuelle.*

→ Pour plus d'informations : papillomavirus.fr

ANNEXE 3 : DÉCLARATION CNIL

Fiche de registre n°2020-xxx

Date de création de la fiche	(réservé au DPD)
Date de dernière mise à jour de la fiche	(réservé au DPD)
Nom de l'interne et du directeur de thèse	Mme MARTIN Julie, médecin généraliste Mme PETILLAT Alix, médecin généraliste D Mme LAPORTE Catherine, Médecin généraliste à Clermont-Ferrand, MD, PhD, MCU
Titre de l'étude	Comment se positionne l'adolescent masculin dans la prévention des conséquences liées à la sexualité ? (Contraception et HPV)
Service chargé de la mise en œuvre du traitement	Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand
Pièces jointes (<i>questionnaire, protocole (méthode de recherche), informations délivrées et consentements demandés etc.</i>)	Fiche de thèse Guide d'entretien Fiche informations

1. Objectifs de l'étude

Décrivez clairement l'objet du traitement de données personnelles et ses fonctionnalités.

L'objectif de l'étude est de comprendre la position de l'adolescent masculin vis-à-vis des conséquences de la sexualité, à savoir son implication dans la contraception et la prévention du papillomavirus.

Réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des adolescents masculins, nous permettant de les questionner sur leurs connaissances sur le sujet, leur expérience ainsi que leur ressenti et attentes. Nous nous intéresserons à leurs avis sur la vaccination HPV chez les jeunes garçons et à la communication avec leur médecin traitant.

Enregistrements audio-phoniques des entretiens et retranscriptions mot-à-mot des données pour analyse des contenus.

2. Population étudiée

Détaillez vos critères d'inclusion et de non-inclusion

- Adolescents 15-19 ans
- Sexe masculin
- Vivant en milieu rural ou urbain
- En formation générale ou professionnelle
- En Auvergne

3. Catégories de données collectées

3.1. Listez les différentes données collectées et traitées

État civil, identité, données d'identification, images (*nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, situation militaire, etc.*)

- ▶ Prénom, sexe, âge et commune d'habitation

Vie personnelle (*habitudes de vie, situation familiale, consommation, loisirs, éléments comportementaux, etc.*)

- ▶ Profession des parents, religion

Vie professionnelle (*CV, situation professionnelle, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.*)

- ▶ Scolarité et formation en cours

Données issues de l'utilisation des médias et des moyens de communication (*enregistrement audio ou vidéo, transmission par courriel, etc.*)

- ▶ Adresses mails des participants recueillies afin de permettre l'envoi des résultats de l'étude s'ils le souhaitent.
- ▶ Enregistrements audios
- ▶ Numéros de téléphone

3.2. Des données sensibles sont-elles traitées ?

*La collecte de certaines données, particulièrement sensibles, est strictement encadrée par le RGPD et requiert une vigilance particulière. Il s'agit des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale des personnes, des données génétiques et biométriques, **des données concernant la santé (toutes les données, y compris le recueil de représentations ou d'opinions vis-à-vis de sa maladie)**, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes, des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions, ainsi que du numéro d'identification national unique (NIR ou numéro de sécurité sociale).*

X Oui

Non

Si oui, lesquelles ?

- ▶ Données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes
- ▶ Données concernant les convictions religieuses
- ▶ Données concernant la santé

3.3. Durée de conservation des catégories de données

Combien de temps conservez-vous ces informations ?

..... Jours Mois Ans

X Autre durée (si vous ne pouvez pas indiquer une durée chiffrée, précisez les critères utilisés pour déterminer le délai d'effacement, par exemple, 3 ans à compter de la fin de la relation contractuelle) :

2 ans à compter du jour de la soutenance

Si les catégories de données ne sont pas soumises aux mêmes durées de conservation, ces différentes durées doivent apparaître dans le registre.

3.4. Catégories de destinataires des données

Destinataires internes (exemples : entité ou service, catégories de personnes habilitées, etc.)

1. Mme MARTIN Julie, médecin généraliste
2. Mme PETILLAT Alix, médecin généraliste
3. Dr LAPORTE Catherine, Médecin généraliste, MD, PhD, MCU

Organismes externes (exemples : filiales, partenaires, etc.)

Partenaire : Mme MIELE Cécile, psychologue sexologue au CHU de CLERMONT FERRAND

Sous-traitants (Exemples : hébergeurs, prestataires et maintenance informatiques, etc.)

3.5. Transferts des données hors UE

Dans le cadre d'études multicentriques avec pays hors UE

Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ?

Oui

X Non

Dans des situations particulières (transfert vers un pays tiers non couvert par une décision d'adéquation de la Commission européenne, et sans les garanties mentionnées aux articles 46 et 47 du RGPD), des garanties spécifiques devront être prévues et documentées dans le registre (article 49 du RGPD). Consultez le site de la CNIL.

3.6. Mesures de sécurité

Décrivez les mesures de sécurité organisationnelles et techniques prévues pour préserver la confidentialité des données.

Le niveau de sécurité doit être adapté aux risques soulevés par le traitement. Les exemples suivants constituent des garanties de base à prévoir et peuvent devoir être complétés.

Contrôle d'accès des utilisateurs

Décrivez les mesures :

- ▶ UCA drive et messagerie Zimbra (identifiant ENT pour UCA) utilisée pour la transmission des données issues des entretiens entre destinataires internes et organismes externes.

Sauvegarde des données

Décrivez les modalités :

- ▶ Données enregistrées via le serveur UCA éliminées **2 ans** après soutenance de l'étude.
- ▶ Stockage des données dans ordinateurs personnels

Chiffrement des données

Décrivez les mesures (exemples : site accessible en https, utilisation de TLS, etc.) :

- ▶ Échange des données via UCA Drive, connexion avec TLS

Méthodologie de référence

Notre étude est : MR 003 (recherches impliquant la personne humaine pour lesquelles la personne concernée ne s'oppose pas à participer après avoir été informée, plus précisément, les recherches non interventionnelles et les essais cliniques de médicaments par grappe).

SERMENT D'HIPPOCRATE

I

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

II

En présence des Maîtres de cette FACULTÉ et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure 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 je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis 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 et reconnaissant 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 d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

ATTITUDE DES JEUNES GARÇONS DE 15 À 25 ANS À L'ÉGARD DES RISQUES

LIÉS À LA SEXUALITÉ

RÉSUMÉ

CONTEXTE : L'âge moyen des premiers rapports sexuels en France se situe à 17 ans depuis maintenant une dizaine d'années. Nous observons cependant une modification des pratiques sexuelles. Bien qu'ayant tendance à la diminution, le taux d'interruptions volontaires de grossesses stagne depuis une dizaine d'années malgré de nombreuses réformes facilitant l'accès à la contraception. Au cours de sa vie, 75% de la population sexuellement active sera infectée par un papillomavirus, ce qui en fait la maladie sexuellement transmissible la plus répandue. Une nouvelle recommandation de la HAS a fait son apparition début 2021 proposant la vaccination aux jeunes garçons.

OBJECTIF : L'objectif de l'étude est de recueillir l'avis de jeunes garçons sur leur rôle dans la contraception au sein du couple ainsi que leur acceptation d'une potentielle pilule masculine et de la vaccination contre le papillomavirus.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-dirigés auprès d'un panel diversifié de 20 garçons âgés de 15 à 25 ans révolus, de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Inclusion jusqu'à saturation théorique des données. Analyse thématique indépendante par deux chercheuses.

RÉSULTATS : Les jeunes participants manquaient de connaissances, tout particulièrement en ce qui concernait le papillomavirus. Cela engendrait quelques interrogations de leur part sur la vaccination, bien qu'une majorité l'envisageait. De la même manière, ces lacunes, ainsi que d'éventuels effets indésirables, impactaient l'acceptation d'une pilule masculine. Ils se considéraient dans l'ensemble impliqués dans la contraception au sein du couple, majoritairement par l'utilisation du préservatif qui reste la méthode masculine de référence, les autres disponibles à ce jour étant jugées moins pratiques. Afin de limiter ces freins, le médecin traitant pourrait être un élément essentiel en améliorant la communication, pour le moment quelque peu insuffisante.

CONCLUSION : L'acceptation d'une nouvelle contraception hormonale masculine ainsi que de la vaccination contre le papillomavirus pourrait être favorisée par une meilleure communication. D'une part, le médecin traitant pourrait prendre une place plus importante dans la prévention par une information plus régulière. D'autre part, davantage d'interventions en milieu scolaire seraient souhaitables, tout comme le développement d'autres modes de communication plus adaptés à cette génération.

MOTS CLÉS :

Adolescents

Sexualité

Médecin généraliste

Contraception

Contraception masculine

Papillomavirus