



De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ?

Justine Achard, Martin Jousset

► To cite this version:

Justine Achard, Martin Jousset. De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ?. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03690672

HAL Id: dumas-03690672

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03690672>

Submitted on 8 Jun 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

DE QUELLE MANIÈRE SONT ABORDÉES LES QUESTIONS RELATIVES À LA
SEXUALITÉ, AUX IST ET À LA CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS
DE SEXE MASCULIN EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE ?

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Justine ACHARD

[Données à caractère personnel]

Et M. Martin JOUSSET

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 17/05/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

M. le Pr Jacques BOUCHAUD (directeur de thèse)

Mme le Dr Fabienne SAILLARD

M. le Pr Dominique PLANTAZ

M. le Pr Pierre RAY

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVEY Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERARD DUMESTRE Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSALT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PLAN DE LA THÈSE

INTRODUCTION (p. 12)

MATERIELS ET METHODES (p. 14)

I – Choix de la méthode (p. 14)

II – Bibliographie (p.14)

III – La question de recherche (p. 15)

IV – La population cible (p. 15)

V – L'élaboration du guide d'entretien (p. 16)

VI – Le recueil des données (p. 16)

VII – Saisie et analyse des données (p. 17)

VIII – Travail en binôme (p. 17)

RÉSULTATS (p. 18)

I – Caractéristiques des interviewés (p. 18)

A – Âge (p. 18)

B – Sexe (p. 18)

C – Nombre de consultations (p. 19)

D – Zone d'exercice (p. 19)

E – Mode d'exercice (p. 19)

F – Formations spécifiques (p. 20)

II – La consultation médecin-adolescent : un entretien singulier (p. 20)

A – Les adolescents de sexe masculin: une population très peu vue par le médecin généraliste (p. 20)

B – Les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception sont amenées sur la base de motifs variés (p. 21)

a – En réponse à une demande explicite (p. 21)

b – Suite à un problème aigu en rapport avec ces sujets (p. 23)

c – Dans le cadre d'une consultation de prévention (p. 24)

C – Des thèmes abordés de façon marginale (p. 26)

D – Des thèmes traités de manière inégale (p. 27)

III – Des facteurs nombreux et variés influencent l'abord de ces questions (p. 28)

A – La relation médecin-patient (p. 28)

B – Mettre à l'aise / Gêner (p. 30)

C – La représentation du rôle du médecin généraliste (p. 35)

D – Les idées reçues (p. 36)

- E – L'influence de l'expérience personnelle (p. 42)
- F – D'autres acteurs peuvent entrer en jeu (p. 43)
- G – Les connaissances théoriques (p. 50)
- H – Les facteurs logistiques (p. 55)
- I – L'utilisation de supports divers (p. 58)

DISCUSSION (p. 61)

I – Limites de l'étude (p. 61)

- A – Biais de recrutement (p. 61)
- B – Biais d'interaction (p. 61)
- C – Biais d'intervention (p. 61)
- D – Biais d'interprétation (p. 61)

II – Discussion des résultats (p. 62)

- A – Les spécificités de la consultation avec l'adolescent de sexe masculin (p. 62)
- B – Des thématiques propres à l'adolescent garçon « mal maîtrisées » (p. 65)
 - a – La contraception masculine (p. 66)
 - b – L'orientation sexuelle et l'identité de genre (p. 67)
 - c – La prescription de la PrEP (p. 68)
 - d – L'HPV chez le garçon (p. 68)
 - e – La pornographie (p. 69)
 - f – Le « chem sex » (p. 70)
- C – Des propositions d'amélioration pour une meilleure prise en charge (p. 71)
 - a – La consultation dédiée (p. 71)
 - b – Créer un lien avec l'école (p. 72)
 - c – Les campagnes promotionnelles (p. 73)
 - d – Internet et les réseaux sociaux (p. 73)
 - e – La coopération et le travail en réseau (p. 75)
 - f – La téléconsultation (p. 78)

CONCLUSION (p. 79)

BIBLIOGRAPHIE (p. 81)

ANNEXES (p. 86)

SERMENT D'HIPPOCRATE (p. 90)

Remerciements Martin

Au Pr Jacques Bouchaud, merci de nous avoir fait l'honneur de diriger cette thèse à nos côtés.

Au Pr Patrick Imbert, recevez ma sincère gratitude pour nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Au Pr Dominique Plantaz et au Pr Pierre Ray, mes sincères remerciements pour avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Au Dr Fabienne Saillard, des remerciements tout particuliers pour ta présence dans mon jury de thèse, après avoir été une maîtresse de stage si attentionnée pour moi.

Aux médecins qui m'ont accompagné tout au long de cet internat : les Drs Croze, Boisset et Decorde en UPL, le Dr Moalic en gériatrie, les Drs Saillard, Durocher, Boyer et Roux en SASPAS, les Dr Lomberty, Kieffer, Ferlay, Arnaud, Gay et Lassagne aux CNPR.

Une attention pleine de tendresse à l'équipe des Consultations Non Programmées de Rumilly : merci pour votre bienveillance tout au long de ce stage, qui m'a aidée à achever ce travail sereinement.

A Justine, ma co-thésarde et ancienne coloc, je suis heureux qu'on ait mené ce travail à terme tous les deux.

Aux copains de tous horizons : les Tourangeaux de mes études, les Grenoblois de l'internat, mention particulière à Alexis et nos 2 années de coloc, et bien sûr les vieux de la vieille Imran, Grace, Kévin, Benjamin et Laurent.

A ma famille : mon père, ma mère, Magali, grand-père et grand-mère, mamie (et papi), Paul, Emma, Hugo, mes oncles et tantes, et tous les cousins et cousines, je pense à vous.

A Théo, pour m'avoir accueilli si gentiment à la maison, et intégré à la coloc.

Et enfin, à Laura, pour être toi tout simplement, et pour m'apporter tant au quotidien.

Remerciements Justine

Au Pr Patrick IMBERT

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

Au Pr Jacques BOUCHAUD

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour vos conseils.

Au Dr Fabienne SAILLARD

Au Pr Pierre RAY

Au Pr Dominique PLANTAZ

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce travail en acceptant de siéger à ce jury. Soyez assurés de notre reconnaissance.

Mes parents, à qui je n'ai pas rendu la vie facile, alors que vous avez tout fait pour faciliter la mienne. Je ne vous remercierais jamais assez, votre patience et votre coaching, « concentrée et efficace » m'aura beaucoup aidée, et m'aide encore. Merci également pour votre soutien dans mes futurs projets.

A **Coco** qui a ouvert la voie, **Tristan** qui l'a courageusement continué malgré nos mises en garde, et **Salomé** la petite sœur parfaite (qui a tout le temps pour faire ce qui lui plaît !). Merci de m'avoir soutenue chacun à votre façon, vous avez été supers !

A **Gp et Maminou**. Vous m'avez bichonné toute ma P1, à base de réconfort et de cappuccino. Vous avez été une aide solide dans ma réussite de cette année difficile de la PACES.

A **Claudine** pour cette coloc mémorable. Entre bringues et doutes, on s'est toujours soutenues, et surtout bien marrées. Un peu d'insouciance dans ces études stressantes, ça fait du bien.

A **Mélina**, sur qui je peux toujours compter. Tu n'avais aucun doute sur ma réussite, et tu ne comprenais pas que j'ai l'impression de m'être plantée à mes examens. Car tu as toujours cru en moi. Merci pour tout

A **Estelle**, avec qui tout est possible. Fonceuse, forte, tu es incroyable et tu auras été une aide incroyable pendant cet externat. A chaque problème sa solution pendant 3 ans de galère, mais avec le sourire, et beaucoup de fous rires. On l'aura fait !

A **Badr**, qui a toujours été là et convaincu par le réconfort par la nourriture. J'aurais mangé la moitié de la boulangerie et des étagères entières de crème de marrons. Et ça marche.

Aux **Copains de la slack** avec qui j'ai passé des super moments, et avec qui j'arrivais à oublier la médecine. Un tipunch et ça repart !

A **LA coloc**, Galmax, Nenette, CroQ, Mimitte, sans qui le semestre à Sallanches n'aurait pas été le même. Un grand merci à vous.

A **Caro, Jb, Victo, CroQ, Alex, Clara**. Tant de semestres avec vous mais on ne s'en lasse pas ! J'ai hâte de continuer à partager des choses avec vous, et je compte sur vous pour rester dans la région !

Aux **Kinés de la Majike**, Pac, Lolita, Paf, Bubu (paix à ton âme), Vdb, Sebseb, Caro, Guizmo, Charlou, la Dod... Merci pour tous ces moments de fête qui ont illuminé mes études, depuis de nombreuses années maintenant.

Aux **Copines de la danse**, qui me font oublier les galères actuelles. La fin des études, le début des remplacements et des responsabilités. Je sais que je peux compter sur vous et ça fait du bien.

A **Martin**, mon ancien coloc et maintenant cothésard. On se sera soutenu pendant l'internat, pour la thèse... Un bon travail d'équipe. Merci à toi.

Et enfin à **Steph**. Tu en auras eu du courage et de la patience. Je ne te remercierais jamais assez. Je te décerne la palme d'or pour m'avoir supportée au quotidien pendant 8 ans ! Je t'aime.

GLOSSAIRE

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

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

COREVIH : Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH et les IST

EVARS : Planning familial Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle

HPV : human papillomavirus

HSH : homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

IST : infection sexuellement transmissible

LGBT : communauté incluant les personnes lesbiennes, gays, bisexuels, ou transgenres

PreP : prophylaxie pré exposition au VIH

SISA : société interprofessionnelle de soins ambulatoires

SPF : Santé Publique France

INTRODUCTION

L'OMS définit l'adolescence comme la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, s'étalant de 10 à 19 ans (1). Elle est considérée comme un temps de croissance et de modifications importantes chez l'individu. Parmi celles-ci, l'adoption de schémas comportementaux peut à terme protéger leur santé ou au contraire la mettre en péril. Ces schémas sont en lien avec l'alimentation, l'activité physique mais aussi la vie sexuelle.

La santé sexuelle a été définie par l'OMS en 1974 (2) comme « *une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence* ».

Cette approche est possible grâce à plusieurs prérequis. Tout d'abord, il est nécessaire d'avoir l'accès à des informations fiables sur la sexualité et sur les risques qui en découlent. Ensuite, il faut avoir accès aux soins de santé sexuelle. Enfin, le milieu dans lequel évoluent les individus doit être un environnement favorable pour promouvoir la santé sexuelle.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en augmentation chez les jeunes français (3) entre 15 et 24 ans, notamment les infections à Chlamydia et à Gonocoque, en raison d'une baisse de l'utilisation du préservatif et d'un nombre de partenaires plus important. Les infections à VIH semblent elles plutôt stables. Le sondage IFOP/Sidaction de 2021 (4) dresse un constat alarmant des connaissances des jeunes sur le VIH, avec une augmentation des idées reçues et des fausses informations. Ils s'estiment moins bien informés qu'auparavant et la peur du virus est en nette diminution.

Les méthodes contraceptives les plus utilisées en France (5) sont la pilule (60% des femmes utilisant cette contraception), le stérilet (23%) et le préservatif (10%). Les Françaises sont au premier rang mondial sur l'utilisation des méthodes de contraception dites « médicales », notamment grâce à la loi Neuwirth de 1967 (6) autorisant l'utilisation de contraceptifs. Cependant, deux tiers des grossesses non désirées surviennent chez des femmes déclarant utiliser une méthode de contraception.

Les adolescents citent peu leur médecin traitant comme un interlocuteur potentiel pour l'abord des thèmes autour de la sexualité (7). Ils se tournent volontiers

vers d'autres sources d'information comme Internet, avec les risques d'informations erronées que cela implique, voire d'éducation via la pornographie. Entre gêne intime et peur du jugement, les difficultés restent nombreuses. Certains ont une représentation imprécise du champ d'action du médecin généraliste et ne savent pas qu'ils peuvent en parler. Cependant, 97% des adolescents ont au moins une attente envers leur médecin sur ce thème. Ils souhaitent avant tout des informations fiables et une écoute bienveillante. Il semblerait que les adolescents soient plus à l'aise si le médecin abordait le sujet.

L'adolescent de sexe masculin constitue une population particulière car peu vue en consultation. En effet, les jeunes filles consultent plus, du fait de la prescription d'une première contraception, d'un examen gynécologique, ou encore d'anomalies du cycle menstruel (8). Les garçons peuvent alors être exclus et donc se sentir moins concernés, notamment au sujet de la contraception. La responsabilisation de tous les adolescents, quelque soit leur sexe, est donc un enjeu clé pour améliorer les connaissances pour une sexualité épanouie et sans risque.

Ainsi, l'adolescence est une période clé dans l'acquisition de comportements qui influencent par la suite l'état de santé de l'individu. Les connaissances sont en déclin, ce qui favorise les infections ainsi que les grossesses non désirées. Les messages de prévention doivent donc être accentués. Le rôle du médecin généraliste est alors primordial. Nous nous sommes intéressés dans cette thèse à la façon dont les thèmes de la sexualité, de la contraception et des IST sont abordés en consultation de médecine générale. Le but est de dresser un état des lieux et d'envisager des pistes d'amélioration pour le futur.

MATERIELS ET METHODES

I – Choix de la méthode.

Il s'agit d'une étude qualitative effectuée auprès de médecins généralistes des départements d'Isère et de Haute-Savoie.

La méthode qualitative consiste à recueillir des données verbales non chiffrées, dans notre cas par le biais d'entretiens. Nos entretiens sont semi-dirigés, abordant des thèmes déjà pensés en amont mais avec une liberté dans l'ordre et la présentation (9).

L'analyse qualitative s'inscrit dans une démarche interprétative, s'appuyant sur la description, l'analyse et l'interprétation de ces données. Nous cherchions des données subjectives des médecins sur leur abord de la sexualité chez les adolescents, qui est un sujet parfois délicat. Ce type de méthode est donc le plus adapté à notre question de recherche, car elle permet de recueillir les opinions et le vécu des personnes interrogées et d'analyser leurs comportements et leurs émotions.

De plus, c'est une méthode de recherche qui se développe énormément ces derniers temps dans le domaine de la médecine et de la santé publique, car elle permet d'appréhender des phénomènes complexes, avec un éclairage pluridisciplinaire nécessaire (9).

II – Bibliographie.

La bibliographie initiale pour l'introduction a été établie à partir des mots-clés suivants : « adolescents », « contraception », « infection sexuellement transmissible », « sexualité », « médecin généraliste ». Ils ont ensuite été traduits en anglais, langue de référence dans les publications scientifiques et médicales. Les moteurs de recherche utilisés étaient les suivants : PubMed, la Cochrane Library, le SUDOC (Système Universitaire de Documentation), Google, Google Scholar, Cairn, LiSSa et CISMef, afin de trouver les articles scientifiques, thèses et recommandations correspondant à notre sujet. Les articles ont ensuite été classifiés selon leur pertinence, leur niveau de preuves et leur date de parution.

Dans un second temps, après l'analyse des données de nos entretiens, nous avons effectué de nouvelles recherches bibliographiques afin de les discuter et de les

confronter. Nous avons pour cela utilisé les mêmes moteurs de recherche et fait des recherches sur chaque thème mis en évidence par nos résultats.

III – La question de recherche.

Notre question de recherche est restée la même que celle déterminée dans notre fiche de projet de thèse initiale. En effet, nous nous sommes rendu compte que les médecins interrogés dérivait fréquemment sur la façon dont ils parlaient de ces sujets avec les jeunes filles. L'abord des thématiques de la sexualité, des IST et de la contraception avec les garçons n'était pas évident dans leur pratique quotidienne ce qui soulevait une problématique que nous avons souhaité exploiter. Ainsi, notre question de recherche est restée « Comment sont abordées les questions en lien avec la sexualité, les IST et la contraception chez les adolescents de sexe masculin dans le cadre des consultations de médecine générale ? ».

IV – La population cible.

Nous avons décidé d'interroger des médecins généralistes d'Isère et de Haute-Savoie, départements dans lesquels nous avons déjà effectué des stages au cours de notre internat. Pour ce faire, nous avons utilisé le moteur de recherche Google et avons appelé dans les différents cabinets de médecine générale de ces départements pour proposer nos entretiens.

Pour avoir une population diversifiée, nous avons misé sur un échantillonnage en variation maximale afin d'obtenir les résultats les plus intéressants et variés possibles. Ainsi, notre population d'étude se base au final sur 19 médecins généralistes : 14 en Haute Savoie, 5 en Isère. Les critères d'échantillonnage sont l'âge, le sexe, le type d'exercice, l'ancienneté d'installation, le nombre de consultations par jour et les formations complémentaires. Ces informations nous ont parues pertinentes pour constituer une population d'étude variée.

Les principales raisons de refus de participation à notre étude étaient le manque de temps, le manque d'intérêt pour le sujet, et l'absence de réponse ou la difficulté à joindre le médecin.

V – L'élaboration du guide d'entretien.

Le guide d'entretien correspond à une trame de questions ouvertes, réalisée au préalable. Les questions posées sont concises et claires, allant du domaine général au plus spécifique. Des questions de relance sont également prévues, en cas de blocage lors de l'entretien.

Le guide permet d'explorer plusieurs thèmes autour de la santé sexuelle des adolescents.

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés à leur vécu, en leur demandant de raconter la dernière consultation où ces thèmes avaient été abordés, ce qui permet aussi de débiter l'entretien de façon moins formelle.

Dans un second temps, nous leur avons demandé les circonstances, les motifs qui peuvent les amener à aborder ces questions au cours d'une consultation.

Puis nous avons également cherché à connaître leurs difficultés et réticences, pour mieux envisager leurs représentations et les freins à parler de ces sujets.

Nous leur avons ensuite demandé s'il y a eu des évolutions au cours de leur parcours.

Enfin, nous avons discuté avec eux des suggestions pour améliorer l'abord de ces sujets importants auprès des adolescents de sexe masculin. En effet, cette question nous a permis de réfléchir à certains aspects dans le cadre de la discussion.

Le guide n'a pas été amené à changer au cours de la phase de réalisation des entretiens. En revanche, les reformulations étaient plus nombreuses dans le but de fluidifier les échanges.

Le guide d'entretien est disponible en annexe : *Annexe n°1*.

VI – Le recueil des données.

Il s'est déroulé sur la période de mars 2021 à juin 2021, sur des temps que nous avons pris en fonction de nos stages respectifs.

Les entretiens ont été réalisés de façon strictement individuelle, nous n'avons pas jugé nécessaire ni eu l'opportunité de faire des focus groups. Nous nous sommes efforcés d'appliquer les méthodes de communication apprises lors de notre cursus.

Ces entretiens ont eu lieu soit en présentiel dans le cabinet du médecin interrogé, soit via une plateforme numérique. Chaque médecin interrogé a signé un formulaire de consentement type, disponible en annexe : *Annexe n°2*.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord de chaque médecin interrogé par le biais de dictaphones dédiés, déclenchés en début d'entretien puis laissés de côté afin qu'ils soient oubliés et perturbent le moins possible les échanges.

La suffisance des données a été définie comme l'absence de nouvelle information à la suite de deux entretiens successifs.

VII – Saisie et analyse des données.

Les données brutes ainsi obtenues ont été ensuite retranscrites sous forme de verbatim, qui est considéré comme l'outil de base en analyse qualitative. Lors de cette retranscription, réalisée par chaque intervieweur pour les entretiens qu'il avait recueilli, nous nous sommes efforcés de retranscrire l'intégralité du verbal, en évoquant aussi le non verbal. L'anonymat de chaque médecin a été garanti par la numérotation de chaque entretien, suivie de nos initiales.

Nous avons réalisé dans un premier temps une **analyse longitudinale** à la suite de la retranscription de chaque entretien. Chaque verbatim a été séquencé, c'est-à-dire découpé en unités de sens, puis rattaché à une idée.

Nous avons donc réalisé ce processus individuellement, avant de procéder à une triangulation mettant en évidence des points de désaccord, qui ont été discutés un à un pour aboutir à une prise de décision.

Ensuite, nous avons procédé à une **analyse transversale**, en regroupant les codes obtenus par catégories, ce qui a permis de dégager les grandes thématiques de nos entretiens et ainsi aboutir à notre plan de thèse.

VIII – Travail en binôme

Ce travail de thèse a été réalisé en binôme, conformément à la méthode d'analyse qualitative, et ce pour augmenter la validité externe des résultats obtenus.

Ainsi, cela nous a permis de limiter au mieux les biais d'interprétation et de rester le plus fidèles possible au contenu des entretiens.

L'analyse a donc été réalisée individuellement dans un premier temps, avant d'être mise en commun.

RÉSULTATS

I - Caractéristiques des interviewés.

Au total, nous avons interrogé 19 médecins généralistes, 14 en Haute-Savoie et 5 en Isère. Nous cherchions à avoir une population hétérogène, afin d'avoir des points de vue les plus variés possible.

Les critères d'échantillonnage sont le sexe, l'âge, du nombre de consultations par jour, de leur mode d'activité, leurs formations spécifiques, et leur statut professionnel.

A – Âge.

Les âges des participants interrogés au cours de cette étude vont de 27 à 62 ans. Nous les avons classés par tranche d'âge dans le tableau ci-dessous pour une meilleure visibilité.

Tranche d'âge	< 30 ans	30 – 40 ans	40 – 50 ans	50 – 60 ans	> 60 ans
Nombre d'interviewés	4	5	3	5	2

B – Sexe.

Les médecins interrogés sont majoritairement des femmes. En effet, notre étude compte 12 femmes pour 7 hommes, soit 63% de femmes contre 37% d'hommes.

C – Nombre de consultations.

La demande en médecine générale étant très fluctuante, il existe une grande variabilité inter et intra individuelle. Certains ont donné un nombre précis de consultations, d'autres ont donné un intervalle. Le nombre de consultations par jour par médecin est en moyenne de 23,2, compris dans un intervalle de 15 à 30 consultations par jour.

D – Zone d'exercice.

Les lieux d'activité se découpent en 4 catégories : médecine rurale, semi rurale, urbaine, et en station de ski. En résumé, on retrouve surtout des praticiens exerçant en milieu urbain ou semi-rural. Ci-dessous un tableau récapitulatif :

Zone d'exercice	Rural	Semi-rural	Urbain	Station de ski
Nombre de médecins	1	8	9	1

E – Mode d'exercice.

L'exercice des médecins généralistes étant très varié, nous avons effectué un relevé de leur mode d'exercice. L'échantillon comprend une majorité de médecins installés, mais aussi des remplaçants en secteur libéral et des salariés.

Mode d'exercice	Installé en libéral	Salarié d'une structure	Remplaçant
Nombre de médecins	14	2	3

F – Formations spécifiques.

Nous avons demandé aux médecins interviewés s'ils ont des formations spécifiques, principalement des DU ou formations apparentées, que ce soit dans le domaine qui nous intéresse dans cette thèse ou non.

Diplôme universitaire	Aucun	Au moins un en rapport avec le sujet de thèse	Aucun en rapport avec le sujet de thèse
Nombre de médecins	9	3	7

II – La consultation médecin-adolescent : un entretien singulier.

A – Les adolescents de sexe masculin: une population très peu vue par le médecin généraliste.

Les adolescents, quel que soit leur sexe, constituent une population qui **consulte peu** le médecin généraliste.

« je vois peu de jeunes » MJ1

« L'adolescent dans l'ensemble ne consulte pas beaucoup, ne va pas voir le médecin » JA4

« ce qui est galère c'est qu'on voit peu les ados en consultation » JA9

Les médecins interrogés sont unanimes pour dire qu'ils **voient plus les filles** que les garçons dans la population adolescente.

« Qu'on n'a quasiment jamais, encore moins que les filles » MJ6

« Les garçons on voit peu, c'est plus les jeunes filles qu'on voit » JA3

De plus, les médecins voient en consultation des enfants **d'âge très variable**.

« les gamins on me les emmène jusqu'à 7 ans, et après ils ne viennent plus » MJ5

« je pense que les jeunes, tu les vois pas souvent après 11 ans, à 11 ans tu as le vaccin et après tu les revois quasiment plus » JA11

Ils voient plutôt **les adultes jeunes**, au sortir de l'adolescence.

« Mais pas vraiment d'ados. Jeune adulte alors oui quand même, dans les deux mois-là c'est sûr » JA2

« Je sais bien, mais là je réfléchis et je n'en ai pas quoi. Enfin, j'ai des adultes, on va dire au-delà de 25 ans, avant pas beaucoup » MJ6

Plusieurs des médecins interrogés ont précisé que **la pandémie actuelle à COVID-19** a diminué le nombre de patients vus en consultation de manière générale, et par conséquent, d'adolescents.

« j'essaie à chaque fois de mettre un mot dans le dossier et dire que je l'ai évoqué au moins une fois par an, tous les deux ans peut-être maintenant avec le COVID, ça a vraiment tout bouleversé le contenu des consultations » MJ3

« j'ai commencé à en parler l'an dernier mais voilà il y a eu le COVID » MJ5

B – Les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception sont amenées sur la base de motifs variés.

Les médecins généralistes interrogés ont rapporté la pluralité des situations pouvant amener à aborder ces sujets de sexualité, d'IST et de contraception au cours des consultations de médecine générale. Nous avons classé ces situations en trois catégories distinctes : en réponse à une demande explicite de l'adolescent ; dans le cadre d'une consultation pour une pathologie aiguë en lien avec ces sujets ; ou bien dans le cadre d'une consultation de prévention.

a – En réponse à une demande explicite émanant de l'adolescent.

Certains adolescents, qu'ils s'agissent de filles ou de garçons, viennent spontanément en consultation de médecine générale pour évoquer la sexualité, les IST ou la contraception avec un médecin. Les motifs et les demandes diffèrent cependant en fonction du genre de l'adolescent.

Ainsi, un des motifs récurrents chez les filles dans les entretiens est la demande d'une prescription de **contraception**.

« Chez les filles, c'est plus facile parce qu'il y a assez rapidement de la contraception qui arrive en motif de consultation » MJ3

« Elles viennent pour des demandes de pilule par exemple » JA7

On retrouve également chez les filles, bien qu'elles soient rares, les consultations de **suivi gynécologique**.

« les mamans dès qu'elles savent qu'il y a eu un rapport, elles veulent tout de suite un examen gynéco donc on les voit. On peut faire la prévention, le dépistage, aborder plein de choses » MJ2

« chez les adolescentes puisqu'on fait plus de consultations gynéco, de pilule, contraception » JA6

Finale­ment, certaines adolescentes viennent spontanément demander à être **vaccinées contre l'HPV**, qui est une infection sexuellement transmissible. Cela peut permettre d'ouvrir la discussion.

« elles viennent parfois pour la vaccination HPV » JA9

Du côté des garçons, les consultations avec une demande explicite en rapport avec ces sujets sont plus rares. Certains médecins interrogés en ont tout de même rapporté.

« Ce sont toujours les jeunes hommes qui courageusement sont venus à moi » JA1

La principale demande relevée des garçons au médecin généraliste, était celle d'un **bilan sanguin de dépistage des IST**, par exemple dans le cadre d'une relation avec l'envie d'arrêter du préservatif.

« Il voulait faire des examens sanguins parce qu'il était avec quelqu'un et qu'il voulait avoir des relations « sérieuses ». Donc il m'a demandé un bilan biologique des IST » JA3

« c'était le motif principal de la consultation, c'était lui qui arrivait avec ce motif de consultation là. C'était pour arrêter le préservatif avec sa copine. Il n'y a pas eu de rapport à risque, il voulait un bilan de dépistage » JA9

De manière plus ponctuelle, il ressort des demandes directement en **lien avec la sexualité** de ces adolescents. Parmi ces demandes, on note les troubles sexuels que sont l'éjaculation précoce et les dysfonctions érectiles, ou encore le rapport à la pornographie.

« qui en fin de consultation m'a dit qu'il voulait me parler d'un problème, de ce qu'il estimait être un problème d'addiction à la pornographie » MJ4

« problèmes d'érection, problèmes d'éjaculation précoce. Ça c'est des motifs qui reviennent fréquemment » JA3

« Sans parler des troubles de l'érection » JA9

Enfin, certains garçons sont en demande de réassurance par le médecin généraliste quant à la normalité de leur **orientation sexuelle**.

« Et j'ai quand même deux ados qui m'ont avoué, vraiment c'était ça, une fois que les parents étaient sortis, qu'ils aimaient les garçons et qu'ils n'osaient pas le dire à leurs parents » MJ5

b – Dans le cadre d'un problème de santé aigu en rapport avec ces sujets.

En médecine générale, certaines consultations d'adolescents concernent un problème de santé aigu en lien avec la sexualité, les IST ou la contraception. Celles-ci sont l'occasion, pour certains des médecins interrogés, d'aborder plus facilement ces thèmes.

Chez les adolescentes, un motif revient de façon récurrente, car il est source de questionnements à ces âges. C'est celui des **troubles du cycle menstruel**, qu'il s'agisse de douleurs ou d'autres anomalies.

« elle avait mal au ventre et elle avait aussi besoin d'une contraception » MJ1

« Parce qu'il y a toujours les problèmes de règles, de cycles et tout ça » MJ6

Les autres problématiques aiguës pouvant amener à aborder ces thèmes et qui sont sources de consultations chez les jeunes filles sont celles **en rapport avec la sphère génitale**. On notera par exemple les infections urinaires dans les suites de rapports sexuels, ou encore les mycoses vaginales.

« une première cystite chez une jeune femme dans les suites d'une première relation sexuelle » JA10

« les premières mycoses vaginales » JA10

Chez les adolescents de sexe masculin, on retrouve également dans les entretiens divers **problèmes aigus**, plutôt **d'origine urologique**. On note par exemple un phimosis, une douleur testiculaire, mais aussi un prurit génital ou des lésions de l'appareil génital, ou encore des signes fonctionnels urinaires. Ces motifs peuvent conduire, à l'initiative du médecin ou de l'adolescent, à une discussion plus générale autour de la sexualité, des IST ou de la contraception.

« on a parlé de la sexualité parce qu'il m'a posé pas mal de questions et notamment il avait peur d'avoir une infection sexuellement transmissible parce qu'il avait une espèce de prurit un peu génital, un peu intermittent » MJ2

« avec des garçons en général c'est souvent, ça vient d'un problème physique, une inquiétude sur voilà un aspect, un truc bizarre au niveau de la verge » MJ7

« qui se posaient des questions s'ils ont une petite irritation au niveau du gland » JA2

« c'était il y a quelques mois chez un jeune garçon qui avait des problèmes de décalottage de 14-15 ans. Donc j'en ai profité sur ce motif-là de consultation pour aborder un peu tout ce qui était sexualité » JA6

« il y en a qui viennent pour une douleur testiculaire » JA9

c – Dans le cadre d'une consultation de prévention

Différents types de consultations que nous avons classés comme relevant de la prévention peuvent être l'occasion d'aborder ces thèmes autour de la sexualité, des IST et de la contraception. On y retrouve les consultations pour les vaccins, les consultations

de suivi de l'adolescent sain, et enfin les consultations pour réalisation de certificat de non contre-indication à la pratique sportive.

Il ressort de manière récurrente que les consultations de vaccination, et en particulier les consultations de **vaccination contre l'HPV**, constituent une bonne occasion d'aborder ces questions.

« Bah, alors chez les garçons, spontanément ... Si les vaccinations avec le Gardasil, ça peut être l'occasion » MJ1

« c'est un jeune de 14 ans, qui était amené par sa mère pour sa première injection de Gardasil » JA10 ; « la vaccination est le plus souvent mon biais d'approche » JA12

Depuis janvier 2021, cette vaccination est étendue aux garçons sans condition en lien avec leur orientation sexuelle, ce qui représente une aide certaine pour les médecins généralistes.

« surtout qu'on a le remboursement maintenant chez les garçons » MJ6

Cela a même permis à certains de prendre le réflexe de proposer le Gardasil® aux garçons, et par ce biais de potentiellement aborder les sujets qui nous intéressent ici.

« A partir de 11 ans je parle du Gardasil aussi bien aux filles qu'aux garçons » MJ5

« il y a le Gardasil donc quand je vois les enfants je regarde systématiquement les vaccins.

Et je propose systématiquement le Gardasil » JA5

« J'essaie d'être pointilleuse sur le Gardasil » JA12

Les **consultations de suivi** dites « systématiques », c'est-à-dire dédiées à la prévention en santé, sont pour quelques-uns des médecins interrogés une opportunité parfaite pour aborder les thèmes de la sexualité, des IST et de la contraception, parmi d'autres.

« - Visite annuelle pour pouvoir un peu tout aborder. - Oui, le dos, les écrans, le sommeil, les repas, et les MST. Enfin la sexualité quoi. Et les toxiques. » MJ5

« Déjà même les visites un peu systématiques. Chez un ado. D'habitude, je pense que c'est des questions à évoquer de façon un peu systématique » JA7

Enfin, les consultations dans le cadre de la réalisation d'un **certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport** sont rapportées comme des occasions propices à aborder ces thématiques-là, parmi d'autres questions de prévention en matière de santé.

« les consultations de certificat de sport étaient un ultra bon moyen pour faire un bilan de santé complet et justement aborder la sexualité » MJ3

« le certificat de sport qui permet d'embrancher sur ça, je le faisais un petit peu systématiquement » MJ3

« On voit les patientes du cabinet une fois par an pour le suivi, les certificats de sport etc et systématiquement on leur demande comment se passent les règles, comment se passent les douleurs, les saignements etc et il y a un moment donné de demander si les relations sexuelles se passent bien, est-ce qu'on a fait le Gardasil etc » JA12

C – Des thèmes abordés de façon marginale.

De l'aveu général, les médecins interrogés au cours des entretiens nous confient qu'il s'agit de sujets abordés de façon très **épisodique**, voire jamais abordés.

« Je ne me souviens absolument pas. Parce que c'est vrai que c'est vraiment pas du tout fréquent » JA4

« je n'ai jamais dans mon exercice abordé moi-même la question » JA1

« j'aborde peu le sujet en consultation, probablement par erreur mais je ne me souviens pas avoir abordé le truc » MJ6

Certains nuancent leur propos et expliquent que c'est un sujet qu'ils ne vont pas aborder spontanément car **ils n'y pensent pas**.

« Il faut vraiment qu'il y ait quelque chose qui m'y fasse penser » MJ7

« Tu vois, qu'on nous le dise, parce que je n'y pense pas forcément » JA2

Une distinction est faite en fonction du genre de l'adolescent. Les thèmes de contraception, d'IST et de sexualité sont beaucoup plus abordés avec les filles.

« je ne le fais pas je crois. Avec les garçons. C'est bien du coup votre sujet de thèse, ça fait prendre conscience » JA2

« C'est rarement comme pour les filles des questions de contraception. Je crois que je n'en ai jamais fait en fait. Je suis désolé (rires). On n'y pense pas forcément » JA5

« Garçons c'est nettement plus compliqué que les filles. Dans ma patientèle, vraiment l'avoir abordé ... Non je ne me souviens pas. » JA11

D – Des sujets traités de manière inégale.

Au sein de ce sujet général qui tourne autour de la sexualité, il existe des disparités importantes entre les thèmes abordés en consultation. Il ressort que, si la contraception et les IST sont discutées de façon assez régulière, **l'orientation sexuelle** est quant à elle très peu voire pas du tout abordée par les professionnels de santé.

« je ne m'étends pas trop sur l'orientation, parce que je pense que c'est difficile pour eux de la connaître de façon certaine s'ils n'ont pas eu de rapports, puis il n'y a pas d'application pratico-pratique, qu'ils soient attirés par les hommes ou par les femmes ça ne change pas grand-chose » MJ4

« C'est un peu compliqué d'aborder le thème de l'homosexualité après les cancers anaux, c'est trop tôt. » JA5

« concernant l'homosexualité, on parle de cancer chez la femme mais on a du mal à parler de cancer chez l'homme parce que ça concerne les homosexuels surtout, qui ont des cancers liés au papillomavirus » JA5

« Et c'est tabou encore l'homosexualité je trouve. » JA5

De plus, lorsque les patients abordent l'orientation sexuelle, il s'agit d'un abord détourné ou lorsque la situation devient critique, c'est-à dire associée à des idées suicidaires.

« la seule question c'était les crêtes de coq parce qu'il avait un copain qui avait eu ça, un copain homosexuel qui avait ça sur l'anus » JA10

« Et j'ai quand même deux ados qui m'ont avoué, vraiment c'était ça, une fois que les parents étaient sortis, qu'ils aimaient les garçons et qu'ils n'osaient pas le dire à leurs parents » MJ5

« Honnêtement ça c'est le gamin avec les idées suicidaires qui n'osait pas me dire qu'il était homo, j'ai trouvé ça affreux » MJ5

III – Des facteurs nombreux et variés influencent l'abord de ces questions.

A – La relation médecin-patient.

Une relation de qualité entre le médecin et le patient est un facteur primordial dans l'abord des thèmes autour de la sexualité. Cette relation est basée sur une confiance mutuelle, préalable nécessaire à l'adhésion thérapeutique d'une part, et à la discussion autour de certains sujets d'autre part. Les médecins interrogés au cours de nos entretiens ont beaucoup insisté sur cette relation et sur les facteurs qui la sous-tendent.

Le premier axe est la **connaissance que le patient a de son médecin**, et en miroir la **connaissance que le médecin a de son patient**. Cette connaissance mutuelle représente un aspect facilitant dans l'abord des thématiques relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception. Elle est principalement basée sur la durée depuis laquelle les protagonistes se connaissent et sur la fréquence des consultations.

« je connaissais quand même bien les jeunes, je les connaissais depuis qu'il étaient tout petits et donc c'est vrai qu'on allait même pour une cheville parler de tout et de rien assez facilement et il est vrai que ça pouvait arriver dans la conversation » MJ1

« ça fait 10 ans que je suis installée donc il y a quand même un lien de confiance » MJ5

« La parole se libère avec le temps, la confiance. Au début de mon installation, je pense que la question de la vie sexuelle était difficile à aborder. C'est dû au fait que les patients ne te connaissent pas trop, et que c'est un peu intime. L'intimité se dévoile au fil du temps. » JA3

Pour appuyer cela, on relève que le fait de **ne pas voir les adolescents régulièrement** en consultation entraîne des difficultés quant à l'abord de sujets plus intimes.

« je sais qu'il a des rapports depuis un moment, là je le vois son nom, mais je le sais par sa copine, lui je ne l'ai pas vu depuis je ne sais pas, des années. » MJ6

Le **rôle de remplaçant** ne se prête pas facilement à l'abord de ces thèmes qui touchent de trop près à l'intimité. Il semble compliqué d'en parler avec un médecin que l'on ne connaît pas, ou de l'aborder avec un patient que l'on voit pour la première fois.

« comme je suis remplaçante je pense que c'est une première limite au fait de l'aborder » JA6

« en tant que remplaçant on n'a pas la position du médecin généraliste » JA6

Cependant, certains patients vont être plus à même d'aborder ces sujets avec un remplaçant qu'avec leur médecin traitant. La raison principale est que le médecin remplaçant est une personne qu'ils ne seront pas amenés à revoir.

« c'était quand j'étais remplaçante qu'ils m'en parlaient le plus facilement, parce que j'étais remplaçante et qu'ils ne me reverraient pas » MJ1

« tu n'oses pas tu connais trop ton médecin traitant tu n'oses pas dire, et quand c'est le remplaçant tu en profites pour aborder le sujet. » MJ6

« ils vont profiter de quelqu'un soit de plus jeune, soit de différent, pour poser leurs questions. Parce qu'ils savent qu'ils ne nous reverront pas. Parfois c'est ça aussi : « Je sais que je ne vous reverrais pas donc je pose des questions », comme ça si jamais il y a un petit malaise, il n'y en aura pas sur les consultations d'après (rires). » JA6

Il semble donc important que le patient soit libre de **choisir son médecin**. Cela lui permet d'être le plus à l'aise possible pour aborder des sujets en lien avec son intimité.

« sa famille est suivi par mon collègue, y compris sa mère, enfin ses parents, et il voulait voir un médecin différent. Parce que justement il voulait aborder des questions qu'il n'avait jamais osé aborder avec mon collègue » MJ2

« il voulait que je devienne son médecin traitant, il voulait changer de médecin » MJ3

En effet, échanger autour des thématiques en lien avec la sexualité peut être plus compliqué lorsque cette liberté de choix n'a pas pu s'exprimer.

« ou est ce que finalement leur médecin traitant leur a été un peu imposé parce qu'ils ont celui là depuis toujours, mais qu'il n'y a pas spécialement de feeling » JA6

B – Mettre à l'aise / Gêner

Les médecins interrogés ont insisté sur certains facteurs pouvant influencer positivement ou négativement l'abord de la sexualité. Certains se trouvaient très à l'aise, et n'avaient pas de difficultés particulières dans la communication. En revanche, dans divers entretiens, une gêne de la part du médecin avec la peur de gêner le patient viennent entraver cette discussion. L'impression de s'immiscer dans la vie privée des jeunes peut être un frein à l'abord de la sexualité.

La plupart des médecins interrogés estiment être **globalement à l'aise**, voire apprécient traiter de ces sujets.

« j'ai plus aucune difficulté pour en parler je suis hyper à l'aise » MJ1

« j'aime beaucoup parler de la sexualité lors de mes consultations (sourire) » MJ5

« tu peux toujours aborder plein de choses, ça je ne suis pas mal à l'aise avec ça » MJ6

Cependant, un **excès d'aisance** peut représenter un frein pour les patients. Un médecin nous a fait part de ce ressenti.

« je suis assez à l'aise. Alors les obstacles peuvent venir du patient peut être parce que j'aborde les choses de façon trop à l'aise » MJ6

La gêne du médecin peut être imputable au **motif de consultation**, parfois délicat, comme celui des violences sexuelles.

« j'ai eu une consultation post viol où je n'étais pas très à l'aise. Alors là c'est une fille qui s'était faite violée, donc ça a été assez compliqué » MJ3

La **peur de mettre le patient mal à l'aise** est une crainte exprimée dans les entretiens et semble prépondérante. Les questions posées à l'interrogatoire doivent donc être réfléchies et mesurées pour garder le lien de confiance, pour ne pas créer de malaise dans la discussion.

« Moi, j'aurais peur d'être intrusive. Je pense que c'est le principal frein » JA4

« La frontière entre aborder la sexualité sans que ce soit poser des questions voyeuristes, enfin personnelles, ou curieuses et je n'arrive pas vraiment à la délimiter et je pense que ça me freine et que je n'ose pas trop aborder la sexualité » JA8

Plusieurs médecins s'appuient sur leur **expérience**, qui permet de prendre confiance en soi, mais aussi de progresser en communication. Ceci améliore la qualité du message à transmettre et les échanges autour de ces thématiques.

« Il y a une évolution qui est certaine parce que ta façon de communiquer se modifie, tu prends confiance... et puis en fonction des consultations que tu as eu tu modifies la façon dont tu vas aborder les choses, parce que tu t'es aperçu que c'était trop abrupt, trop large et ils n'ont rien compris. » JA6

« je ne saurais pas dire comment mais je pense que c'est juste l'expérience et le fait d'avoir plus bossé. Je pense que je n'ai aucune question taboue en consultation » MJ6

Parmi les techniques de communication, **l'humour** aide à faire passer le message plus facilement auprès des adolescents comme de leurs parents.

« un peu d'humour ici faire comprendre au papa ou la maman que de toute façon dans 3 mois ils seront adultes » JA10

« je l'aborde frontalement. J'y vais, un peu avec le ton de la rigolade » MJ1

« ça permet de dédramatiser parce que le médecin l'aborde en rigolant » MJ5

Le fait de **dédramatiser** aide également dans la communication médecin patient. Il est important de faire comprendre aux adolescents qu'ils ne sont pas seuls à avoir des questions, qu'il s'agit de quelque chose qui concerne tout le monde. Ceci permet alors de normaliser et légitimer la sexualité, de montrer qu'il n'y a pas de jugement.

« Je lui fais comprendre que s'il veut revenir pour parler de sexualité ou autre, qu'on est là, qu'on ne juge pas, que forcément on en a vu d'autres aussi, et qu'on est là pour les écouter, les aider, et qu'on peut comprendre parce qu'on a été ados nous aussi » JA11

« il n'y a pas de tabou, et c'est ce que je leur dis. Grosso modo un jour ou l'autre tout le monde aura des rapports sexuels » MJ5

Le **genre** du médecin comme de l'adolescent peut influencer le déroulé de la consultation. Il a un rôle dans l'aisance ou la gêne ressentie.

« J'imagine que comme je suis une jeune femme, les ados elles se sentent peut-être plus à l'aise avec moi » MJ2

«peut-être que je suis moi-même moins à l'aise pour en parler avec des jeunes hommes, c'est possible hein » MJ2

De même, il ressort qu'un garçon peut être plus gêné pour aborder ces sujets de sexualité avec un médecin femme.

« probablement parce que je suis une femme, il est un peu plus gêné. Mais en tout cas pour moi je ne me sens pas plus gênés d'en parler devant un mec » MJ3

L'âge du médecin est souvent cité comme un facteur influent. Il n'y a en revanche pas de règle universelle. Certains estiment mettre plus à l'aise l'adolescent du fait de leur jeune âge. Ils se sentiraient plus proches et donc plus à même de discuter et de se projeter, de se sentir concernés.

« chez les un peu plus vieux, la tranche d'âge qui se rapproche un peu plus de 18 ans et qui se rapproche moi de mon âge, peut-être qu'ils se sentiront un peu plus proches » JA6

D'autres estiment que les adolescents sont plus à l'aise avec un médecin plus âgé. Cela est en lien avec la notion d'expérience, de confiance relative à la position du médecin de famille vu comme une figure d'autorité.

« peut-être que les ados, les jeunes, ont plus de confiance quand les médecins sont un peu plus âgés qu'eux, ça fait un peu relation paternelle » JA3

« peut-être font-ils confiance à quelqu'un avec un peu plus d'expérience que quelqu'un de tout jeune. C'est l'impression que j'ai. Après pour certains ça peut mieux passer si c'est quelqu'un de jeune qui leur parle de ce genre de choses qu'un vieux croûton » JA7

Un élément pourvoyeur de gêne chez les médecins est le sentiment d'être en **décalage** par rapport au **motif de consultation**.

« Pour une angine ou je ne sais quoi j'aurais vraiment l'impression de l'embêter en abordant le sujet » JA4

*« Après je trouve ça vraiment difficile quand ils ne viennent pas du tout pour ça »
« si on vient pour une entorse et que ça vient comme un cheveu sur la soupe, ça peut, je pense, être mal vécu » MJ1*

Ce décalage peut également être ressenti par rapport à l'âge de l'adolescent. Certains médecins estiment qu'il est trop tôt pour l'aborder lors de la consultation chez les jeunes adolescents, de peur de créer un blocage. Cela pose donc la question de l'âge idéal auquel parler de ces sujets.

« Ça reste quand même des enfants. Des grands enfants mais des enfants quand même » JA5
« Après 11 ans c'est quand même jeune pour discuter de la sexualité, y compris chez les jeunes garçons » MJ2

La **nudité** lors du possible examen physique de ce genre de consultation est perçue comme gênante pour le patient.

« tu leur en parles et ils ne sont pas gênés, comme tu fais l'examen génital c'est plus à ce moment-là qu'ils sont gênés (rires) » JA9

« il y en a certains qui ne se sont jamais dénudés devant quelqu'un d'autre » MJ4

Cet examen est source de gêne pour le médecin également, même si celui-ci est **plus habitué du fait de sa formation** et de l'expérience.

« tu es moins à l'aise avec des patients nus, ou complètement nus, sur des parties intimes, et puis en fait c'est avec la pratique où tu ne te poses plus de questions. » MJ6

De façon moins évidente, un examen physique au cours de ce type de consultation chez l'adolescente permet de **créer un lien** et d'être plus à l'aise pour parler ensuite. Cet examen physique n'existe pas chez le garçon, ce qui peut être bloquant.

« Mais pour les garçons comme je n'ai pas d'examen physique systématique, peut-être que des questions comme ça, un peu plus intimes, je suis moins à l'aise pour les poser » MJ2

Dans le but de favoriser l'aisance de l'adolescent sur ces sujets, des médecins **s'adaptent à leur temporalité**, à leur rythme. Ils leur ouvrent une porte et les laissent revenir lorsqu'ils se sentent prêts.

« et lui ai proposé de reprendre le temps en consultation pour bien discuter de ça, quand il voulait » MJ3

C – La représentation du rôle du médecin généraliste.

Chaque individu a une vision différente du rôle du médecin généraliste, les patients comme le médecin envers lui-même et sa profession. Ceci va influencer l'abord des thèmes touchant à la sexualité, aux IST et à la contraception, du côté médecin comme du côté patient.

Certains médecins considèrent avoir un **rôle important à jouer** dans l'éducation sexuelle des adolescents ainsi que dans la prévention.

« Et finalement les parents jouent un rôle, mais je ne suis pas sûre que ça soit aux parents de faire la majeure partie du travail. Je pense qu'effectivement c'est au médecin généraliste de faire une consultation » JA6 ; « On espère qu'à l'école ils en parlent mais c'est vrai que c'est notre rôle aussi » JA9

Ils considèrent que ce rôle est **partagé avec les parents** en premier lieu, mais aussi avec l'**école**, le médecin n'étant alors qu'un acteur ponctuel.

« peut-être que tout le poids de l'éducation sexuelle ne repose pas sur les seuls médecins » MJ5

« il faut quand même l'améliorer en médecine, mais comme c'est fait en parallèle je ne me suis pas trop posé la question. » JA2

Le sentiment partagé par la majorité des médecins interrogés est que les adolescents ne les **identifient pas comme des interlocuteurs potentiels** pour aborder la sexualité.

« elles te disent que ça fait longtemps que ça leur arrive, et se demandent si elles peuvent en parler au médecin... alors que oui bien sûr ! Ils n'ont pas l'impression que la sexualité fait partie de la santé » JA9

Pour preuve, certains adolescents manifestent de la surprise quand le médecin aborde ces thèmes.

« Ouais je pense, là oui je te rejoins parce qu'à chaque fois c'est « Mais pourquoi on parle de ça ? » (rires) » MJ3

« vu qu'à chaque fois ils sont un petit peu surpris que j'aborde le sujet c'est que le lien avec le médecin généraliste ou autre médecin n'est pas fait sur ce domaine-là » MJ3

Au-delà de la surprise, il ressort que le médecin généraliste n'est pas l'interlocuteur privilégié pour parler de ces questions.

« Il y a des ados qui ne sont pas bavards, et ils te voient comme l'adulte qui ne comprend rien à la vie, du coup ils n'ont pas forcément envie de te parler » JA11

« on n'est pas le public avec lequel ils ont envie d'en parler » JA12

Parfois, les adolescents imaginent le médecin comme une figure d'autorité, ce qui constitue un frein à aborder des thématiques aussi sensibles.

« on n'est quand même pas du bon côté du bureau » « à partir du moment où ça vient d'une autorité, qu'elle soit parentale ou qu'elle soit dogmatique.... C'est compliqué » JA12

D – Les idées reçues.

Lors de nos entretiens, les médecins nous ont fait part de certaines de leurs idées reçues, de façon explicite ou parfois sous des formes plus déguisées. Se départir de certains préjugés n'est pas chose facile. Certains sont plutôt bloquants pour l'abord des sujets de sexualité, de contraception et d'IST, alors que d'autres semblent facilitants.

Une idée reçue qui ressort régulièrement est une certaine forme de **désintérêt** de la part des garçons, qui ne se sentiraient pas concernés par la contraception et les IST.

« les garçons ne s'en soucient pas trop » JA3

« les garçons tu as l'impression que ça leur passe au-dessus » JA11

« je ne sais pas s'ils ne se sentent pas concernés mais en tout cas pas concernés sur le plan médical à venir chez le médecin pour en discuter » MJ6

« Des fois il arrive que je sois déçu par la non-réceptivité de l'adolescent masculin sur cette problématique. Je ne vais pas dire je-m'en-foutisme mais bon. L'absence de motivation, l'absence d'envie de mieux connaître est la première difficulté » JA10

Selon un médecin interrogé, ce n'est pas uniquement de leur faute. En effet, il y a dans la société un **manque de responsabilisation** à propos de ces sujets-là chez les hommes.

« les hommes ne sont pas responsabilisés pour la contraception ni pour les IST » JA5

Certains médecins ont conscience que le désintérêt qu'ils évoquent chez les adolescents vient possiblement d'un **préjugé** de leur part.

« les garçons, ils ne sont pas tellement concernés, enfin c'est peut-être une idée reçue » MJ1

D'ailleurs, ils ont conscience que l'abord de ces sujets peut être **une demande**, un besoin qu'ont les adolescents envers leur médecin.

« les études ont plutôt tendance à montrer que les patients voudraient qu'on en parle plus » JA8

« j'imagine que chez certaines personnes, il y en a qui attendraient qu'on leur tende la perche » MJ1

Certains estiment au contraire que la demande des adolescents **n'est pas tournée vers le médecin** pour parler de sexualité.

« c'est une population qui n'est pas demandeuse. Enfin c'est ce qui ressort je suppose » MJ6
« je pense que les ados n'en ressentent pas le besoin » MJ6

C'est avec l'âge et **l'apparition d'une vie sexuelle** active que les jeunes hommes se mettraient à témoigner d'un plus grand intérêt pour ces questions-là.

« l'expérience fait le besoin » « c'est plus facile pour les adultes jeunes car la démarche du premier rapport sexuel est derrière eux » JA12

Il apparaît donc difficile d'**estimer un âge idéal** pour aborder la sexualité. Les médecins ont estimé des âges très différents au cours des entretiens, allant du jeune adolescent à l'adulte.

« je n'ai pas trop lu jusqu'à quel âge on peut les vacciner, parce que si on peut rattraper jusqu'à 20 ans, ça serait l'occasion d'en parler chez les adolescents potentiellement plus en âge d'avoir des rapports sexuels consentis » JA8
« pour le DTPolio à 25 ans ça s'y prête pas mal » JA9
« après 11 ans c'est quand même jeune pour discuter de la sexualité » MJ2

Cependant, l'âge ne les amène pas forcément à consulter plus. Ils **n'associent pas ces questions au champ de la santé** et donc à la compétence du médecin.

« ils n'ont pas l'impression que la sexualité fait partie de la santé » JA9

Une autre idée reçue partagée par la majorité des interviewés est que les **filles seraient plus concernées** et enclines à parler de ces sujets que leurs homologues masculins.

« je ne sais pas si c'est éducationnel ou que les adolescentes sont matures un peu plus tôt, mais elles vont plus rapidement se poser des questions » JA6
« Parce que je les sens plus ouvertes. Je les sens plus ouvertes et plus concernées » JA11

Les participants justifient ce constat par différentes raisons parmi lesquelles le poids de la **contraception**, l'influence de la **société**, ou même la **génétique**.

« parce qu'elles savent que de toute façon la contraception pour elle c'est prendre une pilule et qu'il n'y a qu'elles qui peuvent la prendre » JA11

« Ça doit être culturel. Qui est ce qui porte le poids de la contraception ? Qui est-ce qui porte le poids de la reproduction ? C'est les femmes, quoi qu'on fasse » JA5

« Ce n'est même pas culturel, c'est génétique. Je ne suis pas du tout contre la parité mais on essaye de rendre égaux l'homme et la femme mais on ne le sera jamais parce qu'il y en a une qui peut faire des choses que l'autre ne peut pas faire et vice versa » JA5

Des idées reçues existent également dans le domaine des connaissances qu'ont les adolescents sur la sexualité, la contraception et les IST. Des interviewés estiment que les adolescents ont **suffisamment d'informations** par eux-mêmes via **d'autres sources** d'information.

« les jeunes ils savent en fait, ils savent se protéger, ils savent quels sont les risques, ils savent plein de choses » MJ6

« Après c'est vrai qu'ils ont maintenant tous les moyens actuels d'information, il n'y en a pas beaucoup qui n'y connaissent rien » JA7

C'est pourtant l'idée opposée qui est la plus répandue selon laquelle les adolescents **manqueraient de connaissances fiables** sur ces thématiques.

« qu'il ne connaissait pas vraiment les risques des rapports non protégés. Il pensait que sur la prise de sang, ça permettait d'éliminer et qu'on passait à autre chose, et c'était presque la prise de sang qui était préventive, la prise de sang post-exposition était préventive » MJ3

« Ils ne savent pas comment ça marche une pilule » JA5

« Ce qu'ils savent moins c'est le Gardasil et le papillomavirus » MJ6

Ce manque de connaissances est souvent associé par les médecins interrogés à un **manque d'éducation**, sexuelle mais aussi plus générale.

« peut-être que les parents ont tendance à faire plus d'éducation sexuelle avec leur fille qu'avec leur fils » JA6

« ils viennent en consultation et regardent leur portable » « je veux bien leur dire un truc mais je suis pas leur mère » JA11

Un médecin nous fait part de son constat qu'il y aurait **moins d'IST** que dans les dernières décennies. Ce constat est basé sur sa pratique, et lui donne moins d'occasions de parler de ces sujets-là que par le passé.

« on voyait des chaudes pisses, des gonococcies, mais moi des gonococcies ça fait des années que je n'en ai pas vu ! » JA10

De l'avis d'un autre interviewé, il y aurait plutôt un **relâchement** global des mesures de prévention.

« la parole s'est ouverte. Mais les pratiques ont régressé » « je trouve qu'il y a un relâchement et qu'il faut plus insister sur le port du préservatif » JA12

On peut noter également que certaines idées reçues par rapport aux **connaissances médicales** peuvent influencer les échanges et les informations données au cours de la consultation.

Par exemple, le vaccin HPV n'aurait pas d'intérêt et ne pourrait plus être proposé si plusieurs relations sexuelles ont déjà eu lieu.

«ce serait bien de faire vacciner votre grand même s'il a 17 ans, faudrait voir s'il a déjà eu des partenaires, combien et voilà d'en rediscuter pour la vaccination » MJ6

De même, il n'y aurait pas d'intérêt médical à connaître l'orientation sexuelle du patient.

« il n'y a pas d'application pratico pratique, qu'ils soient attirés par les hommes ou par les femmes, ça ne change pas grand-chose » MJ4

Enfin, les idées reçues peuvent venir de la **représentation** des médecins de certaines religions, de certaines cultures, avec les pratiques et tabous qui selon eux en découlent.

Ainsi, l'influence de **la religion** présente pour eux une difficulté supplémentaire pour aborder sereinement la sexualité, les IST et la contraception, avec les garçons comme les filles.

*« Avec des filles musulmanes, maghrébines, c'est un peu plus compliqué » JA7
« la grosse majorité est musulmane et donc du coup autant j'aurais tendance à être plus à l'aise pour parler de sexualité avec des hommes, par contre de parler de l'homosexualité dans cette population n'est pas forcément facile » MJ4*

« clairement cet enfant-là ses parents étaient catholiques très pratiquants et que c'était une faute quoi. On était sur Terre pour se reproduire. Et je n'ai rien contre les religions, quelles qu'elles soient » en parlant d'un adolescent homosexuel, MJ5

Les **représentations socio-culturelles** entrent également en jeu dans l'abord et les échanges autour de ces thèmes rattachés à la sexualité.

« ils ont des représentations différentes, et ils ont un vécu parfois tellement compliqué que j'ai du mal » MJ1

« je trouve que dans des populations un peu plus aisées, ils connaissent par exemple la vasectomie. Ici quand on parle de vasectomie, on ne peut même pas expliquer, c'est inenvisageable » MJ2

« c'est un problème sociétal clairement » MJ5

E – L'influence de l'expérience personnelle.

Pour certains médecins, **avoir des enfants** semble être une aide pour parler plus spontanément de sexualité avec les adolescents. En effet, ils ont cette expérience dans leur vie personnelle et se sentent donc plus légitimes.

« je vais les envisager beaucoup plus comme des ados que je vais comparer à mes enfants, donc je vais pouvoir aborder plus facilement » MJ7

Il ressort cependant d'un entretien une certaine **ambivalence** dans l'abord des questions de sexualité avec ses enfants. Une médecin nous explique qu'il est compliqué de poser une limite entre son rôle de parent et son rôle de médecin traitant de ses enfants.

*« J'ai 2 garçons, et c'est vrai qu'on parle quand même plus facilement de la sexualité »
« comme je suis médecin ils ont tendance à me raconter des trucs comme si... Alors je leur dis « mais vous n'allez pas me raconter des trucs comme... » et ils me disent « ouais mais t'es docteur » » MJ1*

A la fin d'un entretien, une médecin s'est livrée et nous a rapporté une expérience personnelle vécue en début d'adolescence. Elle raconte une expérience perçue comme **une agression, une intrusion dans sa vie privée** de la part d'un ancien médecin. Elle témoigne du sentiment de malaise qui l'avait alors habité, et explique ainsi la réticence qu'elle peut avoir à aborder ces thèmes intimes avec les adolescents, de peur de reproduire ce schéma.

« Je me rappelle quand j'étais petite, enfin début de l'adolescence, ma grand-mère était commerçante donc elle connaissait beaucoup de monde et quand on se promenait dans la rue il y avait plein de gens qui lui parlaient. Et puis un jour il y a un homme qui était a priori un ancien médecin qui a commencé à parler avec ma grand-mère et qui a parlé de moi, que je grandissais tout ça. Et il commençait à poser des questions qui étaient, je pense que c'était de la perversion. Je pense qu'il n'était pas, il n'a pas été correct. Mais, ouais, je pense qu'on peut vite se sentir agressé dans son intimité si on nous pose des questions » MJ1

Une autre médecin témoigne d'une **méconnaissance globale** des sujets de contraception chez des membres masculins de sa famille ou des amis ne travaillant pas dans le domaine de la santé. Ce constat peut influencer négativement l'abord de ces sujets avec des hommes, et donc les adolescents, qui ne se sentiraient pas concernés.

« Si je regarde autour de moi et que je prends mes amis non-médecins, ou même mon conjoint, je ne suis pas sûre qu'il sache comment marche une pilule. Je pense qu'il ne sait pas même » JA5

« Mon père non plus, pourtant il a fait des études et tout ça mais c'est pas vraiment abordé je crois » JA5

Enfin, certains médecins plus âgés constatent une **différence générationnelle**. Leur génération n'a pas eu pour habitude d'aborder ces thèmes tournant autour de l'intimité aussi facilement que la génération actuelle, où la parole s'est libérée.

« Ça va s'apprendre, vous jeunes générations êtes peut-être un peu plus prêts. » JA1

F – D'autres acteurs peuvent entrer en jeu.

Les premiers acteurs auxquels font référence les médecins interrogés et qui peuvent influencer au cours d'une consultation avec un adolescent sont **les parents**. Ceux-ci ont, de l'avis des médecins, majoritairement un rôle bloquant lorsqu'ils veulent aborder la sexualité.

En effet, la présence des parents peut être ressentie comme une **difficulté supplémentaire** à l'abord de la sexualité.

« La grosse difficulté c'est quand il y a les parents en consultation » JA9

« L'âge où il faudrait qu'on intervienne c'est souvent un âge où ils sont encore avec leurs parents, en consultation. A mon avis ça serait ça la difficulté » JA2

« je préfère nettement qu'il n'y ait pas les parents pour évoquer avec l'adolescent » JA10

« premier obstacle et que ça soit garçons ou filles, c'est qu'ils viennent avec leurs parents » JA11

« ce n'est pas toujours évident parce que c'est des consultations où il y a les parents » MJ2

« ces consultations là c'est avec les parents, alors c'est quand même un petit peu plus compliqué. » MJ6

D'ailleurs, les consultations avec pour motif spécifique l'abord de ces questions en présence des parents sont **rares voire inexistantes**.

« je ne me rappelle pas de situation où l'adolescent venait accompagné de son parent pour parler spécifiquement de la sexualité » MJ4

Il en résulte que les adolescents **ne disent pas tout** au médecin en présence des parents, notamment concernant l'orientation sexuelle ou les toxiques. Cela est parfois dû à la peur de leur jugement.

« il y a quand même la crainte du jugement par les parents. Pas la honte. Mais la crainte du jugement quand même. A ne pas vouloir blesser ou décevoir ses parents » JA1

« Parce qu'en plus je pense que les ados ne disent pas tout quand ils sont là. Une fois de plus, pour le tabac non plus, quand il y a les parents » JA9

« j'ai quand même deux ados qui m'ont avoué, vraiment c'était ça, une fois que les parents étaient sortis, qu'ils aimaient les garçons et qu'ils n'osaient pas le dire à leurs parents. Vraiment je trouve ça juste affreux. Avec les idées suicidaires pour un quand même, « et si je le dis à mes parents ils vont me foutre à la porte et pas payer mes études » » MJ5

Or, les adolescents **consultent jusqu'à tard avec leurs parents** qui les accompagnent.

« il y en a pas mal qui viennent avec leurs parents jusqu'à très tard en consult ! Les questions ne sont pas abordées de la même façon, les réponses ne sont pas les mêmes non plus » JA6

Une des stratégies utilisées par les médecins pour contourner cette difficulté est de **proposer aux parents de sortir**.

« si on sent que le jeune est mal à l'aise on peut demander aux parents d'attendre en salle d'attente un petit peu. Ça m'est déjà arrivé de demander ça » JA3

« je demande si les parents peuvent rester ou s'il faut que je les fasse sortir » MJ5

Le constat est alors une **coopération** quasiment unanime avec les parents.

« je n'ai jamais eu de refus d'un parent pour faire un entretien seul avec son fils ou sa fille » JA10

De plus, certains parents proposent parfois eux-mêmes de **quitter la pièce** pour laisser un espace de parole libre à leur adolescent.

« il y a des parents qui disent à leur enfant mais je m'en vais hein si tu veux ? » JA11

Certains médecins utilisent une stratégie hybride. Ils demandent aux parents de **quitter la consultation pour l'examen clinique**, après l'interrogatoire, ce qui permet d'avoir un temps d'échanges seul à seul avec l'adolescent.

« Donc pour l'interrogatoire c'est intéressant d'avoir les parents, puis ils partent, et pendant l'examen clinique tu continues à poser les questions alors qu'ils ne sont pas là » JA9

Pour autonomiser les adolescents et leur offrir cet espace de parole, certains médecins leur proposent de **revenir consulter seul**, avec l'autorisation des parents.

« j'ai tendance à dire aux parents que les enfants peuvent venir consulter tous seuls parce que voilà ils ont peut-être besoin de parler sans leurs parents, d'aborder certains sujets. » MJ4

Cependant, il faut veiller à **ne pas mettre les parents à l'écart**. En tant que mineurs il est nécessaire d'avoir l'autorisation d'un représentant légal pour certains actes, par exemple la vaccination.

« Ces informations très honnêtement je les fais à l'adolescent mais surtout à la mère ou au père, parce qu'il faut convaincre la mère, le parent, maintenant je m'adresse aux deux en technique de communication. Mais c'est vrai que le point central c'est l'adhésion du responsable légal, tant qu'ils n'ont pas 18 ans... » JA10

Les médecins disent avoir **l'appréhension** de choquer, de braquer les parents, quand la consultation est réalisée trop tôt dans le développement pubertaire, ou s'ils abordent des questions taboues comme l'homosexualité.

« quand j'essayais d'aborder pour des filles à 11-12 ans les parents étaient à moitié choqués que j'ose parler déjà de ça... » JA5

« dire à des parents « si votre enfant devient homo » c'est pas une évidence, j'ai peur que ça crée un décrochage du jeune comme du parent » JA5

De façon opposée, la présence des parents **peut être un atout** au cours des consultations autour des thèmes de la sexualité, de la contraception et des IST chez l'adolescent.

Par exemple, la présence d'un parent **pendant l'interrogatoire** peut aider quand l'adolescent a du mal à s'exprimer face au médecin.

« Il y a des ados qui sont hyper introvertis ou pas très loquaces et finalement, heureusement qu'il y a le parent qui est là pour l'interrogatoire » JA9

« le biais le plus facile c'est justement la discussion avec les parents, car en général ils sont présents » JA12

De plus, **la demande** d'aborder ces sujets avec l'adolescent peut venir des parents, de façon explicite ou implicite.

« c'était un peu en accord avec les parents, ils se sont annoncés puis se sont volontairement éclipsés on va dire » JA3

« c'est la mère qui m'a sollicité ou alerté avant en me disant que j'allais voir son fils et que ça serait bien d'aborder ces questions » JA4

« la mère m'a très intelligemment dit «je vous laisse mon fils » et effectivement, elle était bien consciente de ce qu'elle faisait » JA10

« Une espèce d'injonction indirecte » JA10

Mais cette situation n'est pas toujours aidante pour l'adolescent, qui peut alors se retrouver dans une **position inconfortable**.

« c'est un sujet dont ils n'ont pas du tout envie de parler. Même avec un professionnel de santé et même si on fait sortir les parents. Je pense que les parents sont plus enclins à en parler, peut-être plus ouverts à la discussion, j'ai l'impression. Prêts à quitter la salle, prêts à tout faire pour permettre la parole » JA12

« il y a des parents qui disent à leur enfant mais je m'en vais hein si tu veux ? Et ce sont eux qui insistent en leur disant de rester » JA11

« Et c'est aussi pour ça que je demande aux parents de sortir. Et clairement les patients sont gênés » MJ5

Pour certains, il est donc important d'**insister sur le secret professionnel** quand les parents sont sortis, et ce afin de favoriser le dialogue, de libérer la parole.

« Ils voient que la parole est libre, que je ne vais rien dire à leurs parents, parce que ça a chaque fois je leur dis » MJ5

Des médecins ont rapporté que **la fratrie** d'un adolescent peut avoir un rôle dans l'abord des thèmes autour de la contraception et des IST.

En effet, certaines consultations d'un frère ou d'une sœur permettent une accroche pour aborder des sujets en lien avec la sexualité. Une situation classique est la consultation pour le vaccin **Gardasil®**.

« Donc là j'en ai prescrit un tout à l'heure, à une fratrie, ils venaient à trois pour les vaccins. Comme sa sœur se faisait vacciner pour le Gardasil, j'ai prescrit à son grand frère. » JA1

« tout à l'heure, j'ai eu une petite pour sa 2^{ème} injection de Gardasil, et ses 2 frères et sœurs sont des jumeaux. Le petit frère se moquait de la grande je lui disais « attends, toi aussi tu vas y avoir droit » » JA5

« on a refait le point et on a discuté du Gardasil et on a expliqué pourquoi et il y avait une jeune fille de 18 ans et son frère de 16 ans et j'ai orienté ça pour le frère » JA12

« quand je pique des filles et qu'il y a des petits frères, j'annonce la couleur à la maman. » MJ5

Toujours à propos des acteurs de l'entourage de l'adolescent, il existe selon nos interviewés une influence notable du ou de la **partenaire**.

Par exemple, la **demande de bilan IST** pour arrêter le préservatif lors d'une relation avec le/la même partenaire revient fréquemment. Ainsi, le fait d'avoir une relation établie et stable peut déclencher une demande auprès du médecin, ouvrant la porte à une discussion plus large sur ces sujets.

« c'était lui qui arrivait avec ce motif de consultation là. C'était pour arrêter le préservatif avec sa copine » JA9

Il arrive que les adolescents viennent **consulter en couple**. Ces consultations sont intéressantes car elles permettent d'inclure les garçons dans les questions de prévention autour de la sexualité autant que les jeunes filles. Les médecins qui nous ont confié en avoir déjà fait sont rares, mais beaucoup l'évoquent comme une piste d'amélioration intéressante.

« Ce qui pourrait être intéressant, c'est quand on a une fille, une adolescente, de lui proposer de venir à la consultation contraception avec son copain. » JA5

Enfin, un participant a témoigné qu'il suivait une jeune fille en couple avec un autre adolescent de sa patientèle. Il a des échanges sur ces thèmes avec elle, mais lui ne vient plus en consultation depuis longtemps. Dans ce cas-là, il peut être intéressant de proposer une consultation de couple, afin que les deux patients aient les mêmes informations et que le garçon se sente plus impliqué.

« il y en a un je sais qu'il a des rapports depuis un moment, là je le vois son nom, mais je le sais par sa copine, lui je ne l'ai pas vu depuis je ne sais pas, des années. » MJ6

Si on s'éloigne des acteurs de l'entourage proche de l'adolescent, on retrouve deux acteurs supplémentaires autour des questions de prévention et d'éducation sexuelle pour les adolescents : le **planning familial** et **l'école**.

Les médecins parlent facilement aux adolescents du **planning familial** et peuvent les y orienter. Cette association garantit la gratuité et l'anonymat, ce qui est parfaitement adapté à l'adolescent qui ne souhaite pas parler de sexualité avec ses parents, quel que soit la raison.

*« il y a des médecins généralistes qui font des consultations de planning familial à **** et que c'est anonyme et gratuit. Comme ça leurs parents ne sont pas au courant mais au moins ils sont protégés. » MJ5*

Des médecins nous ont également parlé du **rôle de l'école** auprès des adolescents pour traiter les sujets d'éducation sexuelle. Malheureusement, de leur propre aveu, cela les décharge parfois d'aborder ces thématiques eux-mêmes.

« Les jeunes sont quand même plus préparés je trouve. Grâce certainement au programme scolaire, je trouve qu'ils sont plus à l'affût » JA1

« Sachant que les jeunes ados ont une demi-journée ou journée en 5^{ème}, où ils parlent de tout ça. A l'école. » JA2

« On espère qu'à l'école ils en parlent mais c'est vrai que c'est notre rôle aussi. » JA9

« C'est peut-être pour ça que je vais me défendre que je n'aborde pas trop le sujet, parce que c'est fait à l'école maintenant » JA2

G – Les connaissances théoriques.

a - Côté médecin.

Parmi les médecins interrogés, certains **ne se sentent pas compétents** du fait de l'insuffisance des connaissances théoriques relatives à la sexualité.

« il y a quand même un manque de compétence que je pourrais pallier » JA1

« Je ne sais pas trop finalement ce que ça donne le papillomavirus chez l'homme, il faut que je regarde » JA1

« Je ne sais plus si chez l'homme ça existe le gardnerella » JA1

« un système que je ne connaissais pas, un système d'anneau en fait » MJ4

Comme première justification, ils témoignent d'une **formation initiale insuffisante** sur ces sujets et de la façon de les aborder avec les adolescents.

« Dans mon cursus, je n'ai peut-être pas appris ça » JA1

« je pense que ce n'est pas vraiment un item de l'ECN, on n'a pas tellement appris à l'école en médecine comment aborder ces questions » JA9

« sur la formation initiale, même si ça ne fait pas longtemps qu'elle est terminée, on en parle peu » MJ4

Ce manque de connaissances, notamment sur les méthodes de contraception masculine, entraîne des **difficultés pour renseigner les patients**. De plus, il ressort que les informations à ce sujet ne sont pas facilement accessibles.

« il m'expliquait qu'il y avait un anneau qui avait exactement le même système de remontée, donc du coup j'ai parlé de ce que je savais pour le slip en appliquant pour l'anneau sans vraiment le connaître mais j'ai supposé que c'était le même mode de fonctionnement » MJ4

« il n'y a pas de mesure d'efficacité comme il peut y avoir pour la contraception féminine, en tout cas je n'ai pas trouvé d'indice de Pearl » MJ4

Certains médecins n'hésitent pas dans ce contexte à adresser rapidement les patients à des **spécialistes**.

« c'est vrai que je passais vite la main. Mais je pense que je passe vite la main par manque de compétences » JA1

« J'avais été un peu démuni à l'époque, je l'avais orienté vers une sexologue » JA3

La sexualité de l'adolescent se trouve à la frontière entre **plusieurs spécialités** : elle relève à la fois de la sexologie, mais aussi de la pédiatrie, de la gynécologie, de l'urologie, ou encore de la dermatologie en cas de suspicion d'IST. Il n'est donc pas toujours aisé d'adresser aux professionnels de santé adaptés.

« Parce que qui est ce qui les soigne ? C'est les dermatos et les gynécos ? Urologues ? » JA1
« je ne sais pas non plus s'il y a des sexologues dans le coin à qui les adresser » JA9

Le rôle du médecin généraliste **se renforce** sur ces thèmes, notamment devant la difficulté d'accès aux spécialistes. En témoigne l'accès à la PrEP, pour laquelle les médecins interrogés nous ont confié ne pas savoir s'ils pouvaient la prescrire eux-mêmes.

« ils venaient pour la PrEP un peu dans le but de savoir si je pouvais la prescrire déjà, parce que mes spécialistes sont difficilement accessibles à l'hôpital. D'ailleurs je n'ai toujours pas la réponse » JA3

De nombreux médecins témoignent d'une **remise en question** de leurs prises en charge, qu'ils jugent peu satisfaisante du fait de ce manque de connaissances.

« la prise en charge était quand même médiocre. Et là c'est bien à la limite que tu m'en parles parce que ça me fait réfléchir » JA1

« En tout cas le fait qu'il faille aborder ces problèmes-là autant avec les garçons que les filles mérite d'être soulevé effectivement » JA2

« ces entretiens ça fait réfléchir à comment on travaille, ce qu'on peut faire mieux, moins bien » MJ1

Il est donc **important de se former**, qu'il s'agisse de diplômes universitaires (DU), de formation médicale continue (FMC), de revues scientifiques ou en groupes de pairs.

« le fait d'être passée en gynéco aussi, d'aborder la sexualité en gynéco, et puis là, par mon DU » JA6

« j'aimerais bien faire une formation sexologie » JA9

« tu sais que je suis un grand amoureux de la revue Prescrire » JA10

Accueillir un interne en stage permet de se poser de nouvelles questions, et via le partage de connaissances de remettre en question certaines prises en charge, ou du moins de les faire évoluer.

« ce n'est pas moi qui aie conduit l'entretien et qui ait posé la question c'est l'interne qui a proposé le Gardasil, en disant que maintenant c'était à faire chez les garçons. Et elle a expliqué ce que c'était que le papillomavirus » JA8

Il en va de même pour les **groupes de pairs**. Ceux-ci permettent d'interagir, de débattre des prises en charge avec un regard critique mais confraternel. Ceux-ci sont organisés par la faculté de médecine, avec un médecin universitaire « médiateur » et des internes. Des groupes de pairs se poursuivent le plus souvent après les études de médecine.

« il y a plusieurs études australiennes, néo-zélandaises, et une grosse étude écossaise que j'ai transmise à beaucoup d'internes, beaucoup de mes internes de groupes de pairs » JA10

b- Côté adolescent.

Les médecins interrogés perçoivent de façon claire un **manque de connaissances** à propos de la sexualité, des IST et de la contraception chez les adolescents, et ce indépendamment de leur genre.

Par exemple à propos des **risques encourus** en cas de rapports non protégés

« il y a un manque de connaissance incroyable sur la sexualité, sur les maladies qui peuvent en découler, sur les problèmes en tout genre » JA6

« Je me suis rendu compte qu'il ne connaissait pas vraiment les risques des rapports non protégés » MJ3

Ou encore sur **l'anatomie et la physiologie** chez leur partenaire. Ce manque de connaissances existe aussi parfois chez les jeunes filles à propos de leur corps.

« certains ados ont très peu de connaissances. La physiologie sexuelle notamment de la partenaire féminine » JA10

« elle trouvait qu'elle avait une boule quelque part en bas, et en fait c'était son clitoris » MJ1

Ce manque de connaissances peut être le fait que les garçons ne sont pas préoccupés par ces thèmes, **ne se sentent pas concernés** comme le sont plus souvent les jeunes filles.

Le désintéressement, le sentiment de ne pas se sentir concerné, limite la recherche de l'information et l'investissement.

« avant c'était, comme pour la pilule, seulement pour les filles, c'est pas pour nous donc on s'en fiche » JA11

« c'est vraiment qu'il ne s'en occupe pas, qu'il ne s'en préoccupe pas » MJ2

« Mais tu sens que ça leur passe par-dessus la tête et que ça ne les concerne pas donc je pense qu'en plus dans cette population là il y a un manque d'intérêt, même pour la contraception, pour les risques, pour plein de choses. Ils ne se sentent pas concernés. » MJ6

Selon les médecins, l'accès à ces informations à l'adolescence et donc aux connaissances souvent limitées se fait par **différents moyens**.

Dans un premier temps, ils rapportent que **l'école** joue un rôle, par le biais des cours d'éducation sexuelle. Cependant, il semble que les adolescents n'ont pas tous accès à des cours de qualité à ce sujet, avec des différences notables selon les établissements et les moyens mis en œuvre.

« ils ont tous une éducation sexuelle qui est différente entre 12 et 18 ans » JA6

« l'éducation sexuelle est très irrégulière chez les adolescents. Il y en a qui ont eu des cours assez structurés semble-t-il, et il y en a qui n'ont absolument rien eu » JA10

Cependant, le **caractère obligatoire** de l'école offre une éducation de base et une curiosité qui permet ensuite d'en discuter entre eux.

« ça a un côté obligatoire, on est pas obligés de faire la démarche, où tout le monde entend le même discours et derrière on peut débattre parce que tout le monde a entendu la même chose » JA12

Un frein à l'abord de ces sujets en milieu scolaire serait de **ne pas séparer** les garçons et les filles. Ceci peut entraîner une certaine gêne des adolescents à poser des questions devant les adolescents de sexe opposé.

« ce qui est mal fait c'est qu'ils ne séparent pas les classes, c'est-à-dire que les filles et les garçons sont ensemble et ça a priori ce n'est pas très bien, parce que chacun n'ose pas poser les questions qu'il aimerait poser » JA2

A notre époque, **Internet et les réseaux sociaux** sont omniprésents dans la vie des adolescents, et représentent une source d'informations de fiabilité très incertaine.

« ils ont leurs propres forums d'échange, mais le risque c'est que ce soit biaisé, qu'il n'y ait pas de contrôle médical dans tout ça » JA3

Via ces médias, l'accès et le recours à la **pornographie** est facile, et peut être considéré par les adolescents comme une source d'information sur ce qu'est la sexualité.

« parce qu'aujourd'hui l'éducation chez l'ado, qui plus est les garçons mais pas que, se font leur éducation sexuelle sur la pornographie finalement. Et sur des sites qui ne sont pas forcément pourvoyeurs d'informations fiables » JA6

« il voulait me parler d'un problème, de ce qu'il estimait être un problème d'addiction à la pornographie » MJ4

Pour certains, adresser les adolescents vers **des sites fiables et des forums contrôlés** par des professionnels de santé est un point central d'évolution. De la même façon, se baser sur les réseaux sociaux ou internet paraît être une approche payante pour aborder avec eux les thèmes en lien avec la sexualité.

« je me suis rendue compte que le fait d'aborder la sexualité via les réseaux sociaux et la façon d'utiliser internet tout ça, ça leur parlait beaucoup plus que de rester dans du vague » MJ3

« peut-être qu'il y ait des plateformes en ligne, des sites bien faits justement. Pour ne pas qu'ils aillent voir n'importe quel site » « je leur dis d'aller sur des sites un peu spécialisés » JA3

H – Les facteurs logistiques.

Le manque de temps en consultation a une influence importante sur l'abord des questions de prévention en général, et plus particulièrement dans le champ de la sexualité. Ces sujets sont amenés à passer au second plan, notamment lors de demandes multiples, de retard, ou lors d'une consultation assez dense.

« je me rends compte que beaucoup de gens viennent pour des motifs multiples, et que quand ils ont déjà 3 motifs tu as du mal à parler de prévention en plus » JA9

« on s'occupe des vaccins, on s'occupe du poids, de la taille et en fait du coup la sexualité comme on les voit moins souvent ça passe au dernier plan malheureusement » MJ2

« comme il me l'a dit au bout de 15-20 minutes de consultation et que j'avais déjà 20 minutes de retard, je l'ai reprogrammé en consultation » MJ4

Certains des participants interrogés déclarent pouvoir tout de même prendre le temps de parler de prévention, par exemple en cas de consultation avec un **motif rapide** à traiter.

« des fois ils viennent juste pour le vaccin donc c'est une consultation assez courte on pourrait en profiter pour en parler » MJ2

« si c'est un motif, quelque chose de rapide et d'aigu et qu'il me reste encore du temps en consultation, oui j'enchaîne en général avec « et comment ça se passe les amis, les amis plus proches, les relations ? » et derrière « est ce qu'à l'école vous parlez un petit peu de ça ? » » MJ3

Pour se réapproprier ce temps jugé nécessaire, il apparaît judicieux de **reprogrammer une consultation**, dédiée à ce motif uniquement.

« peut-être tout simplement reprogrammer un rendez-vous. Et je pense que l'adolescent serait d'accord » JA1

« je pense qu'il faudrait une consultation dédiée, parce que quand tu as fait le tour du poids, la taille, les pieds, le dos, l'examen clinique » JA5

« j'essaie quand même d'en parler et souvent voilà c'est « je n'ai pas envie qu'on parle de ça » ou « j'en reparlerai, je viendrai vous voir quand j'en aurais » » MJ2

« j'ai vu que dans deux semaines il avait pris rendez-vous, donc je suis contente de ça, je ne pensais pas qu'il reviendrait » MJ3

« l'addiction au porno en fin de consultation là oui je pense qu'il faut un temps dédié, mais oui la possibilité de prendre un temps dédié à courte échéance, c'est-à-dire ne pas lui proposer un rendez-vous dans dix jours » MJ4

Cependant, cela n'est pas toujours évident à l'heure actuelle car la densité médicale est insuffisante dans de nombreux territoires. Certains médecins rencontrent des difficultés à reprogrammer du fait **de la disponibilité ou des délais** de rendez-vous.

« avoir des plages disponibles c'est pratique » «si je dois reprogrammer quelqu'un deux jours après jours après et je m'en moque ? Et puis voilà j'imagine qu'un médecin traitant ne peut pas forcément... » MJ4

« j'ai un planning chargé, je suis toujours très en retard » MJ5

Il faut également prendre en compte que certaines personnes, y compris les adolescents, n'ont **pas de médecin traitant**. Ceci représente une difficulté supplémentaire pour aborder la prévention.

« je lui ai donné l'ordonnance, et je lui ai aussi donné l'ordonnance pour sa copine que je ne connais pas, mais il m'a dit qu'elle n'avait pas de médecin, donc j'ai fait en sorte qu'ils soient tous les deux traités pour le chlamydia » MJ2

Les **plateformes de prise de rendez-vous** qui se développent actuellement proposent des solutions intéressantes, comme des listes de motifs « type » pour les consultations. Cela peut permettre au patient, notamment l'adolescent, d'avoir notion qu'une consultation de ce type est envisageable avec son médecin.

« s'il y a avait une consultation dédiée IST Gardasil pour les garçons et filles, ça nous permettrait de prendre peut-être un créneau plus long. Et les patients le verraient, car il y en a plus de 50% qui prennent rendez-vous sur Doctolib, donc ils voient bien la liste du menu déroulant » JA5

Il est aussi possible de proposer des rendez-vous de **téléconsultation** lorsque l'examen clinique n'est pas nécessaire, ce qui est globalement le cas sur les consultations orientées prévention. Il semble que certains adolescents soient plus à l'aise dans ce cadre-là.

*« la téléconsult ce n'est jamais aberrant car on pose des questions on lance des sujets et puis si ce n'est pas approprié on se revoit. Donc ça pourrait aider aussi » JA9
« avec la téléconsultation aussi, finalement c'était beaucoup plus confortable pour lui en tout cas » JA9*

I – L'utilisation de supports divers.

Un certain nombre d'**outils** sont utilisables par le médecin généraliste, pour permettre un meilleur abord des questions de sexualité, d'IST et de contraception.

En consultation, il peut être utile de **montrer** à quoi ressemble un stérilet ou une pilule contraceptive. Cela permet de rendre les choses plus concrètes et d'ouvrir la discussion.

*« des fois je leur montre mon petit truc de contraception » MJ2
« j'ai l'implant aussi et les stérilets [...] je leur propose de toucher » MJ2*

Les **présentoirs**, avec des préservatifs gratuits en libre-service par exemple, peuvent aider à faire passer le message que le cabinet du médecin est un lieu où l'on peut parler de sexualité librement.

*« ce qui pourrait être pas mal, qu'on fait au CeGIDD, sur les bureaux il y a des petits présentoirs avec des préservatifs des choses comme ça » MJ4
« ils le voient, du coup c'est juste que ça permet peut-être de faire comprendre implicitement aux gens que c'est un lieu où on peut aborder ces thèmes » MJ4*

De la même façon, les **affiches** en salle d'attente confortent l'adolescent dans la possibilité d'évoquer ces problématiques avec leur médecin traitant.

*« je trouve que le système d'affiches en salle d'attente c'est vachement pratique. Mais ça c'est complètement, ce n'est pas du tout scientifique c'est juste mon impression » MJ4
« il n'y a que des affiches qui parlent de ça, les gens viennent et ils savent qu'on peut parler de ça » MJ4*

L'utilisation de **livres** tels que des **bandes dessinées** permet une approche peut-être plus adaptée pour l'adolescent.

« Ça m'est déjà arrivé en consultation de proposer des BD » JA7

« l'auteur de Titeuf avait fait avec des scientifiques un album » JA7

Remettre au patient des **dépliants** comme support permet de donner des informations écrites et détaillées à la sortie de la consultation. Ainsi l'adolescent garde une trace d'un échange au cours duquel il y a parfois eu beaucoup d'informations d'un coup.

« des fois il m'arrive de donner des petits dépliants sur l'usage du préservatif par exemple. Ca m'est arrivé. Ou des petits bouquins sur les MST, en demandant « est-ce que tu as besoin d'autres informations ? » JA4

Une participante interrogée trouve cependant que les affiches et dépliants ne sont pas un outil de communication efficace.

« les dépliants, les gens ne les lisent pas spécialement, les affiches dans les salles d'attente ne sont pas spécialement lues » JA6

Enfin, les médecins interrogés évoquent les **objets connectés** comme nouveau support de communication. En effet, à l'heure du tout numérique et des réseaux sociaux, ils pensent que cela peut être un outil précieux auprès des adolescents.

« comme les jeunes sont beaucoup sur les réseaux, ça commence à se développer un peu, j'ai vu quelques pages qui expliquent un peu la sexualité, mais peut être de faire une appli ou quelque chose de connecté, parce que les jeunes sont un peu sur ce mode-là, où ils pourraient se référer pour poser leurs questions à des médecins ou je n'en sais rien. D'avoir des informations fiables » JA6

« je me suis rendue compte que le fait d'aborder la sexualité via les réseaux sociaux et la façon d'utiliser internet tout ça, ça leur parlait beaucoup plus que de rester dans du vague » MJ3

« Les réseaux sociaux ça fait deux ans que je l'utilise » MJ3

DISCUSSION

I – Limites de l'étude.

A – Biais de recrutement.

Nous avons eu énormément de refus de la part de médecins lors de la phase de recrutement de notre population cible. Il est donc probable que ceux que nous avons interrogés soient plus volontaires, impliqués et intéressés par notre sujet.

Ce biais est partiellement limité par l'échantillonnage, car nous nous sommes efforcés d'interroger des praticiens d'âges différents, des deux genres, exerçant en libéral ou en salarié, en zone rurale ou en zone urbaine.

B – Biais d'interaction.

L'étiquette d'Interne en médecine générale pour la réalisation des entretiens constitue un biais d'interaction, ce statut ayant pu jouer lors du déroulé des échanges.

De plus, 6 des 19 médecins interrogés étaient connus de l'un ou l'autre des chercheurs, ce qui a pu influencer leurs réponses aux questions posées.

Enfin, peut-être que les entretiens réalisés via le support d'une plateforme numérique sont moins propices à mettre les médecins interrogés ainsi que les intervieweurs dans les meilleures conditions.

C – Biais d'intervention.

Il est possible que nos attitudes, nos mimiques ou nos reformulations aient pu influencer certaines réponses au cours des entretiens réalisés. Ce biais est difficile à contourner, même si nous avons probablement progressé au fur et à mesure des entretiens, grâce à l'expérience acquise.

D – Biais d'interprétation.

Notre expérience personnelle, nos représentations ainsi que notre intérêt pour les thèmes abordés ont pu constituer un biais d'interprétation au moment d'analyser nos résultats. Ce biais est en partie limité par la triangulation.

II – Discussion des résultats.

A – Les spécificités de la consultation avec l'adolescent de sexe masculin.

Les entretiens menés dans le cadre de cette thèse ont fait ressortir que la consultation avec l'adolescent, et principalement les garçons, avait ses spécificités et ses difficultés que les médecins interviewés ont pu nous partager.

Beaucoup de participants nous ont confié **qu'ils voyaient très peu les adolescents** de sexe masculin de leur patientèle, ce qui constitue évidemment un frein à aborder des sujets très liés à l'intimité, qui nécessitent une relation de confiance.

Il ressort d'une fiche pratique du Collège de Médecine Générale datant de 2021 (10) que les adolescents représentent une faible proportion du total de consultations d'un médecin généraliste. Cependant, la majorité d'entre eux a vu un médecin généraliste récemment, et la différence entre garçons et filles n'est pas très significative. Cela est confirmé par un rapport de la DREES (11), dans lequel les consultations à visée de prévention en santé sont certes en faible proportion chez le médecin généraliste, mais concernent le plus souvent des enfants et des jeunes. Ce rapport souligne aussi une nette différence dans la proportion des consultations des moins de 24 ans en fonction de l'âge du médecin. Les médecins plus jeunes voient en effet plus de patients jeunes, sans doute du fait de l'évolution de l'âge de la patientèle avec celui du médecin au cours de sa carrière.

Ainsi, il existe des opportunités pour aborder la sexualité, les IST et la contraception avec la plupart des adolescents en consultation de médecine générale, ou pour leur proposer un temps dédié sur ces sujets pour une prochaine fois.

Les motifs de consultation des adolescents semblent parfois peu propices à échanger autour de la sexualité car ils ne sont pas du tout en rapport avec ce sujet.

La thèse d'Hélène Boulestreau (12), centrée sur le point de vue des adolescents, confirme cette tendance. En effet, ses résultats montrent que la grande majorité des consultations chez l'adolescent ont pour motif des problèmes somatiques (75%), bien loin devant les consultations de prévention ou pour certificat (19%) et celles pour demande psychologique (6%). On peut cependant imaginer que parmi les plaintes somatiques, certaines puissent permettre au médecin de suggérer une consultation autour de la prévention en général si l'adolescent le souhaite.

Ces conclusions sont partagées dans une autre thèse (13), d'où il ressort que la fréquentation des adolescents en consultation de médecine générale est suffisante, mais

qu'il est difficile pour eux d'évoquer leurs préoccupations. De même, les médecins trouvent compliqué d'aborder la sexualité sans motif en rapport. Pourtant, même s'il n'y a pas de question d'ouverture parfaite pour aborder ce thème auprès de l'adolescent, le fait de poser une question peut déjà aider à initier la discussion.

Une des autres spécificités de la relation entre les médecins interrogés et les adolescents est son caractère **triangulaire**. Il est, dans la grande majorité des cas, lié à la présence d'un ou des deux parents au cours de la consultation. Nos résultats sont assez partagés. Une grande partie des interviewés jugent que cette présence les bloque pour parler de sexualité aux adolescents. Certains parents vont tout de même avoir un rôle facilitant, en amenant leur enfant et en sollicitant l'intervention du médecin en ce sens.

La thèse de Mylène Waline (13) a pour but de trouver une question d'ouverture pour aborder la sexualité avec les adolescents. Elle met en évidence que plus de deux tiers des adolescents (68%) se disent gênés si une des phrases proposées est formulée en présence d'un parent, quand bien même le sujet est seulement évoqué et non discuté. De façon similaire, seulement 30% des médecins pensent qu'une des phrases proposées peut être formulée devant les parents sans occasionner de gêne, d'un côté ou de l'autre du bureau.

Le collège de médecine générale (CMG), via une fiche pratique (10), insiste d'ailleurs sur la nécessité d'accorder un temps de consultation seul à l'adolescent, en faisant sortir les parents sans demander son approbation, en leur faisant comprendre qu'il s'agit d'une pratique habituelle. Tout l'enjeu est de ne pas disqualifier les parents, mais également de ne pas mettre l'adolescent dans un conflit de loyauté en lui demandant s'il souhaite que ses parents sortent. Ainsi c'est au médecin de poser le cadre de la consultation avec l'adolescent, et il doit prévoir un moment avec l'adolescent en tête à tête (14).

Cette relation triangulaire peut être problématique, comme nous l'avons évoqué précédemment, du point de vue de la gêne pouvant être ressentie par l'adolescent, les parents ou le praticien. **La confidentialité** est un autre aspect à prendre en compte. Cette problématique est très peu ressortie de nos entretiens, car du point de vue du médecin le secret médical va de soi, y compris dans le cercle familial. Pour l'adolescent en revanche (7) il existe un grand nombre d'obstacles à aborder les thèmes autour de la sexualité avec le médecin généraliste. Parmi ces craintes, la peur que ce dernier n'aille rapporter ce qu'il a confié à ses parents en fait partie. Or (14), on peut garantir à un adolescent le respect du secret médical quand il est en consultation seul avec le médecin. La limite évidente à ce secret est la mise en danger ou le fait d'encourir un risque. En effet (15), les décisions importantes ou graves sont pour le mineur du ressort des parents. La loi (article L.1111-5 du code de santé publique) précise que le mineur peut demander au médecin consulté de garder confidentielles certaines informations

échangées. Cela est vrai pour des motifs graves, comme certaines addictions. C'est également valable pour l'orientation sexuelle ou les IST par exemple.

C'est sans doute un point sur lequel insister chez les médecins lors d'une consultation avec un patient adolescent, afin de le rassurer et d'aborder plus sereinement la sexualité.

Les médecins interrogés au cours de nos différents entretiens nous ont, à des degrés divers, confié **certaines représentations ou idées reçues** qu'ils pouvaient avoir à propos des adolescents de sexe masculin. Ces représentations jouent dans leur propension à aborder les thèmes de la sexualité, des IST et de la contraception avec ces jeunes.

Parmi ce que nous avons qualifié d'idées reçues, beaucoup nous ont rapporté que les garçons, ou même parfois les hommes, ne se sentiraient **pas concernés** par ces thèmes. Par exemple, ils jugent la contraception comme étant la responsabilité quasi-exclusive des femmes.

Une étude québécoise (16) évoque les perceptions des adolescents et des professionnels de santé et de l'éducation quant à l'usage de la contraception à l'adolescence. Il ressort que la grande majorité des adolescents interrogés considèrent que la contraception est l'affaire des deux parties. Les professionnels jugent que les conséquences potentielles d'une mauvaise contraception pèsent plus sur les filles, donc que la contraception est une affaire de filles. Finalement, les adolescents sont enclins à partager cette responsabilité, même de façon inégale avec une gestion du préservatif par le garçon, et de la pilule par la fille. Ces croyances et représentations négatives de la part des professionnels font que ces sujets sont moins abordés avec les garçons. Quand on leur demande leur avis (7), la quasi-totalité (97,6%) des adolescents interrogés ont des attentes envers les médecins pour aborder ces sujets, filles et garçons confondus. Ce qui apparaît de prime abord comme un manque d'intérêt se rattache plutôt à une gêne, une peur du jugement ou un manque de confiance (10). De plus, les adolescents souhaitent que le médecin initie les questions de sexualité (13).

Lors des entretiens, les médecins ont évoqué à plusieurs reprises **l'état des connaissances** chez les adolescents, qu'ils jugent pour la plupart insuffisantes et issues de sources peu fiables ou mal utilisées.

C'est un constat qui se retrouve notamment à propos de la contraception (16), où les deux moyens vraiment connus des adolescents, filles comme garçons, sont le préservatif et la pilule. Les adolescents de sexe masculin conservent à propos de cette dernière des informations erronées, qu'elle rendrait infertile par exemple. Une étude multicentrique de 2017 sous forme de thèse (17) indique que les jeunes femmes ont des connaissances sur beaucoup des moyens de contraception les concernant, même si le patch ou l'implant restent bien moins connus que la pilule ou le stérilet. Une étude prospective de

2014 (18) met également en avant ce manque de connaissances des différentes méthodes contraceptives chez des lycéens de filières professionnelle et générale, sans différence flagrante entre les garçons et les filles. Concernant les connaissances sur les IST (19), il s'avère que si les lycéens interrogés se considèrent bien informés sur le VIH. Les chiffres concernant les autres IST sont bien plus inquiétants. En effet, seulement 20% d'entre eux disent être suffisamment informés. Les informations reçues viennent principalement du milieu scolaire, par les professeurs ou des intervenants extérieurs.

Un dernier point qu'il nous a semblé intéressant de développer sur la spécificité de la relation du médecin généraliste avec l'adolescent est **l'influence de l'expérience personnelle** du médecin. En effet, il ressort de plusieurs entretiens que devenir parent modifie quelque peu la façon d'appréhender l'adolescent au cours des consultations. Cela amène parfois plus de confiance ou d'aisance chez le médecin concerné. De façon opposée, un médecin nous a dévoilé une expérience négative au cours de sa jeunesse. Elle a ressenti une intrusion malsaine dans son intimité, sa vie privée, et garde une certaine réserve au moment d'aborder les thèmes autour de la sexualité avec ses patients adolescents, de peur de reproduire ce schéma.

Nos recherches concernant l'influence de cette expérience personnelle, avoir des enfants ou avoir subi un traumatisme, n'ont pas été fructueuses. Un article de 2017 dans la revue Sciences Sociales et Santé (20) met en avant la place des représentations et de l'expérience personnelle sur la contraception chez les médecins dans la prescription chez leurs patientes. En extrapolant, on en vient à la conclusion que chaque expérience personnelle dans la vie d'un médecin, par exemple devenir parent ou s'être senti agressé, a un rôle dans la façon d'aborder certains sujets.

B – Des thématiques parfois mal maîtrisées par le médecin.

Nous avons vu dans la partie précédente les spécificités de la relation entre le médecin et l'adolescent, notamment les garçons. La population adolescente masculine présente également des spécificités, qui sont parfois mal connues, mal maîtrisées ou mal appréhendées par les médecins. Ceci peut compliquer l'abord de la sexualité, des IST et de la contraception avec cette population.

Les thématiques retenues dans cette partie sont la contraception masculine, l'abord de l'orientation sexuelle, la prescription de la PreP, l'HPV chez le garçon, la pornographie et le "chemsex".

a – La contraception masculine

Cette thématique est peu ressortie des entretiens, mais un interviewé en a beaucoup parlé dans l'entretien qu'il nous a accordé. Il nous a confié ses difficultés à se renseigner sur la contraception masculine, et notamment sur son efficacité. Or, la méconnaissance de ces sujets peut entraîner la diffusion de messages erronés, voire l'absence de délivrance de message. Cela conduit à un défaut d'information pour le patient.

Les 3 contraceptions masculines les plus connues sont le retrait, le préservatif, et la vasectomie (21). Le retrait et le préservatif sont les méthodes les plus utilisées dans le monde mais ont un indice de Pearl élevé et impactent l'acte sexuel. La vasectomie est prouvée sur le plan de l'efficacité et de la tolérance, mais n'est pas adaptée à la population jeune ou aux populations de milieu socioéconomique bas.

Il existe d'autres contraceptions masculines, moins connues, et encore peu répandues, dont la méthode thermique/mécanique, pourtant évoquée depuis plus d'un siècle maintenant (22). Ces méthodes sont tellement peu répandues que dans la synthèse des méthodes contraceptives de la HAS de 2013 (23), les seules méthodes de contraception masculine évoquées sont le préservatif et la vasectomie.

Cependant, plusieurs études ont confirmé qu'il existe un grand intérêt chez les hommes et les femmes pour ces méthodes contraceptives masculines efficaces, réversibles et sûres.

Il existe deux autres méthodes de contraception masculine (21) : la méthode hormonale, basée sur l'injection intramusculaire de testostérone, et la méthode mécanique, par l'utilisation d'un sous-vêtement suspensoir testiculaire, à porter 15h par jour. Les deux méthodes sont réversibles et sont basées sur l'inhibition de la spermatogénèse.

L'efficacité et la réversibilité de la contraception masculine hormonale (21) ont été démontrées dans plusieurs études internationales de l'OMS dont 2 études en 1990 et 1996. L'indice de Pearl est compris entre 0,8 et 1,4 sur une durée d'exposition de 12 mois. De la même façon, l'efficacité et la réversibilité de la contraception masculine thermique ont également été démontrées dans plusieurs essais (22).

En conclusion, la rareté des moyens contraceptifs pour hommes est toujours à souligner et leur accessibilité laisse à désirer. Les études plaident tout de même en

faveur d'un changement des mentalités avec la tendance d'un partage de la responsabilité de la contraception entre hommes et femmes qui se dessine. Cette évolution se fera avec l'appui des médecins généralistes, qui sont les premiers acteurs auprès des patients pour promouvoir ces méthodes.

b – L'orientation sexuelle et l'identité de genre.

Le sujet de l'orientation sexuelle est revenu plusieurs fois au cours des entretiens que nous avons menés. La plupart du temps les interviewés montraient leur ouverture. Ils ont aussi fait part du désarroi ressenti dans certaines situations, voire de l'impuissance. L'abord de l'orientation sexuelle reste un tabou en consultation, de peur d'être intrusif, mais aussi de peur de heurter l'adolescent ou ses parents.

Pourtant, la connaissance des spécificités de ses patients par le médecin est nécessaire pour une prise en charge individualisée et de bonne qualité.

Les personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels, ou transgenres) sont une population particulièrement vulnérable sur le plan médico-psycho-social (24). Ils ont un risque accru de syndrome anxio-dépressif et d'addictions et sont nombreux à avoir subi des violences psychologiques, verbales et/ou physiques. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (ou HSH) ainsi que les personnes transgenres sont également une population à risque accru de VIH et autres d'IST, qu'il est important de dépister. Les besoins de santé et l'accès aux soins médicaux dans ces populations restent problématiques.

Ainsi, on note qu'il existe une hétérogénéité d'accompagnement des personnes LGBT par les médecins généralistes (25). La plupart ont des difficultés à aborder l'orientation sexuelle de leurs patients et profitent de certaines occasions comme les bilans de dépistage, en utilisant alors des questions ouvertes pour laisser la possibilité au patient de se confier. Leurs craintes sont d'être intrusif ou d'outrepasser leur rôle de médecin.

Pourtant, il ressort d'une étude du JAMA (26) que, contrairement aux idées reçues, les personnes homosexuelles souhaiteraient pouvoir communiquer librement avec leur médecin au sujet de leur orientation sexuelle et/ou identité de genre. Ils hésitent souvent à en parler de peur d'être jugées ou moins bien soignées s'ils se confient. En effet, ils ont une représentation ambivalente du médecin généraliste (27), qui est à la fois perçu comme une ressource, mais aussi comme un danger pour leur santé. En consultation, il est important d'évaluer le soutien de l'entourage et les

personnes de confiance, d'identifier les situations à risque de discrimination (lieu de travail, école, famille, etc.), d'être attentif aux signes de dépression, de tendances suicidaires et aux signes de violences. Il est bienvenu d'utiliser un langage neutre, et important de normaliser l'anamnèse sexuelle dans la pratique médicale en insistant sur le secret médical et l'absence de jugement.

c – La prescription de la prophylaxie pré exposition au VIH (ou PrEP)

Un des médecins interviewés a évoqué une demande d'informations concernant la prophylaxie pré exposition au VIH (PrEP) en consultation, sans être en mesure d'apporter des informations satisfaisantes à son patient.

En résumé (28), il s'agit de l'utilisation à titre préventif de médicaments antirétroviraux (tenofovir et emtricitabine) chez une personne non infectée par le VIH qui présente des facteurs d'exposition. Elle a pour but de réduire le risque d'infection.

L'extension récente de la prescription de la PrEP à tous les médecins (dont les généralistes) depuis le 15 avril 2021 est intéressante pour répondre à des besoins de santé publique. Il est possible de la prescrire à toute personne séronégative ayant des pratiques à risque à partir de l'âge de 15 ans. Il est donc important de dépister ces comportements à risque dès l'adolescence. Ces conduites ne peuvent être dépistées que si ces thématiques autour de la sexualité sont abordées, notamment en consultation de médecine générale.

d – L'HPV chez le garçon.

Au cours des entretiens que nous avons mené, plusieurs déclarations nous ont interpellées lors des échanges sur l'HPV et le Gardasil®. Une participante a été en difficulté pour expliquer ce qu'était l'HPV, et ne savait pas exactement quelles lésions ce virus provoque chez l'homme. D'autres nous ont confié que le Gardasil® n'était pas encore rentré dans leurs réflexes, qu'ils n'y pensaient pas et par conséquent, ne l'injectaient que rarement. Enfin, un dernier avait encore la notion que le nombre de partenaires sexuels était une limite à la vaccination contre l'HPV.

Il nous a semblé légitime d'éclaircir ces différents points qui semblent constituer un frein à une prévention bien menée contre le Papillomavirus, et contre les IST en général.

Concernant les lésions provoquées par l'HPV chez l'homme (29), on retrouve principalement les lésions bénignes que sont les verrues anogénitales, mais également des lésions plus graves comme les cancers ORL, de l'anus ou du pénis. Ainsi, 25 % des cancers liés à l'HPV concernent des hommes (30), et il a été prouvé qu'une couverture vaccinale suffisante permettait la quasi-disparition des cancers liés au papillomavirus (31). Or, la France accuse un retard considérable en matière de couverture vaccinale des adolescents (32).

Ce sont notamment ces constats qui ont conduit à élargir la vaccination anti-HPV à tous les garçons (30), selon le même schéma que les filles, avec un remboursement à compter du 1^{er} janvier 2021. Un rattrapage est également possible jusqu'à 26 ans pour les HSH.

Cette récente disposition doit être saisie comme une opportunité par les médecins généralistes pour faciliter l'abord des questions de sexualité, d'IST et de contraception auprès des garçons.

Il persiste une difficulté importante à prendre en compte avant d'aborder ces thèmes grâce à la vaccination anti-HPV : la réticence des parents. Ils ont parfois des idées reçues sur ce vaccin ou même les vaccins en règle générale.

En effet, le consentement parental est indispensable pour la réalisation d'actes tels que la vaccination (33), selon l'article 371-2 du code civil donnant autorité aux parents pour protéger l'enfant dans sa santé.

Or, il s'agit d'un vaccin difficile à faire accepter aux parents (34). En effet, 25% des parents de l'étude sont défavorables à la vaccination HPV. Les freins évoqués sont la crainte des effets indésirables, le manque d'information, et le fait que le médecin ne l'ait pas proposé. La symbolique d'entrée dans la vie sexuelle véhiculée par la vaccination et liée aux caractéristiques socioculturelles des patients et de leur famille est un frein supplémentaire à la généralisation du Gardasil®.

e - La pornographie.

Le propos n'est pas de proposer la pornographie comme moyen d'aborder la sexualité avec les garçons. Ce sujet a été évoqué dans plusieurs entretiens, ce qui en fait probablement un sujet important dans cette population. Il représente une source d'information de l'adolescent sur la sexualité, et il existe une problématique d'addiction à la pornographie.

Tout d'abord, quelques chiffres issus d'une étude de l'IFOP (35) dressent un constat préoccupant de la situation. A 12 ans, un jeune sur trois déclare avoir déjà été exposé à du contenu pornographique. De plus, près d'un quart des jeunes déclarent que la pornographie a eu un impact négatif sur leur sexualité en leur donnant des complexes. Enfin, près de la moitié des jeunes ayant des rapports sexuels rapportent reproduire des pratiques qu'ils ont vues dans des vidéos.

Concernant le lien entre exposition à la pornographie et conduites à risque, une étude a retenu notre attention (36). L'exposition à la pornographie concerne pratiquement tous les hommes et 80 % des femmes. Il en ressort que regarder fréquemment des images pornographiques est lié à une activité sexuelle plus précoce, à un plus grand nombre de partenaires sexuels, au fait de rechercher des partenaires occasionnels, à une pratique de la pénétration anale, à une moindre prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées et enfin à une augmentation des consommations d'alcool et de cannabis.

Enfin, la problématique de l'addiction à la pornographie fait l'objet d'une mise en garde du CNGOF (37). Cette surconsommation principalement masculine a des conséquences sur leur image et sur leur vie quotidienne comme toute addiction.

Un site réalisé par le gouvernement à l'occasion de la journée internationale pour un Internet plus sûr (ou Safer Internet Day) est disponible pour les parents depuis 2019 (38). Il a pour but de les sensibiliser sur les risques liés à la pornographie, sur la façon de communiquer avec leurs enfants sur ces problématiques et de limiter l'exposition à ces contenus à l'aide de filtres parentaux ou d'applications.

Le recours à la pornographie ne doit pas stigmatiser l'adolescent mais plutôt permettre d'aborder les thèmes autour de la sexualité en consultation. Cela peut conduire à une meilleure prévention autour des conduites à risque et des IST, mais aussi de santé mentale et du bien-être.

f – Le « chem sex ».

Certains médecins ont évoqué leur tendance à aborder la sexualité pendant des consultations au cours desquelles ils parlaient d'autres sujets, comme la prise de toxiques, afin de faire un message de prévention globale.

La définition du « chem sex » (39) se retrouve dans les mots qui le composent : « chem » pour « chemicals » en anglais qui renvoie aux substances psychoactives, et « sex » pour sexe. Cela correspond à des relations sexuelles sous l'emprise de drogues.

Ce phénomène semble se limiter à l'heure actuelle à certaines populations (40) parmi lesquelles les HSH, chez lesquels il serait retrouvé à hauteur de 20%.

Cette pratique est encore marginale, mais elle prend de l'ampleur. Il semble important en tant que médecin généraliste d'y être sensibilisé et de savoir la dépister. Cela permet d'en discuter avec le patient sans jugement, pour une prévention optimale. En effet, il faut rappeler que ce genre de pratiques s'accompagne d'un risque accru de développer des IST (41) du fait de la désinhibition entraînant une prise de risques importante.

Pour aider les professionnels de santé, un livret a été développé par le Réseau de Prévention en Addiction (ou RESPADD) afin de mieux comprendre ces phénomènes et les dépister précocement (40).

C – Des propositions d'amélioration pour une meilleure prise en charge.

Globalement, tous les médecins que nous avons interrogés considèrent que l'abord des thématiques de la sexualité, des IST et de la contraception font partie intégrante de leur travail, relève de leurs compétences. Ils ont tous proposé des pistes d'amélioration en ce sens.

Le professionnel de santé, en dehors d'un problème médical, d'une discussion autour des règles ou de la contraception est rarement identifié comme interlocuteur (42). L'information évolue donc dans une sphère restreinte, entre intimité, relation de confiance et peur du ridicule. Le rôle du médecin généraliste est donc relativement perdu de vue. Il paraît important de le remettre au cœur des échanges, de plus l'impliquer afin qu'il soit considéré par les jeunes comme une source d'informations fiables, décomplexées et sans jugement. Cela peut être amélioré par des mesures simples mais qui nous semblent efficaces. Nous allons les détailler dans cette partie.

a – La consultation dédiée.

Une proposition d'amélioration qui ressort très fréquemment des entretiens est la réalisation d'une consultation dédiée à la sexualité en général pour tous les adolescents, prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

En effet, il existe déjà pour les filles une consultation dédiée à la contraception dénommée CCP de 15 à 18 ans initialement, qui s'est étendue jusqu'à l'âge de 26 ans à compter du 1^{er} janvier 2022. A noter que depuis le 1^{er} avril 2022, cette consultation CCP a été étendue aux hommes de moins de 26 ans qui n'avaient, jusque-là, pas de consultation prévue à cet effet (43).

Il s'agit d'un progrès notable en santé sexuelle qui permettra sans doute une meilleure efficacité en termes de réduction des IST et de connaissance des contraceptions disponibles. Cela va également donner une place centrale au médecin généraliste pour ces problématiques. Après l'étendue du vaccin Gardasil® aux garçons au 1^{er} janvier 2021, il semblerait que les pouvoirs publics aient décidé de prendre des mesures conséquentes pour impliquer les garçons dans la santé sexuelle. Ces garçons n'identifient pas (44), leur médecin comme un interlocuteur privilégié sur ces questions. Ils ont pu évoquer l'idée d'une consultation dédiée et y seraient favorables.

b - Créer un lien avec l'école.

Il est ressorti de quelques entretiens que l'abord de ces thématiques peut être proposé par le médecin scolaire, et qu'une coordination avec ce dernier semble intéressante. Leur rôle est primordial dans la prévention individuelle et collective ainsi que dans la promotion de la santé (45), et il se doit d'être complémentaire de celui des enseignants et des médecins généralistes.

Il s'avère pourtant que le partenariat entre médecin scolaire et médecin généraliste n'est que très peu exploité en réalité (46). Il existe en effet une méconnaissance de la fonction des médecins scolaires par les médecins généralistes. Les coordonnées des médecins scolaires ne sont pas connues, et on note peu de rencontres professionnelles autour de cas d'élèves ou de projets professionnels en commun. Pourtant le travail en réseau est essentiel pour les besoins en santé, c'est donc une piste exploitable dans le domaine de la prévention en matière de sexualité, d'IST et de contraception.

Le lien avec le milieu scolaire est envisageable par le biais d'actions de prévention locale, par exemple via des interventions à l'école dans le cadre de la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Il s'agit de la mise en commun de moyens nécessaires à l'activité et l'exercice d'activités réalisées en commun par les membres d'une MSP. Cela permet une coordination des soins, une coopération entre acteurs de santé et la réalisation d'ateliers d'éducation thérapeutique. Elle permet de promouvoir la santé dans sa globalité et peut donc être utilisée pour n'importe quelle action de santé publique. Des interventions sont possibles dans le cadre de l'éducation à

la sexualité et aux IST dans les collèges à l'échelle locale. Cela correspond aux désirs actuels des médecins généralistes qui préfèrent le travail de groupe.

c – Les campagnes promotionnelles.

Au cours de nos entretiens, certains médecins ont évoqué, parfois sur le ton de la rigolade, que des campagnes promotionnelles via les médias seraient bénéfiques pour aborder ces sujets.

Des messages de santé publique sont actuellement proposés et diffusés à plus grande échelle. Les moyens utilisés sont les chaînes de télévision, la radio (47), les courriers envoyés à domicile (dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer colorectal et du cancer du sein) (48) ou encore les affiches dans l'espace public. Il existe un numéro vert national du planning familial qui est un outil très utile pour l'accès à l'information, la prévention et l'orientation dans le parcours de soin. Il n'y a actuellement pas de méthodes de communication de ce type sur la sexualité en dehors de cette ligne d'écoute et il serait sans doute intéressant d'en développer une. Cependant, ces canaux de communication ne paraissent pas les plus adaptés à la population adolescente.

d – Internet et les réseaux sociaux.

Plusieurs médecins interrogés ont évoqué la pertinence de l'utilisation d'Internet et des réseaux sociaux dans cette population. En effet, ils semblent être les moyens de communication les plus adaptés pour informer et échanger efficacement avec les adolescents.

Dans un premier temps, nous nous sommes penchés sur les sites grand public (42). Internet est très souvent utilisé par les jeunes pour rechercher de l'information en lien avec la santé et la sexualité. Les échanges qui en découlent se font alors avec les amis ou les jeunes de l'entourage familial. Ces personnes ressources peuvent toutefois véhiculer des idées reçues, des approximations entraînant un discours focalisé essentiellement sur les risques. Les parents n'apparaissent pas, de leur côté, comme de vrais interlocuteurs.

Ce constat a amené Santé Publique France à mettre en ligne une liste de sites de prévention fiables (49), parmi lesquels sexosafe.fr, onsexprime.fr ou encore questionsexualite.fr.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés au rôle potentiel des réseaux sociaux. Une des participantes à l'étude nous a confié utiliser ce biais pour aborder différents sujets, alors qu'un autre proposait de se servir de ce support pour aborder plus facilement la sexualité, la contraception et les IST.

Il se développe de plus en plus de sites internet, d'applications, d'informations via les réseaux sociaux. Ces vecteurs semblent être les plus adaptés dans cette tranche de la population.

Les réseaux sociaux (Instagram, Snapchat, YouTube, Discord...) sont devenus une vraie source d'information pour la tranche d'âge des 15-25 ans depuis quelques années (50) (51).

Ils permettent d'aborder sans tabous des thèmes ignorés dans les séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire, et de façon moins formelle. Ils ont pour avantage d'être discrets, car les adolescents peuvent se renseigner sans l'aborder avec leurs parents ou amis. La parole s'est libérée depuis quelques années notamment sur le consentement grâce à l'émergence de mouvements #MeToo et des témoignages de plus en plus nombreux. Ces chaînes sont donc devenues des lieux d'information et d'échanges. Elles ont permis de changer la manière d'aborder la sexualité, la rendant plus libre, bienveillante et inclusive.

Le risque reste néanmoins la transmission d'informations erronées, car il n'y a pas de contrôle de celles-ci. Pour limiter ce risque, il arrive que les propriétaires de ces comptes YouTube ou Instagram soient formés afin de jouer un rôle d'éducation sexuelle à l'école ou dans des associations (42).

La question de la crédibilité de l'information est essentielle dans les recherches « sérieuses » menées par les adolescents. Ils n'attribuent pas les mêmes valeurs aux informations délivrées par les amis ou les parents qu'à celles trouvées sur un site considéré comme fiable.

Le manque de ressources humaines pour la prévention à l'ère du numérique est une limite à prendre en compte. Cela nécessite une formation continue, une mise à jour technologique permanente. Il semble donc important que les moyens de prévention déjà employés soient maintenus.

e - La coopération et le travail en réseau.

A l'heure actuelle, la médecine générale nécessite et trouve énormément d'intérêt à travailler en coopération avec d'autres acteurs de santé.

Des participants à notre étude se sont parfois trouvés démunis pour orienter leurs patients, ne sachant pas de façon certaine vers quels professionnels ou à quelles structures de soin les adresser.

Nos recherches ont donc porté sur les professionnels du domaine de la santé ainsi que les structures et réseaux existants qui pouvaient être acteurs sur les thèmes de la sexualité, de la contraception et des IST. Ils agissent selon trois axes de prévention : promotion de la santé sexuelle ; prévention des risques sexuels ; dépistage et traitement des IST et des dysfonctionnements.

Ci-dessous un tableau des professionnels de santé, spécialisés ou non, et leur champ d'action. Certains peuvent proposer une prise en charge plus globale que celle de leur spécialité (52) :

	EDUCATION À LA SEXUALITÉ	CONTRACEPTION IVG	IST/VIH/ HÉPATITES/ VACCINS	ORIENTATION/ TRANSITION SEXUELLE	VIOLENCES SEXUELLES	DYSFONCTIONS SEXUELLES	ADDICTIONS
Généralistes	x	x	x	x	x	x	x
Infectiologues/Dermatologues	x		x				
Pharmaciens		x	x				
Gynécologues	x	x	x	x	x	x	
Sexologues	x			x	x	x	x
Proctologues			x				
Endocrinologues				x			
Urologues						x	
Addictologues							x
Psychiatres/ psychologues				x	x	x	x
Sages femmes	x	x	x		x	x	
IDE Scolaires	x	x	x	x	x		
Laboratoires analyses médicales			x (sauf vaccins)				

Ci-dessous un tableau des différentes structures et acteurs experts thématiques (52) :

	EDUCATION À LA SEXUALITÉ	CONTRACEPTION IVG	IST/VIH/ HÉPATITES/ VACCINS	ORIENTATION/ TRANSITION SEXUELLE	VIOLENCES SEXUELLES	DYSFONCTIONS SEXUELLES	ADDICTIONS
CeGIDD */ Centres Santé Sexuelle	(x)	x	x	x	x	x	x
CPTS	x	x	x	x	x		x
EVARS/CPEF/planning*	x	x	x	x	x	x	
Centre IVG *		x					
PMI		x	x (vaccins)		x		
CSAPA * CAARUD*							x
Services VIH/ hépatite/dermatologie			x	(x)	(x)		(x)
Urgences hosp.		x	x		x		
PASS **		x	x		x		x
Santé Universitaire	x	x	x		x		
Centres de santé CPAM			x				x
Autres associations	x		x	x	x	x	x

Parmi ces structures, certaines ont une place plus importante dans le circuit de soins ambulatoires. Il s'agit principalement des COREVIH, des IREPS, de SPF, des CeGIDD, des CPEF et des EVARS que nous allons détailler.

→ Comité de coordination régionale de lutte contre le VIH et les IST (COREVIH) :

Ce sont des instances régionales de coordination qui rassemblent des acteurs de la recherche et du soin, de la prévention et du dépistage, des membres d'associations de malades et d'usagers du système de santé.

Leur principale mission est de coordonner les différents acteurs dans leur champ d'action, selon une approche de santé sexuelle. Ils participent à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. Ils concourent à l'élaboration, à la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH et dans le domaine de la santé sexuelle. Leur place à l'intersection dans le domaine de la prévention, du soin dans le domaine du VIH, des IST et de la santé sexuelle leur permet une vision globale de la situation sanitaire.

→ Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) :

Les IREPS agissent à la fois auprès de la population pour permettre aux personnes de faire leurs propres choix en matière de santé, mais aussi auprès des décideurs pour créer des environnements favorables à la santé et au bien-être. Cette instance propose un conseil et une aide au développement de projets, des activités d'aide à la décision, des diagnostics, des supports de documentation, et des outils ouverts à tous. Elle propose également un réseau de ressources en ligne pour faciliter l'information en santé de tous et la valorisation des initiatives existantes.

→ Santé Publique France (SPF) :

SPF est une instance qui a pour mission de protéger efficacement la santé des populations. Elle organise une veille et une surveillance épidémiologique, accompagne les acteurs engagés en santé publique, mesure l'état de santé et déploie des dispositifs auprès des publics. SPF anime également des sites thématiques de prévention destinés au grand public et aux professionnels de santé comme onsexprime.fr, consacré à la sexualité des jeunes, ou sexesafe.fr, consacré à l'information sur la prévention du VIH et des IST chez les HSH.

→ Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) :

Ces centres assurent des activités de prévention notamment de dépistage du VIH ou des hépatites, et un accompagnement dans le parcours de soins. Ils permettent donc la prise en charge pré et post exposition au VIH et proposent des vaccinations gratuites. Leurs missions portent aussi sur la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST. Leur approche est donc globale en santé sexuelle : éducation à la sexualité, prescription de contraception, orientation des demandes d'IVG, prise en charge des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre, ou encore les troubles et dysfonctions sexuels.

→ Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF).

Planning familial Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle (EVARS) :

Les CPEF et EVARS sont des lieux d'accueil et d'écoute proposant des consultations médicales anonymes et gratuites pour les mineurs notamment. Ils informent sur la sexualité, l'éducation familiale, de couple, ou encore les problématiques gynécologiques et la contraception.

Il importe donc au médecin généraliste de connaître les professionnels et les structures accessibles en fonction de son lieu d'exercice. En effet, ils peuvent lui apporter un recours supplémentaire en cas de difficultés sur certains sujets en rapport avec la sexualité en général.

f - La téléconsultation.

Une participante en particulier nous a rapporté une téléconsultation où elle a pu aborder des questions autour de la sexualité avec un adolescent, notamment en rapport avec un bilan IST. Elle a rapporté avoir trouvé l'adolescent plus détendu, ce qui a facilité les échanges à propos de ce thème parfois délicat.

La téléconsultation s'est énormément développée avec la pandémie COVID-19 lors des confinements successifs. En effet, les trois quarts des médecins généralistes ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de COVID-19, alors que moins de 5 % la pratiquaient auparavant (53).

Une étude concernant la téléconsultation pour la PrEP a rapporté des résultats plutôt encourageants (54). Elle pourrait faciliter le premier contact autour de la sexualité. De plus, l'accès à distance au spécialiste peut être un atout majeur en milieu rural, car le suivi par le médecin traitant est parfois difficile. Cependant, certains patients révèlent une peur du jugement et d'un manque de discrétion. La téléconsultation peut être perçue comme impersonnelle, ce qui peut limiter la relation médecin patient.

La téléconsultation est donc un progrès, avec toutefois des limites à garder en mémoire. Elle paraît bien adaptée pour l'abord de la sexualité, notamment pour pallier la gêne du patient. En effet, l'examen clinique n'est pas toujours indispensable lors des consultations de prévention primaire. Une vigilance sur le déroulement de la téléconsultation et le parcours devant être réalisé en ville est importante pour proposer une prise en charge globale de qualité.

CONCLUSION

Notre travail de thèse a mis en lumière le manque de place accordée aux questions de sexualité, d'IST et de contraception lors des consultations avec l'adolescent de sexe masculin.

Ces thèmes sont abordés, soit à la demande de l'adolescent qui formule une demande explicite ou qui vient avec un problème aigu, ou du médecin dans le cadre d'une consultation de prévention. Cependant, ils restent abordés de façon trop marginale et inégale alors que la prise en charge de l'adolescent dans sa globalité fait partie intégrante de notre métier.

Les causes de ce phénomène sont multiples. En effet, de nombreux facteurs influencent l'abord ou non de ces questions au cours de la consultation. Parmi ces facteurs, certains sont liés au médecin ou à l'adolescent, tandis que d'autres se rattachent plutôt à l'environnement qui les entoure.

Cette situation n'est pas irrémédiable, il existe des solutions pour améliorer la prévention. Des améliorations ont été suggérées par les médecins que nous avons interrogés

Nous retenons parmi celles-ci la consultation dédiée, désormais remboursée chez les garçons jusqu'à 26 ans. Elle a pour but de d'homogénéiser les connaissances des garçons, en les responsabilisant afin qu'ils se sentent aussi concernés que les jeunes filles. Les améliorations de la formation des médecins sont également primordiales pour répondre au mieux aux demandes de l'adolescent. Enfin, il est important de pallier le défaut de collaboration entre les professionnels de santé en sensibilisant le médecin généraliste, qui est le pilier central du réseau de soins. Ce rôle de coordinateur, avec une meilleure connaissance des professionnels et structures alentours, contribuerait à une prise en charge pluridisciplinaire et donc de meilleure qualité.

THÈSE SOUTENUE PAR : Martin JOUSSET et Justine ACHARD

TITRE :

De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ?

CONCLUSION :

L'objectif de notre étude était d'analyser l'abord des questions relatives à la sexualité, à la contraception et aux infections sexuellement transmissibles chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 19 médecins généralistes d'Isère et de Haute-Savoie, par le biais d'entretiens semi-dirigés retranscrits puis analysés de façon longitudinale puis transversale.

La consultation entre le médecin généraliste et l'adolescent est un entretien singulier. L'adolescent, surtout le garçon, n'est pas souvent vu en consultation et cela est majoré par la pandémie à COVID-19 actuellement. La sexualité, la contraception et les IST sont abordés en consultation sur la base de différents motifs. L'abord de ces sujets peut émaner de l'adolescent qui a une demande explicite ou présente un problème aigu, ou du médecin au cours d'une consultation de prévention. Cependant, ces thèmes restent abordés encore trop rarement et de façon inégale.

De nombreux facteurs influencent le médecin généraliste pour aborder la sexualité, la contraception et les IST. On retrouve parmi ces facteurs la qualité de la relation avec l'adolescent, l'aisance et la peur de gêner, la représentation de son rôle sur ces thèmes, les idées reçues, l'expérience personnelle ou bien l'état de ses connaissances théoriques. Les autres facteurs qui jouent un rôle sont les autres acteurs qui peuvent entrer en jeu sur ces sujets, les facteurs logistiques et l'utilisation de supports adaptés.

Les spécificités de la consultation avec l'adolescent existent et peuvent rendre difficile l'abord de la sexualité, de la contraception et des IST. Il faut tirer partie de la relation triangulaire avec les parents, rassurer l'adolescent sur le respect du secret médical, et composer avec ses propres idées reçues et son expérience personnelle.

Des thématiques rattachées à ces sujets et concernant l'adolescent sont encore mal appréhendées par les médecins généralistes. Parmi ces thématiques, on retrouve la contraception masculine, l'orientation sexuelle, la PrEP, le papillomavirus chez l'homme, la pornographie ou le « chem sex ».

Il existe des possibilités d'amélioration dans l'abord de ces sujets avec l'adolescent, avec pour but une meilleure prévention et une meilleure prise en charge de ce pan de la santé. Les médecins évoquent les campagnes promotionnelles, les réseaux sociaux, la consultation dédiée, la téléconsultation et le travail avec d'autres professionnels de santé.

Les indicateurs en santé sexuelle, en efficacité contraceptive et en prévention des IST semblent inquiétants. L'adolescence est une période clé et les hommes ont un rôle à jouer dans ces problématiques aux côtés des femmes. Les médecins généralistes peuvent améliorer les choses en favorisant l'abord de la sexualité, de la contraception et des IST avec les adolescents.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER


Grenoble, le : 15/04/22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE

Pr. Patrice MORAND


Pour le Président
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY


Pr. Patrick IMBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé des adolescents [Internet]. World Health Organisation (WHO)
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-systems-governance>
2. Santé sexuelle [Internet]. World Health Organisation (WHO).
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>
3. Maladies et infections sexuellement transmissibles [Internet]. Ameli. 2021
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/mst/ist/maladies-infections-sexuellement-transmissibles>
4. Sondage Ifop – Les jeunes, l'information et la prévention du sida : dégradation continue des connaissances, amplifiée par la crise de la Covid-19 [Internet].
Disponible sur: <https://presse.sidaction.org/communiqu%C3%A9/208484/Sondage-Ifop-Les-jeunes-l-information-prevention-du-sida-degradation-continue-connaissances-amplifiee-par-crise-de-Covid-19>
5. Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapp IGAS. 2009;
6. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>
7. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité : freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. :47.
8. Compagnon J, Lespourci M. Comment les médecins généralistes de Haute-Garonne abordent-ils la sexualité avec les adolescents ? Quelles suggestions ont-ils pour améliorer cet abord ? Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017.
9. J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, M. Winance ; Les recherches qualitatives en santé [Internet]. CAIRN. 2016. Disponible sur : <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897.htm>
10. Productions du Collège 2021 [Internet]. CMG
Disponible sur: <https://lecmg.fr/productions-du-college-2021/>
11. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. 2004;12.

12. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. UNIVERSITE DE NANTES ; 2009.
13. Waline M. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale : recherche d'une question d'ouverture auprès de garçons adolescents et de médecins généralistes en Bourgogne. 2016.
14. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Médicale Suisse. 2008;3.
15. d'AlloDocteurs L rédaction. Secret médical chez les mineurs : que dit la loi ? 2019 Disponible sur: <https://www.allodocteurs.fr/se-soigner-droits-et-demarches-droits-du-patient-secret-medical-chez-les-mineurs-que-dit-la-loi-26276.html>
16. Guilbert É, Dufort F, Saint-Laurent L. L'usage de la contraception à l'adolescence : perceptions des adolescents et des professionnels. :8.
17. Brême P. Facteurs déterminant le choix d'une contraception par les adolescentes et jeunes adultes: étude multicentrique par questionnaires papier et internet, [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017
18. Massé F. Connaissances des adolescents en matière de contraception : étude prospective réalisée auprès d'élèves de seconde dans deux lycées de Vendée du 2 au 19 septembre 2014 [Mémoire de sage-femme]. [Angers, France] Ecole de sages-femmes; 2015].
19. Portier-Moser F. Perception par les adolescents du rôle du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles : enquête auprès de lycéens de Loire-Atlantique. 2017.
20. Roux A, Ventola C, Bajos N. Experts with lay logics: About prescription of methods of contraception in France. Sci Soc Sante. 22 sept 2017;35(3):41-70.
21. Tcherdukian J, Mieusset R, Soufir JC, Huygues E, Martin T, Karsenty G, et al. Contraception masculine : quelles (r)évolutions ? Prog En Urol - FMC. 1 déc 2020;30(4):F105-11.
22. R. MIEUSSET, L. BUJAN*, A. MANSAT*, F. PONTONNIER. Contraception thermique chez l'homme [Internet]. 1996
23. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Doc Synthèse Paris HAS. 2013;
24. R. Bize, E. Volkmar, S. Berrut, D. Medico, H. Balthasar, P. Bodenmann, H. J. Makadon. Soins de qualité pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres

25. Tarragon J. Comment aborder l'orientation sexuelle des patients consultant en médecine générale : étude qualitative réalisée dans les Hauts de France. UNIVERSITE LILLE 2; 2018.
26. Haider AH, Schneider EB, Kodadek LM, Adler RR, Ranjit A, Torain M, et al. Emergency Department Query for Patient-Centered Approaches to Sexual Orientation and Gender Identity : The EQUALITY Study. JAMA Intern Med. 1 juin 2017;177(6):819-28.
27. Schoch TJ, Spencer DB, Bianchi-Demicheli DF. Improving general practitioner sexual history taking for LGB. :99.
28. Laëtitia GOURBAIL. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Prophylaxie (PrEP) du VIH par ténofovir disoproxil / emtricitabine dans le cadre de l'urgence sanitaire. avr 2021;17.
29. GARDASIL 9 (vaccin papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3160954/fr/gardasil-9-vaccin-papillomavirus-humain-9-valent-recombinant-adsorbe
30. David Paitraud. Vaccination antiHPV : GARDASIL 9 désormais pris en charge chez les garçons à partir de 11 ans. VIDAL
31. Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JM, Saville M, et al. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. Lancet Public Health. 1 janv 2019;4(1):e19-27.
32. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. REVUE GENESIS. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>
33. Béchet S. La question du jour : vaccination HPV et consentement parental [Internet]. Infovac France.
34. Tron A, Schlegel V, Gilberg S, Partouche H. Obstacles et facilitateurs du vaccin contre le papillomavirus : une étude qualitative auprès de 26 médecins généralistes français. Infect Dis Now. 1 août 2021;51(5, Supplement):S24.
35. Kraus F, Rohmer T. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? :34.
36. Bulot C, Leurent B, Collier F. Pornographie, comportements sexuels et conduites à risque en milieu universitaire. Sexologies. 1 oct 2015;24(4):187-93.

37. Pornographie : le cri d'alarme du Collège national des gynécologues et obstétriciens français [Internet]. Le Quotidien du Médecin. 2018. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/sexologie/pornographie-le-cri-dalarme-du-college-national-des-gynecologues-et-obstetriciens-francais>
38. Protéger les enfants de la pornographie en ligne : de nouveaux contenus sur le site officiel pour aider les parents [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14657>
39. Grégoire M. Slam, chemsex and sexual addiction. Psychotropes. 2016;22(3):83-96.
40. Nicolas Bonnet, Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé, RESPADD [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/ChemSex-BAT5.pdf>
41. Milhet Maitena, Néfau Thomas. Chemsex, Slam, Renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. OFDT; 2017 juillet p. 32
42. Bluzat L, Kersaudy-Rahib D, Fourès JM, Faget N. Place et rôle d'Internet dans l'éducation par les pairs : l'exemple Onsexprime.fr. Vol. 43, Cahiers de l'action. Paris: Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire; 2014. p. 59-68.
43. Contraception [Internet]. Ameli. 2022. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-savoie/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/contraception>
44. Escande J, Fortoul L. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 19 déc 2020].
45. Décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale - conseiller technique - Légifrance
46. Chantal C. Partenariat Médecins de l'Education Nationale Médecins Généralistes dans le sud de l'Aisne ? 2004;98.
47. Bohl T. La radio, vecteur de prévention santé pour les migrants. :2.
48. Dépistage des cancers - Auvergne Rhône Alpes (CRCDC) [Internet] Disponible sur: <https://www.depistagecanceraura.fr/>
49. Nos sites de prévention – Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/sites-grand-public>

50. Les réseaux sociaux, nouveaux profs d'éducation sexuelle des adolescents [Internet]. Franceinfo. 2021 ; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-choix-franceinfo/les-reseaux-sociaux-nouveaux-profs-d-education-sexuelle-des-adolescents_4758401.html
51. Sur Instagram, la nouvelle génération de l'éducation sexuelle. Le Monde.fr [Internet]. 31 août 2021.
52. Formation en ligne « FormaPrEP » mars 2022. Disponible sur : <https://www.formaprep.org/>
53. Monziols M, Chaput H, Verger P, Scronias D, Ventelou B, Barlet M. Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DREES Études Résultats. 2020;1162:4.
54. Faussat C, Bonnin A, Hilt D, Rivière-da Silva F, Baissin C, Michels D, et al. E-PrEP : intérêts et limites d'un dispositif de téléconsultations pour la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Infect Dis Now. 1 août 2021;51(5, Supplement):S115-6.

ANNEXE n°1 : Maquette d'entretien

1) Introduction présentant la thèse et les “règles du jeu”

Bonjour, je me présente, Justine ACHARD/Martin JOUSSET. Je suis interne de médecine générale et dans le cadre de ma thèse je souhaiterais m'entretenir avec vous au sujet de la façon dont vous abordez la prévention, les IST, la contraception et la sexualité en général chez les adolescents de sexe masculin en cabinet. Je vais tout d'abord vous demander quelques renseignements et nous passerons ensuite aux corps de l'entretien.

2) Court questionnaire quantitatif pour qualifier l'échantillon des MG interrogés :

Âge :

Sexe :

Type d'exercice :

Nombre de consultations par jour :

Formations complémentaires :

Ancienneté d'installation :

3) Corps de l'entretien/trame de questions ouvertes :

- *Rappelez-vous de votre dernière consultation où vous avez abordé des questions de sexualité avec les adolescents de votre patientèle ? Pouvez-vous m'en parler ?*

- *Quelles sont les situations pour lesquelles vous pourriez aborder ces questions ?*

- *Pour quelles raisons abordez-vous, si c'est le cas, ces questions de façon plus simple avec les adolescentes ?*

- *Quelles sont les difficultés et obstacles que vous avez rencontrés personnellement au moment d'aborder ces thèmes avec les patients ?*

- *Comment cela a-t-il fait évoluer votre façon de faire au fil de votre carrière ? Quels changements avez-vous noté dans vos prises en charge ?*

- *Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prévention et les échanges sur la sexualité avec les adolescents dans le cadre de la médecine générale ?*

ANNEXE n°2 : Fiche d'information aux participants

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations de réfléchir à votre participation, et pour demander au responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : De quelle manière sont abordées les questions relatives à la sexualité, aux IST et à la contraception chez les adolescents de sexe masculin en consultation de médecine générale ? Une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes d'Isère et Haute-Savoie

Directeur de l'étude :

Dr BOUCHAUD Jacques : jacques.bouchaud@univ-grenoble-alpes.fr

Investigateurs :

Mme ACHARD Justine : justine.achard1@etu.univ-grenoble-alpes.fr

M. JOUSSET Martin : martin.jousset@etu.univ-grenoble-alpes.fr

But de l'étude : Analyser la façon dont les médecins généralistes abordent la sexualité, la contraception et les IST avec les adolescents de sexe masculin dans le cadre des consultations de médecine générale, ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent et les solutions qu'ils proposent pour améliorer l'abord de ces thèmes.

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un entretien semi directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 15-20 minutes mais la est modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un dictaphone.

Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale pseudonymisée qui apparaîtra en annexe de la thèse.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement de l'investigateur principal :

Il s'engage à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans la limite des départements de l'Isère et de la Haute-Savoie.

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.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

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.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part.

Confidentialité des informations :

Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon pseudonymisée et confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données. A l'exception de ces personnes -qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical-, votre pseudonymat sera préservé. La publication des résultats de l'étude ne comportera aucun résultat individuel nominatif.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi 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 d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli.

Le projet a été étudié par le DPO de l'UGA pour la mise en conformité avec le RGPD et une déclaration MR-004 a été effectuée dans ce sens en date du XXX.

Pour contacter référent Dr Jacques BOUCHAUD :

- *Mail : jacques.bouchaud@univ-grenoble-alpes.fr*
- *Téléphone : 06 80 25 71 59*

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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.

”