



HAL
open science

**Éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans :
quelle place pour le médecin généraliste ? Étude
qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès
de médecins généralistes installés en Isère et Savoie**

Clémentine Leleu, Fanny Roncoroni

► **To cite this version:**

Clémentine Leleu, Fanny Roncoroni. Éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans : quelle place pour le médecin généraliste ? Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Isère et Savoie. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04557839

HAL Id: dumas-04557839

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04557839>

Submitted on 24 Apr 2024

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 : 2024

**ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES ENFANTS DE 2 À 12 ANS :
QUELLE PLACE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-
DIRIGÉS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS
EN ISÈRE ET SAVOIE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 19/04/2024

Par Mme Clémentine LELEU

[Données à caractère personnel]

Et Mme Fanny RONCORONI

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Arnaud SEIGNEURIN

Membres :

Mme le Dr Elodie ARNAUD (directrice de thèse)

M. le Dr Benoît CHAMBOREDON

Mme Maud CHABERT D'HIÈRES

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 Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOLUAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
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 émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, 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 émérite	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 émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET 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	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 Attaché	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
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAÏN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
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
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	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
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
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
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	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
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES 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	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	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
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
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

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT 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	Épidémiologie, 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	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	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Pr Arnaud SEIGNEURIN**, merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Recevez nos sincères remerciements pour l'attention que vous portez à notre travail.

À Madame le **Dr Elodie ARNAUD**, merci d'avoir été à l'initiative de ce projet et d'avoir accepté la direction de cette thèse. Nous te sommes profondément reconnaissantes pour ton accompagnement sans faille tout au long de ce travail. Merci pour ta bienveillance, tes conseils avisés et ta disponibilité.

À Monsieur le **Dr Benoît CHAMBOREDON**, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'évaluer notre travail. Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

À Madame **Maud CHABERT D'HIÈRES**, merci d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury, de l'intérêt que vous portez à ce travail et de votre investissement dans son évaluation.

À tous les **médecins généralistes** ayant participé à cette étude, merci d'avoir accepté de vous livrer sur ce sujet et pour votre disponibilité. Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Aux **médecins** et **maitres de stage** qui ont marqué notre parcours, merci pour tout ce que vous nous avez apporté, d'avoir été nos exemples dans l'exercice de la médecine et de tout ce qu'elle a d'infiniment humain. Vous avez fait de nous les médecins que nous sommes aujourd'hui.

À nos **familles**, qui nous ont permis de grandir dans de belles valeurs, merci pour votre soutien sans faille, que vous soyez proches ou loin, vous êtes toujours dans nos pensées. Merci de nous apporter la force de surmonter toutes les épreuves.

À nos **conjointes**, merci d'être toujours là, dans les moments de joie comme de doute. La vie quotidienne auprès de vous n'est que bonheur, vous êtes nos piliers.

À nos **amis**, merci pour votre présence et tous ces moments partagés si précieux.

RÉSUMÉ

Titre : **Éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans : quelle place pour le médecin généraliste ? Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Isère et Savoie**

Introduction : L'intérêt de l'éducation à la sexualité dès le plus jeune âge est clairement avéré, pourtant les directives de l'Education Nationale imposant sa mise en place dès l'école primaire peinent à s'appliquer. Le médecin généraliste a pour mission d'assurer la prévention et l'éducation pour la santé de ses patients, y compris en santé sexuelle. Alors que ce rôle auprès des adolescents est bien établi, il n'a pas encore été étudié chez les plus jeunes enfants. Ainsi, l'objectif de notre étude était d'étudier sa place dans l'éducation à la sexualité auprès des enfants de 2 à 12 ans.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 11 médecins généralistes installés en Isère et Savoie entre mai et décembre 2023. Analyse inspirée de la théorisation ancrée et triangulation des données.

Résultats : De nombreux facteurs influencent le médecin généraliste dans son abord de l'éducation à la sexualité auprès des enfants. Les médecins interrogés ont toutefois défini plusieurs champs d'action applicables auprès des enfants et de leurs parents. Ils envisageaient d'ouvrir la discussion en abordant les aspects biologiques de la sexualité mais également les aspects relationnels tels que le consentement et l'intimité. Ils proposaient l'utilisation de supports ou l'identification de thématiques et de moments propices au cours de la consultation pour aborder ces sujets. Tout cela dans le but de contribuer aux enjeux de santé publique tels que la prévention des violences sexuelles, l'exposition précoce à la pornographie et le bien-être en santé sexuelle.

Conclusion : Malgré les nombreux freins relevés par les participants pour l'abord de l'éducation à la sexualité, le médecin généraliste a été identifié comme une personne-ressource légitime et la consultation un endroit privilégié pour aborder cette éducation à la sexualité auprès des enfants. Cependant, les connaissances et les techniques communicationnelles des médecins généralistes ainsi que la coordination avec les autres acteurs pourraient être améliorées. En outre, une consultation dédiée à ce sujet et le développement d'outils pourraient être envisagés.

Mots clés : *éducation sexuelle, médecin généraliste, rôle, enfant, enfant d'âge préscolaire*

ABSTRACT

Title: Sex education for children aged 2 to 12: what is the role of the general practitioner? A qualitative study by semi-structured individual interviews with general practitioners based in Isère and Savoie.

Introduction: The advantages of teaching sex education from an early age have been clearly proved, however the directives imposed on primary schools by the French Ministry of Education have not been fully implemented.

An objective of general practitioners is to ensure the health and prevention of their patients, including sexual health. While this role with adolescents is well established, it has not yet been studied in younger children. Thus, the aim of this study was to explore the general practitioner's role in sex education for children aged 2 to 12.

Methods: Qualitative study carried out via semi-structured individual interviews with 11 general practitioners based in Isère and Savoie between May and December 2023. Analysis based on grounded theory and data triangulation.

Results: Many factors influence the general practitioner in the approach towards sex education with children. However, the doctors interviewed identified several areas of action that could be applied to children and their parents. They considered opening the discussion by addressing the biological aspects of sexuality and also relational aspects such as consent and intimacy. They proposed the use of tools or the identification of themes and appropriate moments during the consultation to address these topics. These strategies aim to contribute towards public health issues such as the prevention of sexual violence, early exposure to pornography and sexual health well-being.

Conclusion: Despite the many obstacles identified by the participants in the approach to sex education, the general practitioner was identified as a legitimate contact person and the consultation was a privileged place to address this sex education with children. However, the knowledge and communication techniques of general practitioners as well as the coordination with other actors could be improved. In addition, a dedicated consultation on this topic and the development of tools could be considered.

Key words: *sex education, general practitioner, role, child, preschool child*

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	7
RÉSUMÉ.....	8
LISTE DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
I. Définitions	15
II. L'EAS en France : directives gouvernementales et opinion publique	15
III. De nombreux intérêts démontrés à bénéficier d'une éducation à la sexualité.....	17
IV. Qu'en est-il du rôle du médecin généraliste dans l'EAS ?	18
V. Et ailleurs ?	19
VI. Travail de thèse.....	20
MATÉRIEL ET MÉTHODES	21
I. Équipe de recherche.....	21
II. Type d'étude.....	21
III. Population d'étude et recrutement.....	21
IV. Entretiens et recueil des données	22
V. Analyse des données	23
VI. Aspects réglementaires	23
RÉSULTATS	25
I. Caractéristiques des participants.....	25
II. Principaux résultats.....	27
A. Protagonistes	27
1. Le médecin généraliste	27
a) Vécu personnel du médecin.....	27
b) Sensibilité personnelle du médecin	28
c) Vécu professionnel	30
d) Des difficultés.....	32
e) Remise en question.....	34
f) Perception du rôle du médecin généraliste par les patients	35
g) Freins liés à la consultation	35
2. L'enfant	36
a) Facteurs d'influence propres à l'enfant / spécificités de l'enfant.....	36

b)	Appréhensions du médecin vis à vis de l'enfant	40
3.	Les parents.....	42
a)	Difficultés propres aux parents	42
b)	Difficultés du médecin liées aux parents	44
4.	La société.....	45
a)	Le tabou	45
b)	Les médias / les écrans / l'exposition à la pornographie	46
c)	L'influence de la culture ou de la religion.....	47
d)	Les violences sexuelles.....	48
e)	Société patriarcale.....	49
5.	Autres acteurs	49
a)	École	50
b)	Famille	51
c)	Médias	52
d)	Centres de Santé Sexuelle.....	52
e)	PMI	52
f)	Crèches	53
g)	Clubs sportifs.....	53
B.	Champs d'action du médecin généraliste.....	53
1.	Lutter contre les violences sexuelles	53
2.	Lutter contre l'exposition précoce à la pornographie	54
3.	Fournir des informations médicales	55
a)	Informations biologiques sur la sexualité.....	55
b)	Information des parents sur les comportements sexuels d'enfant	55
4.	Éduquer au consentement.....	56
5.	Éduquer au respect d'autrui.....	58
6.	Éduquer à l'intimité	58
7.	Ouvrir la discussion.....	59
a)	Avec l'enfant	59
b)	Avec les parents.....	60
8.	Accompagner l'affirmation de soi	61
9.	Aborder l'égalité des sexes	61
10.	Expliquer la législation.....	62
C.	Ressources du médecin généraliste	62

1.	Des ressources à vocation de ... légitimation, systématisation et facilitation....	62
2.	La formation	63
3.	Les moments propices	64
a)	Eléments abordés en consultation.....	64
b)	Thématiques suggérées par le médecin	66
c)	Consultation dédiée	67
d)	Examen clinique	67
e)	Ateliers collectifs	68
f)	Programmes scolaires	69
g)	Campagnes publicitaires	69
4.	Les outils du médecin généraliste	69
a)	La documentation à destination des parents et/ou des enfants	70
b)	Les outils médicaux	71
5.	Les ressources relationnelles	73
a)	Les caractéristiques propres au médecin généraliste	73
b)	L'espace créé en consultation	74
c)	La relation de confiance	75
d)	La posture favorable	75
e)	L'adaptation de la communication	77
D.	Enjeux de santé publique.....	78
1.	Prévention des violences sexuelles	78
2.	Prévention de l'exposition précoce à la pornographie	79
3.	Prévention des conséquences médicales liées à la sexualité	80
4.	Bien-être en santé sexuelle	80
5.	Lever le tabou.....	82
6.	Respect des codes sociétaux.....	82
7.	Respect d'autrui.....	83
8.	Égalité des sexes.....	83
9.	Soutien à la parentalité	84
	DISCUSSION	84
I.	Principaux résultats.....	84
II.	Cohérence externe	85
III.	Forces et limites	94
A.	Limites.....	94

B. Forces	94
IV. Perspectives	95
A. Pour la recherche ?	95
B. Pour la pratique ?.....	95
C. Pour l'organisation des soins ?.....	96
D. Pour l'enseignement et la formation ?.....	96
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXE 1 – Guide d'entretien	104
ANNEXE 2 – Fiche d'information et de non-opposition.....	106
ANNEXE 3 – Grille COREQ.....	108
ANNEXE 4 : Les trois champs de connaissances et de compétences à l'éducation à la sexualité	110
SERMENT D'HIPPOCRATE	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des participants 25

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS = Agence Régionale de Santé

CCP = Consultation de Contraception et Prévention en santé sexuelle

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ = COnsolidated criteria for REporting Qualitative studies

DPC = Développement Professionnel Continu

EAS = Education À la Sexualité

HCE = Haut Conseil à l'Égalité

HPV = Human Papilloma Virus

IGESR = Inspection Générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche

INED = Institut National d'Études Démographiques

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

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

IST = Infections sexuellement transmissibles

MG = Médecin Généraliste

MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

OPEN = Observatoire de la Parentalité et de l'Éducation Numérique

PMI = Protection Maternelle et Infantile

PPVSM = Prévention Primaire des Violences Sexuelles sur Mineur

SIDA = Syndrome d'ImmunoDéficiency acquise

UNAF = Union Nationale des Associations Familiales

UNESCO = United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)

UNICEF = United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)

VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine

VIRAGE = Violences et RAports de GÈne

INTRODUCTION

I. Définitions

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité [...] ». (1)

De la même façon, selon les principes directeurs de l'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture), la sexualité inclut « la compréhension du corps humain et le rapport au corps, l'attachement affectif et l'amour, le sexe, le genre, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'intimité sexuelle, le plaisir et la reproduction. La sexualité est complexe et inclut des aspects biologiques, sociaux, psychologiques, spirituels, religieux, politiques, juridiques, historiques, éthiques et culturels qui évoluent au cours de la vie ».

L'UNESCO prône des programmes « d'éducation complète à la sexualité [via le] développement chez les enfants des connaissances, des compétences et des aptitudes nécessaires à une sexualité positive et à une bonne santé sexuelle et reproductive [dans le respect] des droits humains et la reconnaissance du concept général de sexualité comme composante naturelle du développement humain. »

L'UNESCO précise que « la sexualité est présente tout au long de la vie. Elle se manifeste de différentes façons selon le niveau de maturation physique, affective et cognitive ».

L'éducation à la sexualité « est un outil majeur pour promouvoir le bien-être sexuel et préparer les enfants et les jeunes à des relations saines et responsables aux différents stades de leur vie ».

L'éducation à la sexualité doit donc s'adapter à l'âge et à la maturité de l'enfant. Ainsi, l'UNESCO, dans la dernière version de 2018 des « Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité » propose de classer les thèmes abordés par groupes d'âge : 5-8 ans, 9-12 ans, 12-15 ans, puis 15-18 ans et plus. (2)

II. L'EAS en France : directives gouvernementales et opinion publique

La prise de conscience de l'importance d'une éducation à la sexualité s'est faite progressivement au cours du temps à travers les mouvements féministes de lutte pour la contraception et pour l'IVG. Dans les années 1980 la découverte du VIH a fait évoluer les

mentalités, mais il a fallu attendre 1998 pour qu'une circulaire rende obligatoire l'éducation sexuelle et qu'elle soit considérée comme un enjeu de santé publique. (3)

Depuis la parution de la Loi du 4 juillet 2001 ou « Loi Aubry » relative à l'IVG et à la contraception, 3 séances par an d'éducation à la sexualité chez les enfants du CP au lycée sont rendues obligatoires. (4)

Le 27 février 2003, les notions de respect mutuel et de développement de l'esprit critique viennent compléter le texte. (5)

Un deuxième complément est apporté le 13 avril 2016 : ces séances doivent présenter une vision égalitaire des relations entre les femmes et les hommes et contribuer à l'apprentissage du respect dû au corps humain. (6)

Les objectifs sont les suivants : répondre aux problématiques publiques des grossesses précoces et des IST, éduquer au respect du corps, lutter contre les préjugés sexistes et homophobes, apprendre aux enfants le respect mutuel et les règles sociales.

Cependant, en 2016, un rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) a révélé que peu d'établissements scolaires appliquaient cette obligation puisque 25% des écoles interrogées ne dispensaient aucune séance d'éducation à la sexualité. (7)

De même, en 2021, un rapport de l'Inspection Générale de l'Education, du Sport et de la Recherche (IGESR) a évalué la politique publique d'éducation à la sexualité et a de nouveau constaté des difficultés de mise en œuvre. Il dresse le constat que moins de 15% des élèves de primaire et lycée bénéficient des 3 séances annuelles prévues par la loi, et moins de 20% en collège. (8)

Le HCE a émis des recommandations concernant l'EAS (éducation à la sexualité) à destination de l'Education Nationale, mais aussi des autres ministères, y compris le ministère de la Santé. Un des objectifs est de renforcer de manière ambitieuse la politique interministérielle d'EAS. (7)

Sarah Durocher, co-présidente du Planning Familial, déclarait en 2022 que celui-ci était contraint de refuser un nombre accru de demandes d'interventions dans les établissements scolaires faute de moyens et décrivait une « défaillance publique ». (9)

À la rentrée scolaire 2022-2023, Mr Pap N'Diaye, alors ministre de l'Éducation annonce vouloir relancer le chantier de l'éducation à la sexualité à l'école. Une circulaire destinée aux chefs d'établissements réclame la mise en œuvre effective de la loi. (10) (11)

Comme partout en Europe, il existe des campagnes de désinformation sur les programmes d'éducation sexuelle. Il est reproché à l'éducation sexuelle de sexualiser les enfants, de faire de la « propagande » pour l'homosexualité, de propager « l'idéologie du genre » et de priver les parents de leur droit d'éduquer leurs enfants conformément à leurs valeurs et à leurs convictions. (12)

En 2014, Mme Najat Vallaud-Belkacem, alors ministre de l'Éducation Nationale propose « l'ABCD de l'égalité ». Des rumeurs d'enseignement de la masturbation à l'école et de la théorie du genre prennent de l'ampleur et elle se voit contrainte d'abandonner le projet. (13)

III. De nombreux intérêts démontrés à bénéficier d'une éducation à la sexualité

Plusieurs études nationales et internationales mettent en évidence les avantages de l'éducation à la sexualité.

Fonner et al réalisent en 2014 une revue systématique de la littérature et une méta-analyse qui évalue 64 études sur le sujet. Ils notent que les bénéficiaires d'une éducation sexuelle en milieu scolaire sont plus informés sur le VIH, ont moins de partenaires sexuels, sont plus susceptibles de retarder l'initiation sexuelle, ou de refuser des relations sexuelles et de demander l'utilisation de préservatifs. (14)

Le but de l'EAS est aussi d'informer et de protéger les enfants et les adolescents de l'exposition à la pornographie et des agressions sexuelles.

L'édition 2021 du « Baromètre du Numérique », révèle que l'acquisition du premier téléphone portable est de plus en plus précoce. En effet, 41% des filles et 30% des garçons de moins de 25 ans ont eu leur premier téléphone mobile avant 12 ans. (15)

Une étude réalisée par Médiamétrie en 2020 pour l'OPEN (Observatoire de la parentalité et de l'éducation numérique) et l'UNAF (Union nationale des associations familiales) estime que $\frac{2}{3}$ des enfants de moins de 12 ans possèdent un smartphone. (16) (17)

Aujourd'hui, les enfants vivent largement dans un monde numérique et sont notamment susceptibles de visionner des contenus pornographiques.

A l'âge de 12 ans, près d'un enfant sur trois a été exposé à du contenu pornographique selon un sondage OpinionWay publié en avril 2018 et repris sur le site gouvernemental « je protège mon enfant.gouv.fr » (16) (18)

Concernant les violences sexuelles, l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) publiait les résultats de l'étude « Enquête de reconnaissance » réalisée par l'association Mémoire Traumatique et Victimologie. Cette enquête constatait qu'en France, « une femme sur 5 et 1 homme sur 14 déclarent avoir subi des violences sexuelles. Parmi ces victimes, 81% déclarent avoir subi les premières violences avant l'âge de 18 ans, 51 % avant l'âge de 11 ans, et [...] 21% avant 6 ans. » (19) (20)

Cela vient corroborer les chiffres de l'enquête Virage (Violences et rapports de genre) menée en 2015 par l'INED (Institut national d'études démographiques). D'après cette enquête, parmi les femmes ayant subi un viol/tentative de viol, 40% les ont vécus avant 15 ans. Et parmi les hommes, $\frac{3}{4}$ des viols/tentatives de viols subis ont eu lieu avant 18 ans. (21)

Selon une revue de la littérature réalisée par Fryda al publiée en 2014, les programmes d'éducation sont un moyen efficace de prévention des violences sexuelles sur mineurs en améliorant les connaissances des enfants et leurs compétences à reconnaître les situations à risque. (22)

IV. Qu'en est-il du rôle du médecin généraliste dans l'EAS ?

D'après le ministère de la Santé, le médecin généraliste joue un rôle important de prévention. Il a pour mission, d'après le Code de la Santé publique, d'assurer la prévention et l'éducation pour la santé de ses patients. (23)

De nombreux travaux de thèses se sont intéressés à la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité chez les adolescents. (24) (25)

À ce jour, nous n'avons recensé aucun travail de thèse qui étudiait la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité chez l'enfant de moins de 12 ans.

Une thèse réalisée par Mélanie Waymel en 2019 a étudié l'avis des jeunes adolescentes sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité. (26)

Elle a mis en évidence que les adolescentes jugent nécessaire de commencer l'éducation à la sexualité au plus tôt. De plus, elles n'attendent pas de leur médecin généraliste une simple information sur la prévention des infections sexuellement transmissibles ou des grossesses non désirées, mais définissent le médecin généraliste comme un interlocuteur fiable et compétent pour aborder la sexualité.

Depuis le 1^{er} janvier 2023, chez les jeunes filles et les jeunes hommes de 15 à 25 ans inclus, une consultation de première contraception et de prévention en santé sexuelle (CCP) est prévue et remboursée, ce qui confirme l'implication du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité auprès des adolescents. (27)

Cependant, son rôle auprès des enfants n'est pas encore clairement défini.

Un travail de thèse réalisé par Hélène Hefti en 2021 a étudié le rôle des médecins généralistes dans la prévention primaire des violences sexuelles sur mineurs. (28) Les médecins interrogés reconnaissent qu'il s'agit d'un tabou dans la société actuelle.

L'auteur conclut que « notre rôle dans la prévention en général, notre position auprès des parents et des enfants, et l'importance de notre lien avec les familles, nous confèrent une place privilégiée pour la réaliser ». Cependant elle constate que la notion de prévention primaire n'est pas évidente pour les médecins généralistes, plus coutumiers de la prévention secondaire ou tertiaire.

V. Et ailleurs ?

D'autres pays ont des programmes pédagogiques ambitieux d'EAS et de prévention des violences sexuelles.

Au Québec, la fondation « Marie Vincent » a publié en 2018 un programme pédagogique nommé « Programme Lanterne ». (29) Il s'agit d'un programme de prévention des violences sexuelles qui s'adresse aux jeunes enfants de 0-5 ans et aux adultes (parents et professionnels) qui gravitent autour d'eux. De nombreuses notions y sont abordées : l'anatomie, l'estime de soi, les émotions, l'intimité, l'affirmation de soi, la protection de soi, le respect de la diversité et la tolérance, cela de manière adaptée aux stades de développement de l'enfant.

Un autre exemple est celui de la Suisse, qui promeut une éducation à la vie sexuelle et affective dès le plus jeune âge. Celle-ci est en effet proposée dès l'âge préscolaire (0 – 4 ans) et est adaptée à chaque âge. (30)

Chaque canton a ses spécificités et son fonctionnement mais tous s'accordent pour la promotion de l'éducation sexuelle.

Les thèmes abordés en priorité sont le respect du corps, de la prévention des abus sexuels, les modèles familiaux et relationnels, la reproduction, l'identité de genre et les normes sociales.

En âge préscolaire, le canton de Fribourg organise par exemple des groupes de discussion avec les enfants, leurs parents et le personnel de la petite enfance. Ces groupes aspirent à changer le regard des adultes sur la sexualité de la petite enfance qui n'est souvent sexuée qu'à leurs yeux et en réalité liée à la découverte globale du corps chez l'enfant.

VI. Travail de thèse

Ainsi, nous nous questionnons sur les enjeux de l'éducation à la sexualité chez les enfants et sur la place du médecin généraliste dans cette vaste problématique.

Les programmes nationaux et internationaux prônent l'éducation à la sexualité dès la classe préparatoire depuis déjà de nombreuses années pourtant les articles scientifiques n'incluent le médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité qu'à partir de l'adolescence.

De plus, l'Education Nationale peine à l'heure actuelle à mettre en application cette éducation à la sexualité et les centres de PMI n'ont pas les moyens suffisants pour la généraliser et ne sont pas toujours soutenus par l'opinion publique.

Nous nous sommes donc demandé dans ce travail de thèse si les médecins généralistes pouvaient être impliqués dans l'éducation à la sexualité chez les jeunes enfants et quel était leur positionnement sur ce sujet.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Équipe de recherche

Les investigatrices, Clémentine Leleu et Fanny Roncoroni étaient internes en Médecine Générale au début de l'étude, puis sont devenues médecins généralistes remplaçantes au cours de l'étude.

La Directrice de thèse, le Dr Elodie Arnaud, est médecin généraliste installée.

Toutes ne déclaraient aucun conflit d'intérêt.

Les chercheuses se sont formées à la méthodologie qualitative à travers des références bibliographiques et via des séminaires dispensés par la faculté de Médecine de Grenoble.

II. Type d'étude

Afin d'atteindre leurs objectifs, les chercheuses ont opté pour une étude qualitative permettant de comprendre au mieux les ressentis des médecins interrogés et leurs comportements, et de décrire leurs différentes représentations sur l'éducation à la sexualité chez les enfants.

L'étude a veillé au respect de la grille COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative research). ([Annexe 3](#))

L'étude s'est inspirée de la méthodologie par théorisation ancrée. Cette approche consiste à analyser des phénomènes sociaux dans une population donnée (dans le cadre de cette étude les médecins généralistes installés en Isère et Savoie) autour d'un objet de recherche bien défini (en l'occurrence la place que s'attribuent les médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité des enfants). Ainsi, l'objectif de cette approche était de construire une théorie explicative de la place du médecin généraliste dans l'abord de l'éducation à la sexualité chez les enfants.

III. Population d'étude et recrutement

Le critère d'inclusion principal était le suivant : être médecin généraliste installé en Savoie ou en Isère.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Internes de médecine générale et médecins remplaçants

- Médecins généralistes exerçant exclusivement une activité de soins non programmés (services d'urgences, centres de soins non programmés ou structure type SOS médecins)
- Médecins généralistes exerçant exclusivement dans des centres de Protection Maternelle et Infantile ou en Centre de Santé Sexuelle
- Médecins spécialistes d'autres spécialités médicales
- Médecins scolaires

Le recrutement s'est fait par la méthode d'échantillonnage dite « en boule de neige ». Chaque investigatrice a d'abord sélectionné un médecin dans son entourage professionnel correspondant aux critères d'inclusion, puis d'autres participants ont été recrutés parmi les contacts obtenus par les médecins précédemment interrogés. L'échantillonnage a été construit de manière inductive par un « échantillonnage théorique raisonné » visant à obtenir une variation maximale. Les critères de variabilité étaient les suivants : l'âge, le sexe, le département d'exercice, le mode d'exercice, le type d'exercice, le nombre d'années d'exercice, la parentalité.

Le choix des médecins recrutés s'est fait en fonction des hypothèses intermédiaires émergentes (participation de la PMI ou du planning familial à l'éducation à la sexualité des enfants par exemple) qui ont conduit les chercheuses à recruter spécifiquement des médecins ayant une activité partielle correspondant à ce terrain et susceptibles d'apporter de nouvelles données.

IV. Entretiens et recueil des données

Les données ont été collectées par des entretiens semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien préalablement rédigé par les chercheuses ([Annexe 1](#)). Le guide d'entretien a été construit avec des questions ouvertes afin d'obtenir les verbatim les plus riches possibles.

S'agissant d'un sujet sensible, les chercheuses ont choisi de réaliser des entretiens individuels afin d'apporter plus de profondeur que des entretiens en focus group.

Tous les participants ont été contactés par téléphone ou par mail. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel sur le lieu de travail du participant, sauf pour un participant qui a choisi de réaliser l'entretien à son domicile. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits intégralement dans un logiciel de traitement de texte (Word) et anonymisés.

Les entretiens ont été menés entre mai 2023 et novembre 2023 jusqu'à saturation de données, c'est-à-dire jusqu'au moment où aucune nouvelle idée n'a semblé émerger des entretiens ou enrichir les catégories. 11 entretiens ont ainsi été réalisés. La saturation des données a été confirmée au 10^e entretien par la triangulation des données entre les deux chercheuses et leur directrice de thèse.

V. Analyse des données

L'analyse des données s'est inspirée de la méthode de théorisation ancrée. Il s'agit d'une méthode itérative permettant la simultanéité de la recherche et de l'analyse pour favoriser la remise en question des concepts et des catégorisations tout au long du recueil de données.

Celle-ci a suivi 3 étapes :

1/ L'analyse ouverte : l'interprétation des données a été réalisée de manière indépendante par chacune des chercheuses. Elle a consisté en l'étiquetage des verbatims en une propriété qui en reflétait l'idée principale. La confrontation des tableaux d'analyses de chacune a permis d'appliquer une triangulation des données afin de limiter les biais d'interprétation et augmenter la validité interne de l'étude.

Les propriétés ont ensuite été organisées en catégories. Cette étape s'est faite conjointement par les deux chercheuses au fur et à mesure des entretiens par comparaison constante.

2/ L'analyse axiale : les propriétés et catégories créées à l'étape précédente ont été elles-mêmes articulées en grands axes théoriques explicatifs du rôle du médecin généraliste dans l'EAS. Cette étape a été réalisée par les deux chercheuses et leur directrice de thèse.

3/ L'analyse sélective : celle-ci a permis de développer un modèle explicatif des éléments influençant l'abord et la place du médecin généraliste dans l'EAS chez les enfants.

VI. Aspects réglementaires

Une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été réalisée auprès de la CNIL avant la réalisation des entretiens.

Chaque participant a signé un formulaire d'information et de non-opposition en début d'entretien. ([Annexe 2](#))

Afin de garantir la confidentialité des participants, la pseudonymisation a été utilisée lors de la retranscription des entretiens. Chaque personne interrogée s'est vu attribuer la lettre M puis un chiffre dans l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens (M1, M2, ..., M11).

La suppression des enregistrements audios des entretiens a été effectuée quelques jours après chaque retranscription et les entretiens retranscrits ont été conservés sur une clé USB protégée par un mot de passe.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des participants

Au total, 11 entretiens ont été réalisés.

Leur durée variait de 33 à 62 minutes, avec une durée moyenne de 46 minutes.

Notre échantillon final se composait de 11 médecins : 7 femmes et 4 hommes.

L'âge des participants variait de 35 à 66 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans.

Leur nombre d'années d'exercice variait de 2 à 35 ans, avec une moyenne de 14 ans d'exercice.

8 d'entre eux exerçaient en secteur urbain, 1 en semi rural et 2 en rural.

3 d'entre eux exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire, 3 en salariat dans un centre de santé, 3 exerçaient seuls en cabinet de médecine libérale et 2 en cabinet libéral associé.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Mx	Sexe	Age	Années d'exercice	Type d'exercice	Lieu	Mode d'exercice	%age de pédiatrie	Formations complémentaires	Parentalité	Durée de l'entretien
M1	F	44 ans	5 ans	Urbain	Savoie	MSP	20 %	Pas de DU 11 ans de médecine carcérale	oui	38 min
M2	F	35 ans	8 ans	Urbain	Isère	Centre de santé / salariat	20 %	Pas de DU IVG, suivi de grossesse, entretien motivationnel	non	33 min
M3	H	66 ans	35 ans	Urbain	Savoie	Cabinet libéral / seul	10 %	DES Médecine du sport, DU traumatologie du sport, DU vertébrothérapie, formation mésothérapie	oui	33 min
M4	F	45 ans	10 ans	Urbain	Savoie	MSP	15-20 %	DU Psychologie de l'enfant, DU troubles du neurodéveloppement de l'enfant	non	50 min
M5	H	49 ans	2 ans	Urbain	Savoie	Cabinet libéral / associé	10 %	Médecine militaire et médecine d'urgence, capacité de médecine du sport, DU urgences pédiatriques, DU traumatologie sévère, DU médecine tropicale	oui	55 min

M6	F	43 ans	8 ans	Urbain	Isère	Centre de santé / salariat	40 %	PMI	oui	51 min
M7	F	42 ans	12 ans	Rural	Isère	Cabinet libéral / seule	16 %	DU de soins palliatifs et accompagnement, DU contraception, IVG et sexualité, DU nutrition et maladies métaboliques.	oui	40 min
M8	H	42 ans	9 ans	Urbain	Savoie	MSP	17 %	Médecin référent de crèche DU addictologie, DU traumatologie du sport	oui	62 min
M9	F	44 ans	15 ans	Urbain	Isère	Centre de santé / salariat	5 %	Travaille en centre de santé sexuelle et centre d'orthogénie DU santé, solidarité, précarité DU IVG, sexualité, contraception DU suivi gynécologie - obstétrique	oui	55 min
M10	F	53 ans	20 ans	Semi-rural	Savoie	Cabinet libéral / associé	5 %	Travaille en centre de santé sexuelle DU IVG, sexualité, contraception DU gynécologie – obstétrique pour les MG DU Violences faites aux femmes	oui	42 min
M11	H	61 ans	27 ans	Rural	Isère	Cabinet libéral / seul	20 %	Aucune formation complémentaire	oui	51 min

II. Principaux résultats

A. Protagonistes

Le médecin généraliste est au centre d'un réseau d'acteurs aux interconnexions complexes. Leurs caractéristiques influencent le médecin généraliste positivement ou négativement dans son abord de l'EAS. Ils sont décrits ci-dessous.

1. Le médecin généraliste

Le médecin généraliste étant au centre de cette étude, il sera traité en premier.

a) Vécu personnel du médecin

Le vécu personnel des médecins généralistes en matière de sexualité semblait influencer leur propension à aborder le sujet.

En effet, de nombreux participants rapportaient faire de l'EAS en tant que parent avec leurs propres enfants. Ils décrivaient leur **abord parental de l'EAS**.

« Alors oui je l'aborde avec mes enfants. Quand ils sont petits, je leur raconte comment on fait les bébés, j'ai un bouquin pour leur expliquer comment cela fonctionne. » M1

« Donc clairement sur mon cobaye à domicile [sa fille] : à 9 ans et demi, elle sait déjà ce que sont les règles, elle sait déjà ce que c'est un "rapport sexuel", elle sait déjà que quand elle dit "non", c'est "non" ». M7

« Après alors sur l'éducation, moi je ne me suis pas posé de questions en fait, quand il a s'agit d'en parler à mes filles. » ; « j'ai acheté la série complète de livres "Nathan" (rires). Très tôt, à partir de 4 ans je pense, on a commencé à lire les livres. » M10

Une participante confiait avoir été confrontée à des **victimes de violences sexuelles dans son cercle familial**, ce qui a influencé son approche de l'EAS auprès de ses propres enfants : *« Alors j'ai été confrontée, plutôt à des révélations chez des adultes qui avaient subi ça dans ma famille. ! » M10*

M6 se questionnait sur **l'influence de sa parentalité sur son approche de l'EAS** chez l'enfant : « *Peut-être aussi parce que ça me paraît trop jeune aussi. Alors je ne sais pas si c'est parce que je suis maman ou pas* » M6

Elle constatait cependant avoir un **abord différent de l'EAS en consultation et dans son cercle familial** : « *Mais ça, typiquement, je ne me vois pas sortir le livre de Françoise Dolto comme je peux le lire avec mes enfants.* » M6

Ainsi, **l'abord de l'EAS** lui paraissait **facilité dans son entourage** en comparaison avec la consultation : « *L'éducation à la sexualité de tes propres enfants, là c'est un peu plus facile du coup parce que tu as un peu moins de tabou et tu peux dire les choses un peu plus facilement.* » ; « *Dans la vie quotidienne, d'en parler avec les copines, les autres mamans : "et l'autre fois il a montré son zizi à sa cousine", (...) c'est peut-être moins tabou pour moi qu'en consultation* » M6

Inversement, M3 se disait, quant à lui, plutôt **gêné à l'abord de la sexualité dans son cercle familial** : « *Non, justement. Dans le cadre de la famille c'était plutôt compliqué.* » M3

Certains médecins **abordaient** également **l'EAS avec leur cercle amical** : « *C'est un sujet que j'ai abordé avec mes copines en tant que maman.* » ; « *On en avait parlé avec les copines qui ont des enfants à peu près du même âge* » M9

M2 rapportait une **discussion avec son cercle amical sur l'identité de genre** : « *J'ai une amie qui me racontait que son fils de 3 ans lui avait dit qu'il voulait être une fille.* » M2

A l'inverse, un médecin interrogé signalait qu'il **abordait peu fréquemment la sexualité avec son entourage** : « *Je ne dirais pas non plus que c'est un sujet de conversation fréquent.* » M6

b) Sensibilité personnelle du médecin

Chaque médecin avait sa sensibilité personnelle et ses opinions propres relatives à l'abord de l'éducation à la sexualité chez l'enfant. Ils se sentaient plus ou moins impliqués dans l'abord de ce sujet.

Chaque médecin était influencé par sa **propre vision** de la sexualité.

« *La manière dont le médecin envisage la sexualité des patients.* » ; « *C'est aussi la manière dont tu considères, toi, la sexualité de manière générale* » M7

« *Le médecin (...) quel est son propre vécu et sa propre façon de voir la sexualité* » M11

« Le problème c'est qu'on n'est pas tous au même niveau, on n'a pas tous les mêmes valeurs sur le sujet. » M10

De nombreux participants rapportaient leur **inquiétude sur la problématique des violences sexuelles**.

« Moi vraiment ce qui me paraît dangereux, et la question centrale, c'est les violences faites aux enfants » M5

« Je suis toujours méfiante sur le volet "prévention", je pense plus aux violences sexuelles sur enfant. Je crois que c'est toujours ça qui m'inquiète. » M9

D'autres médecins exprimaient leur **inquiétude sur l'exposition des enfants à la pornographie**.

« C'est vrai que c'est un sujet qui me préoccupe aussi, la question de l'accès à la pornographie par internet » M5

« "vous savez, 80% des enfants de 11 ans ont déjà vu de la pornographie, il faut que vous en parliez et c'est hyper important de pouvoir parler du risque sur internet etc...". » M9

M4 quant à elle, exprimait son **inquiétude par rapport à l'exposition des enfants sur les réseaux sociaux** : « Je peux te parler de ma nièce qui a 9 ans. Parce que ma sœur, je lui ai dit une fois que je trouvais qu'elle sexualisait beaucoup sa fille. (...) habillée comme une petite Lolita à 6-7 ans, avec des photos et des mises en scène que je ne trouvais pas forcément appropriées. » ; « Les photos sur internet et tout ça, c'est surtout ça qui me dérange » M4

M5 admettait **se projeter difficilement dans une situation de violences sexuelles** : « J'ai du mal à concevoir l'idée que ça puisse m'arriver » ; « Pour moi, ça relève un peu des faits divers » M5

De plus, il décrivait son **sentiment d'impuissance** face à une telle situation : « Certainement assez désarmé je pense. (...) Embrayer sur un entretien, je pense que ça me serait assez difficile. Je serai plutôt très déstabilisé. » M5

M2 et M5 décrivaient leur **blocage par anticipation** à l'abord de la sexualité, ils craignaient une réaction négative des parents.

« Je pense que je me mets plein de freins à moi-même » ; « quand tu parles du vaccin HPV en dessous de 12 ans, j'ai déjà l'impression de les froisser, alors en plus parler d'éducation à la

sexualité, je ne veux même pas imaginer comment ils réagiraient. Mais du coup, c'est peut-être moi qui mets un frein accessoirement. Parce que je ne suis pas à l'aise avec ça » ; « Mais du coup c'est un frein qui vient autant de moi parce que je ne m'autorise pas à le faire. Si ça se trouve, il y en a qui seraient intéressés. » M2

« Ben je dois bien le dire, on a des a priori, enfin, je me fais des a priori culturels. » ; « C'est des a priori après... Et ça c'est hyper dangereux. Finalement, on se trompe beaucoup avec les a priori (...) Finalement, ceux qui seraient peut-être amenés à refuser sont pas forcément ceux qu'on attend » M5

M8 questionnait les **limites de la relation particulière entre un médecin homme et un enfant** pendant la consultation. Il était marqué par la crainte d'être accusé d'agression s'il réalisait un examen clinique sans témoin. Cette crainte lui avait été inculquée au cours de ses études. *« C'est que, moi je suis un homme, j'aime bien voir les enfants seuls en consultation et du coup je ne le fais pas trop, enfin, j'ai du mal. Parce (...) qu'on m'a dit, quand j'étais interne : "pas d'enfants seul, protège-toi, il peut y avoir des soucis, donc toujours avec un adulte". » M8*

Plusieurs médecins interrogés rapportaient avoir **pris conscience de l'intérêt du sujet pendant les entretiens.**

« Je ne m'étais pas posé la question avant que tu me la poses ! » ; « C'est bien, ça nous fait remettre en cause notre pratique ! ça fait réfléchir ! » M6

« Mais là, maintenant qu'on en parle, ça me donne plein d'idées » M8

c) Vécu professionnel

(1) Apport de l'expérience professionnelle

De nombreux médecins interrogés remarquaient une **influence de leur expérience professionnelle** sur leur implication dans l'EAS ou sur leur aisance à l'aborder.

« J'étais médecin en prison avant, donc c'est une question qui est importante pour moi (...) Parce que je me dis que c'est réel, j'ai des noms, j'ai des visages que je mets dessus » M1

« Alors je pense quand même que mon DU m'a aidée (contraception, IVG, sexualité) parce que tu as des bases et que si tu es à l'aise, le patient en face est à l'aise » M7

« Au planning familial, ça fait maintenant depuis 2013 que j'initie aussi des traitements pour des personnes trans (...) c'est pour ça que je dis : parler de sexualité, parler de genre, parler de quelque chose, c'est vraiment...je ne suis pas mal à l'aise avec ça. » M9

« Je travaille en centre de santé sexuelle, donc ça c'est sûr que, vu ce que je vois en consultation, j'ai eu un biais. (...) J'ai entendu des histoires tellement horribles » M10

(2) Manque de formation

Les médecins interrogés étaient cependant nombreux à pointer un **manque de formation** sur l'EAS chez les enfants.

« Les freins, je pense que c'est la formation » M4

« Cette question me préoccupe moi, mais je n'ai pas les clés, je n'ai pas de discours formaté ni de références à donner aux parents. » M5

« c'est extrêmement compliqué parce que, pour le coup, on n'est pas formés, de savoir si c'est la norme, si c'est hors normes » M7

« Globalement la sexualité, même chez les adultes hein d'ailleurs, ça ne fait pas partie de la formation initiale. » ; « Donc du coup on apprend sur le tas, on n'est pas forcément très à l'aise et je pense qu'on manque de billes pour accompagner. » M8

« C'est la sensation de n'être pas suffisamment formé, donc de n'être pas suffisamment préparé à aborder le sujet, et quand on ne sent pas hyper sûr dans un sujet, on a plutôt tendance à l'éviter. » M11

M5 admettait sa **méconnaissance du sujet** : « Mais pour moi, la sexualité à l'enfance, soit c'est un truc très embryonnaire et très nébuleux pour moi, ou alors c'est lié à l'agression. » M5

Certains médecins **rattachaient l'EAS à l'adolescence** : « Autant, pour moi, la sexualité je l'associe vraiment à l'adolescence tu vois, avec l'éveil de la sexualité, l'importance de la prévention et tout ça. » M5

M2 voyait plutôt le **rôle du médecin généraliste comme limité à la prévention des conséquences médicales liées à la sexualité** (contraception, MST) : « Moi personnellement, je trouve que mon rôle serait plus justement l'éducation aux risques : contraception, MST et tout ça » M2

Les médecins exprimaient donc leurs craintes face à des situations traitant d'EAS :

- **Crainte d'être incomplet.** « J'ai l'impression de ne jamais aller vraiment assez loin » M6

- **Crainte d'être peu pertinent.** « parfois je me dis "est-ce que je saurais bien faire ?" » ; « J'aurais peur de le mettre en difficulté, ne pas avoir la bonne question ou ne pas savoir comment faire surgir le questionnement. » M1
« Je crains d'être assez peu pertinent » ; « je pense que ça serait laborieux et je ne sais pas si ça serait constructif » M5
- **Crainte d'être incongru.** « Ce qui est difficile, c'est de pas paraître incongru » M5
« Je pense qu'il y a des parents que ça choque et qui derrière démolissent mon discours » M7

Les médecins **minimisaient leur pratique**, ils pensaient être peu impliqués dans l'EAS, mais au fur et à mesure de l'entretien, ils prenaient conscience d'en apporter malgré tout des notions en consultation : « Effectivement sur le coup, quand vous disiez avant 12 ans, je me suis dit "non, je ne parle pas spécialement de prévention sexuelle..." mais si, ça se fait par nos comportements, par nos paroles. » M11

d) Des difficultés

Plusieurs participants rencontraient des **difficultés à aborder spontanément la sexualité** sans qu'il y ait de demande émanant de l'enfant ou de ses parents.

« Spontanément, je ne sais pas si je vais en parler » M2

« comment l'aborder si ce n'est pas le but de la consultation ? C'est là le problème. » ; « D'en parler comme ça ? Au tout venant ? ... Je ne me vois pas le faire. Sans problème je ne me vois pas le faire. » M3

« Parce que ce n'est pas forcément facile spontanément comme ça, de savoir comment, d'avoir les bons mots. » M10

Plus que des difficultés, certains **n'abordaient pas spontanément la sexualité.**

« C'est à la demande des parents. » M6

« Moi je ne l'aborde peut-être pas spontanément. » ; « Je le fais quand le sujet vient et on en parle, mais ça ne fait pas partie de mon sujet systématique comme le sommeil, l'alimentation... » M8

Certains avouaient **omettre** involontairement d'**aborder la sexualité chez l'enfant**.

« *En dessous de 12 ans, vraiment j'aurais du mal. Parce que ... Déjà ça ne m'est pas venu à l'esprit, j'avoue que ça ne m'est pas venu à l'idée.* » M2

« *Le frein c'est de ne pas le faire (rires), de ne pas y penser.* » M4

« *j'avoue que c'est quelque chose auquel je n'ai jamais vraiment pensé, ni même anticipé tu vois ? Un peu... pas occulté, mais tu vois ce que je veux dire ?* » M6

M2 admettait rencontrer des **difficultés à aborder la sexualité de manière générale**, toutes tranches d'âge confondues : « *J'ai du mal à l'aborder avec mes patients adultes, mais enfants, plus compliqué.* » M2

Certains médecins présentaient des difficultés à aborder des notions plus spécifiques :

- Des **difficultés à aborder l'identité de genre** : « *J'ai du mal avec la question du genre tu sais ? Demander à un enfant s'il sait de quel sexe il est. Mais je trouve ça compliqué, je ne suis pas à l'aise avec la question. Et j'ai du mal à savoir quand l'aborder vraiment.* » M8

M1, de son côté, **n'abordait pas** du tout **l'identité de genre** : « *Je n'aborde jamais la question de genre, je ne sais pas le faire* » M1

- Des **difficultés à aborder les violences sexuelles** : « *Poser la question des violences sexuelles moi c'est un truc que je n'arrive pas à faire... donc avec l'enfant encore moins* » ; « *J'ai un copain qui posait systématiquement la question en consultation, en premier rendez-vous, adultes et enfants : "est-ce que tu as déjà / ou est-ce que vous avez déjà vécu des violences sexuelles dans votre vie ?", mais moi c'est un truc que je n'arrive pas à faire.* » M6

De nombreux participants exprimaient leur **gêne** à aborder l'EAS.

« *je ne suis pas hyper à l'aise à parler sexualité à un moins de 15 ans* » M6

« *On n'est pas forcément très à l'aise.* » ; « *Quand on n'est pas à l'aise, on n'a pas envie de l'aborder* » M8

« *il y a toujours une gêne* » M11

e) Remise en question

De manière générale, des **questionnements** émergeaient **chez les médecins interrogés sur leur rôle dans l'EAS**.

« Est-ce que c'est notre rôle ? Est-ce que c'est le rôle de l'école ? Est-ce que c'est le rôle des parents ? Est-ce que c'est le rôle de tout le monde ? Je ne sais pas » M2

« la question elle est intéressante, à partir du moment où on se la pose. Mais c'est vrai que jusqu'à maintenant, je ne me la posais pas vraiment. (...) Peut-être qu'il pourrait y avoir, au moment des visites de prévention, quelque chose qui aborde la question. (...) Pourquoi pas aborder ces questions de sexualité ? » M5

« C'est ce qu'on disait tout à l'heure : est-ce que c'est le rôle du médecin et si oui, qu'est-ce qu'on apporte à aborder ça ? » ; « Mais qui peut le faire à part les médecins généralistes, je ne sais pas trop. » M6

M2 minimisait l'impact qu'elle pouvait avoir auprès de l'enfant : *« Je n'étais pas particulièrement satisfaite, je n'ai pas eu l'impression d'avoir un gros impact. » M2*

Plusieurs médecins se décrivaient comme des **acteurs secondaires dans l'EAS** des enfants, derrière les parents, la famille, l'école, les médias etc...

« Oui, on peut avoir un rôle. Alors je pense qu'on n'est pas le premier... » M4

« Ce n'est pas à nous d'être en première ligne. Donc oui : mais pour les parents qui ne sont pas en capacité de le faire » M7

« il ne faut pas oublier que nous on est une goutte d'eau » ; « Dans le flot d'informations je pense qu'on est noyés » M8

« Je ne pense pas que le médecin soit le point central de la sexualité. » M11

M2 se questionnait sur son rôle dans l'éducation à la notion de consentement : *« Le côté consentement, je n'ai jamais pensé à l'aborder, et je ne sais pas si ce serait le rôle du médecin. Ça ne me paraît pas choquant qu'il y en ait qui l'abordent, mais est-ce que c'est spécifiquement notre rôle ? » M2*

L'implication du médecin **dans la prévention de l'exposition à la pornographie** était source de **questionnement** pour M5 : *« Après, encore une fois, je reviens sur la pornographie, c'est que maintenant il semble avéré qu'une proportion importante des enfants a, dès l'école*

primaire, accès à des images de ce type. Est-ce que le médecin pourrait avoir une parole à donner ? » M5

f) Perception du rôle du médecin généraliste par les patients

La façon dont les patients perçoivent le rôle du médecin généraliste influe sur sa propension à aborder la notion de sexualité chez l'enfant.

Pour M7, les **patients** ont une **vision** du médecin généraliste **dans un rôle** plutôt **curatif** : « *Avant le médecin, tu allais le voir parce que tu avais du diabète... les affaires de zigounette, ça ne les concernait pas ! Enfin je veux dire, ce n'était pas la maladie » M7*

M2 et M10 se **questionnaient sur l'image du rôle du médecin aux yeux de l'enfant.**

« j'ai du mal à imaginer comment l'enfant nous voit en tant que médecin traitant. » M2

« Il faut peut-être demander à l'enfant si ça l'intéresse qu'on lui en parle ou pas (rires), s'il nous considère comme une personne ressource ou s'il préfère en parler avec quelqu'un d'autre » M10

g) Freins liés à la consultation

Certaines spécificités de la consultation en médecine générale semblent compliquer l'abord de l'EAS.

De nombreux participants évoquaient le **manque de temps** comme une difficulté majeure.

« Alors mes propres freins, en premier lieu c'est le temps (...) car il faut pouvoir être disponible si jamais la discussion s'ouvre sur ça. » M1

« Mais je ne vois pas comment on peut penser à tout et avoir le temps de tout faire » M2

« Le temps je pense que c'est le facteur principal qui fait qu'on ne peut pas tout aborder. » M8

« Ça nécessiterait un temps dédié, qu'on n'a pas forcément » M10

De plus, les médecins interrogés se sentaient débordés par la **multiplicité des rôles** qui leur incombaient.

« Ça fait trop de choses auxquelles penser. » M2

« Il y a tellement de choses à faire et à dire dans une consultation » M4

« Les consultations sont déjà tellement denses : je parle des écrans, je parle de l'alimentation, je parle de l'activité physique, je parle des violences à l'école, je parle des vaccinations, des problèmes de sommeil etc... » M6

Plusieurs participants ont remarqué qu'il s'agissait, en outre, d'une **tranche d'âge** d'enfants qui est **peu vue en consultation**.

« Ce sont des âges où on ne les voit pas spécifiquement beaucoup. En général, surtout pour des trucs aigus. » M2

« On a peu de temps avec les enfants, une fois qu'ils sont sortis des vaccins obligatoires, à partir de 2 ans, on les voit quand même très peu. » M8

Et la sexualité était souvent rapportée comme un **motif secondaire de consultation**.

« Alors ils ne viennent pas forcément qu'avec ce motif de consultation, mais ça vient dans la conversation. » ; « C'est assez rarement un sujet de consultation initial » M1

« C'est souvent au décours de la consultation, on ne les voit pas pour ça » M3

« Ce n'est pas un sujet qu'ils abordent d'eux-mêmes » M11

2. L'enfant

a) Facteurs d'influence propres à l'enfant / spécificités de l'enfant

(1) Un être vulnérable / Un être en développement

Selon M5, « l'enfant est vulnérable, donc tout ce qui peut avoir un impact favorable sur sa vulnérabilité est bon à prendre. »

En effet, M1 le décrivait comme n'ayant **habituellement pas autorité** : « “C'est toi qui décides” [...] C'est quand même assez rare je pense dans la vie de l'enfant qu'il puisse avoir ça. » M1

L'un des médecins interrogés insistait sur la **différence entre la sexualité de l'enfant et la sexualité de l'adulte** : « La sexualité de l'enfant ce n'est pas la sexualité de l'adulte » ; « Des enfants qui se touchent, ce n'est pas la même chose que des adultes. » ; « Chez le tout-petit, tu parles de sexualité, mais telle que nous on l'entend adulte, ce n'est pas la même chose. » M4

Un autre participant précisait que **l'image du couple se construit pendant l'enfance** : « *j'ai le sentiment qu'ado, les jeux sont déjà un peu faits avec l'image de ce que va être un couple ou la sexualité dans un couple* ». M11

(2) La pudeur / la nudité

Plusieurs médecins interrogés décrivaient des **manifestations de pudeur chez l'enfant** dès le plus jeune âge.

« *Il y a des enfants qui manifestent de la pudeur, dès petits* » M5

« *Il y a des enfants très pudiques et des enfants qui ne le sont pas du tout* » M7

D'autres médecins constataient une **gêne** chez les enfants **lors du déshabillage**.

« *il y a souvent un âge où les filles ne veulent plus enlever leur T-shirt.* » M2

« *il y a des petites filles prépubères ou même des garçons des fois qui ne sont pas à l'aise* » M8

A l'inverse, M8 observait parfois des **comportements d'exhibition** chez l'enfant : « *Alors lui, il aime bien être tout nu, montrer son corps* » M8

Certains médecins décrivaient la **gêne des enfants à l'abord de l'éducation à la sexualité**.

« *Le frein de l'enfant c'est peut-être de le mettre mal à l'aise.* » M2

« *Je pense que pour les parents, le frein qu'il y a, c'est peut-être qu'ils se disent que c'est intime (...), ou qui savent que leur enfant est pudique ou pas à l'aise, et qui n'ont pas envie de le mettre mal à l'aise en abordant le sujet.* » ; « *ils ne sont vraiment pas à l'aise pour en parler.* ». M8

(3) L'exploration corporelle

Certains **comportements sexuels** des enfants comme la **masturbation**, ou des **comportements entre enfants** peuvent déconcerter les adultes mais les médecins interrogés les considéraient comme des comportements **normaux** chez les enfants.

« *Je n'étais pas très inquiète de ces enfants qui s'amusaient à se toucher. Mais ils s'amusaient entre eux, je pense que les filles aussi, à "touche-pipi"* » ; « *Ça peut être une normalité chez l'enfant.* » M4.

« J'ai appelé le médecin scolaire, qui m'a dit que c'était normal, qu'à 4 ans c'était normal à cet âge-là, ils faisaient du touche-pipi, que c'était naturel. » M10.

« La masturbation c'est un truc pour moi, c'est normal. » ; « il y a une forme d'innocence » M5

« On a assez souvent aussi des questions sur la masturbation, plus pour les garçons que pour les filles, mais aussi de temps en temps pour les filles, et dire : "oui mais c'est naturel, il ne faut pas que ça vous inquiète" » M6

« Expliquer que ce n'est pas une maladie » M9

Ces comportements étaient considérés comme faisant partie de la **découverte du corps et du plaisir**.

« ils ont cette propension à aller se toucher, c'est des jeux, c'est une découverte du corps et de la sexualité effectivement » ; « ça fait partie aussi de la découverte du corps et du rapport aux autres. » M4

« Ce que je lui ai dit, c'est que ça faisait partie de la découverte du corps, des sensations que c'était normal surtout. » M10

« L'apprentissage du plaisir se fait forcément par la masturbation, j'en suis convaincue » M9.

En revanche, le **caractère répétitif** de certains comportements ou **l'association à d'autres troubles du comportement** pouvait interpeller certains médecins.

« effectivement s'il va toucher tout le monde tout le temps, là on va peut-être aller poser des questions. Mais s'ils font ça de temps en temps, ce n'est pas des choses qui m'inquiètent tant que ça » M4

« ce n'est pas arrivé juste une fois. (...) on a convenu que c'était un comportement pas adapté pour un enfant de 2 ans et demi. » M8

« Enfin bon voilà, c'est pas des situations qui m'affolaient plus que ça. Si tu vois que l'enfant il n'a pas de troubles du comportement... » ; « Ça rentre dans un ensemble de choses qui nous font nous alerter. ». M4

(4) La question du genre et de l'orientation sexuelle

Un médecin interrogé rapportait pressentir des **signes précoces de l'orientation sexuelle** chez un enfant : « Ce sont des comportements qu'on pressentait déjà avant. Son homosexualité. » M3

M2 et M3 notaient que l'**identité de genre peut se déterminer pendant l'enfance.**

« J'ai une amie qui me racontait que son fils de 3 ans lui avait dit qu'il voulait être une fille »

M2

« depuis tout petit, il savait qu'il n'était pas garçon, que c'était une fille (...) il le savait déjà dès l'enfance et ça le perturbait beaucoup. » M3

M3 expliquait avoir suivi plusieurs enfants en souffrance face à leur transidentité. Cette souffrance est appelée la **dysphorie de genre**. Les enfants ressentent un sentiment de **solitude** face à leur **transidentité** : *« Il disait qu'il était en souffrance depuis qu'il était petit. Et que dans la communication avec ses parents ce n'était pas facile. (...). Et il n'en discutait pas avec eux. (...) C'était sa souffrance ».* M3

(5) L'exposition de l'enfant aux violences sexuelles

L'enfant pouvant être confronté à des agresseurs sexuels et à des situations de violences sexuelles, l'un des médecins interrogés se questionnait sur la **capacité** des jeunes enfants à **se défendre** face aux agresseurs sexuels : *« Face au prédateur, l'enfant il est en capacité de dire non, mais sur un tout-petit... ? Je ne crois pas... » M4*

Il apparaissait une **méconnaissance des victimes de leur statut de victime** : *« Ils vivent leur quotidien comme la normalité et ils n'ont pas de référence. » M5*

Cela explique probablement certaines **révélations tardives des agressions sexuelles** que constatait M4 : *« je n'ai jamais eu d'enfants qui me disaient... ça vient quand ils sont ados après » M4*

Des **troubles du comportements** ou des **comportements sexuels** chez les enfants peuvent révéler **des violences sexuelles**.

« sur les violences sexuelles, ils ont quand même d'autres comportements » ; « le premier symptôme de l'enfant qui ne va pas bien c'est l'agitation » M4

« Après, ce qui, je trouve, n'est pas toujours évident, c'est de savoir si le comportement de l'enfant, il révèle un problème ou un malaise et qu'il y a eu des violences, et qu'en fait c'est le reflet d'un truc qui s'est passé qui l'a traumatisé et qu'il va exprimer d'une façon. » M8

(6) Spécificités communicationnelles

Les médecins interrogés rapportaient la **méconnaissance de certains enfants de la sexualité**.

« *Quand les filles ont leurs premières règles, ma question numéro 1 : “ça vient d’où ?” ...alors là, c’est le désert au niveau des réponses* ». M7

« *J’ai été assez frappé par la méconnaissance du fonctionnement du corps. (...) j’hallucine sur le fait qu’elles ne connaissent pas, du tout, pourtant elles vont à l’école.* » M8

« *On a vu de très jeunes filles, 13-14 ans, qui se retrouvaient enceintes, qui n’avaient eu aucune éducation !* ». M10

L’**absence de relation de confiance** avec le médecin était rapportée comme un frein à l’abord de la sexualité : « *Parce que l’enfant n’est pas forcément dans la communication...avec un étranger : parce que le médecin est quand même un étranger.* » M3

Inversement, une **relation trop personnelle** avec le médecin pourrait nuire à l’abord de la sexualité : « *comme on les connaît depuis enfant et qu’on connaît leurs parents, ils ne vont jamais parler de ça avec nous.* » M2

b) Appréhensions du médecin vis à vis de l'enfant

(1) Craintes

Les médecins exprimaient des craintes vis-à-vis des enfants à aborder l’éducation à la sexualité avec eux.

D’abord, une **crainte de heurter l’enfant**.

« *Après, c’est difficile de savoir jusqu’où... De ne pas les choquer.* » ; « *J’aurai peur de le mettre en difficulté* » M1

« *Qu’est-ce que l’enfant est apte à entendre, sans être perturbé ? Je pense qu’il faut être super délicat, savoir exactement ce qu’on peut dire.* » M5

Ensuite, certains rapportaient une **peur d’être trop intrusif pour l’enfant**.

« *Sur les impacts négatifs, c’est plus de les gêner, d’avoir été trop cash ou d’avoir été un peu trop loin, d’avoir un peu perturbé leur... d’être allé trop dans leur intimité justement.* » M1

Enfin, un médecin a rapporté la **Crainte d'engendrer un bouleversement dans le quotidien d'un enfant victime de violences sexuelles.**

« D'une certaine façon, j'ai l'impression qu'on fait surgir le loup dans la vie de l'enfant, le grand méchant loup... Enfin, ça peut générer de l'anxiété, de l'incompréhension, de la peur... » M5

(2) Difficultés communicationnelles

Les médecins exprimaient également des **difficultés** vis-à-vis de la **communication** avec l'enfant.

« Alors je te rappelle que 2-12 ans c'est un âge difficile d'accès, en tout cas dans l'interrogatoire et la façon dont ils relatent des choses ». M3

« Après c'est difficile... Déjà, parler aux enfants, je trouve que c'est compliqué » M5

Ils relataient des difficultés en lien avec une **incertitude sur le niveau de compréhension de l'enfant.**

« Mais sinon, aborder la sexualité avec un enfant, d'un point de vue vraiment "est-ce que tu as des questions sur ta sexualité ?" à cet âge-là je ne vais pas aller le chercher, car je ne sais pas quel est son niveau de compréhension » M1

« Et puis, pas savoir ce que l'enfant pourrait comprendre ou pas » M2

« Disons que, je ne peux pas dire comment l'enfant se représente la sexualité déjà. (...) Qu'est-ce qu'un enfant est apte à entendre et susceptible de pouvoir entendre ? » M5

L'âge était également cité comme un facteur **limitant l'abord de la sexualité.**

« en dessous de 12 ans, vraiment j'aurais du mal. » M2

« Quels seraient les freins ? L'âge. Je crois que c'est l'âge. » M3

« Ce n'est pas toujours facile parce qu'à 11 ans des fois ils sont encore petits... » M10

Pour M6, l'abord de la sexualité était **plus difficile chez les garçons** que chez les filles par manque de points d'approche : *« Du coup les garçons, j'en parle moins...oui j'en parle pas du tout je pense. (...) du coup il n'y a pas beaucoup de questions directes, alors que la fille tu passes par les règles. »*

3. Les parents

a) Difficultés propres aux parents

(1) Les limites parentales

Certains médecins rapportaient que les parents peuvent présenter une **réticence à l'abord de la sexualité**.

« Parfois il y a des parents qui peuvent être sur la défensive quand j'aborde ça » M1

« Et parler papillomavirus chez les garçons, parler homosexualité, parler de tout ça c'est encore plus ... les gens sont très vite sur la défensive en fait. » M6

« Mais il y a d'autres parents qui ne veulent pas qu'on aborde le sujet, qui considèrent que c'est trop tôt. » M10

« Je pense que pour beaucoup d'enfants, si leurs parents ne sont pas prêts à ça, les parents vont poser un gros problème. » M11

En effet, les parents pouvaient **manifester de la gêne**.

« Il y en a qui sont gênés, qui n'aiment pas qu'on en parle » M1

« C'est la gêne des parents qui est le premier frein. » M7

« C'est la maman qui venait en consultation, elle voulait savoir quelle attitude elle devait avoir, comment elle devait réagir, elle était un peu mal à l'aise elle avec la question. » M8

Certains parents étaient **heurtés par des comportements sexuels d'enfants** : *« Sa maman était très très choquée, parce qu'il y avait un garçon qui s'amusait à toucher un peu les filles. » M4*

La sexualité pouvait heurter et **être considérée comme "sale"** par certains parents.

« Elle l'avait engueulé en lui disant "c'est sale, ce n'est pas propre, arrête" » M1

« les mamans qui disent : "ah non ma fille, tu ne te touches pas, c'est trop sale !" » M9

Certains participants constataient une **méconnaissance des adultes de la sexualité de l'enfant** : *« que les parents comprennent un peu mieux la sexualité de l'enfant, qu'ils ne connaissent pas du tout en fait. » ; « Je trouve que dans la tête des gens, ça n'existe pas la sexualité de l'enfant. » M4*

Par exemple, M7 notait une **méconnaissance des parents des changements pubertaires** : *« je sors mon Netter et je leur montre où c'est. (...) Les mères regardent toutes parce que certaines comprennent enfin d'où viennent leurs règles. » M7*

M4 expliquait que cette méconnaissance des adultes de la sexualité de l'enfant entraînait une **vision stigmatisante des adultes face à la sexualité de l'enfant** : « *je trouve que c'est faire peser aux enfants des choses qui sont effectivement de l'ordre de l'adulte et pas de l'enfant.* » ; « *c'est encore notre regard d'adulte et qu'est-ce qu'on y met dedans* » ; « *ils font porter aux enfants beaucoup de choses* » M4

La vision stigmatisante des adultes sur la sexualité des enfants pourrait ainsi entraîner une **réaction inappropriée des adultes** : « *C'est plus la réaction des adultes, qui à mon sens, n'est pas toujours adaptée.* » M4

(2) Un sujet éludé

Ces freins liés aux parents pouvaient les empêcher d'**aborder le sujet** avec leur(s) enfant(s).

Plusieurs médecins constataient que le **sujet** était **omis** par certains **parents**.

« *Donc tu demandes à la maman : "ben qu'est-ce que vous lui avez expliqué ?"*, elle te répond : *"bah rien"* » M4

« *les parents étaient totalement mal à l'aise sur la chaise, ils disaient "ah mais on n'a jamais parlé de ça, les règles..."* (...) *ça n'a pas été du tout du tout abordé* » M8

« *Là je me suis dit : ah, je vais prendre un moment, je vais faire un vrai cours d'éducation à la sexualité parce que visiblement ça n'avait pas été fait du tout !* » M9

De façon plus spécifique, **concernant la transidentité**, M3 déplorait également l'**absence de communication entre les parents et leur enfant** : « *dans la communication avec ses parents ce n'était pas facile. (...) il n'en discutait pas avec eux. Il vivait ça dans son coin* » M3

Les parents n'abordaient pas non plus la problématique de la **pornographie** auprès du médecin.

« *les parents ne m'en parlent pas.* » M5

« *Je n'ai jamais eu la consultation "mon gamin regarde des films pornos sur internet" et pourtant je pense qu'il y en a plein.* » M6

b) Difficultés du médecin liées aux parents

La **présence parentale** était décrite par les participants comme un **frein** à l'abord de la sexualité.

« Souvent, il y a les parents à coté à cet âge-là. Je ne serai peut-être pas à l'aise vis-à-vis des parents » M2

« La présence des parents aussi. Peut-être que si on pouvait voir l'enfant sans les parents ce serait différent. Sauf que ... c'est difficile à faire. Ils ne viennent jamais tout seuls ! » M3

« L'adolescent, on peut parler à l'adolescent, si les parents sont d'accord, on peut écarter les parents, leur demander de sortir et si c'est accordé on peut ensuite aborder des questions qui relèvent de l'intime. Là, avec l'enfant, on est carrément sur un autre domaine quoi... C'est hyper chaud. » M5

« Ben en fait, les enfants on les reçoit toujours avec les parents (...) Enfin voilà, on ne mettra jamais un parent en salle d'attente et on ne recevra jamais l'enfant tout seul. Donc voilà, c'est pour ça que c'est délicat » M10

Plusieurs participants rapportaient leur **crainte de heurter les parents**.

« À part éventuellement heurter la susceptibilité des parents ou des enfants, de rentrer un peu en compétition avec leurs croyances... » M1

« Je ne serai peut-être pas à l'aise vis-à-vis des parents : peur qu'ils réagissent mal. » M2

« Si ça se trouve, il y en a qui seraient intéressés, mais j'aurai vraiment peur de les braquer. » M2

« Déjà, je ne sors pas le mot sexualité de l'enfant, parce que là tout de suite je pense que ça peut vite mettre des barrières ou des freins ça c'est sûr. » M4

En outre, M6 évoquait **craindre la rupture de la relation de confiance avec les parents**.

« Est-ce qu'on peut choquer suffisamment pour qu'après le parent ne soit plus en confiance et qu'il n'ose plus jamais laisser son gamin seul en consultation avec toi et qu'il se dise : "qu'est-ce qu'elle va me sortir à la prochaine consultation ?" » M6

En effet, deux médecins rapportaient la **nécessité de l'accord parental pour l'abord de la sexualité**.

« Et l'accord des parents : on parle de ça, mais pourquoi on parle de ça ? Si on n'a pas l'accord des parents ça peut poser problème. » ; « je ne vois pas comment on peut faire sans l'accord des parents. » M3

« on ne peut pas aborder la sexualité (...) sans l'accord des parents, ça c'est très clair, et puis sans savoir ce qu'en pensent les parents. » M10

Certains médecins avaient pour **crainte d'être vu comme un promoteur de la sexualité** par les parents : « la peur de passer pour la prometteuse, de faire la pub pour la sexualité et que ça choque les parents. » M6

D'autres se posaient la question de **l'impact du médecin par rapport à celui des parents**. « Qu'est-ce que le patient réticent à aborder le sujet ressent quand je l'aborde, et qu'est-ce qu'il va en dire ensuite à son gamin ? » ; « Le gamin nous voit 2 à 3 fois par an. C'est quoi 20 minutes 2 à 3 fois par an sur une présence quotidienne ? Il ne faut pas se leurrer, on ne change pas la vie des gens. Quelques fois si mais...pas quand ils sont petits » M7

4. La société

Médecin, enfant et parents évoluent dans un environnement complexe qui influence leur vision de la sexualité. Les caractéristiques sociétales liées à la sexualité font l'objet de l'analyse ci-dessous :

a) Le tabou

Premièrement, les médecins remarquaient que la loi du silence entoure la thématique de la sexualité.

Ainsi, la **sexualité** pouvait être un **sujet tabou** d'après les médecins interrogés.

« Il y a quand même des familles où le sexe c'est tabou. » M7

« Je pense aussi qu'il y a beaucoup de parents qui n'ont pas idée que leur enfant puisse se masturber. C'est vraiment ultra tabou ! » M9

« je pense qu'il y a beaucoup de parents qui n'abordent pas le sujet, et l'enfant a peu à peu intégré que c'est quelque chose dont il ne faut pas parler. » M11

Cela explique sûrement les **euphémismes utilisés pour désigner la zone génitale**.

« Zizi » M3M4M6M8M9 ; « Zézette » M4M6M9 ; « coucougnettes » M5 ; « en bas » M6 ; « fougoune » M7 ; « biniou » M7 ; « zigounette » M7

« Chaque famille a sa manière de dire : “la foufoune, la zézette, les parties intimes...” » M9

Le **tabou** de la sexualité semblait encore **plus important chez l’enfant que chez l’adulte**.

« Je dirais que c’est quand même un tabou sociétal général (...) Encore plus la sexualité des enfants que des adultes. » M6

« La sexualité déjà en elle-même peut être hyper tabou, alors celle des enfants encore plus. » M9

Le **tabou** sociétal de la sexualité **n’excluait pas le médecin généraliste**.

« Je dirais que c’est quand même un tabou sociétal général donc c’est un tabou pour moi aussi, comme pour les autres, même si je suis docteur. » M6

Dans ce tabou sociétal, il existerait une forme de **reproduction intergénérationnelle du tabou** : « Il y a des parents qui n’aiment pas en parler à leurs enfants, qui ont peur d’aborder ça avec les enfants, à qui on n’a jamais abordé ça à eux et donc eux ne l’abordent pas. » M1

M9 pensait cependant que **l’enfant est exempt de ce tabou** : « En fait je pense que les enfants sont beaucoup plus ouverts que n’importe qui, ils sont contents d’apprendre des nouvelles choses. » M9

b) Les médias / les écrans / l’exposition à la pornographie

Les participants remarquaient que les enfants baignent dans un climat de désinformation autour de la sexualité.

Tout d’abord, les médecins interrogés ne se considéraient **pas** comme **la première source d’information** sur l’éducation à la sexualité.

« je ne pense pas du tout que l’on soit la première source d’information. A cet âge. » M2

« dans le flot d’informations je pense qu’on est noyés. » M8

Les participants déploraient les **sources actuelles d’information** de qualité **médiocre** des enfants sur la sexualité.

« les trucs dont ils s’emparent, la qualité est le plus souvent médiocre. » M2

« C'est un petit peu la télé et YouTube et ce n'est pas forcément la meilleure éducation sexuelle qu'on puisse trouver... » M6

« Parce que les jeunes sont quand même beaucoup sur les réseaux, c'est une source principale de construction de leur image malheureusement, de la relation aux autres, du consentement et tout ça. Et quand on voit ce qui est véhiculé... (...) j'ai pas l'impression que ce qu'on voit sur les réseaux soit... enfin (...) ça ne va pas dans le bon sens je trouve » M8

Les médecins interrogés remarquaient un **accès de plus en plus précoce à la pornographie**.

« Je reviens sur la pornographie, c'est que maintenant il semble avéré qu'une proportion importante des enfants ont dès l'école primaire, accès à des images de ce type » M5

« Je pense que l'enfant maintenant à 10 ans y a accès s'il le veut sans problème. » M11

Or, M5 et M11 rappelaient que la **pornographie** montre une **sexualité inadaptée**.

« Disons que... C'est une sexualité qui est inappropriée. » M5

« Bah oui parce que je pense que c'est extrêmement perturbant sur l'image qu'on a de la sexualité et puis de la relation dans un couple quoi. » M11

c) L'influence de la culture ou de la religion

Plusieurs médecins s'apercevaient que **la culture et/ou la religion** exerçaient **une influence** sur l'abord de la sexualité.

« Elle considérait que culturellement, sa fille était préservée du risque. » M5

« Ouais, en plus j'ai, je ne sais pas, 90% de ma population qui est maghrébine donc 11 ans "oh, bah non, on ne parle pas de ça !" pas avant qu'elle ait 25 ans et qu'elle soit mariée. » M6

« En fonction des cultures, des religions, ça peut être compliqué. » M10

« Ça n'a pas le même impact chez des gens croyants, quelles que soient leurs croyances religieuses » M7

« Moi je pense vraiment que c'est dû au milieu dans / à la population avec laquelle je travaille, dans laquelle la religion est hyper ancrée, avec beaucoup de tabous. » ; « Déjà, il ne faut pas avoir des rapports avant le mariage, la masturbation c'est hyper tabou etc., etc., et l'homosexualité n'en parlons pas... le plaisir encore moins » M9

M9 tenait à préciser que **toutes les religions** semblent exercer une influence sur la sexualité, sans distinction : « Alors j'ai autant de musulmanes que de très catholiques, dans ma patientèle

j'ai énormément de roumaines pratiquantes qui ont toutes des jupes, qui ne se maquillent plus, qui vont à la messe (je ne sais pas ce que c'est leur église roumaine), mais du coup c'est pareil, je ne stigmatise pas une religion, qu'on soit d'accord, c'est important ! »

Concernant les **médecins**, l'**abord** de l'EAS pouvait être rendu **difficile par une empreinte religieuse** importante chez leurs patients : *« Quand je ressens des archaïsmes, enfin des archaïsmes, c'est pas le bon terme mais un peu traditionnels, j'associe ça à la religion, ouais, des signes religieux très apparents, pour moi ça va peut-être représenter un frein à aborder ces questions-là » ; « si je sens une empreinte religieuse importante, j'aurais peut-être plus de difficultés à l'aborder. » M5*

Cependant, comme tenait à le préciser M1, le **respect et consentement** sont des **valeurs universelles** qui **outrepassent les religions** : *« Pour moi ce qui est essentiel c'est le consentement et le respect, ça, ça doit... ça dépasse toutes les religions, car de toute façon je pense que dans toutes les religions il y a ces notions quoi qu'il arrive. » M1*

d) Les violences sexuelles

La plupart des médecins a abordé les **violences sexuelles** commises aux enfants lors des entretiens.

« Je me dis que c'est réel, j'ai des noms, j'ai des visages que je mets dessus... Qu'est-ce que c'est qui est réel ? Ben le fait qu'il y ait des agressions sexuelles. Que des hommes peuvent agresser sexuellement d'autres personnes, des enfants. Ce n'est pas seulement dans les faits divers des journaux ou à la télévision, ça existe vraiment » M1

« J'ai entendu des histoires tellement horribles, sur les filles qui se faisaient violer, qui avaient été abusées dans l'enfance par un membre de leur famille » M10

M9 constatait un engrenage de la violence. Elle rappelait que les **victimes** de violences sexuelles **deviennent** souvent **agresseurs sexuels** à leur tour : *« Quand on sait que...je ne sais plus les chiffres...c'est 70% des agressés qui vont devenir agresseurs, 70% des agressés vont redevenir victimes. » M9*

e) Société patriarcale

Deux des participants ont évoqué l'**imprégnation patriarcale de la société** comme un frein à l'EAS.

« si on en arrive là avec des violences, je pense que c'est un peu un schéma depuis tout petit, parce qu'il y a pleins de messages, que les adultes ne font pas exprès de véhiculer hein, mais qui imprègnent sur le côté des garçons, en mode : "il peut tout faire, et la fille il faut qu'elle fasse heu..." . Alors je pense qu'on ne fait pas exprès hein, mais la société véhicule quand même cette différence dès tout petit, de virilité entre guillemets et de soumission » M8

« Les violences sexuelles, elles ne viennent pas de n'importe quoi, enfin je ne pense pas que les gens naissent "violents sexuels". C'est ce qu'on leur permet de faire dans la société, ce qu'on met comme image et comme poids sur eux, sur comment il faut qu'ils soient les petits garçons et après les hommes... qui va faire que certains vont avoir des actes déplacés. » ; « Et les violences sexuelles elles commencent là, elles commencent dès la domination. » M8

« Typiquement, c'est le genre de truc implicite de la société où c'est "Qui c'est les maitres ? C'est les garçons !", » M8

M11 se montrait inquiet de la **vision péjorative de la femme dans la pornographie**.

« Le danger d'images... qui donnent une image en particulier de la femme assez dégradée et pas du tout dans la réalité » M11

M8 se questionnait aussi sur le fait que la **masturbation chez la fille soit stigmatisée**.

« Mais je me demande si c'est pas parce que c'était une petite fille, alors que d'habitude c'est plutôt les petits garçons apparemment. Enfin, parce que je me rappelle pour les garçons on avait déjà abordé ce sujet-là, et là c'était "oui ben il se touche le zizi machin", et là ça passait plus. Mais là je sais pas si c'était le fait que c'était une fille... » M8

5. Autres acteurs

Plusieurs participants s'accordaient à dire que le rôle d'EAS est un **rôle partagé entre plusieurs acteurs**.

« Alors, on fait partie des gens qui ont ce rôle-là, on n'est pas les seuls » ; « Je pense qu'on fait partie des rouages où l'on doit faire passer des messages importants. » M1

« Les parents, la famille... Après il y a les PMI... Enfin, tous ceux qui sont au contact de l'enfant... Les crèches... » ; « Je pense que c'est plusieurs acteurs » M4

Deux participants ajoutaient qu'il y a une **nécessité de coopération** entre les acteurs pour réaliser l'EAS, plus **particulièrement avec l'école**.

« Je pense qu'il faut y réfléchir. Enfin, au final, c'est toujours comme tout : t'as le scolaire, t'as le médecin, t'as machin... Et puis au final t'as pas tellement d'interactions entre tout ça. Et je pense que ça passe surtout par là. » ; « Il faut qu'il y ait un travail avec les écoles » M4

« Et puis ça pourrait être un partenariat aussi avec l'éducation nationale. » M10

Certains estimaient même qu'il s'agit d'un **rôle sociétal** au sens large.

« Toute la société devrait être impliquée dans l'éducation sexuelle des enfants hein, c'est très clair. » M10

« Ce serait presque un rôle, je dirais, de citoyen, dans la globalité. » M11

a) École

Pour la majorité des participants interrogés, l'école était un **acteur de l'EAS** et avait un rôle primordial à jouer.

« L'école a un rôle à jouer là-dedans, elle a un rôle fondamental ! » M3

« L'école moi ça me paraît (...) Ça me paraît le moment le plus approprié. » M5

« ça devrait faire partie de la biologie et plus ou moins du français et de la philo : c'est quoi le "non" et c'est quoi "le plaisir", et c'est quoi "le consentement" » M7

« Je pense que l'école ça peut vraiment être intéressant (...) parce qu'ils sont entre pairs, en plus c'est au moment où ils se construisent avec les autres. Je pense que c'est un bon endroit pour aborder les questions de sexualité, de genre, de respect... » M8

En effet, d'après M8, l'école permettrait d'**universaliser l'EAS** : « Je pense que l'école ça peut vraiment être intéressant parce que ça touche tout le monde. »

Pour M10, l'abord de l'EAS serait **facilité à l'école** : « ils connaissent bien les enfants, ils les voient tous les jours (...) j'ai l'impression que c'est quand même plus simple pour eux d'en parler et de faire passer les messages. » ; « L'éducation nationale c'est peut-être pas mal, parce qu'il n'y a pas les parents » M10

Plusieurs médecins interrogés relevaient l'intérêt que des **professionnels extérieurs** viennent réaliser les **interventions d'EAS à l'école**.

« je pense que ce serait le plus approprié : des interventions répétées par des professionnels de l'enfance, dans une classe » M7

« Mais il faut que ça soit fait par des gens compétents. (...) si c'est des profs qu'ils ont au quotidien, je pense que c'est compliqué, je suis pas sûr qu'ils arrivent à parler. Mais je pense que c'est un bon endroit, (...) mais avec des gens extérieurs qui sont formés à aborder ces thématiques » M8

« Oui. Mais pas par les maitresses. (...) Je suis persuadée qu'il faut que ce soit fait par des gens extérieurs. » M9

M11 proposait que les **médecins généralistes** fassent ces **interventions d'EAS en milieu scolaire** : *« Ça peut être une intervention dans une école en tant que médecin, ça donne un 2e poids » M11*

Médecin et infirmier scolaires étaient également cités par certains participants comme des acteurs de l'EAS : *« Médecine scolaire aussi j'imagine, infirmier scolaire » M5*

D'autres participants demandaient l'**augmentation des moyens** à l'école pour favoriser l'EAS. *« Sinon c'est au niveau scolaire : il faut donner plus d'info, des psychologues, il faut qu'il y ait des cours dédiés et peut-être une documentation aussi. » M3*

« Merci l'Etat de bien vouloir donner les 3 heures de prévention par classe d'âge par année de la maternelle à la terminale ! » M7

Au contraire, M2 ignorait la réalisation de l'EAS à l'école et craignait de **heurter l'opinion publique** si elle était réalisée **en milieu scolaire** : *« Ça choquerait tout le monde que ça soit fait à l'école » M2*

b) Famille

Pour la plupart des médecins interrogés, la **famille** et plus particulièrement les **parents** jouaient un **rôle principal** dans l'EAS de leurs enfants : *« En premier, vraiment, ça reste les parents qui sont en première ligne. » ; « Les grands-mères, les tantes ... La famille alors. Vraiment : la famille en premier ! » M7*

M7 notait une **évolution de l'implication des parents** dans l'EAS : « *il y a quand même de plus en plus de mamans qui me disent : “vous savez, je lui ai expliqué ce que c'était que les règles”. Alors qu'il y a 12 ans, j'en avais peu...mais j'ai quand même l'impression que la parole se libère là !* » M7

c) Médias

M2 et M8 citaient les **médias** et les **réseaux sociaux** comme des acteurs de l'EAS auprès des jeunes enfants.

« *On parlait des jeunes qui s'éduquaient sur TikTok et sur Facebook. S'il y avait des chaînes vraiment adaptées qui parlaient plus aux jeunes, ça pourrait être intéressant* » M2

« *les réseaux et les médias je pense qu'ils ont un rôle.* » M8

d) Centres de Santé Sexuelle

Les médecins interrogés ont évoqué à plusieurs reprises le **Planning familial** (Centres de Planification et d'Education Familiale, ancienne appellation des Centres de Santé Sexuelle) comme un acteur de l'EAS, notamment via des **interventions en milieu scolaire**.

« *Le planning familial. Ils font pas mal d'interventions comme ça* » M6

« *Il y a des interventions souvent en maternelle aussi. Alors ce n'est pas moi, ce sont les conseillères conjugales et familiales qui font ça. Chaque année elles sont en lien avec des collègues, des lycées, et parfois des écoles maternelles ou primaires, avec un travail sur les émotions beaucoup, sur le respect, sur leur intimité.* » M9

e) PMI

Deux personnes interrogées évoquaient l'implication de la **PMI** dans l'EAS : « *Après il y a les PMI* » M4

Cependant, d'après M6, qui travaille à temps partiel en centre de PMI, **son implication est limitée** dans l'EAS chez les jeunes enfants : « *on fait pas mal d'aide sociale à l'enfance, mais pour le coup, là tu as une place très médicale de : je mets à jour les vaccins, je fais le suivi purement médical (...) on les voit assez ponctuellement et on ne fait presque que du bébé, du moins de 2 ans en fait.* » M6

f) Crèches

M4 et M8 suggéraient le rôle du **personnel de crèche** dans l'EAS des jeunes enfants.

« tous ceux qui sont au contact de l'enfant... Les crèches... » M4

« Je trouve que dès la crèche, les professionnels de la petite enfance c'est intéressant qu'ils se questionnent sur la recherche du consentement. » M8

g) Clubs sportifs

M5 a soumis l'idée de l'implication des **clubs sportifs** dans l'EAS : *« A cet âge-là il y a aussi les clubs sportifs et tout ça. Il se passe beaucoup de choses aussi, on a entendu parler de jeunes filles, ça a existé des agressions sur des gymnastes, des patineuses et tout ça. » M5*

B. Champs d'action du médecin généraliste

Comme l'a rapporté M3, **le médecin généraliste a un rôle à jouer dans l'EAS** : *« Il a un rôle bien sûr ». M3*

Selon plusieurs participants, il s'agirait même d'un **devoir du médecin généraliste d'aborder l'EAS chez les enfants** : *« ça fait partie de la santé générale, donc il faut savoir l'aborder, enfin, je pense qu'il faut vraiment le faire. » ; « Je pense qu'on fait partie des rouages où l'on doit faire passer des messages importants. » M1*

Les médecins interrogés ont décrit les champs d'action du médecin généraliste en matière d'éducation à la sexualité, qui ont été ordonnés comme suit :

1. Lutter contre les violences sexuelles

La préoccupation des violences sexuelles sur les enfants semblait centrale pour les participants. Ils suggéraient de **sensibiliser les enfants aux violences sexuelles** : *« Expliquer les abus, les attouchements aux enfants. » M10*

Cela pourrait passer par l'**éducation de l'enfant au repérage des situations de violences sexuelles** en leur donnant des **capacités de discernement sur leur environnement**.

« Le fait de se déshabiller, je lui dis : "si jamais un jour quelqu'un te demande de te déshabiller

et que tu n'as pas envie, si c'est ton oncle ou autre, c'est toi qui as raison, tu ne dois pas le faire, tu ne le fais pas". » M1

« De définir un cadre de pensées. Parce que les enfants ils croient en ce qu'on leur dit. Ils vivent leur quotidien comme la normalité et ils n'ont pas de référence donc heu... Finalement c'est ça. On vient apporter un éclairage différent, une mise en garde » M5

« Et puis qu'il sache ce qui est bien, pas bien (...) Ou plutôt ce que les adultes peuvent et ne peuvent pas faire ! En fait c'est ça. Lui donner des repères en fait. » M10

Les médecins interrogés rappelaient également qu'il est important de **s'assurer que l'enfant soit capable d'en référer à un tiers.**

« Et je leur demande si jamais un jour cela arrivait est-ce qu'ils m'en parleraient ou est-ce qu'ils en parleraient à quelqu'un » M1

« Des fois je leur dis : "s'il y a un truc qui t'embête, il faut que tu en parles à papa ou maman (...) et si tu ne veux pas leur en parler, tu peux venir m'en parler à moi" ». M9

M4 insistait sur la **nécessité de répétition des messages de prévention des violences sexuelles auprès des enfants** : *« je ne suis pas sûre, à moins de le répéter, qu'il va tout de suite te dire "ah oui, machin il ne se comporte pas bien avec moi" » M4*

2. Lutter contre l'exposition précoce à la pornographie

Plusieurs participants soulignaient le fait qu'**aborder la pornographie** pourrait faire partie des missions du médecin généraliste.

« Je ne vais pas jusqu'à demander si ça peut arriver qu'ils puissent regarder des choses qui peuvent les choquer, que ce soit de la violence ou de la pornographie. Ouais, je ne le fais pas très jeune, et ça c'est quelque chose qu'il faudrait faire je pense. » M1

« Si on aborde la question de la pornographie, la prévention des réseaux sociaux, du harcèlement... Peut-être que ça peut alerter certains parents qui seraient assez relâchés sur l'utilisation des téléphones et tout ça, de la télévision. Peut-être avoir un regard sur les programmes » M5

3. Fournir des informations médicales

a) Informations biologiques sur la sexualité

Il s'agirait d'abord d'apporter aux enfants des informations relatives à l'axe biologique de la sexualité.

L'**éducation aux changements pubertaires** était un champ d'action facilement abordé par les médecins généralistes interrogés. Cet axe était évoqué de façon récurrente au cours des entretiens.

« Expliquer sur le développement pubertaire ouais. Expliquer, ce qui se passe dans le corps. » M4

« Je parle un peu des règles aussi, on va dire entre 9 et 11 ans, quand elles viennent et qu'elles commencent à avoir les bourgeons mammaires je demande si elles savent ce que c'est » M6

« Quand on parle du Gardasil à 11 ans, souvent quand je leur explique aux jeunes filles, parce que tu ne peux pas leur amener le Gardasil comme ça, donc je leur explique l'utérus, si elles savent comment ça fonctionne, si elles ont déjà leurs règles etc.. » M8

« Oui, mais en parler du coup en pré pubertaire. De dire : ‘est-ce que tu sais ? Comment le corps il va changer ? Qu'est-ce qu'il se passe dans ton corps ? Les règles...’ » ; « Je pense que pour les garçons c'est important d'en parler aussi du changement. » M8

Selon M10, les médecins généralistes pourraient également **aborder la reproduction** : *« Faire passer le message que les enfants ça peut être le fruit d'un amour, et rentrer un peu plus dans les détails. Expliquer que quand les gens sont très amoureux, les garçons ont une érection et ils peuvent mettre leur sexe dans celui de la femme, pour avoir un enfant. » M10*

b) Information des parents sur les comportements sexuels d'enfant

Un autre champ d'action du médecin généraliste concerne les parents.

En effet, de nombreux médecins rapportaient l'importance de l'**éducation des parents sur la sexualité de leurs enfants**.

« Chez les petits, que les parents comprennent un peu mieux la sexualité de l'enfant » ; « informer les parents. » M4

« Tu pourrais imaginer des trucs comme ça, collectifs : ‘mon enfant a 11 ans, comment parler de sexualité ?’, ‘mon enfant petit a-t-il une sexualité ?’ Parler des érections nocturnes du

petit garçon, du tout-petit, de comment on aborde la sexualité avec ses enfants ? Mais qui peut le faire à part les médecins généralistes, je ne sais pas trop. » M6

« L'éducation parentale, le rôle il est plus là. » M8

Ainsi, les participants préconisaient d'**expliquer les comportements sexuels normaux des enfants**.

« Expliquer effectivement que chez le tout-petit, il y a des comportements qui sont normaux. Pouvoir les reprendre, là encore une fois c'est lever ce tabou. Qu'il y a des comportements qui sont normaux, et que ce n'est pas grave » M4

« Et du coup d'expliquer que ce n'est pas une maladie [la masturbation], qu'il fallait qu'ils apprennent à ce que ce soit fait tout seul dans leur chambre. (...) Je pense que c'est pas mal aussi d'expliquer aux parents que l'enfant a le droit à une sphère intime, que ce n'est pas sale. » M9

Communiquer des informations aux parents sur les comportements sexuels des enfants permet de **désamorcer la colère des parents** face à certaines situations et de les **rassurer**.

« J'essaye de dédramatiser » M1

« Tout de suite, c'est très crispé. Une maman assez rigide en plus, qui est toute seule. On reprend un peu les choses (...) parce que je trouve qu'elle était en colère (...) en fait c'est (...) essayer de faire baisser le truc quoi. » M4

Pour M4, il était important de ne pas **faire d'amalgame entre un enfant victime de violences sexuelles et un comportement sexuel de l'enfant** : *« L'enfant de 2 ans qui va se frotter par terre, ça veut pas forcément dire derrière à mon sens, qu'il y a des abus sexuels. (...) Et il ne faut pas que nous, on y projette toujours des choses de l'ordre des violences sexuelles. » ; « Enfin tu vois, arriver à faire la part des choses, sans tout de suite, cette peur de l'agression sexuelle. » ; « Et tout de suite on pense que l'enfant reproduit des comportements qu'il peut avoir à la maison, mais ce n'est pas toujours le cas » M4*

4. Éduquer au consentement

D'après plusieurs médecins interrogés, **l'éducation au consentement** est une mission primordiale du médecin généraliste auprès des enfants. Ils rapportaient l'aborder pendant leurs consultations.

« On apprend aux petits garçons que quand une fille dit “non”, c’est “non” tant qu’elle n’a pas dit “oui”. » M7

« Donc je trouve que de dire “on n’embrasse pas un enfant sur la bouche par exemple, sans son consentement, ou on ne touche pas les parties”. Voilà, ça je pense que de dire à l’enfant : “c’est à toi, tu dis non, on n’a pas le droit, c’est interdit”, je pense que c’est important que les parents le disent, que le médecin aussi le dise » ; « d’inculquer aux petits garçons que le consentement c’est important, que c’est pas minime de toucher le corps de l’autre (...) Et je pense que dès petits, leur dire : “Non, c’est pas tolérable, on respecte le corps, on respecte si l’autre n’a pas envie, rien que de parler ou d’embrasser...”. Enfin, ça se dit quoi ! » M8

« Je pense déjà qu’en prévention ça peut être lui dire que son corps lui appartient et personne ne doit y toucher sans son consentement, personne n’a le droit de toucher à son corps s’il n’est pas d’accord. C’est la première des bases. » M10

L’éducation au consentement impliquait la **recherche du consentement** de l’enfant par le médecin pendant sa consultation.

« Quand je déshabille l’enfant, je lui demande toujours s’il est d’accord pour que je l’examine » ; « La demande à l’enfant, par contre, je le fais toujours, en lui disant que c’est son corps, en lui expliquant derrière que c’est lui qui décide, et que je n’ai pas le droit de le faire si jamais il n’est pas d’accord. » M1

« Alors j’essaye, dans la mesure du possible parce que ce n’est pas toujours possible, j’essaye de demander le consentement, s’ils sont d’accord pour qu’on les examine, surtout si on examine les parties intimes. » M10

Comme le précisait M1, le médecin **démontre** ainsi **la valeur de la parole de l’enfant** : *« Je trouve que c’est important qu’il se rende compte que son “non” il a une valeur et que je dois l’écouter, et que du coup je l’écoute. » M1*

M4 et M8 rappelaient que **le statut de médecin ne dispense pas de la recherche du consentement**.

« “alors oui le docteur effectivement tu peux lui montrer, mais seulement si tu es d’accord”. Ce n’est pas marqué dans le marbre que le docteur a le droit de regarder le “zizi” ou la “zezette”. » ; « A ce moment-là, si tu veux rentrer là-dedans, tu as des docteurs qui ont fait des abus (...) Non, je trouve ça trop tranché et je trouve que ce n’est pas une bonne façon d’amener les choses. (...) Ce n’est pas parce que je suis le docteur que j’ai le droit à tout. » M4

« Mais je pense que dans l'absolu ça serait bien de leur montrer qu'on ne touche pas à leur corps n'importe quand, même si on est médecin, et qu'on leur demande quand même l'autorisation. » M8

Le **respect du consentement** était une valeur essentielle pour la majorité des participants.

« “Si jamais tu m'avais dit non, je ne t'aurais pas examiné” » ; « je n'ai pas le droit de le faire si jamais il n'est pas d'accord » M1

« Parfois c'est arrivé que je ne fasse pas parce que l'enfant ne voulait pas, ça c'est sûr. » M3

« Donc ça passe déjà par le respect des décisions de l'enfant » M10

L'éducation au consentement par le médecin généraliste impliquerait donc de **montrer l'exemple du respect du consentement** pendant la consultation, l'examen clinique étant un moment opportun pour l'apprentissage de la notion de consentement.

« Donc ça passe par l'exemple en consultation » ; « je pense que c'est en montrant dans notre attitude sur l'examen clinique (...) qu'on a besoin de recueillir le consentement. » M8

« Donc si nous en tant que professionnel déjà on ne respecte pas ça... après, ça peut être compliqué quoi. (...) On veut que les enfants se respectent et respectent les autres, mais ça passe déjà par nos actions à nous en tant qu'adultes » ; « C'est aussi par rapport à notre attitude à nous du coup, de donner l'exemple. » M10

5. Éduquer au respect d'autrui

L'**éducation au respect mutuel** est une faculté sociale essentielle à toute relation, importante à transmettre aux enfants d'après M11 : *« ça se fait par nos comportements, par nos paroles. Dès le plus jeune âge on peut montrer à un enfant, de la même manière qu'on apprend à un enfant dès le plus jeune âge le respect de l'autre dans toutes ses formes. Ce sont nos actions-réactions qui font qu'un enfant, s'il devient un citoyen, il va aussi devenir le membre d'un couple un jour. » M11*

6. Éduquer à l'intimité

Les médecins interrogés suggéraient d'expliquer les codes sociétaux aux enfants afin qu'ils apprennent le respect de l'intimité. Il s'agit notamment de poser un cadre pour les comportements de découverte corporelle et/ou masturbatoires de l'enfant.

Ainsi, plusieurs médecins rapportaient jouer un **rôle dans l'explication du cadre de la masturbation** à l'enfant.

« Mais par contre de lui dire qu'il y a des moments pour le faire, que c'est plutôt dans sa chambre, que c'est quelque chose qui ne se fait pas devant les autres. » M1

« Il faut expliquer : “il ne faut pas faire ça en public, c'est de l'ordre de l'intime, ça t'appartient... Ce que tu fais dans ta chambre ça t'appartient à toi...”. Je pense que le cadre il doit être là. C'est “Ok, tu te fais plaisir, mais tu ne fais pas ça devant tout le monde” tu vois ? » M4

« Il faut lui apprendre qu'il a le droit, que ce n'est pas sale, mais qu'il fait ça dans sa chambre. » M7

« Donc l'idée c'est de déculpabiliser sur l'idée qu'il ne faisait rien de mal, qu'il fallait le laisser explorer. Par contre, qu'elle pouvait mettre des règles » M8

7. Ouvrir la discussion

Les médecins interrogés jouaient un rôle d'intermédiaire pour ouvrir la discussion sur la thématique de l'éducation à la sexualité : avec l'enfant d'une part ; et avec les parents d'autre part.

Tout d'abord, M10 expliquait l'importance d'**utiliser un vocabulaire anatomique pour l'abord de l'EAS** : « Il ne faut pas trop se prendre la tête en fait chez les petits hein, qu'ils sont très naturels, donc il faut dire juste les choses, avec les bons mots. » ; « expliquer “version naturelle” l'histoire de la petite graine. » M10

a) Avec l'enfant

Plusieurs participants soulignaient l'importance d'**ouvrir la discussion entre le médecin et l'enfant** sur le sujet de la sexualité.

« Je pense que c'est important d'ouvrir la discussion » M1

« Sur l'enfant : dans la communication (...) De pouvoir en parler, d'arriver à en parler librement. » M3

« Quand j'ouvre la porte en demandant s'il y a des soucis sur le point de vue sexuel ou des choses comme ça, ça ne va pas aller très loin en général mais c'est une ouverture de porte. C'est-à-dire que les parents ou l'enfant ont compris qu'on peut aborder le sujet. » M11

Les médecins notaient également que l'abord de la sexualité avec les jeunes enfants permettrait de **faire le lit d'un espace de parole pour plus tard**.

« Et certainement que ça serait de la prévention pour plus tard effectivement. Si tout petit tu arrives à parler de ces choses-là, quand tu es ado forcément... » M4

« si on aborde assez régulièrement, de manière naturelle et dès petit, je pense que le sujet vient plus sur la table, naturellement. Donc s'il y a des questionnements après, à la puberté, j'imagine que ça peut ouvrir plus facilement le dialogue. » M8

« Ça peut faire en sorte surtout que l'enfant ou les parents se disent "avec ce médecin, on peut aborder le sujet" » M11

b) Avec les parents

D'autre part, les médecins interrogés rapportaient l'indispensable prise en compte du parent dans la communication.

Aborder l'EAS permettrait dans un premier temps de **faire prendre conscience aux parents de son importance** : *« Ben certainement que ça soulèverait des questions que ne se posaient pas forcément les parents. Peut-être que, comme moi, les parents n'y pensaient pas (rires). Disons que, finalement, ça donne une certaine consistance au sujet » M5*

Ceci dans le but de **favoriser la communication entre parent et enfant** sur le thème de la sexualité.

« Je pense que, de voir qu'on aborde cela, ça leur donne l'autorisation de le faire aussi. De leur dire, c'est aussi quelque chose que vous pouvez aborder avec votre enfant. » M1

« Je pense que ça peut ouvrir la parole au sein de la sphère familiale déjà. » M4

« je trouvais que c'était assez chouette d'en parler. (...) je me suis dit, ça aura peut-être permis qu'il y ait un petit dialogue qui s'instaure, parce qu'elles ont entendu toutes les deux la même chose, donc ça fait un sujet où, si jamais elles le sentent, elles peuvent en reparler en partant de la même base de connaissances. » M8

Cette communication triangulaire entre médecin, parent et enfant permet donc l'**éducation à la sexualité des enfants** de manière indirecte, **via leurs parents**.

« On accompagne les parents à expliquer les choses aux enfants. » ; « Je pense que l'information doit être donnée par le biais des parents. » ; « Je pense que c'est vraiment aussi accompagner les parents. (...) C'est là-dessus qu'on a un rôle je pense d'accompagnateur » M4
« Je pense déjà que [le médecin généraliste] peut avoir un rôle dans le soutien à l'éducation des parents, pour comment on aborde ces sujets-là, même du coup comment on les aborde assez tôt » ; « D'inciter les parents en fait à en parler assez naturellement à leurs enfants. » ; « Je pense que ça passe aussi beaucoup par le dialogue avec les parents, et qu'ils osent en parler en fait. Leur inculquer ça. » M8

« Parce que quand on parle aux enfants, forcément, on parle aux parents, c'est toujours cette triangulation. » ; « [le médecin généraliste] a un rôle effectivement : de prévention, de transmission des gestes de prévention vers les parents qui peuvent être des alliés » M9

8. Accompagner l'affirmation de soi

M8 citait le fait d'**aborder l'identité de genre** comme faisant partie des rôles du médecin généraliste : « Demander à un enfant s'il sait de quel sexe il est. Mais je trouve ça compliqué, je ne suis pas à l'aise avec la question. Et j'ai du mal à savoir quand l'aborder vraiment. Mais je pense que c'est un rôle quand même à avoir, du médecin. » M8

M6 évoquait quant à elle l'**abord de l'orientation sexuelle avec l'enfant** : « Pouvoir aborder l'homosexualité avec des enfants qui se sentent déjà homosexuels pour dédramatiser le truc et dire que si dans la famille c'est indicible, ce n'est pas parce que c'est mal et qu'ils vont forcément vivre une sexualité horrible. » M6

9. Aborder l'égalité des sexes

Plusieurs participants rapportaient leur **abord de l'égalité des sexes** avec les familles.

« Quand j'interroge les tout-petits, quand les petites filles disent "mais les garçons ils jouent au foot tout le temps dans la cour de récré et on n'a pas de place", je signale aux parents qu'il faut aller rencontrer les maitresses. » M7

« Quand vous avez une famille qui vient et qu'il y a des filles et des garçons, s'il y a une parole qui peut rabaisser la fille par exemple on peut en profiter et dire "bah non, il n'y a pas de raison de dire ça" » M11

10. Expliquer la législation

M10 mentionnait qu'**expliquer la législation** est un des rôles du médecin généraliste auprès de l'enfant : « *Je peux faire des rappels à la loi, (...) si jamais la personne est enquiquinée ou rapporte des situations de harcèlement, (...) je peux dire que c'est interdit, au même titre qu'ils n'ont pas à être bousculés, frappés, que c'est interdit par la loi.* » ; « *Donner des repères notamment par rapport à la loi, et ce que les adultes ne peuvent pas se permettre de faire.* »
M10

C. Ressources du médecin généraliste

1. Des ressources à vocation de ... légitimation, systématisation et facilitation

Les médecins interrogés relevaient de nombreuses ressources déjà à leur disposition ou à envisager pour les aider dans leur abord de l'EAS. Ces ressources avaient vocation de légitimer le sujet auprès des patients, systématiser son abord ou simplement de le faciliter.

Plusieurs participants évoquaient la **nécessité de systématisation** de l'EAS.

« *Il y a des choses que j'amorce facilement car c'est rentré dans mon rituel de consultation* »
M1

« *il faudrait peut-être l'aborder un peu plus systématiquement.* » M4

« *l'idée je pense ça serait de systématiser en fait. Parce que c'est pas un manque de volonté, c'est juste comment arriver à systématiser le sujet.* » M8

« *Mais je pense que le mieux, c'est que chaque médecin, trouve le moyen de l'intégrer dans sa consultation* » M8

L'abord de la sexualité étant parfois difficile, vis-à-vis des parents notamment, certains médecins évoquaient un besoin de **légitimation de leur propos** via des supports.

« *ça permettrait d'aborder la sexualité sans franchement présenter ça comme un problème.*»
M3

« *Et une nouvelle fois, c'est dit dans les livres, donc ce n'est pas quelque chose de sale et ce n'est pas quelque chose de tabou.* » M7

Ainsi, à plusieurs reprises il a été évoqué que les **supports** seraient un **moyen facilitant l'abord de l'EAS par le médecin généraliste.**

« avoir des outils pédagogiques ouais, peut-être à base d'images, de médias qui permettent... Ben déjà, de se faciliter la tâche pour soi » M5

« [le livret] trainait sur mon bureau, et c'était l'occasion d'en parler avec les parents et les enfants. » M9

« Je pense qu'il faudrait un support. Soit internet soit un livret ou quelque chose en fait... Qui permette d'expliquer. Parce que c'est pas forcément facile spontanément comme ça » M10

Les supports permettraient également de **favoriser la communication entre parent et enfant**.

« En support après, des choses à montrer aux parents ? Je pense que ça serait plus sur des conseils, des livres, ou même des petits films, où on vient expliquer simplement les choses. Je pense que ça aiderait les parents à aborder ces questions et ça serait peut-être plus facile. » M4

2. La formation

En lien avec le sentiment de manque de formation des médecins, les participants estimaient nécessaire une **amélioration de leur formation** relative à l'EAS.

« Dans la formation initiale, la sexualité de l'enfant et de l'adulte ça n'existe pas, c'est bien dommage... » M8

« Je ne suis pas sûr qu'on ait une formation idéale là-dessus, la formation de base en tout cas, et c'est vrai qu'il faudrait » M11

De manière générale, les médecins remarquaient en effet que la **formation** sur un sujet permettait de **faciliter son abord** : « Déjà, il faut qu'on soit formés. Car je pense qu'il y a des phrases, des attitudes, des choses à connaître pour pouvoir l'aborder facilement et nous apprendre à l'aborder facilement, pour lever justement les freins d'un peu de gêne qu'on peut avoir. De savoir comment faire, ne pas être trop intrusifs, la formation je pense que c'est vraiment important » M1

M5 évoquait l'idée d'une **formation de type DPC** (développement professionnel continu) sur l'éducation à la sexualité pour généraliser l'EAS : « Des formations de DPC pour les médecins. » M5

3. Les moments propices

a) Éléments abordés en consultation

De nombreux éléments abordés en consultation permettent au médecin généraliste de rebondir sur l'EAS.

L'EAS des jeunes enfants était parfois le **motif principal de consultation** : « *Ça a même été, il n'y a pas très longtemps, le sujet principal.* » M1

M10 rapportait avoir été confronté en consultation à des **questionnements des parents sur l'abord de l'EAS avec leurs enfants**.

« *régulièrement, moi, je vois beaucoup les mères en consultation de gynéco, donc des fois elles posent la question ouais, de savoir comment aborder les choses avec leurs enfants.* » M10

L'abord de l'EAS pouvait se faire **via les changements pubertaires**, de manière assez évidente pour les médecins généralistes.

« *Ça m'arrive qu'on m'amène les filles quand elles sont réglées pour faire une consultation sur : "C'est quoi les règles ?", "Qu'est-ce que ça signifie ?"* » M6

« *"Docteur, je vous l'amène parce qu'elle a les seins qui poussent"* » M7

M4 suggérait d'aborder spontanément le sujet de l'EAS en **rebondissant sur les comportements sexuels des enfants** : « *on peut aborder spontanément cette question, sur ce côté masturbation ou "touche-pipi" des enfants ou comment ils peuvent se comporter avec les autres* » M4

En effet, les **comportements sexuels entre enfants** étaient souvent abordés avec le médecin généraliste.

« *des parents rapportent que des enfants à cet âge-là ont eu des comportements sexuels. Entre eux, entre les enfants. (...) Une des situations que j'ai en tête, ce sont les parents qui viennent me dire que l'enfant a des comportements avec ses copains d'école et ses copines d'école* » M3

« *il y avait un garçon qui s'amusaient à toucher un peu les filles. Quel âge ? 5 ans je crois. (...) ils s'amusaient entre eux, je pense que les filles aussi, à "touche-pipi".* » M4

De même, les **comportements masturbatoires de l'enfant** étaient souvent abordés en consultation : *« j'ai déjà eu des mamans venant m'expliquer que leur enfant, par exemple les garçons, se masturbaient, ou même les filles. C'était le sujet de consultation » M1*

Ces **comportements masturbatoires** pouvaient être source de **questionnement voire d'inquiétude chez les parents**, qui l'abordaient parfois en consultation.

« [L'enfant] était assez jeune, 4 ans. [La maman] disait qu'elle ne savait pas comment réagir. Elle l'avait engueulé en lui disant "c'est sale, ce n'est pas propre, arrête". Mais en fait elle se posait quand même la question, en se disant : "est-ce que c'est bien, est-ce que ce n'est pas bien ? Que faut-il faire dans ces cas-là ?". Voilà, elle voulait savoir comment réagir » M1

« Elle était inquiète parce qu'elle trouvait que son fils se masturbait beaucoup. » ; « elle avait peur qu'il ne soit pas normal. Elle avait peur qu'après il ait des tendances déviantes. » M1

« on a assez souvent aussi des questions sur la masturbation, plus pour les garçons que pour les filles, mais aussi de temps en temps pour les filles » M6

« Je me rappelle avoir abordé la question d'un petit garçon qui devait avoir 4-5 ans qui se masturbait et du coup la maman... C'est la maman qui venait en consultation, elle voulait savoir quelle attitude elle devait avoir, comment elle devait réagir, elle était un peu mal à l'aise elle avec la question. » M8

Les **érections matinales** du petit garçon étaient parfois une source d'inquiétude pour l'enfant : *« "mon zizi il est dur le matin", ça c'est un truc qui revient régulièrement parce que ça les inquiète » M6*

L'**orientation sexuelle** était également un sujet pouvant engendrer une consultation auprès du médecin généraliste : *« les parents l'ont amenée parce qu'elle se posait des questions sur son orientation sexuelle » M2*

Certains **motifs de consultation** étaient des **éléments somatiques en lien avec la zone génitale** et pourraient également constituer une voie d'abord de l'éducation à la sexualité des enfants.

« les irritations vulvaires chez les petites filles sont des motifs de consultation assez fréquents (...) c'est toujours un moment où je rediscute de : "qui est-ce qui te lave ?", "comment tu te laves ?", "est-ce que tu sais que personne n'a le droit de toucher..." » M9

Au total, tous ces thèmes auxquels étaient confrontés les participants en consultation (comportements masturbatoires des enfants, comportements sexuels entre enfants, érections matinales, changements pubertaires, orientation sexuelle, éléments somatiques en lien avec la zone génitale etc....) pouvaient être un point d'accroche pour rebondir sur l'éducation à la sexualité chez les jeunes enfants.

b) Thématiques suggérées par le médecin

Les participants suggéraient d'initier l'abord de l'EAS en consultation à l'occasion de l'abord d'un sujet leur étant plus familier.

La **vaccination anti-HPV** était ainsi pour de nombreux médecins une **voie d'abord de l'EAS**.
« Là c'était au moment de proposer le Gardasil chez une petite qui avait 11 ans. Tu sais, c'est pas un vaccin obligatoire, et donc tu le justifies, enfin, tu l'argumentes. T'en viens à parler d'éducation sexuelle » M5

« quand on parle du Gardasil à 11 ans, souvent quand je leur explique aux jeunes filles, (...) je leur explique l'utérus, si elles savent comment ça fonctionne, si elles ont déjà leurs règles etc... » M8

« c'est à l'occasion de cette vaccination HPV que je dis bien aux parents : “vous savez, 80% des enfants de 11 ans ont déjà vu de la pornographie, il faut que vous en parliez” » M9

Pour certains participants, l'**abord de la problématique des écrans**, pourrait être une **occasion de sensibiliser à la pornographie**.

« il y a un truc que je pose assez systématiquement, c'est les écrans, mais je ne demande pas ce qu'ils regardent. Tu sais dans la pornographie, je trouve que ça serait intéressant d'en parler... (...) la pornographie, je l'aborde chez les enfants plus âgés, mais je pense qu'il faudrait l'aborder chez les enfants bien plus jeunes. Et je pense qu'à travers la question des écrans ça peut être intéressant. » M1

« Je pourrais parce que je parle des écrans, je pourrais demander : “est-ce que parfois tu regardes des vidéos pornos interdites aux enfants ?” » M6

Pour M7, **passer par l'anatomie facilite l'abord de l'EAS** : *« j'adore m'appuyer sur le Netter parce que quand tu reparles anatomie : c'est une partie du corps comme une autre, donc il n'y a rien de sale, il n'y a rien de tabou. Ça pose les choses » M7*

Les participants se saisissaient également des **changements pubertaires** pour aborder l'EAS. Cet abord leur paraissait **plus facile chez les filles** par le biais des menstruations.

« la fille tu passes par les règles. Les règles c'est moins tabou que la sexualité de l'enfant. »
M6

« le développement pubertaire avec seins et règles, c'est la porte d'entrée au moins aux vaccinations, et à "un jour tu auras un copain et il faudra une contraception avant". » M7

M9 **légitimait** ses propos **par l'exemple de son abord parental** de l'EAS : *« par exemple, quand je montre le feuillet, les gens savent que j'ai des enfants et je leur dis : "moi, j'ai lu ça à mes enfants dès l'âge de 6 ans", pour appuyer le fait que c'est bien d'en parler. »* M9

c) Consultation dédiée

Plusieurs médecins soumettaient l'idée d'une **consultation dédiée** à l'EAS.

« ce serait de leur dire : "alors voilà, il y a une consultation qui est remboursée par la sécurité sociale où on parle de la sexualité". Voilà, ça c'est une façon de l'aborder. » ; « il faudrait que ce soit une consultation dédiée » M3

« il faudrait faire une consultation dédiée en fait, où on aborderait que ça » M10

M10 suggérait de **créer une cotation spécifique** mais également que les **organismes de Sécurité sociale envoient des invitations** pour cette consultation dédiée à l'EAS.

« Ça peut être quelque chose de rémunéré de façon spécifique (...) une cotation spécifique et puis peut-être des invitations de la part des caisses, pour cette consultation-là, pour la faire connaître. » M10

d) Examen clinique

Pour plusieurs médecins interrogés, l'**examen clinique** était un **moment opportun** pour aborder l'EAS.

« c'est quand même rare que les enfants se déshabillent, et donc là par exemple sur la question du consentement et du respect du corps, je pense que rarement on peut l'aborder de façon aussi pratique » M1

« Je trouve qu'au moment de l'examen des fois il y a des sujets qui sont faciles à lancer. Pendant que je suis en train d'examiner, hop, de manière un peu informelle je pose une petite question,

il y a des fois je trouve que ça passe mieux que de dire “alors au fait...”. Et du coup, moi je le verrai plus de le mettre pendant l'examen » M8

En effet, les participants expliquaient que leur statut de médecin leur conférait une **légitimité dans l'accès à la nudité** lors de l'examen clinique, entraînant des situations propices à la discussion sur des thèmes comme l'intimité ou le consentement.

« J'essaye de leur expliquer que c'est un examen médical et que je le fais dans ma qualité de médecin (...) Et que ce que je fais, alors c'est peut-être pas consensuel, mais je leur dis que je le fais parce que je suis médecin et que c'est parce que je suis médecin que je peux le faire. (...) Parce que je suis médecin, je fais un examen médical et si je fais un examen génital c'est parce qu'il y a une intention qui va dans le sens de la santé » M5

« Je trouve que de mettre du sens, ça montre que (...) c'est une démarche médicale et qu'on est chez le médecin donc c'est pour ça qu'on le fait » M8

Plusieurs médecins profitaient de ce **moment de l'examen clinique avec nudité** pour faire passer des messages. Ils introduisaient souvent le déshabillage par un **message d'approche** relatif à la notion de consentement.

« “tu as le droit de dire non” et “je n'ai pas le droit de regarder cette partie du corps là si tu n'es pas d'accord” et “personne d'autre que les parents ou le médecin n'ont le droit de regarder”. » M7

« “c'est parce que je suis le docteur, il n'y a que parce que je suis le docteur et que je suis avec l'un de tes parents que j'ai le droit, que tu peux te mettre tout nu, sinon, en général, non” » M9

e) Ateliers collectifs

Deux participants soumettaient l'idée d'**ateliers d'échanges collectifs relatifs à l'EAS** (avec des associations par exemple).

« Tu pourrais imaginer des trucs comme ça, collectifs : “mon enfant a 11 ans, comment parler de sexualité ? mon enfant petit a-t-il une sexualité ?”. Parler des érections nocturnes du petit garçon, du tout-petit, de comment on aborde la sexualité avec ses enfants ? » ; « tu as peut-être moins peur de choquer en collectif que quand tu es dans la consultation à deux. » M6

« Il y a un truc qui est pas mal, je ne sais pas si tu connais, c'est “Cyclo Show” (...) C'est ludique et positif. Je trouve que c'est plutôt bien fait ! Alors ouais je crois que c'est une association,

mais c'est payant malheureusement. Ça dure toute la journée. Ils ont deux phases donc la puberté avec les règles et après ils ont la sexualité. » M8

f) Programmes scolaires

M4 et M10 évoquaient que le médecin généraliste pourrait **rebondir sur l'EAS** réalisée dans le cadre **des programmes scolaires**.

« au sein de l'école, je sais qu'ils font des choses hein, mais savoir exactement ce qui est fait, en se disant qu'on pourrait, nous, rebondir dessus tu vois ? En disant : "voilà, dans le programme de l'école il y a ça, ça, ça, est-ce que tu l'as vu ?". S'ils leur montrent des petits films : "qu'est-ce que tu en as pensé ?" » M4

« Et puis ça pourrait être un partenariat aussi avec l'Education Nationale. (...) S'il y a des programmes qui sont mis en place dans l'enseignement, qu'on puisse en avoir les remontées et se coordonner sur les messages que nous on fait passer. Ça peut être intéressant. » M10

g) Campagnes publicitaires

Certains médecins proposaient l'idée d'aborder l'EAS via des **campagnes nationales d'information et de prévention**.

M2 et M5 proposaient d'y faire passer le message : *« parlez-en à votre médecin généraliste »*
M5

« toujours peut-être finir par une petite phrase "si vous avez des questions, vous pouvez en parler à l'infirmière scolaire, au planning familial ou à votre médecin". » M2

M5 pensait en effet que les communications officielles sur le sujet **légitimeraient la place du médecin généraliste** dans l'EAS : *« ça fait partie de la prévention aussi, quelle place les institutions de santé sont prêtes à donner au médecin généraliste sur ces questions ? Et est-ce qu'on informe justement les gens que le médecin généraliste a sa place dans le dispositif ? Ça légitimise en plus. » M5*

4. Les outils du médecin généraliste

Les médecins généralistes interrogés exprimaient le **besoin d'avoir des supports** pour aborder l'EAS.

« je pense que c'est un truc à construire et à réfléchir. » M4

« je n'ai pas de discours formaté ni de références à donner aux parents. Ça pourrait être intéressant d'avoir de la documentation à remettre aux parents, mais ça j'ai pas... » M5

« Il faudrait peut-être (...) avoir plus d'outils et centraliser les outils, et apprendre à s'en servir. » M10

Les participants notaient l'importance de **supports adaptés aux enfants et à leurs tranches d'âge**.

« Des trucs adressés aux jeunes quoi... Parce que nos prospectus, nos plaquettes, il n'y a rien qui est vraiment adressé aux jeunes » ; « S'il y avait des chaînes vraiment adaptées qui parlaient plus aux jeunes, ça pourrait être intéressant » M2

« Chez les petits je pense que ça passe beaucoup par des histoires (...) Effectivement, ça passe par des choses un peu plus ludiques et "légères" on va dire. » M4

« c'est quand même pas la même chose à 2 ou à 12 ans, il faut des outils qui soient très ciblés sur une tranche d'âge » M5

a) La documentation à destination des parents et/ou des enfants

Plusieurs participants trouvaient que les **livres** seraient un bon support pour favoriser l'EAS.

« j'ai des bouquins selon des âges différents, qui s'appellent « et si on se parlait ? », et on parle du consentement, du respect de son corps, du respect des autres et que les autres nous doivent. » M1

« j'imagine qu'il y a des livres pour ça » ; « Avoir une liste effectivement peut être, de petits livres » M4

« Il y a : "tout savoir de l'amour de 0 à 4 ans, de 4 à 8 ans et de 8 à 12 ans" : ça je pense que c'est pas mal comme bouquins » M7

M8 préconisait les **flyers** : *« Alors ouais le support c'est peut-être une bonne idée, d'avoir un document. Comme les trucs-là qui sont sur la table (montre du doigt des flyers), les gens ils regardent assez souvent en fait hein. » M8*

M1 et M9 conseillaient un **livret de prévention des violences sexuelles** adressé aux enfants.

« Et il y a aussi Bayard qui avait fait un petit flyer sur 3 situations différentes d'agressions sexuelles qu'on peut lire avec les enfants, et qui est super bien fait » M1

« Un livret de Gallimard qui peut se télécharger et s'imprimer gratuitement, sur la prévention sexuelle aux enfants » ; « En fait c'est un livre où tu as 3 petites saynètes, et à la fin de chaque saynète (...) tu as une discussion : "qu'est-ce qu'aurait pu faire l'enfant ?", "est-ce qu'il a le droit ?", "qu'est-ce qui se passe là ?". » M9

D'autres participants proposaient des **vidéos explicatives** à destination des parents ou des enfants pour aborder l'EAS.

« Après si ce sont des vidéos qui expliquent la sexualité et qui disent comment en parler aux enfants, ça peut être intéressant aussi. » M3

« des petits films, où on vient expliquer simplement les choses » M4

« il y a des petits dessins animés très courts de 2-3 minutes qui expliquent ce que c'est des abus sexuels, des violences sexuelles aux enfants » M10

Plusieurs médecins ont constaté que **l'information préalable à la consultation facilitait l'abord** du sujet. C'est pourquoi plusieurs médecins suggéraient une information en salle d'attente via différents supports.

« des supports, par exemple comme les livres que j'ai, c'est bien, ça peut aider à rentrer en discussion, on peut le mettre en salle d'attente » M1

« Ce qui marche bien souvent c'est la salle d'attente, les petits trucs qui sont accessibles en salle d'attente. De la petite doc', des petites affiches, des petites choses comme ça qui peuvent déclencher un questionnement et peut-être même aboutir à des questions des parents en consultation après. Comme ça arrive de temps en temps : "ah tiens, j'ai vu votre truc" » M5

b) Les outils médicaux

Les participants suggéraient des outils à usage des médecins généralistes pour aborder l'EAS avec les enfants.

Plusieurs participants évoquaient l'intérêt de créer un **formulaire** contenant des items d'EAS **aux consultations annuelles**.

« dire à la consultation des 2 ans, des 3 ans ou des 4 ans : "voilà, ça c'est des choses qu'il faut qu'on aborde". On le fait de manière un peu plus systématique pour les visites de la première année tu vois on a des formulaires en fonction des âges et des visites. Peut-être se mettre des petites questions clés... » M4

« Des outils, des scores, des questionnaires... Au moment des visites. Un peu systématiques »
M5

Plus spécifiquement, M4 conseillait d'intégrer les **formulaires** abordant l'EAS **dans les logiciels médicaux** : « Dans notre logiciel. (...) Tu vois des questions clés. Comme par exemple demander : "t'es un garçon, t'es une fille ?" » M4

M5 émettait l'idée du développement d'un **outil pédagogique** du type **mallette Sensory Baby Test** : « Peut-être des outils en cabinet, je ne sais pas si on utiliserait peut-être, comme la valise du sensory baby test, un petit kit qui est adapté selon l'âge de l'enfant » M5

M10 évoquait des **sites internet** sur lesquels le médecin généraliste pourrait s'appuyer pour aborder l'EAS : « des sites internet qu'on peut consulter pour expliquer. Expliquer ? Expliquer les abus, les attouchements aux enfants. (...) j'ai découvert ces sites il n'y a pas très longtemps, donc je me dis que ça pourrait être quelque chose d'intéressant. » M10

Le **carnet de santé** était un outil régulièrement cité pour aborder plus facilement l'EAS.

« Sur le carnet de santé je ne sais si c'est marqué, mais je pense que ça vaudrait le coup que ça soit marqué » ; « tu vois par exemple dans le carnet de santé, si on a des questions, à des âges particuliers, on évalue le langage et tout ça, mais on pourrait avoir aussi des questions à poser sur la sexualité » M1

« Ça pourrait faire partie du carnet de santé aussi, des petites cases à cocher : "avez-vous parlé de ces questions à vos enfants ?" » M5

« S'il y avait une section dans le carnet de santé, ouais, ça pourrait faire office de support. »
M8

Les avantages du carnet de santé seraient de :

- **Fournir des informations aux parents :**

« Et ben tu vois il y a des pages sur l'alimentation, sur les écrans, il pourrait y avoir une page sur l'éducation à la sexualité. De donner 2-3 informations pour les parents, de dire que c'est quelque chose d'important à évoquer, d'aborder la question du consentement, du respect du corps et tout ça. » M1

- **Légitimer les propos** des médecins :

« Et ça légitime aussi nos questions, par rapport aux parents, qui peuvent avoir une certaine réticence ça peut permettre aussi de dire ben c'est dans le carnet de santé, donc on en parle »
M1

« quand c'est dans le carnet de santé, tu en parles un peu différemment je trouve. Ce n'est pas toi qui imposes ta vision des choses (...) Donc oui ça ne marche pas mal les items dans le carnet de santé. Parce que... Toi tu te sens obligé de le faire parce qu'il y a une case à cocher. Et ça fait un médiateur entre toi et le patient qui amortit un peu le truc. » M6

- **Faciliter la systématisation** de l'abord de l'EAS.

« comme ça fait partie d'un questionnaire, ben ça peut permettre de faciliter les choses, de faciliter le discours » M1

« les trucs que tu te balaises naturellement, en fait quand c'est marqué dans le carnet de santé, tu le fais plus facilement. » M6

5. Les ressources relationnelles

a) Les caractéristiques propres au médecin généraliste

Le médecin généraliste était considéré comme une **personne légitime** pour aborder l'EAS.

« je pense qu'on a une image sociale, ou en tout cas, comment dire, un capital sérieux et de confiance qui est important. Donc même si on ne les voit pas souvent, je pense que notre attitude et la parole qu'on va avoir, elle compte pas pour du beurre, c'est pas la parole d'un influenceur d'Instagram (rires). (...) Je pense qu'on a de la légitimité » M8

« je pense qu'on a une certaine image, et quand les... je ne sais pas actuellement, mais moi quand j'étais petit, le médecin je vois comment en parlaient mes parents et le médecin c'était quelqu'un d'important et quand il disait quelque chose on avait plutôt tendance à écouter... »
M11

Les médecins interrogés se définissaient comme **personne-ressource**.

« je leur dis que je suis là aussi pour parler de sexualité si jamais un jour ils ont besoin. » ; « Que le corps médical est présent pour écouter, que c'est un lieu de ressource où on peut avoir des informations et que si on en a envie on peut en discuter » M1

« L'important c'est que le gamin entende qu'il a le droit d'en parler et qu'il y a des endroits où il peut aller chercher de la ressource » M6

« *Que l'enfant sache qu'il n'y a pas de problème, chez le médecin on peut parler, s'il a des questions sur son développement, ses organes génitaux, ses seins, sur tout ça... Qu'il est chez le médecin, qu'on peut en parler et qu'il n'y a pas de jugement* » M8

b) L'espace créé en consultation

La consultation chez le médecin généraliste était décrite comme un **lieu privilégié**.

« *Je pense que c'est important d'ouvrir la discussion, parce que justement, les enfants ont quand même peu l'occasion de se déshabiller ailleurs, et donc c'est un des moments où on peut aborder cela* » M1

« *Après, les médecins généralistes, ben ça a quand même une place privilégiée, parce qu'on a un accès au corps qui n'est pas donné à tout le monde.* » M10

« *Donc c'est un lieu privilégié quand même* » M11

Les médecins interrogés caractérisaient également le cabinet de médecine générale comme un **lieu de libre expression**.

« *Et de dire aussi que s'il y a des questions, la consultation peut être un moyen, que ce soit avec nous ou avec les professionnels paramédicaux, ça peut être un endroit où l'enfant peut aborder ces questions-là, et où les parents aussi peuvent venir poser ces questions-là, qu'il ne faut pas hésiter.* » M1

« *Chez les plus grands, je pense qu'à partir de 9-12 ans, ceux-là on les voit plus facilement tout seuls, donc avoir un espace aussi où ils peuvent venir parler s'ils n'en parlent pas à leurs parents.* » M4

« *ici c'est un lieu où il ou elle peut venir seul(e) s'il a des questions sur sa santé, mais aussi si jamais il y a besoin un jour de faire un dépistage, de parler contraception et tout ça* » M9

Selon M2 et M11, cet espace de libre expression serait garanti par la **confidentialité** propre à la consultation en médecine générale.

« *L'enfant est à l'aise, il n'y a pas de public, il n'y a pas d'amis, pas de copains, il peut dire ce qu'il veut, c'est un lieu qui est anonyme...enfin il y a de la confidentialité, personne ne va répéter, personne ne va se moquer. Donc je pense que c'est vraiment un espace où il peut parler* » M2

« *On a une relation privilégiée au cabinet, on vient se confier à vous donc c'est qu'il y a une certaine confiance et une certaine intimité* » M11

c) La relation de confiance

D'une part, l'abord de l'EAS apparaissait facilité par la **relation de confiance entre l'enfant et le médecin.**

« la confiance qu'il peut avoir en moi (...) si on se voit régulièrement, qu'on a déjà abordé des petites choses, progressivement on peut aller plus loin et c'est plus facile. » M1

« il y en a qui vont avoir confiance parce qu'ils nous connaissent depuis toujours et qui vont pouvoir nous parler de ce genre de choses » M2

D'autre part, il était également facilité par la **relation de confiance entre les parents et le médecin.**

« il faut vraiment que je connaisse bien les parents aussi. Parce qu'il faut qu'il y ait de la confiance dans l'entretien. Les gens que je ne connais pas ou que je vois pour une première fois, je pense que ça me serait difficile d'aborder une question aussi sensible » M5

« Je pense qu'il faut bien connaître, parce que quand on connaît bien les patients, qu'on connaît bien les parents (...) là on peut aborder... Et puis même, on peut prendre le risque de se planter un petit peu, d'être un peu à côté de la plaque ou se tromper un peu. Parce qu'on va être rattrapés par le fait qu'on se connaît bien, et que voilà, il y a de la confiance déjà. » M5

« si on est en confiance et que c'est des gens qu'on suit, il y a la confiance qui fait que... » M8

d) La posture favorable

Le sentiment d'implication et l'aisance du médecin sur le sujet semblaient des éléments favorisant l'abord de l'EAS.

M5 faisait remarquer la **nécessité du sentiment d'implication du médecin généraliste dans l'EAS** pour aborder le sujet : *« il faut que le médecin soit intéressé par ça. Il faut que le médecin se sente concerné. » M5*

Il ajoutait la **nécessité de prise de conscience de l'ampleur des violences sexuelles** pour motiver l'abord de l'EAS : *« Disons qu'il faut être motivé, pour aller parler de tout ça. Et puis aussi la conviction que c'est un vrai problème, que le problème existe. » M5*

Concernant l'aisance des médecins sur le sujet, certains étaient **à l'aise** sur la sexualité et **face aux comportements sexuels ou masturbatoires de l'enfant.**

« ce n'est pas quelque chose qui me dérange, je suis assez à l'aise avec le fait de parler de sexualité » ; « parler de sexualité, parler de genre (...) je ne suis pas mal à l'aise avec ça » M9
« Quand on me pose la question de la masturbation, je me dis que ça ne me gêne pas d'en parler » M1

« Heu... Ben là le sujet [masturbation d'un garçon de 4-5 ans] il ne m'était pas spécialement embêtant, (...) je trouve que c'est une question à laquelle on peut s'attendre. Je n'ai pas été spécialement mal à l'aise. » M8

Deux participants notaient qu'il était **plus facile d'aborder la sexualité chez les jeunes enfants comparativement aux adolescents.**

« tu sais la masturbation chez les tout-petits ça ne pose pas de problème aux parents ! Il est petit. (...) Donc c'est facile. (...) on ne touche pas au tabou, à leur religion, à je ne sais quoi à l'adolescence. » M7

« Parce que c'est pas au moment de la puberté qu'il faut commencer à se dire "tiens on va lui parler de sexualité". (...) c'est se mettre un peu des bâtons dans les roues d'en parler juste au moment où ça devient un peu critique. Alors que c'est plus facile d'en parler dès petit » M8

M6 et M7 rapportaient que le **point de vue des parents ne devait pas freiner la transmission des informations à l'enfant.**

« Après si on choque la maman finalement on s'en fout. (...) J'imagine mal une maman qui décide de ne plus jamais ramener son gamin parce que tu as abordé la masturbation, parce que tu as abordé l'identité sexuelle, parce que tu as abordé l'orientation sexuelle... » M6

« Les réticences des parents, je m'assieds dessus : parce que plus ils sont réticents, plus ça veut dire que l'enfant est mis dans l'ignorance et c'est le moment d'intervenir pour le coup ! » M7

Concernant l'**implication des médecins généralistes dans la prévention**, M7 remarquait une **transition générationnelle** avec de plus en plus de facilité à aborder des sujets tels que l'éducation à la sexualité : « Je pense que notre génération est quand même beaucoup plus libre. Avant le médecin, tu allais le voir parce que tu avais du diabète... les affaires de "zigoulette", ça ne les concernait pas ! (...) les jeunes générations (...) on a quand même une prise en charge plus globale » M7

e) L'adaptation de la communication

(1) Adaptation à l'enfant

La majorité des participants appuyait la **nécessité d'avoir un abord adapté pour parler d'EAS avec l'enfant.**

« Je pense que si c'est abordé correctement et avec bienveillance, ça ne doit pas avoir de conséquences négatives » M4

« chez l'enfant, il y a quand même des arguments qui relèvent de la pédagogie, au-delà du psychisme, de la psychologie. Et là pour le coup, je pense qu'il faut être super délicat, et savoir exactement ce qu'on peut dire ou ne pas dire, avoir des éléments de langage. » ; « Le discours de prévention, le discours d'information, adapté. Avec des moyens adaptés » M5

« Plus tu le dis simplement, plus tu as de chances que le message passe. » M6

Afin de s'adapter au mieux à l'enfant, certains médecins **évaluaient les connaissances de l'enfant et son niveau de compréhension.**

« on s'assure que le patient sait de quoi il parle » M7

« je pense qu'on peut dire le "sexe", mais certains parents n'ont jamais dit ce mot là à leurs enfants. Du coup, souvent je demande quel est le mot utilisé par la famille en fait. Parce qu'il faut que l'enfant puisse comprendre ce que je lui raconte. » M9

M1 s'adaptait à la gêne de l'enfant dans son abord de l'EAS : *« il faut savoir l'aborder (...) Après, c'est difficile de savoir jusqu'où... (...) il y a des moments où je ne me sens pas à l'aise, suivant la réaction de l'enfant... il est gêné, et je ne vais pas plus loin. » M1*

M5 rapportait également adapter sa posture pour **respecter la pudeur de l'enfant** : *« En tout cas voilà, j'explique à l'enfant. Mais voilà, j'ai conscience que pour certains enfants, il y a de la pudeur, et ça peut être un moment un peu inconfortable. Dans ce cas j'essaye de trouver des mots et un espèce d'accord » ; « Il faut que l'enfant soit à l'aise. Parce que c'est vrai que des fois il y a des enfants qui manifestent de la pudeur, dès petits hein ! Pour pouvoir examiner il faut que l'ambiance le permette. » M5*

(2) Adaptation aux parents

Pour plusieurs médecins interrogés, l'adaptation de la communication incluait le **respect des convictions des parents**.

« Il y en a qui ne sont peut-être pas d'accord avec nous aussi, enfin avec ce que je peux dire. Donc ça comme je ne le sais pas toujours, quand je sens qu'il y a un recul, je ne vais pas forcément plus loin » ; « sur l'aspect de quand est-ce qu'on aborde ça avec ses enfants, je n'ai pas... je pense que ce n'est pas mon rôle avant 12 ans de dire qu'il faut le faire, je peux le conseiller et le dire mais je ne le ferai pas à leur place, contre eux, avant 12 ans » M1

« Alors déjà, le positionnement des parents. (...) on ne peut pas aborder la sexualité (...) sans savoir ce qu'en pensent les parents. » M10

M1 précisait **respecter les opinions religieuses** des parents : *« Après, c'est plus la religion, car parfois moi j'ai d'autres visions que les parents, et du coup là je ne veux pas rentrer en compétition » M1*

Elle faisait preuve de souplesse dans sa communication en **s'adaptant à la réaction des parents** : *« parfois il y a des parents qui peuvent être sur la défensive quand j'aborde ça, donc j'essaye de faire en fonction » ; « selon la réaction des parents, il y a des moments où je m'arrête vite sur le fait d'aborder ça. » M1*

D. Enjeux de santé publique

Les participants décrivaient les grands objectifs de santé publique visés par l'EAS.

1. Prévention des violences sexuelles

L'un des objectifs de l'EAS est la **prévention des violences sexuelles** sur les enfants.

Cette prévention primaire permettrait de **diminuer le nombre d'enfants victimes de violences sexuelles**.

« C'est sûr que ça aurait un rôle sur la prévention des agressions sexuelles. (...) Effectivement, lui donner des pistes sur les comportements qui ne sont pas appropriés, oui tu peux avoir un impact. » M4

« L'impact favorable, c'est que l'enfant est susceptible de savoir après ce qui relève de la

normalité et de l'anormalité. De définir un cadre de pensées. » M5

« cette question-là, préserver l'enfant, le préserver des agressions, pour qu'il puisse se développer en harmonie quoi. Ça ça représente finalement un élément assez puissant. » M5

« J'espère semer la petite graine qui fera qu'un jour, si le gamin est dans une situation bizarre, il aura le courage de dire non, ou au moins d'en parler à ses parents. » M7

« Je pense que jusqu'à 5- 6 ans, il faut déjà qu'ils acquièrent ça, que les adultes n'ont pas à toucher le corps des enfants. » M10

D'autre part, cela permettrait également de **diminuer le nombre d'auteur(e)s de violences sexuelles.**

« D'inculquer aux petits garçons que le consentement c'est important (...) Et je pense que dès petits, leur dire : "non, c'est pas tolérable, on respecte le corps, on respecte si l'autre n'a pas envie" (...) Je pense que ça peut avoir un impact ouais. Parce que les violences sexuelles, elles ne viennent pas de n'importe quoi, enfin je ne pense pas que les gens naissent "violents sexuels" (...) Je pense que ça a un fort impact, c'est l'éducation vraiment. » M8

« Donc oui oui je pense qu'en effet ça peut avoir un impact. C'est la base hein, en ayant une meilleure éducation, on peut diminuer le nombre de violences sexuelles. » M10

D'après certains médecins, l'EAS pourrait aussi **libérer la parole des enfants victimes de violences sexuelles.**

« Peut-être que l'aborder pourrait faire sortir des choses que les gens pourraient nous placer plus facilement, ceux qui en ont subi. » M2

« Sur les violences sexuelles ? Peut-être ouvrir la parole déjà. (...) Sur des familles qui n'en parlent pas, oui je pense que ça peut forcément avoir un impact. Ça peut ouvrir la parole. » M4

« Que l'enfant entende que son corps, c'est son corps voilà... et que personne n'a le droit... et que si jamais malheureusement ça arrive, puisqu'il a entendu que personne n'a le droit de le toucher à part le médecin et les parents...enfin le toucher, en tout cas regarder : qu'il aille le dire. Ça c'est ce que j'espère quand j'en parle. » M7

2. Prévention de l'exposition précoce à la pornographie

Aborder l'éducation à la sexualité avec l'enfant permettrait de **prévenir l'exposition précoce à la pornographie.**

« Il y a un truc que je pose assez systématiquement, c'est les écrans, mais je ne demande pas ce qu'ils regardent. Tu sais dans la pornographie, je trouve que ça serait intéressant d'en parler » M1

« Et la pornographie, les images sur internet aussi. Parce que ça à l'air de rien mais ils y sont quand même confrontés, même quand ils sont plus petits. (...) L'enfant il est juste passif et victime des images qui lui sont soumises. » M4

3. Prévention des conséquences médicales liées à la sexualité

Concernant l'axe biologique de l'EAS, les médecins interrogés reconnaissent aisément la **prévention des conséquences médicales liées à la sexualité** comme un enjeu.

« ce n'est pas tant l'éducation à la sexualité que les risques liés à la sexualité. (...) Moi personnellement, je trouve que mon rôle serait plus justement l'éducation aux risques : contraception, MST et tout ça » ; « quand je parlais de MST et grossesse c'était vraiment en prévention. Oui parce que ça pour moi c'est le rôle du médecin généraliste de l'aborder » M2

« Et puis après, ce qui est vraiment dans notre boulot : parler contraception pour ne pas avoir des gamines de 15 ans qui sont enceintes (...) Voilà, la prévention des MST, ça c'est le côté vraiment très médical » M6

Cette prévention des risques liés à la sexualité, via l'EAS, comprenait la **prévention des grossesses précoces et / ou non désirées**.

« quand on suit des grossesses à 16 ans, je me dis que peut être en fait à 12 ans ça aurait été un bon moment pour en parler » M6

« On peut aussi probablement diminuer le nombre d'IVG avec une meilleure information. » M10

4. Bien-être en santé sexuelle

L'objectif de bien-être en santé sexuelle, sous-tendu par l'EAS, était primordial pour les médecins interrogés.

En effet, plusieurs participants rappelaient que **la santé globale comprend la sexualité**.

« Et puis ça fait partie de la santé générale, donc il faut savoir l'aborder, enfin, je pense qu'il faut vraiment le faire. » M1

« La santé c'est quand même le bien-être physique, psychique et tout ce qui s'en suit. La sexualité ça fait partie du bien-être des patients d'ailleurs. » M7

Les médecins interrogés relevaient **l'importance d'une éducation progressive à la sexualité.**

« Le faire réfléchir sur certaines choses, le faire évoluer psychologiquement par rapport à la sexualité qui est quand même quelque chose de brutal à un moment donné. Ça va lui tomber dessus et il ne va pas comprendre. Donc bien sûr que c'est important de parler. » M3

« Parce que c'est pas au moment de la puberté qu'il faut commencer à se dire "tiens on va lui parler de sexualité" (...) c'est plus facile d'en parler dès petit je pense et du coup d'oser parler de leurs corps, de transformations du corps, de la nudité. » ; « Rien que dans la relation de soin, ça permet de fluidifier, si on aborde assez régulièrement, de manière naturelle et dès petit, je pense que le sujet vient plus sur la table, naturellement. » M8

« en parler par petites touches, comme on fait pour le sommeil ou les écrans. Autant en parler comme ça et que ça soit un sujet parmi les autres en fait. » M8

« Ça peut être quand il y a le suivi régulier d'un enfant, les problèmes on peut les aborder de manière progressive. » M11

Pour certains participants, l'EAS des jeunes enfants permettrait également une **entrée dans la sexualité plus sereine.**

« Il y a beaucoup de filles maghrébines qui commencent la sexualité de façon complètement traumatique. Parce qu'en fait c'est tellement tabou, on n'en a tellement jamais parlé que c'est un truc super angoissant avec beaucoup de vaginisme... oui, peut être que je devrais en parler avant. » ; « Lever les tabous peut-être que ça faciliterait l'entrée dans la sexualité. (...) Oui c'est ça, avoir des sexualités plus épanouies et moins d'anxiété avant l'entrée dans la sexualité, de ne pas s'en faire toute une montagne. » M6

« si le médecin en parle et si les parents sont à l'aise pour en parler, je pense que ça aide au vécu et à l'acceptation de la puberté, de la transition. » M8

Plusieurs participants notaient **l'importance de l'éducation des enfants à la réalité des relations intimes**, notamment pour contrecarrer l'image de la sexualité véhiculée par la pornographie.

« Mais il faut quand même dire que les relations dans les séries télé et dans les films sont quand même très romancées. (...) S'ils peuvent voir autre chose que du porno, ça peut être intéressant ! » M2

« Après je pense qu'il faut rester dans des cadres assez précis, donc effectivement le danger d'images... qui donnent une image en particulier de la femme assez dégradée et pas du tout dans la réalité » M11

Plusieurs médecins interrogés soulignaient également l'intérêt de **déculpabiliser l'enfant** sur ses comportements sexuels.

« pas culpabiliser l'enfant sur ce qui a pu se passer (...) Ne pas projeter notre colère et notre vision des choses sur l'enfant, qui n'a pas à culpabiliser de ça quoi. » M4

« Donc l'idée c'est de déculpabiliser sur l'idée qu'il ne faisait rien de mal, qu'il fallait le laisser explorer. » M8

L'un des objectifs à éduquer les enfants à la sexualité était de leur transmettre une **vision positive de la sexualité**.

« Il y a peut-être des petites choses à lui dire de manière à ce que (...) tout ce qui touche à la sexualité ne soit pas considéré comme saleté » M1

« c'est déjà pas très agréable les changements du corps, mais si c'est en plus un peu traumatisant, qu'on ne s'y attend pas, s'il y a des moqueries, je pense que ça peut faire peur. Après, pour accepter tranquillement les cycles, le syndrome prémenstruel, s'il y en a un, je pense que c'est plus dur. Alors que si c'est attendu, qu'on est préparé, qu'on positive ça... » M8

5. Lever le tabou

Lever le tabou qui entoure la sexualité était un objectif majeur relevé par les médecins généralistes interrogés.

« Il faut peut-être justement qu'on en parle peut-être plus, ça permettrait d'enlever un peu ces tabous. » ; « Lever ce tabou là au sein de la famille, tu vois ? C'est là-dessus qu'on a un rôle je pense d'accompagnateur » M4

« pour comment on aborde ces sujets-là, même du coup, comment on les aborde assez tôt, et que ça soit pas un sujet tabou entre l'enfant et les parents. » M8

6. Respect des codes sociétaux

Afin que l'enfant soit apte à vivre en société, le médecin généraliste en abordant l'EAS, participerait à son **éducation à l'intimité**.

« Sur les plus petits, je pense que ça serait important d'en parler : comment ils découvrent leur corps, comment ils vont se faire plaisir, comment on gère ça aussi, pour pas que ça déborde, quand on n'a pas expliqué les choses, qu'on fait ça dans sa chambre et pas devant tout le monde. » M4

« Ce serait bien qu'il fasse un peu moins ça parce que ça va le mettre un petit peu dans la merde socialement » M6

« Il fallait qu'il comprenne qu'il avait le droit de faire ce qu'il voulait avec son corps, mais qu'il fallait qu'il comprenne qu'il y avait les autres. (...) Voilà, qu'il ait conscience, que ce qu'il fait là, c'est bien pour lui, mais c'est son intimité quoi, la notion d'intimité en fait. » M8

« Je pense que c'est un apprentissage, le fait de ne pas être démonstratif. Enfin je ne sais pas, c'est vraiment des petits qui commencent la maternelle etc...Donc il ne faut pas forcément qu'ils se masturbent devant les copains ou à la maison devant la petite sœur, qu'ils peuvent faire ça dans leur chambre, mais que ce n'est pas toujours vraiment...voilà : d'apprendre ce qu'est l'intimité, ce qui est la sphère intime et qui ne va pas être de la sphère intime. » M9

7. Respect d'autrui

M10 et M11 pensaient que l'EAS pourrait **favoriser le respect entre individus**.

« Ça peut permettre un meilleur respect des uns avec les autres, des enfants entre eux... Plus de tolérance et puis plus de respect aussi. Entre les enfants. » M10

« Moi je pense que c'est important de montrer à un enfant que la sexualité c'est un partage et que ça se fait dans le respect de l'autre... » M11

8. Égalité des sexes

M7 relevait quant à elle l'importance d'une **éducation non-genrée** : *« “Est ce que je dois éduquer ma fille comme une fille et mon garçon comme un garçon ?”. Alors ça, c'est évoqué, l'identité de genre ou l'égalité entre l'éducation. Moi je me fais un malin plaisir au moment des fêtes de dire que les petites filles ont le droit d'avoir des camions de pompier et les petits garçons ont le droit d'avoir des poupées. » M7*

M8 et M11 notaient que l'EAS pourrait permettre de **favoriser l'égalité des sexes**.

« ça ne me rassure pas vraiment, sur le côté consentement, image de la femme...Je parle de la femme, parce que c'est un peu un enjeu quand même je trouve. Sur l'égalité des sexes, j'ai pas l'impression que ce qu'on voit sur les réseaux soit... enfin ça ne va pas dans le bon sens je trouve. » M8

« Pour favoriser l'égalité homme-femme oui et puis des relations plus apaisées. » ; « Le plus important déjà c'est la relation de respect entre les sexes dès le plus jeune âge. Ça c'est quelque

chose qui m'interpelle au niveau de notre société globalement. Ça c'est quelque chose, on a mille occasions de le faire tout le long du suivi d'un enfant. » M11

9. Soutien à la parentalité

Par ses aspects de relation triangulaire, l'EAS par le médecin généraliste vise également un objectif de **soutien à la parentalité** en accompagnant les parents à aborder la sexualité avec leurs enfants : « *Je pense déjà que [le médecin généraliste] peut avoir un rôle dans le soutien à l'éducation des parents* » M8

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Cette étude qualitative reposant sur des entretiens individuels semi-dirigés avait pour but d'explorer la place que les médecins généralistes s'attribuaient dans l'éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans. L'analyse a permis de dégager 4 grands axes d'interprétation.

Le premier axe correspondait aux facteurs influençant les **protagonistes** de l'EAS :

- Le médecin généraliste en premier lieu, influencé par son vécu personnel et sa sensibilité personnelle sur le sujet, son expérience professionnelle et les particularités de l'espace-temps de la consultation en médecine générale. Ces facteurs pouvaient favoriser ou limiter son abord de la sexualité.
- L'enfant ensuite, avec ses caractéristiques propres, notamment la découverte corporelle et certains comportements qui en résultent ; mais également des spécificités communicationnelles, que le médecin généraliste devait savoir appréhender pour aborder l'éducation à la sexualité avec lui.
- Les parents, qui possédaient leurs représentations propres de la sexualité de l'enfant dont certaines pouvaient être responsables d'appréhensions voire de blocages pour le médecin.
- La société enfin, avec le tabou entourant la sexualité au premier plan des freins pesant sur l'abord de celle-ci ; les différentes cultures/religions auxquelles il fallait s'adapter ; mais également les risques auxquels sont exposés l'enfant (pornographie, violences

sexuelles, société patriarcale) qui étaient sources d'inquiétude pour les médecins et les motivaient à lutter contre ce tabou sociétal.

En résumé, les facteurs influençant l'abord de l'EAS étaient multiples, les obstacles étaient nombreux et provenaient de tous les protagonistes. Cependant, certains facteurs étaient tout de même favorisant.

Le deuxième axe concernait les **champs d'action** du médecin généraliste. Il permettait de décrire les rôles que s'attribuaient les médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité chez l'enfant : informer l'enfant et les parents sur la sexualité, lutter contre les violences sexuelles, contre l'exposition précoce à la pornographie, éduquer au consentement, à l'intimité, au respect d'autrui, accompagner dans l'affirmation de soi, ouvrir la discussion sur le sujet...

Ces actions étaient mises en place par les médecins généralistes interrogés ou évoquées comme de potentiels éléments à mettre en place.

Le troisième axe décrivait les **ressources** sur lesquelles les médecins généralistes s'appuyaient pour aborder le sujet, ou qu'ils suggéraient pour l'aborder à l'avenir : une meilleure formation, l'identification de moments propices à l'abord de l'EAS (motifs de consultation, examen clinique...), l'utilisation d'outils, et l'exploitation des capacités relationnelles et communicationnelles.

Le but était de contribuer aux grands **enjeux** de santé publique qui constituaient le 4e et dernier axe : prévention des violences sexuelles, prévention de l'exposition précoce à la pornographie, prévention des conséquences médicales liées à la sexualité (IST, grossesses précoces), bien-être en santé sexuelle, respect d'autrui et des codes sociétaux, égalité des sexes, levée du tabou entourant la sexualité et enfin, soutien à la parentalité.

II. Cohérence externe

La vision de la sexualité des médecins interrogés dans le cadre de notre étude semble cohérente avec les définitions énoncées dans notre introduction par l'OMS (1) et les programmes d'éducation à la sexualité de l'UNESCO. (2) Tous relevaient l'importance de viser le bien-être en santé sexuelle notamment, en passant par une vision positive de la sexualité et une éducation progressive dès le plus jeune âge. En effet, selon les principes directeurs de l'UNESCO, la sexualité inclut « la compréhension du corps humain et le rapport au corps,

l'attachement affectif et l'amour, le sexe, le genre, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, l'intimité sexuelle, le plaisir et la reproduction. » Ce sont autant de thèmes retrouvés au cours des entretiens réalisés dans le cadre de notre étude.

Toujours en reprenant la définition de l'UNESCO, la complexité de la sexualité semblait être bien appréhendée par la plupart des médecins interrogés qui relevaient ses différents aspects :

- Biologique, avec la connaissance du corps, des changements pubertaires, le fonctionnement de la reproduction, la connaissance des conséquences médicales liées à la sexualité (IST, grossesse).
- Sociaux, avec notamment l'intégration du tabou qui entoure la sexualité, l'apprentissage du respect d'autrui et des codes sociétaux, l'enjeu d'égalité des sexes.
- Psychologique, en effet, certains médecins rapportaient des situations de traumatisme lié aux premiers rapports sexuels lorsque l'EAS n'a pas été réalisée (incompréhension, vaginisme, grossesses non désirées...), ou la brutalité de la survenue des premières règles chez des jeunes filles non informées.
- Spirituels, religieux et culturels, qui ont souvent été rapportés comme des freins à l'abord de l'EAS par les participants.
- Politique : une participante en appelait à l'Etat pour mettre en place la loi Aubry (4) de manière efficace, d'autres demandaient plus de formation des professionnels de santé sur le sujet et plus de moyens afin de légitimer son abord auprès du grand public.
- Juridique : avec l'importance d'apprendre à l'enfant ce que les adultes ont le droit de faire ou non, mais également de lui donner des capacités de discernement sur son environnement afin de prévenir les violences sexuelles.

Parmi les craintes des médecins vis-à-vis de l'EAS, on retrouvait certains des arguments avancés par les campagnes contre l'EAS. (31) (32) (33) En effet, certains médecins interrogés craignaient d'être vus comme des « promoteurs » de la sexualité, d'autres craignaient de se heurter à des convictions parentales et de déclencher des réactions de rejet, d'autres encore craignaient de gêner les enfants, voire de faire « *surgir le loup dans la vie de l'enfant* ». Cela suggère que l'impact des campagnes de désinformation n'est probablement pas anodin sur le malaise des MG à l'abord du sujet. M5 rapportait avoir besoin de bien connaître les parents pour aborder « *une question aussi sensible* ». En réponse à ces appréhensions, ils exprimaient un fort besoin de légitimation du sujet vis-à-vis des parents.

Le tabou entourant la sexualité évoqué dans notre étude se reflétait également dans les résultats de Céline Damelin court (34). Dans son travail de thèse intitulé « Vécu des médecins généralistes lors de l'initiation d'une contraception chez les mineures de moins de 15 ans » réalisé en mars 2023, elle concluait : « pourtant nous pourrions, plutôt que de diaboliser la sexualité, transmettre les valeurs de santé sexuelle positive et de bien-être physique et émotionnel. Peut-être qu'ainsi, ces sujets seraient démystifiés et abordés avec plus d'aisance lors des consultations ».

Nous avons toutefois constaté que les médecins généralistes interrogés étaient préoccupés par les sujets évoqués en introduction, comme l'exposition des enfants à la pornographie. Plusieurs participants, proposaient d'aborder le sujet « *à travers la question des écrans* » M1.

Ils étaient également préoccupés par les violences sexuelles et se sentaient impliqués dans la prévention de celles-ci, en sensibilisant les enfants. Mais ils évoquaient également le fait que l'EAS pourrait permettre de diminuer le nombre d'auteurs de violences sexuelles, en passant par l'éducation au consentement notamment.

De nombreux résultats obtenus lors de notre étude étaient concordants avec les résultats du travail de recherche de Hélène Hefti intitulé : « Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils ? » (28)

En effet, elle relevait que certains éléments moteurs d'une PPVSM (Prévention Primaire des Violences Sexuelles sur Mineurs) sont intrinsèquement liés aux représentations personnelles de chaque médecin. De la même façon, dans notre étude, la propension des MG à aborder la sexualité dépendait de leur sensibilité personnelle sur le sujet.

Concernant les facteurs influençant les MG dans leur abord de la sexualité, elle disait des médecins qu'elle a interrogés : « ils se permettent d'aborder plus facilement la sexualité lorsqu'ils pensent les parents ouverts à ce genre de discussion ». La même idée était retrouvée dans notre étude : certains participants disaient avoir des « *a priori culturels* » M5 ou religieux avec certains parents qui les bloquaient dans leur abord de l'EAS, avec en arrière-pensée la crainte de les heurter, voire de rompre leur relation de confiance.

Hélène Hefti relevait également l'importance de la formulation pour un bon accueil des informations concernant la PPVSM par les parents. Nous retrouvions cette notion lorsque les participants remarquaient qu'il fallait un « *discours adapté* » M5 pour aborder l'EAS.

En effet, comme elle le constatait pour la PPVSM, une des grandes limites était « l'absence de discours préétabli et la difficulté à trouver des phrases adaptées ». Il s'agissait également de l'une des difficultés relevées par les MG que nous avons interrogés, certains déploraient ne pas avoir intégré l'EAS dans leur « *rituel de consultation* » M1. Ceci rejoint l'absence de formation sur le sujet qui est revenu de façon récurrente dans les entretiens dans cette étude comme dans la nôtre.

Par ailleurs, Hélène Hefti constatait que la prévention primaire n'était pas évidente à définir pour les participants qui la confondaient souvent avec la prévention secondaire. Il s'agit d'une confusion que nous avons également constatée au cours des entretiens. En effet, les médecins rapportaient plus facilement des situations de prévention secondaire de dépistage des violences sexuelles, que de prévention primaire. Nous avons d'ailleurs choisi de ne pas inclure les résultats les concernant, pourtant nombreux, mais hors sujet pour notre question d'étude.

En outre, elle notait que la médecine générale, telle qu'elle est actuellement organisée, favorise la prévention secondaire, les patients consultent principalement pour un trouble en vue d'obtenir un diagnostic et un traitement et peu de consultations concernent de la prévention primaire et l'éducation.

Dans notre étude, les médecins constataient eux aussi que les patients consultent rarement pour le motif d'éducation à la sexualité. Cependant, M7 constatait une transition générationnelle concernant l'implication des médecins généralistes dans la prévention, les jeunes générations semblent de plus en plus engagées.

Les participants à son étude pointaient également du doigt le fait que le médecin généraliste évolue au sein d'une société qui baigne dans des tabous, notamment sur les violences sexuelles dans l'enfance, ils disaient se rendre compte que « le frein principal venait d'eux-mêmes ». De la même façon, dans notre étude, les médecins interrogés pointaient le tabou sociétal qui entoure la sexualité chez les enfants. Ils rapportaient aussi leur blocage par anticipation à l'abord de la sexualité.

Elle rapportait également que l'abord du sujet des violences sexuelles au moment de l'examen des parties intimes était une bonne porte d'entrée et que le médecin généraliste se devait d'être concordant entre ses paroles et ses actes.

Ici, nous avons mis en lumière que l'examen clinique était un moment opportun pour l'EAS et que le médecin généraliste pouvait notamment montrer l'exemple de la recherche et du respect du consentement lors de l'examen clinique.

Les médecins participants à l'étude de Hélène Hefti constataient également la nécessité de supports, à usage des patients mais également du praticien. Ils soumettaient l'idée d'items et d'informations dans le carnet de santé. Ces supports avaient pour but de légitimer le sujet face aux parents. Les médecins interrogés proposaient également que la prévention primaire des violences sexuelles sur mineurs soit réalisée de façon systématique lors des examens prévus par la Sécurité sociale ou lors d'une consultation dédiée. Ils déploraient également l'absence de campagne nationale de PPVSM.

Dans notre étude, les médecins citaient également plusieurs supports pouvant faciliter et systématiser l'abord de ce sujet tabou et notamment le carnet de santé en première place. Le besoin de légitimation du sujet était également prépondérant. Plusieurs participants à notre étude conseillaient la mise en place d'une consultation dédiée à l'EAS, voire d'une cotation spécifique, et certains proposaient les campagnes publicitaires diffusant le message « *parlez-en à votre médecin* ».

Pour terminer sur les similarités de résultats avec l'étude d'Hélène Hefti, concernant les acteurs de prévention primaire, les MG qu'elle a interrogés citaient les parents, les autres professionnels de santé, l'Education Nationale et l'Etat. Un MG relevait que « l'action de tous est indispensable ». Les médecins que nous avons interrogés reconnaissaient également la multiplicité des acteurs d'EAS.

D'autres travaux de thèse, notamment celui réalisé par Mélanie Waymel (26) et Melinda Magan (35), se sont intéressés respectivement aux attentes des adolescentes et aux attentes des collégiens en matière d'éducation à la sexualité de la part de leur médecin généraliste.

Pour les jeunes interrogés dans ces deux études, le MG était considéré comme un interlocuteur ressource, du fait de la relation privilégiée médecin-patient et de la fiabilité de ses connaissances.

Dans notre étude, le MG est également vu comme une personne légitime pour aborder l'EAS mais aussi une personne ressource, par la relation de confiance créée avec l'enfant et ses parents et les caractéristiques inhérentes à la consultation (lieu de libre expression, confidentialité).

De plus, les jeunes interrogés dans ces deux études souhaitaient que le médecin généraliste aborde non seulement le côté médical avec la puberté, la reproduction et les risques liés à la sexualité (contraception, IST), mais également les aspects relationnels de la sexualité. Ainsi, il leur apparaissait primordial que le médecin généraliste aborde l'importance du respect d'autrui et la notion de consentement.

En effet, une étude réalisée en 2018 par Emmanuelle Collet (36) rapportait que peu des médecins généralistes informent les adolescents sur la notion de consentement.

C'est pourtant un thème primordial qui a été abordé à plusieurs reprises par les participants à notre étude. La libération de la parole et les témoignages sur les situations de violences sexuelles avec l'avènement du mouvement #MeToo (37) (38) ont peut-être un rôle à jouer dans ce changement de posture ?

Il s'agissait en tout cas d'un souhait des personnes interrogées dans l'étude de Julie Clément et Sarah Noël (39) qui s'est penchée sur l'expérience vécue et les attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles. En effet, la prévention semblait avoir une place essentielle dans leurs entretiens. Les personnes interrogées ressentaient un manque de prévention de la part du corps médical et auraient souhaité qu'on leur parle dès l'enfance de consentement, d'intimité du corps et de sexualité.

D'autre part, nous avons constaté que les grands enjeux de santé publique mentionnés par les participants à notre étude se recourent avec ceux de la politique du ministère de l'Education Nationale de mise en place de l'éducation à la sexualité à l'école : (40)

- Prévention des violences sexuelles
- Lutte contre l'exposition des mineurs aux images pornographiques (16)
- Prévention et réduction des risques : grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles...
- Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes
- Prévention de violences et cyberviolences sexistes et sexuelles
- Lutte contre les comportements homophobes et sexistes

De plus, le ministère de l'Education Nationale propose un schéma comprenant « 3 champs de connaissances et de compétences de l'EAS ». Les items nommés dans ce schéma se retrouvent dans les champs d'action proposés par les médecins généralistes dans notre étude : (41) ([Annexe 4](#))

- Sur le plan biologique : connaissances biologiques, anatomie et physiologie, transmission de la vie, puberté, prévention SIDA et IST, contraception, IVG
- Sur le plan psycho-affectif : estime de soi et confiance en soi, relation aux autres, émotions et sentiments, orientation sexuelle, identité sexuée, compétences psychosociales
- Sur le plan social : rôles sexués et stéréotypes, développement de l'esprit d'analyse face aux facteurs environnementaux (égalité fille-garçon, harcèlement...), liberté et responsabilité face aux choix personnels (notion de consentement), éducation aux médias et à l'information (pornographie, internet et réseaux sociaux...), lois écrites : code civil et code pénal, valeurs et normes, prévention des violences sexuelles

Enfin, le ministère de l'Education Nationale tient à rappeler que cette éducation à la sexualité dispensée dans les écoles ne se substitue pas à la responsabilité des parents et des familles. (40) C'est également un point qui a été abordé par plusieurs médecins interrogés dans notre étude. Ils plaçaient le rôle des parents au premier plan dans l'EAS. D'après certains participants, le médecin généraliste ne devrait d'ailleurs intervenir que lorsque les parents sont en difficulté pour réaliser cette EAS.

Concernant les connaissances des MG des directives gouvernementales en matière d'EAS, des médecins interrogés dans le cadre de notre étude reconnaissent le rôle primordial de l'école dans l'EAS. Une participante réclamait la mise en place effective de la loi Aubry du 4 juillet 2001 (4) *“Merci l'Etat de bien vouloir donner les 3 heures de prévention par classe d'âge par année de la maternelle à la terminale !”*. Cependant, ils souhaitaient que les interventions soient réalisées par des professionnels qualifiés extérieurs. Ils réclamaient également plus de coopération entre les différents acteurs de l'EAS, notamment entre les médecins généralistes et le milieu scolaire.

La stratégie nationale de santé sexuelle du ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Agenda 2017-2030) (42) comporte un axe d'action concernant l'investissement dans la

promotion de la santé sexuelle auprès des jeunes, « dans une approche globale et positive ». Celui-ci comporte 4 objectifs qui se recoupent avec les résultats de notre étude :

- Eduquer les jeunes à la sexualité, à la santé sexuelle et aux relations entre les personnes
- Améliorer l'information en santé sexuelle en utilisant les nouveaux outils de communication.

En effet, plusieurs participants à notre étude considéraient les médias et les réseaux sociaux comme des acteurs de l'EAS auprès des jeunes enfants et étaient inquiets de la qualité des informations qui s'y trouvent actuellement

- Renforcer la formation en santé sexuelle des professionnels de santé, du médico-social, de l'éducation et de la justice et des médias intervenant dans le champ de l'éducation à la sexualité

L'objectif décrit est de permettre aux professionnels de disposer d'un socle commun de connaissances, d'apprendre à communiquer de façon efficace sur les sujets liés à la sexualité.

Concrètement, les actions à mener étaient notamment l'intégration de la thématique de la santé sexuelle dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études des professionnels de santé et le développement de l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle et des techniques de communication relative à la sexualité.

Ces actions répondraient au manque de formation déploré par certains médecins interrogés dans le cadre de notre étude, comme M8 par exemple « *Dans la formation initiale, la sexualité de l'enfant et de l'adulte ça n'existe pas, c'est bien dommage...* » ou M5 qui demandait « *Des formations de DPC pour les médecins.* »

- Renforcer les compétences des parents.

Ceci rejoint l'enjeu de soutien à la parentalité mis en lumière dans notre étude en donnant aux parents des informations sur la sexualité de leurs enfants et en les incitant à ouvrir la discussion sur l'EAS avec leurs enfants.

La feuille de route 2021-2024 (43), bilan intermédiaire de l'Agenda 2017-2030, revient sur la mise en place de la CCP (consultation longue de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles), qui cible les jeunes adolescents. Le prochain objectif cité est de la transformer « en une consultation globale "santé sexuelle" au bénéfice de tous les jeunes mineurs, filles et garçons, y compris de moins de 15 ans. » Les thèmes abordés au cours de cette consultation globale semblent plus larges car ils incluent : « information, prévention et promotion, repérage des violences et/ou discriminations ». L'âge concerné inférieur à 15 ans

montre peut-être un changement de posture incluant progressivement le médecin généraliste dans l'EAS auprès des enfants.

Lors de la rédaction de notre introduction, nous notions le désarroi de la présidente du Planning Familial, Sarah Durocher devant le manque de moyens pour la mise en place de l'EAS (9). Depuis, et malgré la conscience du gouvernement des enjeux de l'EAS, le Planning Familial, accompagné de Sidaction et de SOS homophobie, a saisi en mars 2023 le tribunal de Paris pour demander l'application de la loi de 2001 (44) (4).

En novembre 2023, rejoints par d'autres associations, ils ont publié des recommandations aux pouvoirs publics « Pour une véritable éducation à la sexualité » (45). Ces recommandations concernent la mise en place de l'EAS à l'école et non par les MG, mais on y retrouve certaines thématiques ou suggestions abordées par les MG que nous avons interrogés.

Le comité notait l'intérêt de débiter l'EAS « dès le plus jeune âge » en appuyant sur des sujets comme le consentement, le respect de son propre corps et de celui d'autrui.

Sur le contenu de l'EAS, ils recommandaient des séances « adaptées à l'âge, au regard des besoins fondamentaux et du stade de développement de l'enfant », le tout dans une « approche globale et positive de la sexualité ».

De plus, le plaidoyer disait vouloir « promouvoir le site internet de l'Education Nationale et l'enrichir d'une section dédiée au partage de ressources, d'outils, de supports, d'informations, y compris numériques et d'e-learning émanant notamment de Santé Publique France ». Ceci pourrait contribuer à la formation de tous sur l'EAS à partir de données validées et répondre à la demande de supports formulée par les MG interrogés.

Par ailleurs, ils proposaient de systématiser une coordination départementale concernant l'EAS qui comprenne « l'ensemble des parties prenantes », dans lesquelles ils incluaient notamment des représentants de l'ARS et de l'Education Nationale. Ceci vient conforter une proposition émise par certains médecins interrogés dans le cadre de notre étude qui suggéraient une meilleure coordination entre les acteurs.

III. Forces et limites

A. Limites

Il s'agissait d'un premier travail de recherche qualitative pour les investigatrices qui n'avaient aucune expérience dans ce domaine. La manière de conduire les entretiens a pu impacter les réponses des participants. Les investigatrices se sont efforcées de limiter leur influence sur leurs interlocuteurs grâce au guide d'entretien préalablement établi et composé de questions ouvertes. La qualité des entretiens a cependant pu varier, la fluidité et la qualité des relances s'améliorant probablement au fur et à mesure de la répétition des entretiens. L'étude portant sur un sujet d'actualité et les participants à l'étude ayant la même profession que les chercheuses, un biais de désirabilité sociale est possible. Les investigatrices ont cependant essayé de diminuer ce biais en signalant aux participants en début d'entretien qu'elles étaient là pour recueillir toutes les opinions sur le sujet, quelles qu'elles soient, sans jugement et en adoptant l'attitude la plus neutre possible lors des entretiens.

Le recrutement de la population par effet boule de neige présente ses limites avec un échantillon fortement impacté par les premiers participants.

B. Forces

L'originalité de notre travail reposait sur l'absence d'étude concernant la sexualité dans la tranche d'âge des 2 à 12 ans.

L'évaluation du travail de thèse via la grille COREQ ([Annexe 3](#)) et la triangulation des données par les chercheuses ont participé à sa scientificité.

Le guide d'entretien a été préalablement testé sur un médecin généraliste remplaçant et un interne de médecine générale ce qui a permis aux investigatrices de se familiariser avec leur guide d'entretien pour plus de fluidité.

Les investigatrices se sont efforcées d'effectuer le recrutement des médecins de façon à répondre aux critères de variation maximale. Ainsi, l'âge des médecins variait de 35 à 66 ans, leur nombre d'années d'exercice variait de 2 à 35 ans et leur mode d'exercice était également varié (MSP, salariat, libéral seul ou associé). Cependant, les MG étaient plus nombreux à exercer en secteur urbain, ce qui est probablement dû au recrutement initial dans l'entourage des participantes de 2 médecins exerçant en secteur urbain.

La durée moyenne des entretiens relativement importante, entre 33 et 62 minutes, avec une durée moyenne de 46 minutes, a permis un échange suffisamment long avec les participants pour faire émerger les éléments d'analyse permettant une exploration en profondeur du sujet.

La réalisation des entretiens en individuel et face à face (une seule chercheuse à la fois), à l'endroit choisi par le participant, a permis d'offrir un contexte favorisant la liberté d'expression, comparé à des entretiens en focus group.

Pendant les entretiens, les investigatrices ont respecté autant que possible le guide d'entretien constitué de questions ouvertes n'influençant pas les réponses des participants. Les médecins interrogés étaient préalablement informés qu'il n'y aurait pas de bonne ou mauvaise réponse. Lorsqu'ils répondaient par des réponses courtes, les investigatrices se sont efforcées de leur faire développer leur point de vue.

IV. Perspectives

A. Pour la recherche ?

Ce travail de thèse a mis en lumière des éléments qu'il serait intéressant d'approfondir dans d'autres travaux de recherche.

Par exemple, recueillir le point de vue des autres protagonistes impliqués dans l'EAS (parents, enfants) et des autres acteurs cités dans ce travail de thèse (école, PMI, centre de santé sexuelle) en vue d'obtenir leur avis sur la place du médecin généraliste dans l'EAS.

De nombreux supports permettant de systématiser l'EAS ayant été cités, il serait intéressant de les développer et de les évaluer dans de futurs travaux de recherche.

B. Pour la pratique ?

Dans les ressources présentées, plusieurs éléments pourraient être mis en place par les médecins généralistes.

Le simple fait d'en parler aux médecins semblait les sensibiliser au sujet mais également leur faire prendre conscience de ce qu'ils réalisaient déjà en consultation. Et d'autre part, cela leur a fait prendre conscience de ce qu'ils pourraient proposer en consultation, soit par le biais de

supports ou d'outils soit lors de moments opportuns comme l'examen clinique ou certaines thématiques abordées en consultation.

C. Pour l'organisation des soins ?

Certains médecins ont suggéré de mettre en place une consultation dédiée à la sexualité chez l'enfant, avec une prise en charge spécifique de la part des organismes de sécurité sociale.

Dans la même idée que la consultation de prévention CCP entrée en vigueur depuis janvier 2023 à destination des jeunes de 15 à 25 ans, une telle consultation de prévention et d'éducation à la sexualité chez les enfants avant 12 ans pourrait-elle être mise en place ?

D. Pour l'enseignement et la formation ?

L'EAS est un sujet d'intérêt et d'actualité, il serait intéressant de sensibiliser davantage les médecins et étudiants à ce sujet, à travers la formation initiale et continue. Les participants pointaient du doigt un manque de formation mais également des difficultés à aborder ce sujet. Ainsi, une formation axée sur la communication spécifique à l'enfant et l'abord de la sexualité avec celui-ci serait pertinente.

CONCLUSION

L'éducation à la sexualité chez les jeunes enfants est un réel enjeu sociétal et notamment de santé publique, cependant les pouvoirs publics se heurtent à des difficultés dans sa mise en place. Le médecin généraliste a pour mission d'assurer la prévention et l'éducation pour la santé de ses patients, y compris en santé sexuelle. Son rôle auprès des adolescents est clairement établi, cependant sa place auprès des enfants n'a pas encore été étudiée.

Ainsi, l'objectif de notre travail était d'explorer la place que les médecins généralistes s'attribuaient dans l'éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans.

Il en ressort que la sexualité de l'enfant est un sujet auquel les médecins généralistes sont confrontés en consultation, en effet, tous les participants rapportaient une situation l'abondant.

Cependant, ce qui marque la majorité des entretiens réalisés est l'ambivalence des médecins à propos de leur rôle dans cette éducation à la sexualité. Cela semble lié au fait que se mêlent une conscience de l'importance d'une telle éducation et de nombreuses craintes personnelles renforcées par le tabou sociétal.

Pour autant, la place privilégiée du médecin généraliste au sein de la triade qu'il constitue avec l'enfant et ses parents a été pointée par la plupart des participants et les résultats de notre étude suggèrent que le médecin généraliste est légitime dans l'éducation à la sexualité.

Ainsi, les participants ont défini plusieurs champs d'action applicables par le médecin généraliste en vue de réaliser cette éducation à la sexualité. Ils reconnaissaient clairement leur rôle dans l'abord des aspects médicaux mais également dans la dimension relationnelle liée à la sexualité avec en tête de file l'éducation au consentement.

La consultation étant un lieu privilégié, le médecin généraliste peut initier le sujet via des thématiques propices à son abord et/ou via le moment opportun que représente l'examen clinique pour l'explication et la démonstration du respect du consentement.

Toutefois, la systématisation de l'éducation à la sexualité semble nécessaire et pourrait passer par la mise en place d'une consultation dédiée, l'utilisation de différents supports ainsi qu'une meilleure formation.

En effet, il semble important d'ouvrir la parole et de rendre accessible et légitime le sujet de la sexualité auprès des enfants. Ainsi, l'implication des médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité pourrait être un levier positif sur les enjeux de santé publique autour de cette éducation, notamment en contribuant à la prévention des violences sexuelles et au bien-être en santé sexuelle.

THÈSE SOUTENUE PAR : Clémentine LELEU et Fanny RONCORONI

TITRE :

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ CHEZ LES ENFANTS DE 2 À 12 ANS : QUELLE PLACE POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGÉS AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES INSTALLÉS EN ISÈRE ET SAVOIE

CONCLUSION :

L'éducation à la sexualité chez les jeunes enfants est un réel enjeu sociétal et notamment de santé publique, cependant les pouvoirs publics se heurtent à des difficultés dans sa mise en place.

Le médecin généraliste a pour mission d'assurer la prévention et l'éducation pour la santé de ses patients, y compris en santé sexuelle. Son rôle auprès des adolescents est clairement établi, cependant sa place auprès des enfants n'a pas encore été étudiée. Ainsi, l'objectif de notre travail était d'explorer la place que les médecins généralistes s'attribuaient dans l'éducation à la sexualité chez les enfants de 2 à 12 ans.

Il en ressort que la sexualité de l'enfant est un sujet auquel les médecins généralistes sont confrontés en consultation, en effet, tous les participants rapportaient une situation l'abondant.

Cependant, ce qui marque la majorité des entretiens réalisés est l'ambivalence des médecins à propos de leur rôle dans cette éducation à la sexualité. Cela semble lié au fait que se mêlent une conscience de l'importance d'une telle éducation et de nombreuses craintes personnelles renforcées par le tabou sociétal.

Pour autant, la place privilégiée du médecin généraliste au sein de la triade qu'il constitue avec l'enfant et ses parents a été pointée par la plupart des participants et les résultats de notre étude suggèrent que le médecin généraliste est légitime dans l'éducation à la sexualité.

Ainsi, les participants ont défini plusieurs champs d'action applicables par le médecin généraliste en vue de réaliser cette éducation à la sexualité. Ils reconnaissent clairement leur rôle dans l'abord des aspects médicaux mais également dans la dimension relationnelle liée à la sexualité avec en tête de file l'éducation au consentement.

La consultation étant un lieu privilégié, le médecin généraliste peut initier le sujet via des thématiques propices à son abord et/ou via le moment opportun que représente l'examen clinique pour l'explication et la démonstration du respect du consentement.

Toutefois, la systématisation de l'éducation à la sexualité semble nécessaire et pourrait passer par la mise en place d'une consultation dédiée, l'utilisation de différents supports ainsi qu'une meilleure formation.

En effet, il semble important d'ouvrir la parole et de rendre accessible et légitime le sujet de la sexualité auprès des enfants. Ainsi, l'implication des médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité pourrait être un levier positif sur les enjeux de santé publique autour de cette éducation, notamment en contribuant à la prévention des violences sexuelles et au bien-être en santé sexuelle.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 4/04/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Olivier PALOMBI



Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA



Pr Arnaud SEIGNEURIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé sexuelle - Chaire UNESCO SantéSexuelle&DroitsHumains [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://santesexuelle-droitshumains.org/sante-sexuelle-definitions/>
2. Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité: une approche factuelle; 2018.
3. Ministère de l'Education: Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 - enseignement élémentaire et secondaire [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm>
4. Article - LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001718526
5. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm>
6. LOI n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées (1) - Légifrance [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032396046>
7. hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_sur_l_education_a_la_sexualite_synthese_et_fiches_pratiques.pdf
8. igesr-rapport-2021-149-education-sexualite-milieu-scolaire-pdf-113772[1].pdf.
9. Éducation à la sexualité : l'État sèche les cours depuis 20 ans. | Le planning familial [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/education-la-sexualite/education-la-sexualite-letat-seche-les-cours-depuis-20-ans-2022>

10. <https://www.lejdd.fr/Politique/le-ministre-de-leducation-pap-ndiaye-veut-relancer-leducation-sexuelle-a-lecole-4134666> [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Politique/le-ministre-de-leducation-pap-ndiaye-veut-relancer-leducation-sexuelle-a-lecole-4134666>
11. Éducation à la sexualité | Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/22/Hebdo36/MENE2228054C.htm>
12. <https://www.famillechretienne.fr/36690/article/dans-les-couloirs-on-a-des-drapeaux-lgbt-enquete-sur-linvasion-du-genre-a-lecole> [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.famillechretienne.fr/36690/article/dans-les-couloirs-on-a-des-drapeaux-lgbt-enquete-sur-linvasion-du-genre-a-lecole>
13. Les ABCD de l'égalité : un abandon symbolique [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://inegalites.fr/Les-ABCD-de-l-egalite-un-abandon-symbolique>
14. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vermund SH, éditeur. PLoS ONE. 4 mars 2014;9(3):e89692.
15. rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: https://www.arcep.fr/uploads/tx_gspublication/rapport-barometre-numerique-edition-2021.pdf
16. Je Protège Mon Enfant [Internet]. [cité 28 mars 2023]. Je protège mon enfant de la pornographie. Disponible sur: <https://jeprotegemonenfant.gouv.fr/pornographie>
17. Livret-Unaf-Open-version-VF.pdf [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.open-asso.org/wp-content/uploads/2020/02/Livret-Unaf-Open-version-VF.pdf>
18. OpinionWay et 20 Minutes - #MoiJeune - Les 18-30 ans et la pornographie - Avril 2018.pdf.
19. Violences et agressions sexuelles des enfants - UNICEF [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/protection/violences-et-agressions-sexuelles/>

20. 2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/campagne2015/2015-Synthese-enquete-AMTV.pdf>
21. plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2024].
Disponible sur:
https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf
22. Fryda CM, Hulme PA. School-based childhood sexual abuse prevention programs: an integrative review. *J Sch Nurs Off Publ Natl Assoc Sch Nurses*. juin 2015;31(3):167-82.
23. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) - Légifrance [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTAO00006155058/
24. 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. 29 mars 2011;25.
25. Bouladour J. Revue systématique de la littérature sur la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des adolescents en France. 21 mars 2018;116.
26. Waymel M. Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins : quelle place pour le médecin généraliste ? 12 sept 2019;66.
27. CCP consultation complexe - MG France [Internet]. [cité 16 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.mgfrance.org/nomenclature/3118-ccp-consultation-complexe>
28. Hefti H. Les médecins généralistes considèrent-ils comme faisant partie de leur rôle la prévention primaire des abus sexuels sur mineurs, et lorsque c'est le cas de quelle manière l'abordent-ils? 2021;
29. Cahier-Causerie (2).pdf.
30. es-358-br.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2024]. Disponible sur:
<https://educationsante.be/content/uploads/2020/12/es-358-br.pdf>

31. https://www.liberation.fr/checknews/education-sexuelle-des-5-ans-non-la-loi-evras-ne-concerne-pas-la-france-20230916_YCX575BA5RHW7JUTKUBKLCUFBE/ [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/checknews/education-sexuelle-des-5-ans-non-la-loi-evras-ne-concerne-pas-la-france-20230916_YCX575BA5RHW7JUTKUBKLCUFBE/
32. Pétition : Education sexuelle : supprimez la loi E.V.R.A.S ! [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.mesopinions.com/petition/enfants/education-sexuelle-supprimez-loi/215685>
33. ROHFF sur X : « Si vous refusez qu'on apprenne à vos enfants, vos neveux et nièces de 5 ans à se masturber et qu'on leur enseigne la pénétration et la pornographie à 9 ans comme l'indique la loi Evras qu'ils veulent faire passer en douce, Signez vite cette pétition et faites la tourner un... <https://t.co/THTpDWbBBm> » / X [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://twitter.com/rohff/status/1702069273399599192>
34. 2023ULILM029.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: https://pepitedepot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2023/2023ULILM029.pdf
35. Magan M. Éducation sexuelle par le médecin traitant : les attentes des collégiens. 1 juin 2021;47.
36. Collet E. L'éducation à la vie affective et sexuelle des adolescents: quels enjeux pour les professionnels de soin primaire?
37. Mouvement #MeToo — Wikipédia [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement_MeToo
38. #metoo : « Le Monde » retrace les grandes étapes de cette révolution cinq ans après ses débuts [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/live/2022/10/05/metoo-en-direct-l-emergence-de-ce-mouvement-a-permis-de-denoncer-des-comportements-inadmissibles-qui-etaient-tus-jusqu-alors_6144465_3224.html
39. Ploteau PS. Expérience vécue et attentes en consultation de médecine générale des patient(e)s ayant été victimes de violences sexuelles : étude qualitative menée en Loire-Atlantique, Vendée, Deux-Sèvres et Finistère.

40. Éducation à la sexualité | Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
41. infographie_education_sexuelle_737367_798683.pdf.
42. strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
43. feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_sante_sexuelle_16122021.pdf
44. cas_d_ecole_dossier_presse_def-280223.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2023-03/cas_d_ecole_dossier_presse_def-280223.pdf
45. synthese IB.pdf [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2023-11/synthese%20IB.pdf>
46. Éducation à la sexualité | Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

ANNEXE 1 – Guide d’entretien

1- Pour commencer, avez-vous déjà vécu, en consultation, une situation qui impliquait le domaine de la sexualité ou de l’intime chez l’enfant ?

Si oui, pouvez-vous nous la partager ?

Relances :

- Des questions des parents autour de comportements sexuels d’enfants
- Des questions concernant le développement sexuel de leur enfant
- Des questions sur l’éducation à la sexualité chez leur enfant
- Une question venant directement de l’enfant autour de la sexualité

2 - Réaction/ressenti :

Quel a été votre ressenti lors de cette consultation ? Comment avez-vous réagi ?

Relances :

- Étiez-vous satisfait de votre réaction/réponse ? Auriez-vous voulu faire différemment ?
- Avez-vous eu besoin d’en référer à un(e) confrère/consœur ou d’effectuer des recherches au décours ?

Si vous n’avez pas eu de telle situation, quel aurait été votre ressenti face à une situation relevant de la sexualité de l’enfant ?

3- Avez-vous déjà été confronté ou vous êtes-vous déjà questionné, en dehors d’une consultation, sur une situation impliquant la sexualité de l’enfant ?

Relance : dans le cercle familial par exemple ?

4- Faites-vous, lors de vos consultations avec un enfant ce qui s’apparente à de l’éducation ou de la prévention autour de la sexualité, si oui, comment ?

5 - Lors de l’examen clinique impliquant la nudité de l’enfant, comment abordez-vous avec lui et/ou ses parents le fait qu’il doive se déshabiller entièrement ?

6- Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle dans l’éducation à la sexualité chez les enfants ?

Si oui, comment définiriez-vous ce rôle ?

Si non, pourquoi et à qui appartiendrait ce rôle d’après vous ?

7- Selon vous, quels sont les freins à ce que le médecin généraliste aborde l'éducation à la sexualité chez l'enfant ?

Relances :

- S'il aborde des freins émanant des parents, le questionner sur les freins liés au médecin
- Inversement s'il aborde ses propres freins liés à ses contraintes ou ses représentations de médecin, le questionner sur les potentiels freins émanant des parents

8- Si le médecin généraliste pouvait aborder des notions d'éducation à la sexualité lors des consultations : quels impacts pensez-vous que cela pourrait avoir ?

Relances :

- S'il aborde des impacts positifs, questionner sur impacts négatifs
- Inversement, s'il aborde des impacts négatifs, questionner sur impacts positifs

9- D'après vous, par quel(s) moyen(s) pourrions-nous généraliser l'éducation à la sexualité par le médecin généraliste ?

Quels supports ?

10- Vous avez désormais répondu à toutes nos questions ; Avez-vous d'autres choses à ajouter sur le sujet ?

ANNEXE 2 – Fiche d'information et de non-opposition

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine

Sujet : éducation à la sexualité chez les enfants : quelle place pour le médecin généraliste ?
Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Equipe de recherche et affiliations institutionnelles :

RONCORONI Fanny, interne en médecine générale, faculté de médecine de Grenoble (contact : fanny.roncoroni@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

LELEU Clémentine, médecin généraliste remplaçant, faculté de médecine de Grenoble (contact : clementine.leleu@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Sous la direction du Dr ARNAUD Elodie, médecin généraliste [Données à caractère personnel]

Référent délégué à la protection des données : Yoann Gaboreau (yoann.gaboreau@univ-grenoble-alpes.fr)

But de l'étude : explorer le rôle que les médecins généralistes s'attribuent dans l'éducation à la sexualité chez les enfants. Enquête menée par 2 investigatrices, par entretiens semi-dirigés selon un guide d'entretien établi au préalable et validé par le Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Grenoble.

Les investigatrices :

- déclarent n'avoir aucune source de financement et aucun conflit d'intérêt
- s'engagent à garantir la confidentialité des entretiens
- s'engagent à préserver l'anonymat du participant
- assureront la conservation des données, pour un délai maximal de deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche
- se tiennent à disposition des participants s'ils souhaitent obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude (et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche)

Le participant :

- donne son accord pour participer à cette étude, de manière libre et volontaire
- donne son consentement à l'enregistrement puis la retranscription de l'entretien
- donne son consentement à ce que les données recueillies soit utilisées, sous forme de citations d'extraits de verbatim, de manière anonyme, dans le cadre exclusif de ce travail de thèse
- a été informé du droit de retirer son consentement à tout moment, sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Néanmoins, dans le cas où il souhaiterait retirer son consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du Code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de son consentement pourront être conservées si leur suppression risque de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche et pourront donc continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche
- a été informé de l'existence du droit d'accès aux données à caractère personnel, à leur rectification ou leur effacement auprès du directeur de la recherche

Ces éléments étant conformes 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).

Date, lieu :

Nom et Signature (participant) :

Nom et Signature (investigatrice) :

ANNEXE 3 – Grille COREQ

GRILLE COREQ

D'après Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349-57.

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue* 2015;15(157) : 50-54.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques de ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

ANNEXE 4 : Les trois champs de connaissances et de compétences à l'éducation à la sexualité

Document « Les trois champs de connaissances et de compétences à l'éducation à la sexualité » (41) [Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>, consulté le 17/03/2024] (46)



SERMENT D'HIPPOCRATE

Le 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.

”