

Année 2011

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GRAND Alice Caroline Aurélie
Née le 21 avril 1984 à Paris 17ème

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2011

**PARLER DE SEXUALITE AVEC SON MEDECIN
GENERALISTE : UN PROBLEME POUR LES 15-18 ANS**
Enquête en Ile-de-France 2010-2011

Président de thèse : **Professeur NOUGAIREDE Michel**

Directeur de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

DES de médecine générale

Remerciements

Au président du jury et directeur de thèse le Professeur Michel Nougairède sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

Aux membres du jury : le Professeur Antoine Bourrillon, le Professeur Jean-Christophe Mercier et le Docteur Bettina Mesplès qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'être mon jury.

Au Dr Josselin Le Bel pour son aide.

Aux cabinets ayant participé à cette étude, à leurs médecins et à leurs secrétaires, cabinets des docteurs : Aubert, Benazra, Benillouche, Denoyelle, Finelle, Lalande, Moula, Puel et Septavaux.

Aux jeunes ayant accepté de remplir le questionnaire.

A l'équipe de l'Espace Santé Jeunes de Nanterre et celle du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida d'Ile-de-France pour leur participation active à cette étude.

A mes relecteurs : Paps, Mams, Man et Mat pour leur patience.

A Sandra et Mad pour leurs conseils avisés.

A ma famille, spécialement mes parents et mon frère ainsi qu'aux aînés présents et passés.

Aux bichatiens et bichatiennes : Nathou, Emeric, Yo, Ben Dubourg, Biditte, Mad, Sandra, Ben, Biscotte, Timothée, Marine, Aurèl, Djoul, Ségo, Souchon, PA, Lixou et tous les autres.

A Sandrine que je n'ai finalement connu que tardivement, à Agathe et à mes autres cointernes qui m'ont épaulée pendant mes trois ans d'internat.

A mon ami et cointerne Timothée qui m'a supporté pendant un an et demi en stage!

A Marine et Laurène sans qui la pédiatrie aurait eu un goût bien plus amer.

A JB pour son soutien.

A ma bulle d'oxygène : les croquettes (Mat, Nirni, Catoche et Oriane), Jane, Popie, Nico, Cam, David, Cynthia, Chloé, Michou, Djé, Nat, Mélo, Alex, Bertrand et tous les autres.

Aux belles rencontres médicales qui m'ont fait aimer mon métier: l'équipe de maladies infectieuses de Bichat en D2, l'équipe des urgences pédiatriques de Robert Debré en D4, Antoine Bourillon, Christian Delafosse (alias Superman), Claudette Mahé, Albert Benazra, Bettina Mesplès, Philippe Zerr, Véronique Bourrelier et tous les autres.

A tous ceux qui m'ont soutenu durant ces 10 ans de médecine !

Abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANRS : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CMS : Centre Municipal de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida d'Ile-de-France

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESJ : Espace Santé Jeunes

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

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

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST: Infections Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PF : Planning Familial

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis

Sommaire

I. INTRODUCTION	8
II. METHODE.....	17
II.1. Recrutement des cabinets	18
II.2. Recrutement des patients	19
II.3. Modalités de l'étude	19
II.4. Description du questionnaire	19
II.5. Recherche bibliographique	22
III. RESULTATS.....	23
III.1. Inclusion des cabinets	24
III.2. Caractéristiques des cabinets inclus dans l'étude	24
III.3. Caractéristiques des médecins	25
III.4. Nombre de questionnaires.....	29
III.5. Caractéristiques des jeunes inclus dans l'étude	29
III.6. Fréquence de consultation.....	30
III.7. Motifs de consultation.....	31
III.8. Ont-ils parlé de sexualité ?.....	33
III.9. Les freins à parler de sexualité avec leur médecin généraliste	34

III.10.	Le médecin généraliste livre les mêmes informations qu'aux cours d'éducation à la sexualité au collège/lycée	35
III.11.	C'est à leur médecin généraliste d'initier le dialogue.....	36
III.12.	Il est plus facile de parler de sexualité avec un autre professionnel de santé	37
III.13.	Les jeunes pensent ne pas avoir besoin d'informations sur la sexualité.....	40
III.14.	Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il les trouve trop jeune	41
III.15.	Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle connaît leurs parents	42
III.16.	Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle n'est pas à l'aise sur le sujet	43
III.17.	Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle pense qu'ils n'ont pas besoin d'information sur ce sujet.....	44
III.18.	Les jeunes interrogés ont un médecin généraliste (médecin traitant) en qui ils ont confiance.....	45
III.19.	Résultats des questions en miroir.....	46
III.20.	Résultats des questions croisées.....	48
III.21.	Résultats selon les médecins	50
III.22.	Résultats selon les cabinets	51
IV.	DISCUSSION	63
IV.1.	Les limites et les biais de l'étude	64

IV.2.	Le dialogue sur la sexualité et les campagnes de prévention.....	66
IV.3.	Le rôle fondamental de l'espace Santé Jeune et du Planning Familial.....	69
IV.4.	La place du médecin généraliste	71
IV.5.	Les moyens de contraception et leur accès	74
IV.6.	Les caractéristiques du médecin généraliste ayant une incidence sur le dialogue sur la sexualité.....	75
IV.7.	La formation des médecins	76
IV.8.	L'information et l'éducation à la sexualité	77
V.	CONCLUSION.....	79
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	82
VII.	ANNEXES.....	88
VII.1.	Le questionnaire utilisé dans l'étude.....	89
VII.2.	Le plan santé des jeunes.....	90
VII.3.	Dispositions concernant la santé des jeunes dans la loi hôpital patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009	92
VII.4.	Rapport d'information sur la contraception des mineures.....	94

I. INTRODUCTION

Au début des années 1960, le corps médical français était farouchement opposé à l'idée de s'impliquer dans la contraception. La médicalisation de la pratique contraceptive s'effectue en 1967 par la loi Neuwirth qui légalise la contraception en France. En 1974 une deuxième loi Neuwirth améliore l'accès à la contraception et son remboursement puis la loi Veil autorise l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette loi est promulguée en janvier 1975, confirmée en 1979 puis modifiée par la loi du 4 juillet 2001 et le décret de 2004¹ : le terme légal de l'IVG passe de 12 à 14 semaines d'aménorrhée ; l'obligation de l'autorisation parentale pour les mineures est supprimée ; l'ouverture de l'IVG médicamenteuse à la médecine de ville, aux centres de santé et aux Centres de Planification ou d'Education Familiales (CPEF) est instituée ; la reconnaissance d'un droit d'accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale, la délivrance gratuite de la contraception aux mineures, l'accès gratuit et anonyme des mineures à la contraception dans les CPEF sont instaurés ainsi que la généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire.

La contraception des mineures peut donc être prescrite par tous les praticiens sans autorisation parentale mais en dehors des CPEF se pose le problème du coût. L'âge légal de consentement sexuel est en France de 15 ans ce qui suscite des interrogations quant à la délivrance d'un contraceptif aux mineurs de moins de 15 ans (non abordées dans notre étude).

En 2007², en France, 213 380 IVG ont été effectuées dont 14 500 chez des adolescentes, avec un taux d'IVG des mineures de 10,8 ‰ pour le territoire métropolitain (les régions Corse, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les départements où il existe le plus fort taux

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. Annick Vilain, Marc Collet, Muriel Moisy . p.52 à 62

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population. Objectif 97 Contraception. p.306-307

d'IVG en métropole) et de 25 % dans les départements d'outre-mer, pour respectivement 8,5% et de 21,7 % en 2001. Les mineurs représentent 6% des IVG en 2007 pour 5% en 2001³, le plus souvent par absence ou mauvaise maîtrise d'une contraception (2/3 des femmes de 16 à 25 ans ont utilisé une méthode contraceptive le mois précédant leur IVG). En 2005, 21,1% des femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives déclaraient ne pas utiliser systématiquement de moyen contraceptif pour éviter une grossesse (raisons évoquées : attente ou désir d'enfant, stérilité) dont 4,6% des femmes confrontées à une grossesse non prévue. On sait que les jeunes ont l'impression d'être non fertiles et ont envie de tester leurs limites. Il paraît donc urgent de les informer.

La contraception d'urgence se diffuse (depuis juin 1999, la pilule d'urgence est accessible en pharmacie sans prescription médicale) : 1,2 millions de boîtes de lévonorgestrel ont été vendues en 2007, 7 fois plus qu'en 1999 et plus de 30% des femmes de 15 à 19 ans l'ont utilisé. Cependant le taux d'IVG ne diminue pas et reste un des plus élevés de l'Union Européenne (UE 27)⁴. « Mais le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé est trop faible pour entraîner une diminution du nombre d'avortements » d'après l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁵, malgré sa gratuité et une campagne sur la contraception en janvier 2000, renouvelée en 2001.

Chez les femmes de moins de 25 ans, l'IVG concerne tous les milieux sociaux. Dans les causes d'IVG on retrouve dans le rapport de 2009-2010 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques (DRESS):

- 29% des femmes qui ne pensaient pas pouvoir être enceinte ;

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population. Objectif 97 Contraception. p.306-307

⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé. Muriel Moisy. p.35 à 50

⁵ Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport n°RM2009-112P. Octobre 2009. 93 p.

- 25% qui n'avaient pas prévu d'avoir un rapport sexuel ;
- 25% qui n'ont pas pensé à utiliser un moyen de contraception ;
- 11% qui disent ne pas avoir de partenaire sexuel régulier ;
- 9% qui ont peur que leurs parents découvrent qu'elles ont des rapports sexuels ;
- 7% qui ont eu un problème avec leur moyen de contraception
- 2% qui n'utilisent aucun moyen de contraception.

Sur les deux tiers des femmes déclarant utiliser un moyen contraceptif (79% la pilule et 20% le préservatif chez les femmes de 15 à 19 ans en 2005), une mauvaise utilisation de celui-ci représente 54% par oubli (oubli de pilule ou de mettre un préservatif, spermicide...) et 38% par « erreurs » de contraception (préservatif déchiré...).

A la découverte de leur grossesse, pour effectuer une IVG, les 16-25 ans s'adressent en premier lieu à leur médecin généraliste, puis au CPEF ou à la Protection Maternelle et Infantile (PMI), contrairement aux moins de 16 ans qui font plus fréquemment appel à cette dernière (consultation gratuite).

Le Baromètre santé 2005 de l' Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a mesuré le niveau d'information des jeunes âgés de 16 à 25 ans : sur la sexualité ils se disent particulièrement bien informés, 89% « très » ou « plutôt bien » informés sur le sida, 83% « très » ou « plutôt bien » informés sur la contraception mais moins de 6 jeunes sur 10 « très » ou « plutôt bien » informés sur les infections sexuellement transmissibles (IST).

Les questions liées à une sexualité non ou mal protégée qui conduit, entre autres, à une hausse du nombre d'IVG chez les mineures sont un enjeu majeur de santé publique: favoriser l'autonomie des jeunes et leur accès aux soins et renforcer l'information auprès des adolescents et des jeunes adultes sont les deux axes retenus dans le plan Santé des jeunes

annoncé en 2008 et complétés de mesures dans la loi «Hôpital, patients, santé, territoires » de juillet 2009.

Malgré l'importance du médecin généraliste dans la prévention, la grande majorité des jeunes n'ont jamais parlé de sexualité avec celui-ci : « 74% des jeunes ne pensent pas pouvoir confier leurs problèmes personnels à leur médecin traitant [...mais] le médecin traitant est ressenti comme « aidant » à 92% pour résoudre un problème somatique, à 55% pour résoudre un problème sexuel, à 32% pour une dépression »⁶.

Or comme le souligne Bérengère Poletti, les médecins généralistes vont être de plus en plus amenés à intervenir sur le plan gynécologique et orthogénique au vu de la diminution programmée des gynécologues. Il paraît donc primordial que la sexualité soit abordée en consultation de médecine générale. «En 2003, 44 % des femmes de 16 à 54 ans consultant un médecin généraliste lui confiaient leur contraception ; en 2004, le premier motif de consultation des patientes de 18 à 25 ans était une demande de contraception; en 2005, 84 % des cabinets de médecine générale sont équipés d'un matériel pour la pose d'un stérilet ou la pratique d'un frottis ; en 2008, 29 à 32 % des IVG médicamenteuses sont pratiquées par des médecins généralistes ; en 2009, plus de 50 % des contraceptifs remboursés par la sécurité sociale ont été prescrits par des médecins généralistes »⁷.

Le manque de reconnaissance sociale de la sexualité et le déficit d'information sont 2 des 7 facteurs impliqués dans la survenue d'une grossesse non prévue (autres facteurs : le sentiment d'infertilité, le risque SIDA dominant [plus de prévention sur les IST que sur les grossesses non désirées], la domination masculine et l'intériorisation des désirs masculins par les femmes, les logistiques de prescription [pilule surprescrite, peu ou pas d'informations sur les

⁶ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Repères pour votre pratique. Août 2009. 4 p.
<<http://www.medecin-ado.org>>

⁷ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

autres moyens de contraception] et le désir voire le projet d'avoir un enfant), d'après une étude qualitative effectuée en France sur l'interruption volontaire de grossesse (73 femmes, entretien semi-directif) par Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe GINE⁸.

D'après une enquête réalisée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), à l'initiative de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), sur la sexualité des Français⁹ (recherche quantitative, enquête téléphonique : 12 000 personnes de 18 à 69 ans), les canaux de diffusion de l'information sur la contraception sont :

- pour les jeunes femmes : l'école, la télévision, la mère ;
- pour les jeunes hommes : l'école, la télévision, les copains.

(Liste fermée de réponses proposées : copines, partenaire sexuel, copain, mère, école, père, médecin, télé ou radio, revues ou magazines féminins, Planning familial).

Au fil des générations le nombre de sources d'information augmente ; chez les femmes les plus jeunes, le médecin l'emporte désormais sur les copines. De même il existe un déclin relatif de l'influence du groupe de pairs (même s'il garde un rôle spécifique chez les garçons) et des revues féminines. Le rôle de l'école s'accroît, le rôle de la mère se maintient voire se renforce parmi les femmes.

Paul Jacquin¹⁰ souligne l'importance du groupe des pairs et de la famille comme références extérieures et rappelle que le médecin « doit également être à même de répondre aux questions que les adolescents se posent sur la puberté et la sexualité ». De même Rufo et

⁸ Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement : sociologies des grossesses non prévues. Paris : Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2002. 348 p. Questions en Santé publique. 978-2-85598-807-8

⁹ Nathalie Barjos et Michel Bozon. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008. 609 p. 978-2-7071-5429-3

¹⁰ Jacquin Paul. Sexualité de l'adolescent : Identité, normalité... Comment en parler. La revue du praticien médecine générale. 2010. Tome 24. n°851. p.839-845

Choquet¹¹ constatent que « les amis sont les premiers interlocuteurs lors des difficultés sur le plan sentimental (62%) ou sexuel (41%) davantage chez les filles que chez les garçons et plus au lycée qu'au collège [...] Les filles parlent plus avec leur parents, mais moins avec leurs grand-parents [...] (l'inverse pour les garçons)». Des troubles de règles ou une vaccination sont une occasion d'entretien sur la sexualité. Comme le rappelle l'INPES¹² « les demandes exprimées par l'adolescent au professionnel de santé sont le plus souvent ponctuelles et thématiques [...] et] représentent d'importantes opportunités de rencontre, permettant d'aborder nombre de sujets et de préoccupations de santé de l'adolescent, parfois non exprimées [...] Le dialogue et la relation de confiance noués avec l'adolescent sont des déterminants fondamentaux de la qualité de la prise en charge, qu'il s'agisse de diagnostiquer, de dépister et d'informer ». Jacquin signale également l'importance de lutter contre le sexisme en abordant la contraception, la paternité et l'utilisation des préservatifs avec les garçons comme les filles. Le style de vie sexuelle se dessine précocement dans les premières années, et la responsabilité de la contraception incombe trop souvent quasi exclusivement aux jeunes filles après l'entrée dans la sexualité¹³ (âge du premier rapport : 17 ans et demi)¹⁴, quels que soient les problèmes de celles-ci pour l'assumer (peur de la découverte de leur sexualité par leur parents, pilule cachée dans la boîte aux lettres, contraceptif gardé par une copine...) ¹⁵. Le préservatif masculin est au départ le mode quasi exclusif de contraception mais 10-15% des jeunes ne l'utilisent pas (puis recul du préservatif au profit de la pilule). Avant le premier rapport sexuel plus de 2 femmes sur 3 et 1 homme sur 2 ont abordé la question de la

¹¹ Rufo.M, Choquet.M.Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Edition Anne Carrière 2007. 510 p. 978-2-8433-7453-1

¹² Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé : INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Repères pour votre pratique. Août 2009. 4 p.

¹³ Inspection Générales des Affaires Sociales dans l'Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport n°RM2009-112P. Octobre 2009. 93 p.

¹⁴ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

¹⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé. Muriel Moisy. p.35 à 50

contraception (question plus fréquente que celle des IST). Mais malgré un intérêt partagé entre filles et garçons la contraception reste un domaine féminin. Le constat est préoccupant : si la femme est « expérimentée », les hommes n'abordent pas ce sujet alors que ce sont les hommes jeunes qui sont les plus adeptes du multi partenariat.

L'éducation à la sexualité est obligatoire en France depuis 2001. Elle se dispense en groupes d'âges homogènes, mixtes ou non¹⁶. Différents thèmes y sont abordés (puberté, sexualité, contraception et désir d'enfant, mixité, identité sexuelle, prévention des IST...) mais on n'y discute pas de situation personnelle. Ce n'est donc pas la même interaction qu'avec le médecin généraliste et l'information ne peut-être que différente. Comment les adolescents la perçoivent-ils?

D'après Jean-Yves Hayez¹⁷, les enfants de 12 ans ou plus jeunes sont un groupe très à risque car ils n'osent pas parler de leur sexualité. Or certains ont des pratiques identiques à celles des adultes mais sans protection.

Qu'en est-il des 15-18 ans, leur timidité les empêchent-ils de parler de sexualité avec leur médecin généraliste ?

En 2001, Yaël Amaoua¹⁸ a effectuée une thèse sur le dialogue sur la sexualité avec le médecin généraliste. Elle portait sur les 17-21 ans soit un groupe d'étudiants en médecine à Bichat et un groupe de lycéens et BTS (Brevet de Technicien Supérieur) du 19^{ème} arrondissement avec reprise du questionnaire de M. Shuster¹⁹ : enquête auprès de plus de

¹⁶ L'éducation à la sexualité : Guide d'intervention pour les collèges et lycées. Eduscol collection Repères décembre 2005, actualisation août 2008. 61 p.

¹⁷ Hayez Jean-Yves. La sexualité des enfants. Paris : Odile Jacob, 2004. 318 p. 978-2-7381-1387-0

¹⁸ Amaoua Yaël. Contraception-sexualité-MST : Comment les adolescents entrent-ils en dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université de Paris 7, 2001. 78 f.

¹⁹ Shuster M., Bell R., Petersen L., Kanouse D. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. Archives of pediatric and adolescent medicine, 1996, 150, 906-913

2000 adolescents américains de 14 à 20 ans (de la 3^{ème} à la terminale), sur la sexualité, la contraception et la prévention des IST avec le médecin généraliste.

Dans la thèse française portant sur 125 adolescents, les résultats avaient montré que ceux-ci ne pensaient pas avoir besoin d'information dans 54% des cas. Dans 30% des cas ils attendaient que le médecin initie le dialogue. Les adolescents n'avaient pas entièrement confiance en leur médecin généraliste (peur du secret médical non respecté).

L'étude américaine avait montré que les adolescents aimeraient avoir un médecin du même sexe et le rencontrer seul.

A la question de la plus grande facilité de parler à un spécialiste, les Françaises avaient répondu le gynécologue tandis que les garçons citaient l'urologue et le sexologue.

Qu'en est-il 10 ans après ? Quelle place a le médecin généraliste par rapport à l'école ?

Le dialogue sur la sexualité s'est-il renforcé au sein des cabinets?

Pourquoi les adolescents ne parlent pas de sexualité avec leur médecin généraliste? Quelles sont leurs raisons, celles qu'ils supposent du médecin ?

II. METHODE

Étude prospective descriptive quantitative menée de septembre 2010 à février 2011.

La population étudiée est constituée de patients de 15 à 18 ans, ayant consulté un médecin généraliste exerçant à Paris intra muros, dans les Hauts-de-Seine, en Seine-Saint-Denis ou dans le Val d'Oise pendant la période de l'étude.

Les patients devaient compléter un questionnaire, distribué en salle d'attente par la secrétaire des cabinets.

II.1. Recrutement des cabinets

Les cabinets ont été recrutés par mail puis par appels téléphoniques à la rentrée 2011 d'après la liste des médecins généralistes maîtres de stage universitaire sur le site internet du département de médecine générale de Paris 7 Denis Diderot²⁰ et le site internet de médecine générale d'Ile-de-France²¹.

Critères d'inclusion des cabinets : accord du médecin généraliste et présence d'une secrétaire sur place au cabinet (secrétaire physiquement présente, nombre d'heures de secrétariat non pris en compte).

Critères d'exclusion des cabinets : refus du médecin généraliste, secrétariat uniquement téléphonique.

²⁰ <<http://www.bichat-larib.com/theses/theses.directeurs.liste.public>>

²¹ <http://desmgidf.fr/stages_ambulatoires>

Motif(s) de consultation :

- certificat de sport
- traumatisme lié au sport
- infection ORL (nez-gorge-oreilles)
- contraception
- vaccinations
- autre : lequel ?
- psychologique

Les jeunes consultant peu, le motif de consultation permettra de connaître les moments où un dialogue sur la sexualité peut-être initié (motifs d'entrée dans la consultation).

Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre médecin généraliste ? OUI NON

Question principale pour connaître si un dialogue sur la sexualité est effectué auprès des jeunes.

Pour vous quels sont les freins à parler de sexualité avec votre médecin généraliste :

- c'est le médecin de toute la famille
- votre timidité
- la présence de vos parents à toutes les consultations
- c'est une femme
- la peur du regard du médecin
- c'est un homme
- la peur qu'il/elle en parle à vos parents

Pensez-vous :

- que le médecin généraliste délivre les mêmes informations sur la sexualité qu'aux cours d'éducation à la sexualité au collège/lycée ? OUI NON
- que c'est à votre médecin généraliste d'initier le dialogue ? OUI NON
- qu'il est plus facile de parler de sexualité avec un autre professionnel de santé ?
OUI NON

Si oui lequel ?

gynécologue urologue sexologue infirmière scolaire
espace santé jeunes, planning familial (lieux anonymes et gratuits)
un autre médecin du même sexe que vous

- ne pas avoir besoin d'informations sur la sexualité OUI NON

Pour vous votre médecin généraliste ne vous parle pas de sexualité car il/elle:

- vous trouve trop jeune OUI NON

- connaît vos parents OUI NON

- n'est pas à l'aise sur ce sujet OUI NON

- pense que vous n'avez pas besoin d'informations sur ce sujet OUI NON

Ces questions recherchent des causes de non dialogue entre le médecin et l'adolescent, toujours du point de vue de l'adolescent mais dont les résultats permettront de potentiels changements de la part des médecins (rappel du respect du secret médical, mise en confiance de l'adolescent...).

Avez-vous un médecin généraliste (médecin traitant) en qui vous avez confiance ? OUI NON

Cette dernière question permettra d'analyser en sous-groupes les adolescents selon leur réponse à cette question (Avez-vous un médecin généraliste (médecin traitant) en qui vous avez confiance?) croisée avec les réponses à la question Avez-vous parlé de sexualité avec votre médecin généraliste ? Elle a été mise à la fin du questionnaire pour ne pas influencer les réponses des jeunes.

II.5. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée avec le catalogue SUDOC²² et PubMed²³, le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida d'Ile-de-France (CRIPS)²⁴ avec l'aide de ses bibliothécaires, le planning familial de Gennevilliers, l'Espace Santé Jeunes de Nanterre et des recherches par capillarité sur internet.

²² <<http://www.sudoc.abes.fr/>>

²³ <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>

²⁴ Tour Maine-Montparnasse, 33, avenue du Maine, paris 15ème

III. RESULTATS

III.1. Inclusion des cabinets

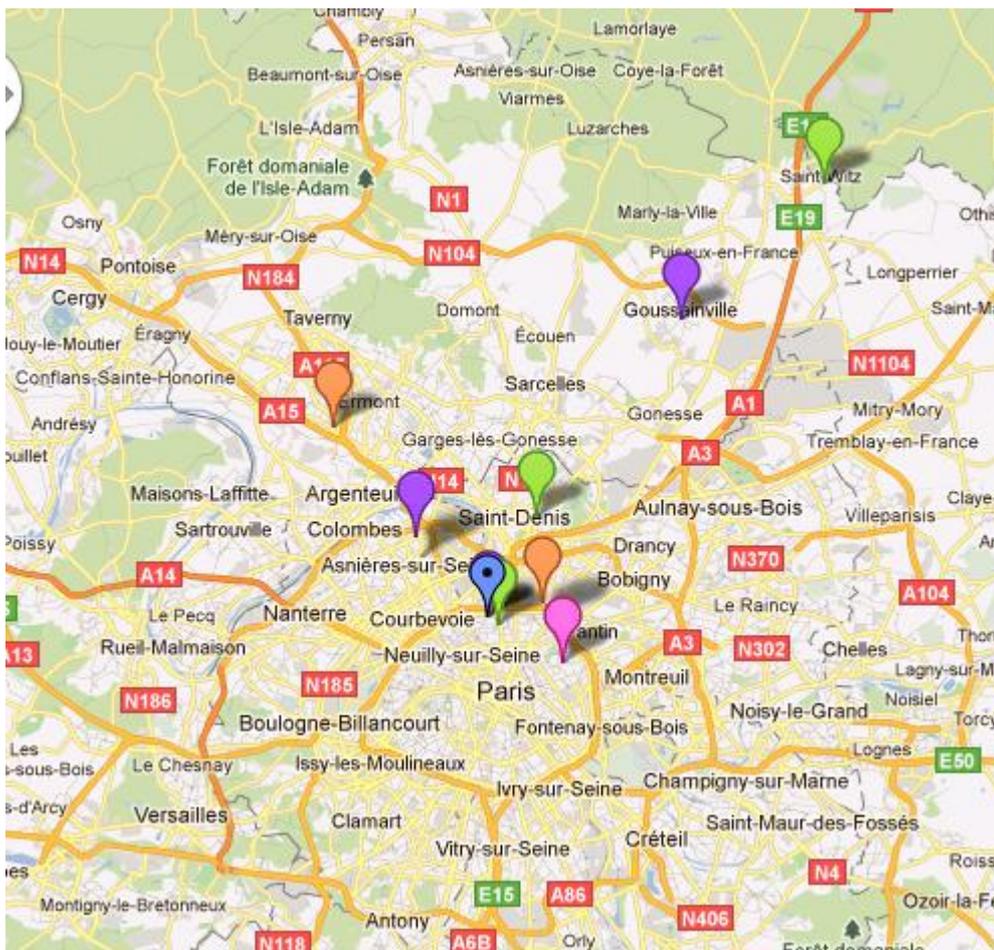
52 cabinets contactés : 9 cabinets inclus, 43 cabinets exclus.

Les questionnaires ont été déposés dans les différents cabinets du 7 au 22 septembre 2010 et récupérés les 2 et 8 février 2011 :

- dépôt dans 1 cabinet le 7 septembre, dépôt dans 6 cabinets le 9 septembre, dépôt dans 1 cabinet le 15 septembre et dépôt dans 1 cabinet le 22 septembre ;
- récupération des urnes des 4 cabinets parisiens le 2 février et des 5 autres cabinets le 8 février.

III.2. Caractéristiques des cabinets inclus dans l'étude

1) Situation géographique :



Au total sur les 9 cabinets inclus dans l'étude:

- 4 sont dans Paris intra muros (2 dans le 18^{ème} arrondissement, 1 dans le 19^{ème} arrondissement et 1 dans le 20^{ème} arrondissement) ;
- 1 dans les Hauts-de-Seine à Gennevilliers ;
- 1 en Seine-Saint-Denis à Saint-Denis ;
- 3 dans le Val d'Oise (1 à Franconville, 1 à Goussainville et 1 à Saint-Witz).

2) Exercice en cabinet:

Les cabinets sont majoritairement de groupe de médecins généralistes : 6 cabinets sur 9.

Un cabinet dans lequel exerce un pédiatre, 1 cabinet dans lequel exerce un dentiste.

Un seul médecin en exercice isolé.

Les médecins pratiquent uniquement sur rendez-vous (RDV) excepté un cabinet avec et sans rendez-vous.

III.3. Caractéristiques des médecins

1) Age et sexe

19 médecins ont participé à l'étude : 6 femmes, 13 hommes.

La moyenne d'âge des médecins est de 49,1 ans, la médiane de 53 ans, âge allant de 28 à 62 ans.

2) Exercice des médecins

L'exercice des médecins a été analysé suivant les réponses aux questions suivantes posées par mail, par téléphone ou de visu :

- Quel âge avez-vous ?
- Travaillez-vous en parallèle dans des collèges/lycées ?
- Travaillez-vous dans un Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG) ?
- Travaillez-vous dans un planning familial ou dans un espace santé jeune ?
- Etes-vous sexologue ?
- Faites vous des consultations entièrement dédiées à la gynécologie (par exemple dans un Centre Municipal de Santé) ?

Les questions ont été élaborées en vue d'une comparaison des résultats en fonction des profils des médecins.

Le sexe ou l'âge du médecin influence-t-il la discussion sur la sexualité ?

Le fait d'être sexologue, de travailler dans un planning familial, un CIVG ou dans des lycées facilite-t-il l'échange avec les jeunes sur la sexualité ?

Au total sur les 19 médecins il y a :

- 2 sexologues dont 1 faisant également partie d'un réseau ville/hôpital pour l'IVG ;
- 1 médecin exerçant dans un centre d'IVG à l'hôpital ;
- 1 médecin effectuant particulièrement des consultations de contraception et de suivi de grossesse ;
- 1 médecin ayant des consultations de médecine générale dans un Centre Municipal de Santé (CMS).

3) Pourcentage de jeunes à la consultation des médecins

Le pourcentage de jeunes aux consultations est notée d'après le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Les données ne sont pas connues pour la tranche d'âge spécifique des 15-18 ans. Les données ont été récoltées sur le site de médecine générale d'Ile-de-France pour les moins de 16 ans et les 16-65 ans. Les pourcentages sont variables selon les cabinets.

La date du RIAP est différente selon les cabinets. La majorité des RIAP sont de mars 2008 : 1 en novembre 2006, 6 en mars 2008, 1 en avril 2008, 1 en février 2009. Les pourcentages vont de 10 à 25% pour les moins de 16 ans avec une moyenne de 18,64%, et de 65 à 81% pour les 16-65 ans avec une moyenne de 64,22%.

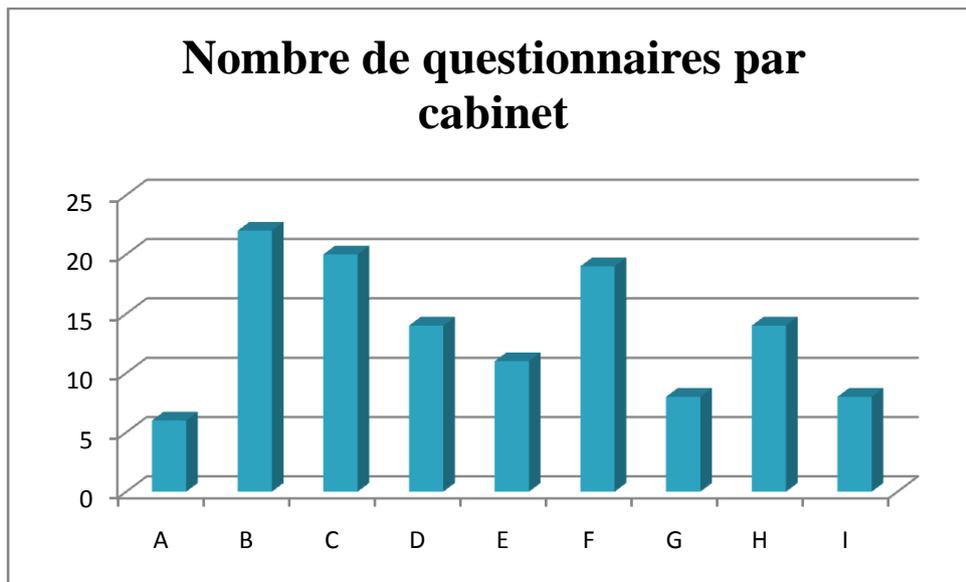
Cabinet	âge	sexe	scolaire	CIVG	PF/ESJ	Sexo -logue	Gynéco	Autre activité	RDV	<16 ans	16-65 ans	Année RIPA	
A	moy:45								tous				
	53	H	/	/	/	/	/	/		11	81	Mars 2008	
	34	F	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	/					
	48	F	/	/	/	/	/	/					
B	52	H	/	/	/	/	/	/	oui	19	70	Mars 2008	
C	moy:50								tous				
	62	F	/	/	/	/	/	/		10	79	Février 2009	
	55	H	/	/	/	/	/	/					
	33	H	/	/	/	/	/	/					
D	57	H	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	avec et sans	15	79	Mars 2008	
E	moy:38								tous				
	53	F	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	/		20	73	Mars 2008	
	28	H	/	/	/	/	/	/					
	33	F	/	/	/	/	/	/					
F	57	H	/	/	/	/	/	/	oui	19	65	Mars 2008	
G	moy:56,7								tous	23,78	70,46	Mars 2008	
	62	H	/	/	/	<input type="checkbox"/>	/	/					
	55	H	/	/	/	/	/	/					
	53	H	/	/	/	/	/	/					
H	moy: 51								tous	25	65	Novembre 2006	
	53	H	/	/	/	/	/	/					
	49	H	/	/	/	/	/	/					
I	moy: 48								tous				
	52	H	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/		25	66	Avril 2008	
	44	F	/	/	/	/	/	/					

H : homme ; F : femme ; / : non ; : oui ; RDV : rendez-vous ; Gynéco : activités gynécologiques au cabinet (contraception, suivi de grossesse) ; moy : moyenne d'âge du cabinet

III.4. Nombre de questionnaires

137 questionnaires ont été récupérés au total dans les urnes des 9 cabinets dont 122 questionnaires respectant les critères d'inclusion.

Le nombre de questionnaires par cabinet est très variable allant de 7 à 22 (7-8-10-15-15-17-21-22-22), en moyenne 15,22 questionnaires par urne.



Quinze questionnaires ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 4 âge non renseigné ;
- 9 âge inférieur à 15 ans (6 de 13 ans et 3 de 14 ans) ;
- 2 âge supérieur à 18 ans (1 de 21 ans et 1 de 20 ans).

III.5. Caractéristiques des jeunes inclus dans l'étude

64 garçons et 58 filles ont participé à l'étude soit 52,5% et 47,5%.

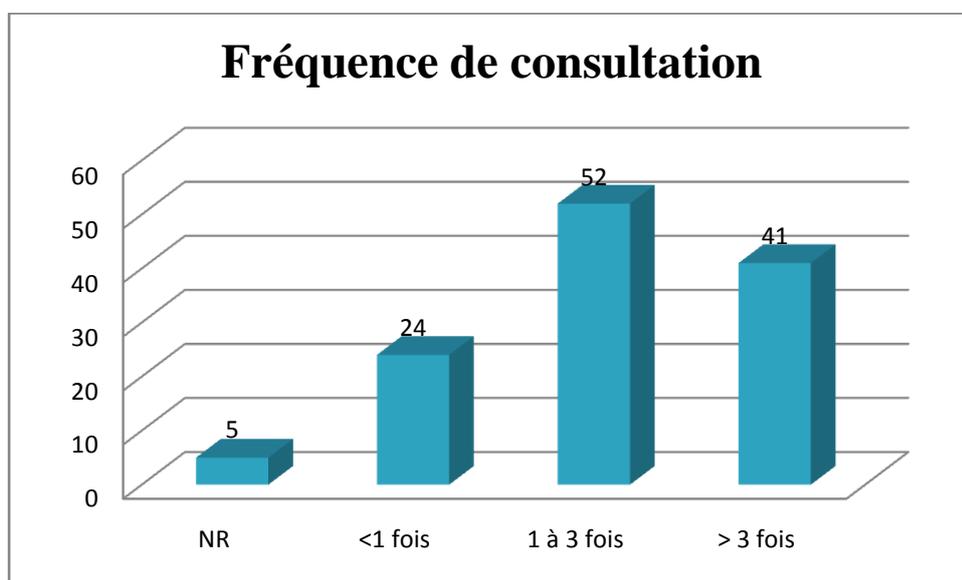
La moyenne d'âge est de 16,4 ans et la médiane de 16 ans tous sexes confondus.

La moyenne d'âge est de 16,35 ans pour les filles et de 16,44 ans pour les garçons.

Différence non statistiquement significative d'après le Test de Studen. (Méthode : Welch Two Sample t-test; Alternative :two.sided : Statistique observée Qobs : -0,42629978930067, p-value : 0,67066800978936, T : Array Intervalle de confiance à 95% [-0,5232 ; 0,3378], Degrés de liberté : 117,70563056762, Moyenne : fille: 16,344827586207 ; garçon: 16,4375, valeur p (p-value) : 0,67066800978936).

III.6. Fréquence de consultation

La fréquence de consultations depuis octobre 2009 (soit en moyenne depuis 14 mois) tous sexes confondus est de 1 à 3 fois à 42,62%, supérieure à 3 fois à 33,61%, inférieure à 1 fois à 19,67% et non renseignée à 4,1%.



NR : non renseigné

Pour les filles : 1 à 3 fois à 37,93%, supérieure à 3 fois à 37,93%, inférieure à 1 fois à 18,97% et non renseignée à 5,17%.

Pour les garçons : 1 à 3 fois à 46,88%, supérieure à 3 fois à 29,69%, inférieure à 1 fois à 20,31% et non renseignée à 3,12%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 pour la fréquence de consultation entre les garçons et les filles.

(valeur de l'écart réduit : 0,19, au seuil de 5% soit 1,96 pour consultation <1 fois ; valeur de l'écart réduit 1, au seuil de 5% soit 1,96 pour consultation 1 à 3 fois ; valeur de l'écart réduit : 0,96, au seuil de 5% soit 1,96 pour consultation >3fois).

III.7. Motifs de consultation

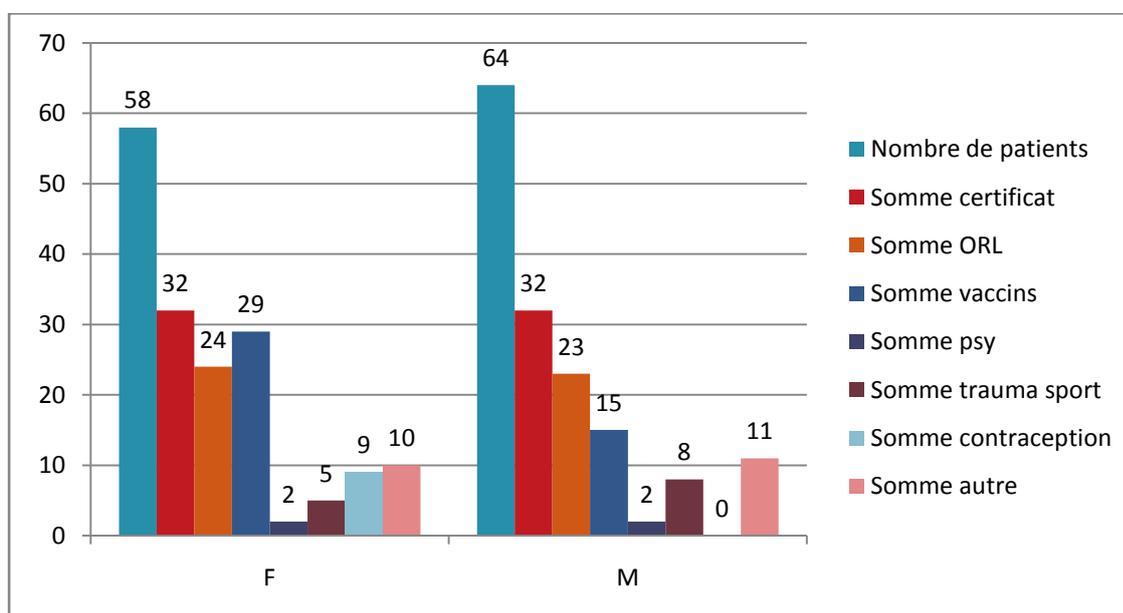
Les motifs de consultation tous sexes confondus, soient 202 motifs au total :

Certificat de sport	ORL	Vaccinations	Psychologique	Trauma lié au sport	Contraception	Autre
64(31,68%)	47(23,37%)	44(21,78%)	4(1,98%)	13(6,44%)	9(4,45%)	21(10,5%)

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

Parmi les motifs autres, sont indiqués : « malade, diabète, asthme, mal de dos, souffrance, maladies, contrôle, sang dans les selles, mycose pied, gonflement de la gencive, problème de sommeil et de digestion, surveillance suite à une opération ».

(ORL+trauma=29,71% ; vaccin+contraception=26,23%).



F : filles ; H : garçons

Pour les filles : certificat de sport 28,83%, vaccinations 26,13%, infection ORL 21,62%, autre 9,01%, contraception 8,11%, traumatisme lié au sport 4,5%, psychologique 1,8%.

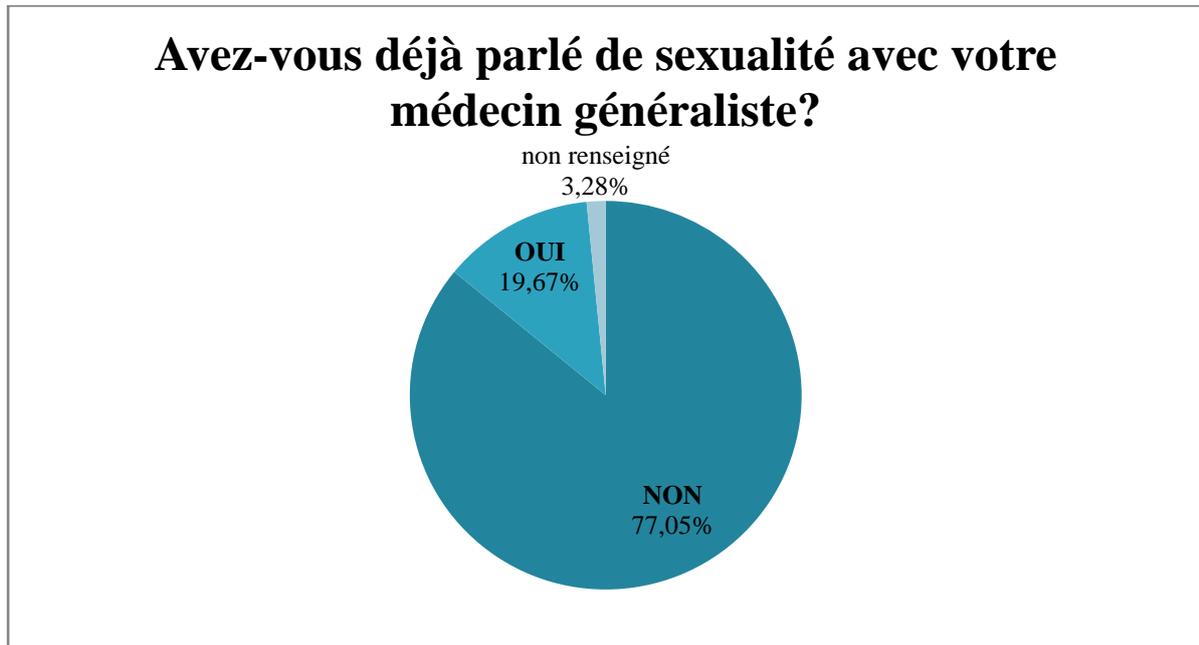
Pour les garçons : certificat de sport 35,16%, infection ORL 25,27%, vaccinations 16,48%, autre 12,09%, traumatisme lié au sport 8,8%, psychologique 2,20%, contraception 0%.

D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** pour les motifs de consultation :

- certificat : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,96, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- ORL : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,61, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- vaccination : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 1,65, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- psychologique : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,20, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- traumatisme sportif : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 1,24, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **contraception : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 2,78, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- autre : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,71, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.8. Ont-ils parlé de sexualité ?

Tous sexes confondus :



Pour les filles : non à 67,24%, oui à 27,59%, non renseigné à 5,17%.

Pour les garçons : non à 85,94%, oui à 12,5%, non renseigné à 1,56%.

D'après le test Z pour 2 proportions, **il y a une différence significative** au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** à la question avez-vous parlé de sexualité avec votre médecin généraliste (oui : valeur de l'écart-réduit : 2,09, au seuil de 5% soit la valeur 1,96% ; non : valeur de l'écart-réduit : 2,45, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.9. Les freins à parler de sexualité avec leur médecin généraliste

Tous sexes confondus: 169 freins au total :

Médecin de famille	Présence parents	Regard médecin	Parle parents	Timidité	Médecin femme	Médecin homme
28(16,57%)	28(16,57%)	14(8,28%)	26(15,38%)	54(31,95%)	3(1,78%)	16(9,57%)

Pour les filles : 102 freins et pour les garçons : 67 freins :

	Médecin de famille	Présence parents	Regard médecin	Parle parents	Timidité	Médecin femme	Médecin homme
FILLES	16 (15,69%)	19 (18,62%)	6 (5,88%)	16 (15,69%)	29 (28,43%)	0 (0%)	16 (15,69%)
GAR-CONS	12 (17,91%)	9 (13,43%)	8 (11,94%)	10 (14,93%)	25 (37,31%)	3 (4,48%)	0 (0%)

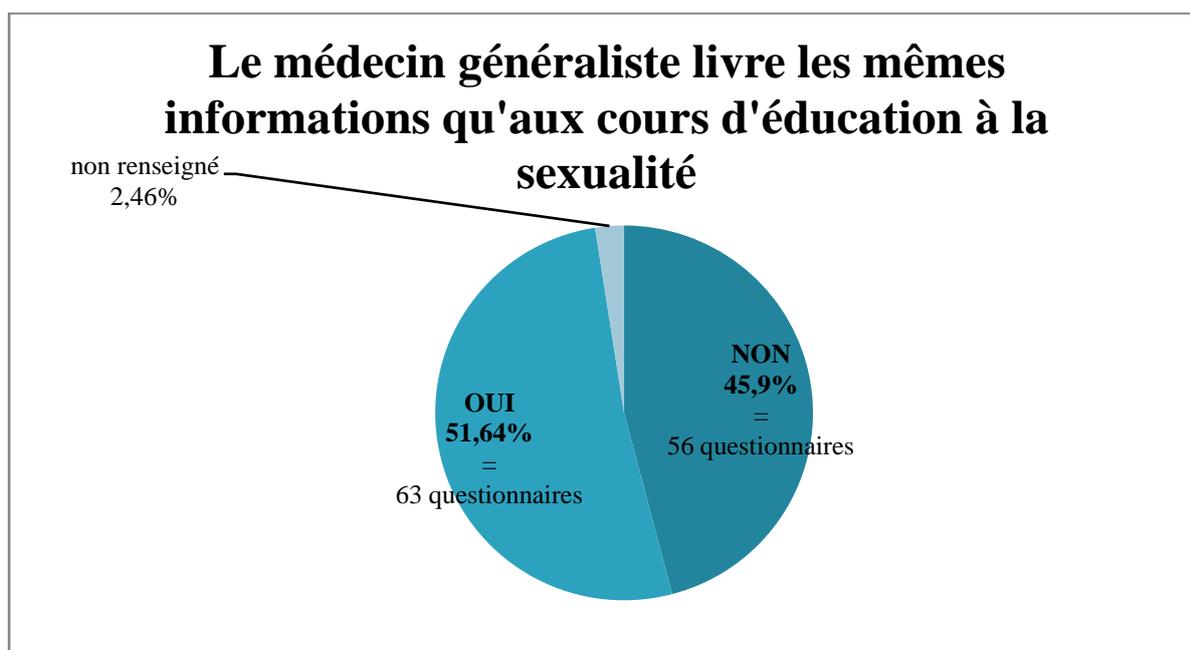
D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** à la question des freins à parler de sexualité :

- c'est le médecin de famille : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,38, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- la présence des parents à toutes les consultations : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,89, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- la peur du regard du médecin : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 1,40, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- la peur qu'il/elle en parle à vos parents : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,13, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- votre timidité : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 1,21, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **c'est une femme : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 2,16, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;

- **c'est un homme : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 3,41, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.10. Le médecin généraliste livre les mêmes informations qu'aux cours d'éducation à la sexualité au collège/lycée

Tous sexes confondus:



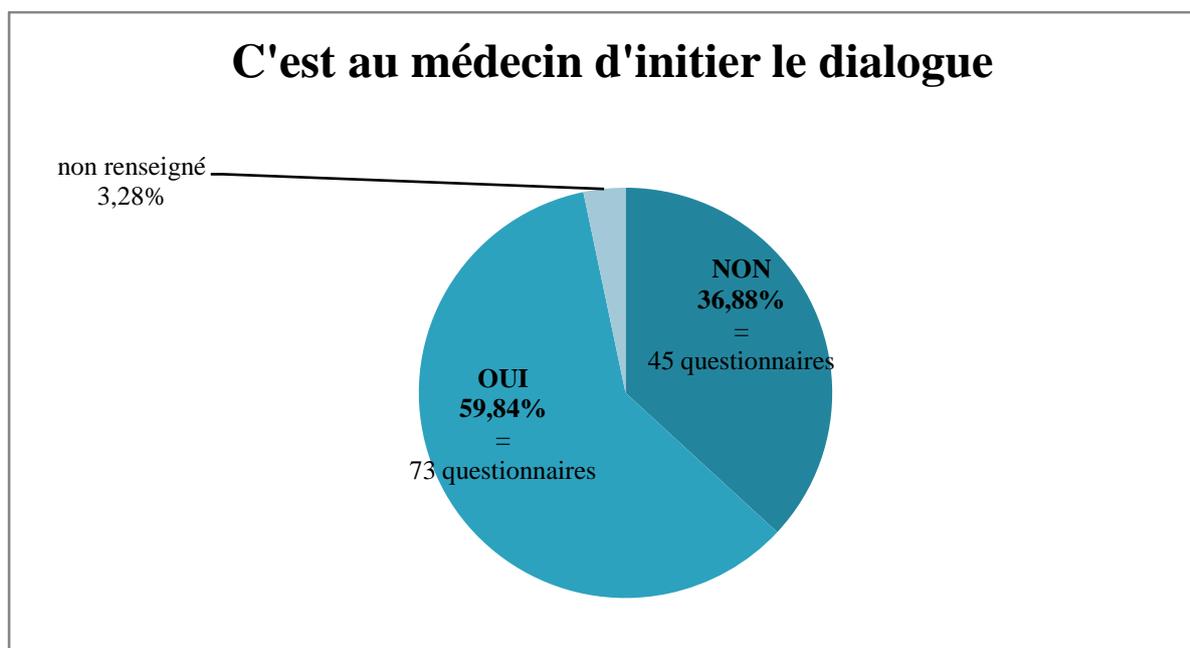
Pour les filles : oui à 56,9%, non à 39,65%, non renseigné à 3,45%.

Pour les garçons : non à 51,56%, oui à 46,88%, non renseigné à 1,56%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles à la question le médecin généraliste livre les mêmes informations qu'aux cours d'éducation sur la sexualité (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,11, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,32, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.11. C'est à leur médecin généraliste d'initier le dialogue

Tous sexes confondus :



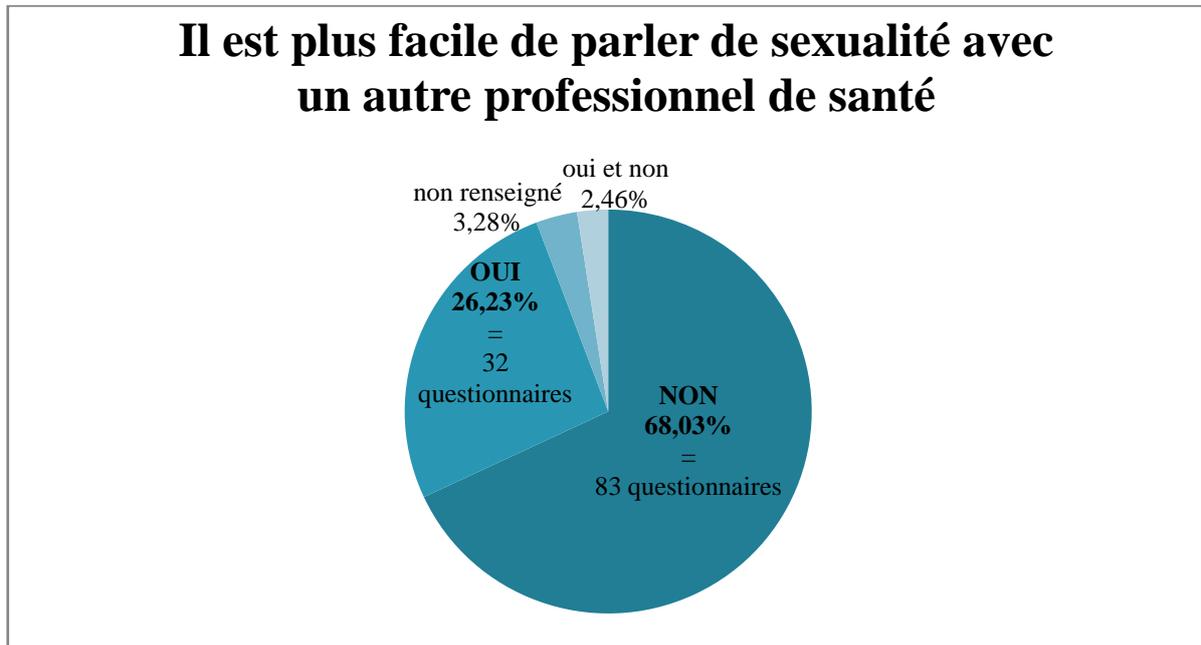
Pour les filles : oui à 63,79%, non à 32,76%, non renseigné à 3,45%.

Pour les garçons : oui à 56,25%, non à 40,625, non renseigné à 3,125%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles à la question c'est au médecin d'initier le dialogue (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,85, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 0,90, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.12. Il est plus facile de parler de sexualité avec un autre professionnel de santé

Tous sexes confondus :



Pour les filles : non à 58,63, oui à 34,48, non renseigné à 1,72%, oui et non à 5,17%.

Pour les garçons : non à 76,56%, oui à 18,75%, non renseigné à 4,69%, oui et non à 0%.

D'après le test Z pour 2 proportions, **il y a une différence significative** au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** à la question d'un autre professionnel de santé (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,97, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 2,12, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

Type de professionnel de santé :

Tous sexes confondus: 61 réponses au total :

	IDE				
Même sexe	scolaire	ESJ/PF	Gynécologue	Urologue	Sexologue
16,39%	9,84%	24,59%	34,43%	0%	14,75%

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ; ESJ/PF : Espace santé jeunes/ Planning familial

Pour les filles : 45 réponses, pour les garçons : 16 réponses :

	IDE					
	Même sexe	scolaire	ESJ/PF	Gynécologue	Urologue	Sexologue
FILLES	20%	8,89%	17,78%	44,44%	0%	8,89%
GARCONS	6,25%	12,5%	43,75%	6,25%	0%	31,25%

D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** à la question d'un autre professionnel de santé :

- du même sexe : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 1,28, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- d'une IDE scolaire : il n'y a pas de différence significative (valeur de l'écart-réduit : 0,42, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **ESJ/PF : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 2,07, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **d'un gynécologue : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 2,76, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **d'un sexologue : il y a une différence significative** (valeur de l'écart-réduit : 2,17, au seuil de 5% soit la valeur 1,96).

Si on retire les 3 oui/non, tous sexes confondus: 53 réponses au total :

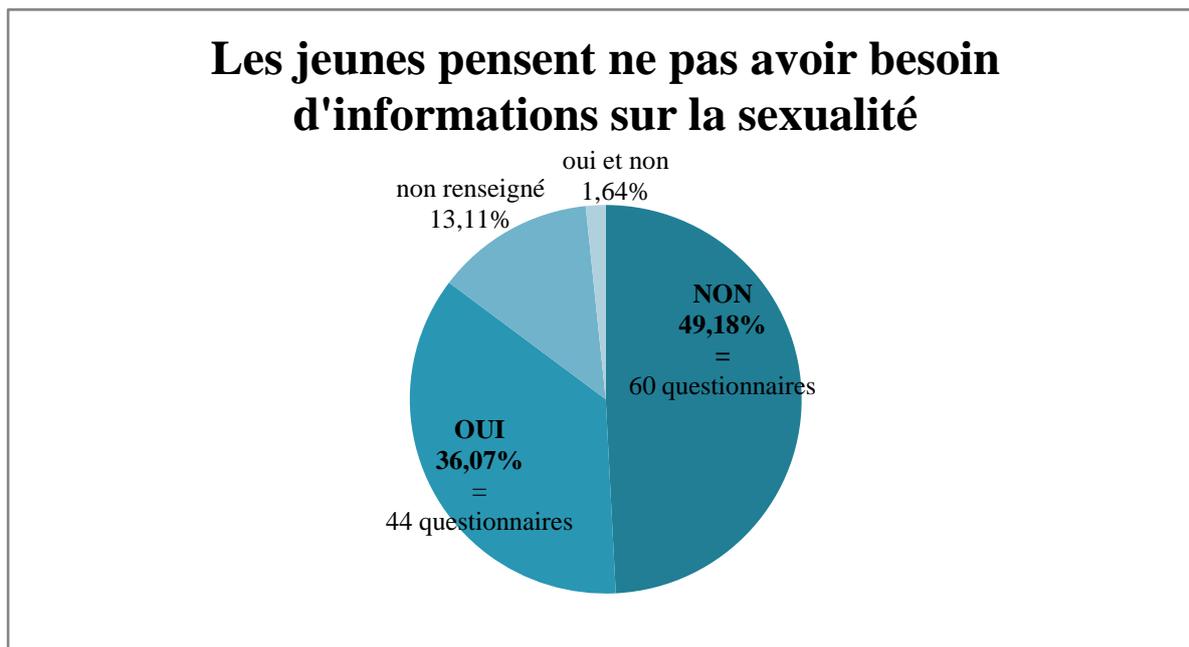
Même sexe	IDE scolaire	ESJ/PF	Gynécologue	Urologue	Sexologue
16,98%	11,32%	24,53%	30,19%	0%	16,98%

Réponse non à la question d'une plus grande facilité de parler à un autre professionnel de santé et

- gynécologue entouré : 4 filles ;
- espace santé jeunes/planning familial entouré : 1 fille ;
- médecin du même sexe entouré : 1 garçon ;
- gynécologue entouré et espace santé jeunes/planning familial entouré : 1 fille.

III.13. Les jeunes pensent ne pas avoir besoin d'informations sur la sexualité

Tous sexes confondus :



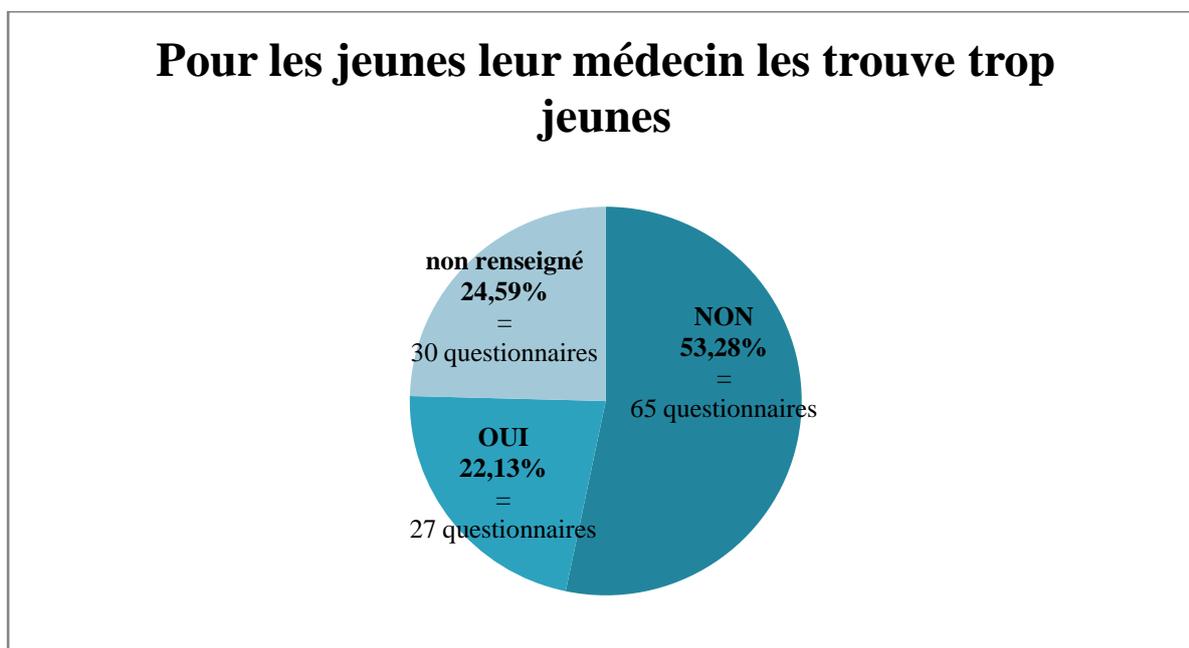
Pour les filles : non à 56,9%, oui à 29,31%, non renseigné à 13,79%, oui et non à 0%.

Pour les garçons : non à 42,19%, oui à 42,19%, non renseigné à 12,5%, oui et non à 3,12%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles à la question de leur besoin d'informations sur la sexualité (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,48, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,62, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.14. Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il les trouve trop jeune

Tous sexes confondus :



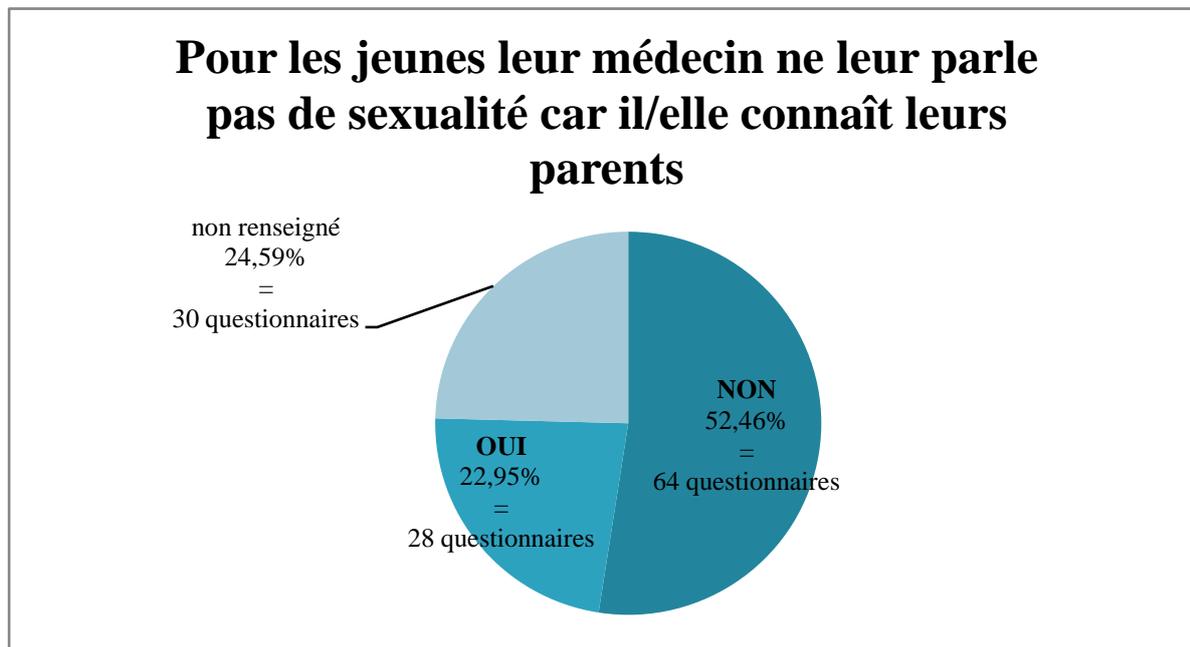
Pour les filles : non à 51,72%, oui à 22,41%, non renseigné à 25,86%.

Pour les garçons : non à 54,69%, oui à 21,87%, non renseigné à 23,44%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles, sur la question leur médecin les trouve trop jeune pour parler de sexualité (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,07, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 0,33, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.15. Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle connaît leurs parents

Tous sexes confondus : non à 52,46%, oui à 22,95%, non renseigné à 24,59%.



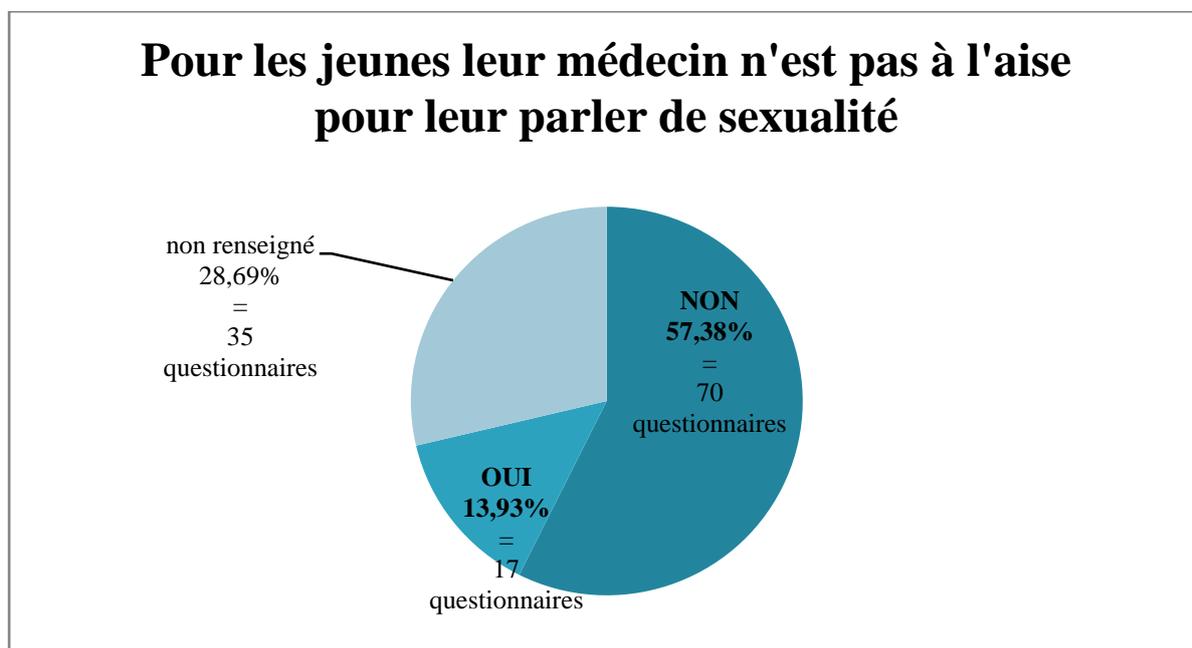
Pour les filles : non à 53,45%, oui à 18,96%, non renseigné à 27,59%.

Pour les garçons : non à 51,56%, oui à 26,56%, non renseigné à 21,88%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles, sur la question de la connaissance de leurs parents par leur médecin généraliste (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,0, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit 0,21, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.16. Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle n'est pas à l'aise sur le sujet

Tous sexes confondus :



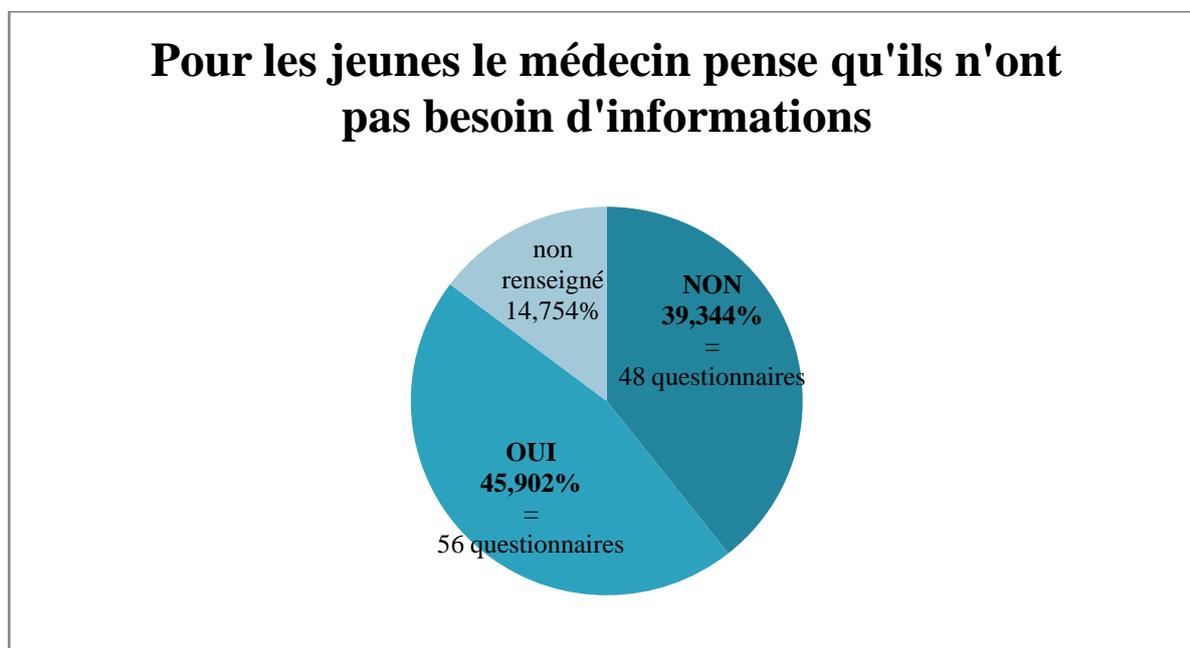
Pour les filles : non à 56,9%, oui à 15,52%, non renseigné à 27,58%.

Pour les garçons : non à 57,81%, oui à 12,5%, non renseigné à 29,69%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles, sur le fait que leur médecin soit à l'aise ou non au sujet de la sexualité (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,48, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 0,10, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.17. Pour les jeunes leur médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle pense qu'ils n'ont pas besoin d'information sur ce sujet

Tous sexes confondus :



Pour les filles : oui à 34,48%, non à 44,83%, non renseigné à 20,69%.

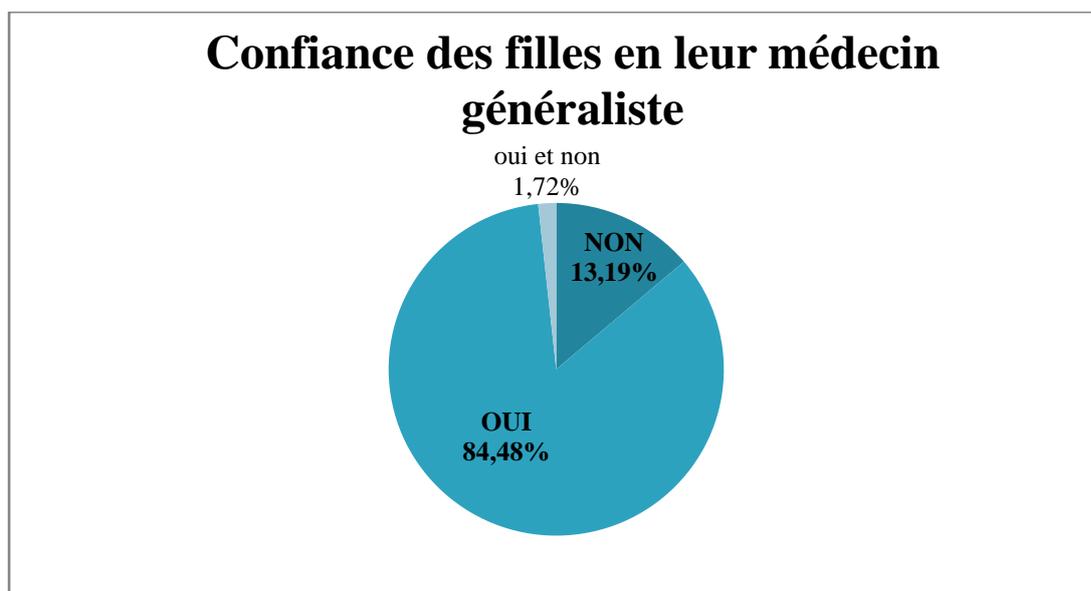
Pour les garçons : oui à 56,25%, non à 34,375%, non renseigné à 9,375%.

D'après le test Z pour 2 proportions, il y a une **différence significative** au risque de première espèce 0,005 **entre les garçons et les filles** sur leur besoin d'informations selon leur médecin **pour oui mais il n'y a pas de différence significative pour non** (oui : valeur de l'écart-réduit : 2,41, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,18 au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

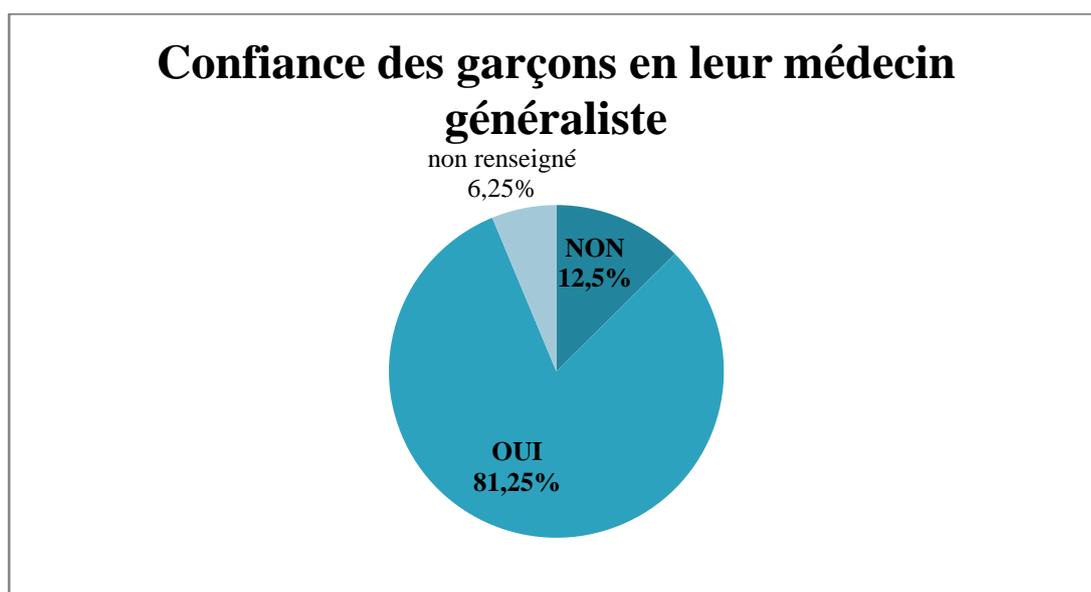
III.18. Les jeunes interrogés ont un médecin généraliste (médecin traitant) en qui ils ont confiance

Tous sexes confondus : oui à 82,79%, non à 13,11%, non renseigné à 3,28%, oui et non à 0,82%.

Pour les filles :



Pour les garçons :



D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 entre les garçons et les filles sur la confiance en leur médecin généraliste (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,47, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non valeur de l'écart-réduit : 0,21 au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

III.19. Résultats des questions en miroir

- Résultats peur du jeune que le médecin généraliste en parle à leurs parents avec le médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle connaît leurs parents

Nombre de patients	MG connaît parents			Total général
	Non	Oui	NR	
<i>Peur parle parents</i>				
<i>Non</i>	51(41,8%)	20(16,4%)	25(20,5%)	96
<i>Oui</i>	13(10,7%)	8(6,5%)	5(4,1%)	26
Total général	64	28	30	122

NR : non renseigné ; MG : médecin généraliste

- Résultats médecin de toute la famille avec le médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle connaît leurs parents :

Nombre de patients	MG connaît parents			Total général
	Non	Oui	NR	
<i>Médecin de famille</i>				
<i>Non</i>	52(42,6%)	15(12,3%)	27(22,1%)	94
<i>Oui</i>	12(9,8%)	13(10,7%)	3(2,5%)	28
Total général	64	28	30	122

NR : non renseigné ; MG : médecin généraliste

- Résultats le jeune pense ne pas avoir besoin d'informations avec le médecin généraliste ne leur parle pas de sexualité car il/elle pense qu'ils n'ont pas besoin d'informations sur ce sujet :

Nombre de patients <i>Jeune pas besoin informations</i>	MG pas besoin informations			Total général
	Non	Oui	NR	
<i>Non</i>	33(27,1%)	21(17,2%)	6(4,9%)	60
<i>Oui</i>	12(9,8%)	25(20,5%)	7(5,8%)	44
<i>NR</i>	2(1,6%)	10(8,2%)	4(3,3%)	16
<i>O/N</i>	1(0,8%)		1(0,8%)	2
Total général	48	56	18	122

NR : non renseigné ; O/N : oui et non ; MG : médecin généraliste

- Résultats peur que le médecin généraliste en parle à leurs parents et c'est le médecin de famille avec le médecin généraliste ne vous parle pas de sexualité car il/elle connaît leurs parents :

Nombre de patients Peur parle parents ET médecin de famille	MG connaît parents			Total général
	Non	Oui	NR	
Non	51	20	25	96
<i>non</i>	41(33,6%)	10(8,2%)	23(18,9%)	74
<i>oui</i>	10(8,2%)	10(8,2%)	2(1,6%)	22
Oui	13	8	5	26
<i>non</i>	11(9%)	5(4,1%)	4(3,3%)	20
<i>oui</i>	2(1,6%)	3(2,5%)	1(0,8%)	6
Total général	64	28	30	122

NR : non renseigné ; MG : médecin généraliste

III.20. Résultats des questions croisées

- Avez-vous un médecin généraliste (médecin traitant) en qui vous avez confiance
croisée avec Avez-vous parlé de sexualité avec votre médecin généraliste :

Nombre de patients	Confiance en MG				Total général
	Non	Oui	NR	O/N	
<i>Parler sexualité</i>					
<i>Non</i>	14(11,5%)	75(61,4%)	4(3,3%)	1(0,8%)	94
<i>Oui</i>	1(0,8%)	23(18,9%)			24
<i>NR</i>	1(0,8%)	3(2,5%)			4
Total général	16	101	4	1	122

NR : non renseigné ; O/N : oui et non ; MG : médecin généraliste

- Résultats motif de consultation contraception avec avez-vous parlé de sexualité :

Nombre de patients	Parler sexualité			Total général
	Non	Oui	NR	
<i>Contraception</i>				
<i>Non</i>	91(74,6%)	19(15,5%)	3(2,5%)	113
<i>Oui</i>	3(2,5%)	5(4,1%)	1(0,8%)	9
Total général	94	24	4	122

NR : non renseigné

- Résultats selon le sexe du jeune, le sexe du médecin et parler avec médecin du même sexe qu'eux :

Fille+c'est un médecin homme+parler avec médecin du même sexe :

Nombre de patients	Médecin du même sexe		Total général
	Non	Oui	
<i>Médecin homme</i>			
<i>Non</i>	37(63,8%)	5(8,6%)	42
<i>Oui</i>	12(20,7%)	4(6,9%)	16
Total général	49	9	58

Garçon+c'est un médecin femme+parler avec médecin du même sexe :

Nombre de patients		Médecin du même sexe			Total général
Médecin femme		Non	Oui	NR	
Non		59(92,1%)	1(1,6%)	1(1,6%)	61
Oui		3(4,7%)			3
Total général		62	1	1	64

NR : non renseigné

- Résultats parler avec médecin du même sexe qu'eux et c'est un médecin femme :

Nombre de patients		Médecin femme		Total général
Même sexe		Non	Oui	
Non		108(88,5)	3(2,5%)	111
Oui		10(8,2%)		10
NR		1(0,8%)		1
Total général		119	3	122

NR : non renseigné

- Résultats parler avec médecin du même sexe qu'eux et c'est un médecin homme :

Nombre de patients		Médecin homme		Total général
Même sexe		Non	Oui	
Non		99(81,2%)	12(9,8%)	111
Oui		6(4,9%)	4(3,3%)	10
NR		1(0,8%)		1
Total général		106	16	122

NR : non renseigné

- Résultats selon le sexe du jeune, parler avec médecin du même sexe qu'eux et selon le sexe du médecin (médecin femme ou homme) :

Nombre de patients	Même sexe entouré ET médecin femme entouré	Même sexe entouré ET médecin homme entouré	
Sexe du jeune			
F		0	4
H		0	0
Total		0	4

F : fille ; H : garçon

III.21. Résultats selon les médecins

1) Confiance :

Nombre de patients	Confiance				Total général
	Cabinets	Non	Oui	NR	
A	2	4			6
B	2	19	1		22
C	3	16		1	20
D	2	11	1		14
E	3	8			11
F	1	18			19
G	1	6	1		8
H	1	12	1		14
I	1	7			8
Total général	16	101	4	1	122

NR : non renseigné ; O/N : oui et non ; de A à D : cabinets dans Paris intra-muros, de E à I : cabinet en banlieue

2) Parler de sexualité :

Nombre de patients	Parler sexualité			Total général
	Cabinets	Non	Oui	
A	4	2		6
B	20	1	1	22
C	14	4	2	20
D	13	1		14
E	8	3		11
F	15	3	1	19
G	8			8
H	8	6		14
I	4	4		8
Total général	94	24	4	122

NR : non renseigné ; O/N : oui et non ; de A à D : cabinets dans Paris intra-muros, de E à I : cabinet en banlieue ; cabinets G et I : 1 sexologue ; cabinet I réseau ville/hôpital pour l'IVG ; cabinet E centre IVG

3) Confiance et parler de sexualité :

Nombre de patients Cabinets	Confiance Non Parler sexualité				Total	Confiance Oui Parler sexualité			Total	Confiance NR Parler sexualité		Total général
	N	O	NR	O/N		Non	Oui	Non		Oui		
A	2	2			4		2	2			6	
B	2	17	1		20		1	1		1	22	
C	1	12		1	14	1	3	4	1	1	20	
D	2	10	1		13		1	1			14	
E	3	5			8		3	3			11	
F	1	14			15		3	3		1	19	
G	1	6	1		8						8	
H	1	6	1		8		6	6			14	
I	1	3			4		4	4			8	
Total général	14	75	4	1	94	1	23	24	1	3	122	

N : non ; O : oui ; NR : non renseigné ; O/N : oui et non ; de A à D : cabinets dans Paris intra-muros, de E à I : cabinet en banlieue ; cabinets G et I : 1 sexologue ; cabinet I réseau ville/hôpital pour l'IVG ; cabinet E centre IVG

III.22. Résultats selon les cabinets

1) Selon l'âge moyen du cabinet :

a) Réponse aux questionnaires (questionnaires exploitables) :

<50ans : 3 cabinets : 38, 45 et 48 ans d'âge moyen : 25 questionnaires au total soit 20,49%.

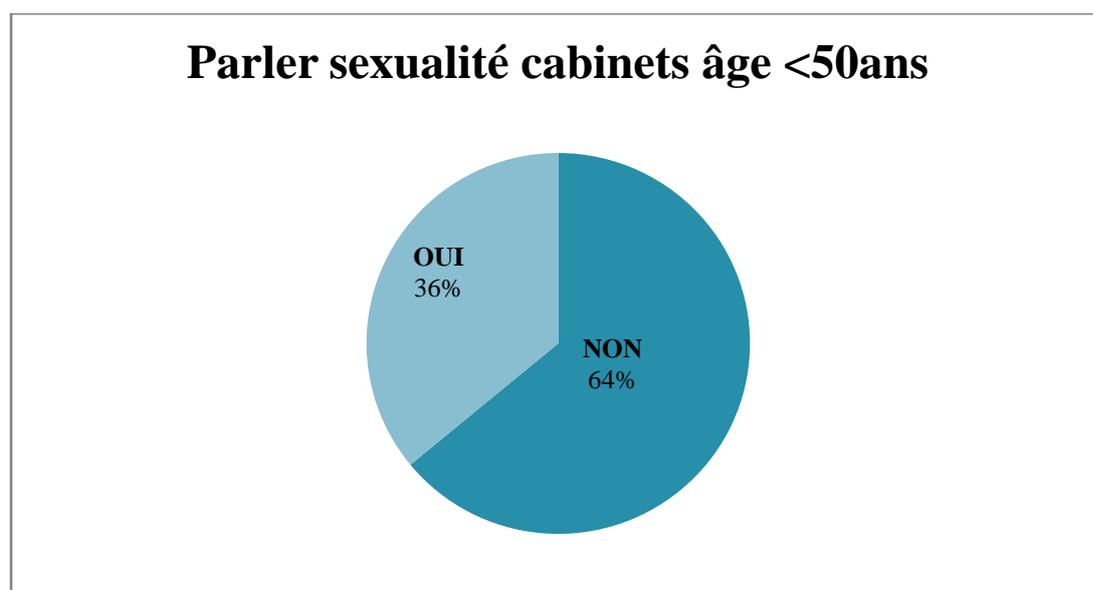
50-55ans : 3 cabinets : 50, 51 et 52 ans d'âge moyen : 56 questionnaires au total soit 45,90%.

>55ans : 3 cabinets : 56,7, et 2 cabinets de 57 ans d'âge moyen : 41 questionnaires au total soit 33,61%.

b) Les jeunes ayant parlé de sexualité :

Cabinets moyenne d'âge <50ans :

Parler sexualité Cabinets<50ans	Nombre de patients		
	Non	Oui	Total
A (45ans)	4	2	6
E (38ans)	8	3	11
I (48 ans)	4	4	8
Total général	16	9	25

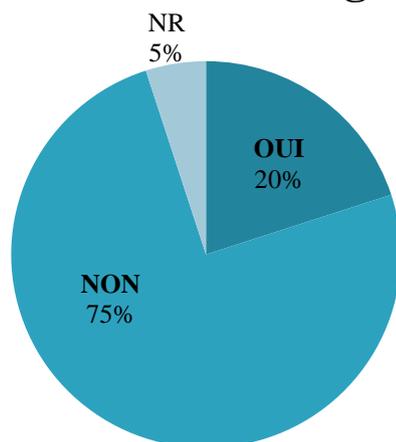


Cabinets moyenne d'âge 50-55ans :

Parler sexualité Cabinets 50-55ans	Nombre de patients			
	Non	Oui	NR	Total
B (52ans)	20	1	1	22
C (50 ans)	14	4	2	20
H (51 ans)	8	6		14
Total général	42	11	3	56

NR : non renseigné

Parler sexualité cabinet âge 50-55ans

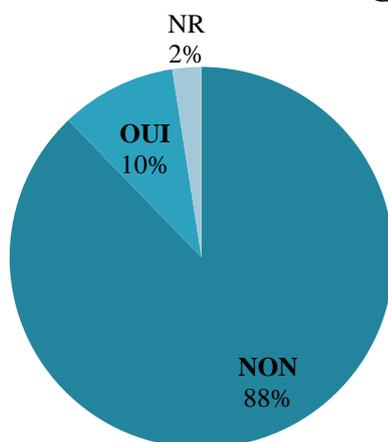


Cabinets moyenne d'âge >55ans :

Parler sexualité Cabinets >55ans	Nombre de patients			Total
	Non	Oui	NR	
D (57 ans)	13	1		14
F (57 ans)	15	3	1	19
G (56,7ans)	8			8
Total général	36	4	1	41

NR : non renseigné

Parler sexualité cabinets âge >55ans



D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 pour parler de sexualité :

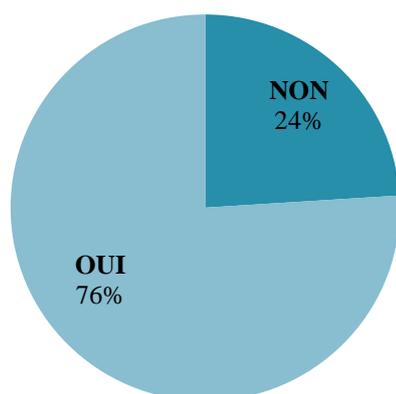
- entre les cabinets <50ans et 50-55ans : il n'y a pas de différence significative (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,58, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non: valeur de l'écart-réduit : 1,01, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- **entre les cabinets <50ans et >55ans : il y a une différence significative** (oui : valeur de l'écart-réduit : 2,60, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 2,29, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre les cabinets 50-55ans et >55ans : il n'y a pas de différence significative (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,33, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,57, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

c) Confiance des jeunes en leur médecin :

Cabinets moyenne d'âge <50ans :

Confiance Cabinets <50ans	Nombre de patients		
	Non	Oui	Total
A (45ans)	2	4	6
E (38ans)	3	8	11
I (48 ans)	1	7	8
Total général	6	19	25

Confiance cabinets âge <50ans

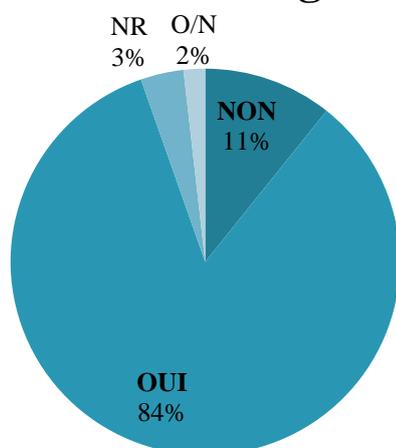


Cabinets moyenne d'âge 50-55ans :

Confiance	Nombre de patient				
	Non	Oui	NR	O/N	Total
Cabinets 50-55ans					
B (52ans)	2	19	1		22
C (50 ans)	3	16		1	20
H (51 ans)	1	12	1		14
Total général	6	47	2	1	56

NR : non renseigné ; O/N : oui et non

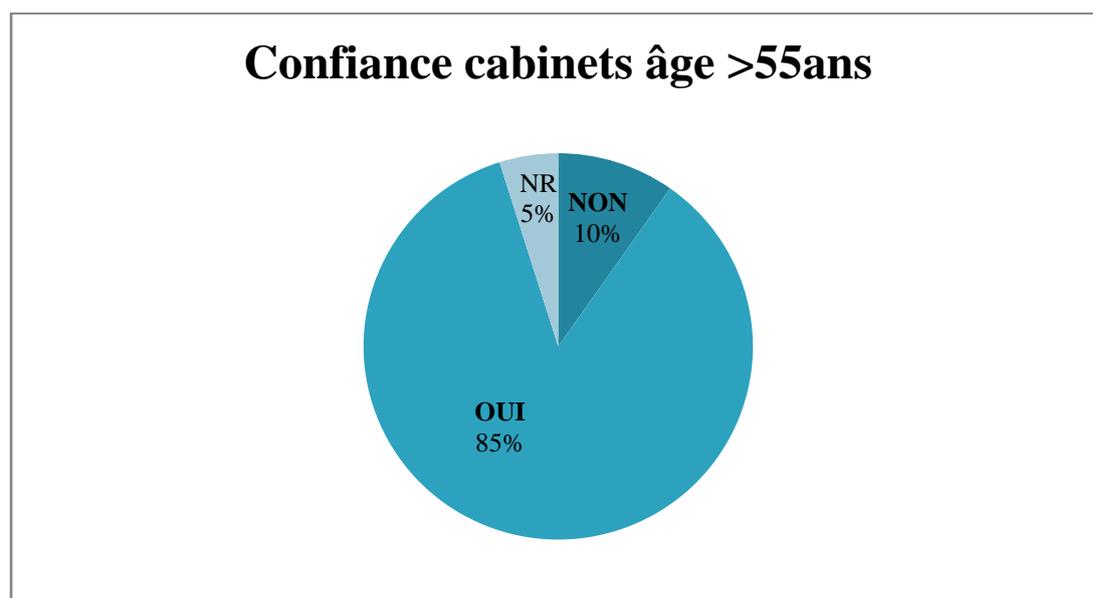
Confiance cabinets âge 50-55ans



Cabinets moyenne d'âge >55ans :

Confiance Cabinets >55ans	Nombre de patients			Total
	Non	Oui	NR	
D (57 ans)	2	11	1	14
F (57 ans)	1	18		19
G (56,7ans)	1	6	1	8
Total général	4	35	2	41

NR : non renseigné



D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 sur la confiance des jeunes en leur médecin généraliste :

- entre les cabinets <50ans et 50-55ans : il n'y a pas de différence non significative (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,85, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non: valeur de l'écart-réduit : 1,55, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre les cabinets <50ans et >55ans : il n'y a pas de différence significative (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,96, au seuil de 5 % soit la valeur 1,57 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,57, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre les cabinets 50-55ans et >55ans : il n'y a pas de différence significative (oui : valeur de l'écart-réduit : 0,19, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 0,15, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

2) Selon l'exercice de femme dans le cabinet :

a) Réponse aux questionnaires (questionnaires retenus pour l'étude) :

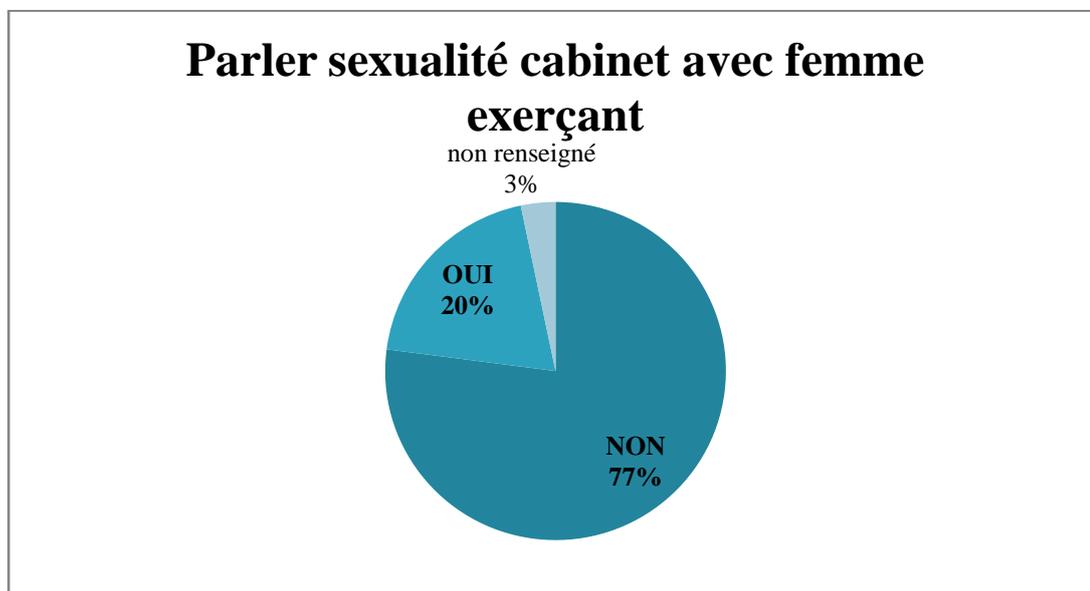
- Cabinets avec une/des femmes exerçant : 45 questionnaires sur 122 soit 36,89%.
- Cabinets exclusivement masculins : 77 questionnaires sur 122 soit 63,11%.

b) Les jeunes ayant parlé de sexualité :

Cabinets avec une/des femmes exerçant

Nombre de patients				
Cabinets	Non	Oui	NR	Total général
A	4	2		6
C	14	4	2	20
E	8	3		11
I	4	4		8
Total général	30	13	2	45

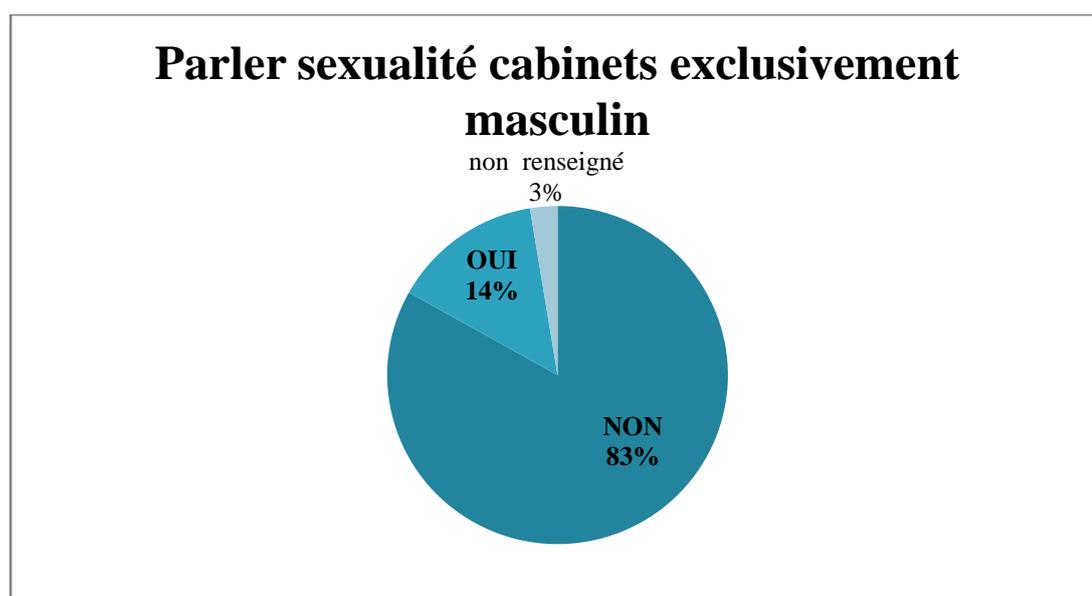
NR : non renseigné



Cabinets exclusivement masculins :

Nombre de patients				
Cabinets	Non	Oui	NR	Total général
B	20	1	1	22
D	13	1		14
F	15	3	1	19
G	8			8
H	8	6		14
Total général	64	11	2	77

NR : non renseigné



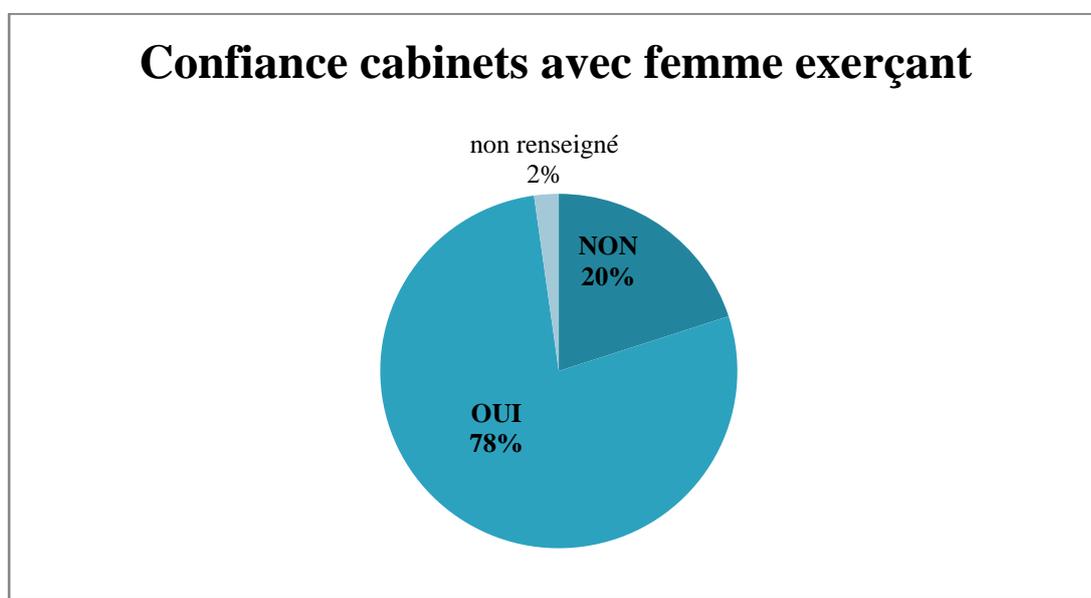
D'après le test Z pour 2 proportions, il y a une **différence significative** au risque de première espèce 0,005 pour le fait de **ne pas parler de sexualité selon la présence de femme ou non dans le cabinet** (valeur de l'écart-réduit : 2,08, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) **mais il n'y a pas de différence significative sur le fait de parler de sexualité** (valeur de l'écart-réduit : 1,96, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

c) Confiance des jeunes en leur médecin :

Cabinets avec une/des femmes exerçant :

Nombre de patients				Total général
Cabinets	Non	Oui	O/N	
A	2	4		6
C	3	16	1	20
E	3	8		11
I	1	7		8
Total général	9	35	1	45

O/N : oui et non

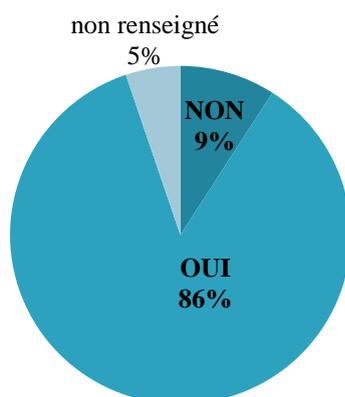


Cabinets exclusivement masculins :

Nombre de patients				Total général
Cabinets	Non	Oui	NR	
B	2	19	1	22
D	2	11	1	14
F	1	18		19
G	1	6	1	8
H	1	12	1	14
Total général	7	66	4	77

NR : non renseigné

Confiance cabinets exclusivement masculin



D'après le test Z pour 2 proportions, il n'y a pas de différence significative au risque de première espèce 0,005 pour la confiance des jeunes en leur médecin selon la présence de femme ou non dans le cabinet (oui : valeur de l'écart-réduit : 1,12, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; non : valeur de l'écart-réduit : 1,72, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

3) Selon l'exercice des médecins :

	IVG	Pilule-suivi grossesse	IVG +Pilule-suivi grossesse	Sexologue	Ni IVG ni pilule-suivi grossesse	Ni IVG ni sexologue ni pilule-suivi grossesse
Parler sexualité	Oui 7 (37%)	Oui 2 (33%)	Oui 9 (36%)	Oui 4 (25%)	Oui 15 (16%)	Oui 9 (11%)
	Non 12 (63%)	Non 4 (67%)	Non 16 (64%)	Non 12 (75%)	Non 78 (80%)	Non 70 (84%)
					Non renseigné 4 (4%)	Non renseigné 4 (5%)
Confiance en médecin généraliste	Oui 15 (79%)	Oui 4 (67%)	Oui 19 (76%)	Oui 13 (81%)	Oui 82 (85%)	Oui 70 (84%)
	Non 4 (21%)	Non 2 (33%)	Non 6 (24%)	Non 2 (13%)	Non 10 (10%)	Non 9 (11%)
				Non renseigné 1 6%	Non renseigné 4 (4%)	Non renseigné 3 (4%)
				Oui et Non 1 (1%)	Oui et Non 3 (4%)	

A noter : sur les 2 cabinets où exerce un sexologue il y en a 1 qui fait également partie d'un réseau ville/hôpital pour l'IVG.

D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 pour parler de sexualité:

- entre IVG et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse: **il y a une différence significative pour oui** (valeur de l'écart-réduit : 2,17, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) **mais pas pour non** : valeur de l'écart-réduit : 1,65, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre Pilule-suivi grossesse et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse: il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 1,14, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 0,81, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;

- entre IVG+Pilule-suivi grossesse et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse : il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 2,30, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 1,74, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre sexologue et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse ni sexologue : il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 1,44, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 1,44, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

D'après le test Z pour 2 proportions, au risque de première espèce 0,005 pour la confiance des jeunes en leur médecin généraliste :

- entre IVG et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse: il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 0,60, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 1,31, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre Pilule-suivi grossesse et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse: il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 1,14, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 1,71, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre IVG+Pilule-suivi grossesse et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse : il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 1,01, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 1,81, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96) ;
- entre sexologue et ni IVG ni Pilule-suivi de grossesse ni sexologue : il n'y a pas de différence significative (pour oui : valeur de l'écart-réduit : 0,21, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96 ; pour non : valeur de l'écart-réduit : 0,21, au seuil de 5 % soit la valeur 1,96).

IV. DISCUSSION

IV.1. Les limites et les biais de l'étude

1) Les limites de l'étude

- **Le faible taux de participation des médecins** (17%), ne garantit pas la représentativité des cabinets retenus et peut introduire un biais de sélection.
- **Le nombre insuffisant de questionnaires à analyser** ne nous permet pas d'atteindre notre objectif.

Cela s'explique en partie par le **faible taux de fréquentation médicale des 15-18 ans**, comme l'atteste aussi la bibliographie.

« Les adolescents sont et se déclarent en bonne santé »²⁵ d'après le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques (DRESS) : plus de 9 jeunes sur 10 âgés de 15 à 24 ans se déclarent en « bonne » ou en « très bonne » santé en 2009-2010, comme le soulignait déjà le Haut Rapport de Santé Publique en 2002. Cependant les adolescents rencontrent les médecins. « Concernant les visites chez un médecin, 80,7% des 12-25 ans en déclarent au moins une dans l'année pour une moyenne de 2,3 visites annuelles »²⁶ d'après l'INPES, soit respectivement de 2,1 en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles²⁷ d'après Philippe Binder.

L'autre explication du faible nombre de questionnaires recueillis : **l'étude a été limitée dans le temps** à la demande des secrétaires ou des médecins.

²⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé Muriel Moisy. p.35 à 50

²⁶ Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.

²⁷ Binder Philippe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005. n°55. p.1073-1077

Après les 4 premiers mois d'enquête, le nombre de questionnaire remis était très faible (estimation demandée auprès des secrétaires selon le nombre de questionnaires restants).

- Des **erreurs de remplissage** du questionnaire ont été induites par:
 - la mise en page du questionnaire limitée à une page ;
 - la formulation du questionnaire
 - l'absence de test du questionnaire auprès d'adolescents avant l'étude. Il a été testé uniquement auprès d'adultes.

7 jeunes n'ont pas entouré oui pour la plus grande facilité de parler à un autre professionnel de santé et ont entouré le gynécologue, l'espace santé jeunes/planning familial ou un médecin du même sexe qu'eux.

Les réponses étaient parfois non entourées mais cochées ou barrées. Ces réponses ont été comptabilisées dans l'étude (non exclues de l'étude).

A la question « Pensez-vous ne pas avoir besoin d'informations sur la sexualité », aucune réponse n'a été recueillie dans 13,11% des cas alors que tout le reste du questionnaire était rempli.

- Il n'y a **pas de questions ouvertes** dans le questionnaire. On pourrait envisager un focus group pour affirmer ou infirmer nos résultats.

2) Les biais de l'étude

- La **gestion** des questionnaires a été faite **par** les **secrétariats des cabinets** inclus dans l'étude
 - la remise et la collecte des questionnaires leur ont été déléguées ;
 - les patients ne passent pas nécessairement au secrétariat avant leur consultation, selon les heures d'ouverture et la disposition du secrétariat ;

- certains médecins ont remis quelques questionnaires en mains propres. Cette part des questionnaires récupérés est non quantifiable.
- Un **biais géographique** : les cabinets ont été **exclusivement** recrutés en **Ile-de-France**, en **zone urbaine** (accès à des structures ESJ/PF contrairement aux zones rurales).
- Un **biais de recrutement** a été induit par une étude effectuée en **début d'année scolaire**.

Il y a une majorité de consultation pour des certificats de sport, qui explique qu'autant de garçons que de filles aient rempli le questionnaire.

D'après la recherche bibliographique :

- les filles consultent plus souvent un médecin généraliste que les garçons (78% contre 72%)²⁸ ;
- les motifs de consultation les plus fréquents sont les infections des voies respiratoires supérieures puis les « motifs administratifs et sociaux », la prévention et la contraception, les plaintes d'ordre général, ostéoarticulaires et digestives et enfin les consultations pour un motif psychologique d'après l'INPES et Philippe Binder.

IV.2. Le dialogue sur la sexualité et les campagnes de prévention

Les 3/4 des adolescents de notre étude n'ont jamais parlé de sexualité avec leur médecin généraliste. Ce résultat est **contrasté entre les filles et les garçons** : 1 fille sur 4 et 1 garçon sur 8 a eu ce dialogue. Ce qui peut s'expliquer par des entretiens sur la contraception exclusivement avec des filles, comme le souligne l'INPES²⁹ : « les adolescentes sont plus enclines que les garçons à parler des questions relatives à la contraception », les garçons

²⁸ Rufo.M, Choquet.M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Edition Anne Carrière 2007. 510 p. 978-2-8433-7453-1

²⁹ Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.

restant les éternels absents de l'information sur la contraception. Mais d'après notre étude les adolescentes ne perçoivent pas systématiquement la contraception comme partie intégrante de la sexualité. Sur 9 adolescentes ayant répondu la contraception comme motif de consultation, 3 « n'ont pas parlé de sexualité avec leur médecin généraliste ». On peut s'interroger sur le sens qu'elles donnent au mot sexualité.

Un tiers des filles pour un cinquième des garçons pense qu'il est plus facile de parler de sexualité avec un autre professionnel de santé que le médecin généraliste. Les filles trouvent un interlocuteur privilégié en la personne du gynécologue, quant aux garçons c'est l'ESJ/PF et le sexologue qui remportent leur suffrage. Ces résultats confortent pour les filles la thèse de Amaoua Yaël³⁰ sur le dialogue sur la contraception, la sexualité et les IST entre les adolescents et le médecin généraliste, contrairement aux garçons dont les résultats indiquaient le sexologue et l'urologue comme interlocuteurs privilégiés. Mais dans la réalité qu'en est-il au vu des prix des consultations de ces spécialistes ? Serait-ce une déclaration purement formelle ?

La mise en avant par plus de 4 garçons sur 10, de l'ESJ/PF correspond elle à une avancée de l'information ? Les garçons consultent-ils plus dans des lieux anonymes et gratuits ?

Ceci est peut-être le résultat des **campagnes** menées par l'INPES :

- en 2007, « *la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit* » ;
- en 2008, « *Vous ne pouvez pas parler de contraception autour de vous ? Parlez-en avec nous* » ;

Les campagnes de 2007 et 2008 étaient grand public avec des interventions spécifiques en direction des adolescents, des départements d'outre mer (Antilles-Guyane), des professionnels de santé et des relais.

³⁰ Amaoua Yaël. Contraception-sexualité-MST : Comment les adolescents entendent le dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université de Paris 7, 2001. 78 f.

- en 2009, « *Faut-il que les hommes tombent enceintes pour que la contraception nous concerne tous ?* »,

la population ciblée était les 18-30 ans ;

- en 2010
 - « *Contraception : filles et garçons, tous concernés !* »,

l'opération était destinée aux 13-19 ans ;

- « *Lova & Lova* »,

les informations étaient orientées vers les jeunes Antillais et Guyanais.

Cette campagne est rediffusée depuis le 1^{er} avril 2011.

- en 2011, « *Des millions de gens sont porteurs d'une IST sans le savoir, faites-vous dépister, parlez-en à votre médecin* »,

les individus visés sont les 15 à 30 ans.

D'après un rapport de l'Assemblée Nationale³¹, ces campagnes « ont bénéficié de bons scores auprès des jeunes de 15 à 19 ans en termes de reconnaissance et d'incitation à modifier leurs comportements [...] les résultats varient d'une campagne à l'autre, d'un sexe à l'autre – les jeunes filles et les femmes sont davantage touchées par ces campagnes – ou d'une région à l'autre ». Leur impact sur le long terme n'a pas été quantifié.

Les sondages menés par l'INPES après les campagnes indiquent que :

- « en 2007, parmi les jeunes (un sur cinq) ayant reconnu la brochure « *Questions d'ado* », diffusée à plus de 900 000 exemplaires, [...] 48 % se sentaient davantage en mesure de parler de leur sexualité avec leur médecin et 40 % avec leurs parents ;

³¹ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

- en 2008, [sur] 47 % de jeunes se souvenant de la campagne d'information, 23 % avaient été incités à parler de contraception avec un gynécologue, 17 % avec un généraliste et 11 % à appeler « Fil Santé Jeunes » ;
- en 2009, les 34 % de jeunes ayant le souvenir de la campagne ont été davantage marqués que dans les campagnes précédentes et ont ressenti le besoin de modifier leur comportement, 62 % se sentant davantage concernés par leur propre contraception, 51 % souhaitant en parler avec leur entourage et 41 % voulant se renseigner sur les différentes méthodes contraceptives existantes ;
- en 2010, la campagne a été reconnue par un jeune sur deux qui en a discuté avec son entourage. Parmi eux, 64 % des garçons de 13 à 19 ans ont été incités à respecter et à écouter davantage leur petit(e) ami(e) et 60 % des jeunes de 15 à 19 ans à utiliser un préservatif »³².

Alexandra Guyot-Jacquet ³³ a fait une thèse sur l'étude des connaissances sur la contraception et les IST auprès d'élèves de 4^{ème} (13-15 ans) avant et après une intervention. Sa thèse montre l'importance des campagnes de prévention pour l'instruction des jeunes mais elle pointe aussi leur insuffisance. Cette analyse est confirmée par la thèse de Karine Lefrang Blanchard sur les IST-SIDA ³⁴.

IV.3. Le rôle fondamental de l'espace Santé Jeune et du Planning Familial

L'Espace Santé Jeune et le Planning Familial restent des **acteurs primordiaux** dans l'accès à l'**information** et à la **contraception** pour les jeunes de par leur caractère anonyme et gratuit, des accueils sans rendez-vous, ainsi que par ses acteurs professionnels du contact

³² Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

³³ Guyot-Jacquet Alexandra. Résultats d'une campagne portant sur la sexualité, les IST et la contraception auprès des élèves de 4^{ème} d'un collège du Val-de-Marne. Créteil : Université Paris-Est Créteil Val de Marne, 2008. 61 f.

³⁴ Lefrang Blanchard Karine. Actions de prévention MST-SIDA dans 15 collèges et lycées du Rhône : bilan de trois années scolaires consécutives concernant 4131 élèves. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, 2002. 138 f.

avec les jeunes. L'accès à ce type de structure reste disparate en France : il existe 150 établissements d'information et 31 centres d'orthogénie dans 71 départements, avec une implantation plus marquée en ville qu'en zones rurales et périurbaines. Dans notre étude, l'ESJ/PF est cité par 1/4 des adolescents ayant spécifié un interlocuteur privilégié, tous sexes confondus.

Les chiffres de l'Espace Santé Jeunes (ESJ) de Nanterre 2009-2010³⁵ montrent:

- en 2009 : 680 jeunes différents sont venus à l'ESJ dont 69% de filles (en consultation ou pour une écoute ponctuelle);
- en 2010 : 660 jeunes dont 73,5% de filles.

Ces chiffres (limités à Nanterre) ne montrent pas de progression des consultations masculines. Or au sein de l'équipe de l'ESJ, il a été noté qu'il y a plus de garçons accompagnant leur petite amie en consultation ou se renseignant par téléphone pour elle que les années précédentes. Les accompagnants ne sont pas comptabilisés, ce qui peut masquer un changement.

Les consultations à l'ESJ de Nanterre ne sont pas exclusivement de médecine générale ou de gynécologie mais elles peuvent relever d'autres domaines. L'équipe médico-sociale est constituée de 3 psychologues, 1 diététicienne, 1 infirmière, 1 chirurgien dentiste, 1 médecin généraliste, 1 médecin à orientation gynécologique, 1 travailleur social mis à disposition par l'Espace Dynamique Insertion et 1 pédopsychiatre mis à disposition par le Centre Hospitalier Théophile Roussel.

En 2010 (respectivement en 2009) à l'ESJ de Nanterre:

- 22% (11%) des jeunes ont eu une consultation individuelle de prévention en médecine générale, ce qui représente 19% (18%) des consultations à l'ESJ. 68% (65%) de ces consultations concernent des filles ;

³⁵ Rapport d'activité 2009 Espace Santé Jeunes. Mairie de Nanterre. 31 p.
Rapport d'activité 2010 Espace Santé Jeunes. Mairie de Nanterre. 45 p.

- 16% (19%) des jeunes ont bénéficié d'une consultation médicale à orientation gynécologique, ce qui représente 17% (19%) des consultations.

Les principales motivations d'accès à cette consultation sont liées à des demandes de contraception (62% en 2010 / 65% en 2009), des demandes relatives à la grossesse et à la gynécologie (16% / 15%) et à un entretien avant un IVG (9% / 9%).

Selon le rapport de l'Assemblée Nationale³⁶ les infirmières scolaires sont également en première ligne pour informer les adolescents, alors qu'elles ne sont qu'en 4^{ème} position dans notre étude.

IV.4. La place du médecin généraliste

Les garçons sont les moins demandeurs d'informations même si dans notre étude les 2/3 estiment que le **médecin généraliste** est un **interlocuteur privilégié**. La moitié pense que le médecin généraliste peut leur donner d'autres informations que celles délivrées au cours d'éducation sur la sexualité.

Six jeunes sur dix attendent que le médecin initie le dialogue, 2 fois plus que ce que l'on retrouve dans la thèse de Yaël Amaoua³⁷ en 2011. **Leur timidité** est citée **dans 1/3 des cas comme un frein** à cette interaction dans notre enquête. D'après l'INPES³⁸, c'est au médecin d'initier le dialogue : « prenez l'initiative d'aborder les questions psychosociales (concernant le moral, la vie relationnelle, les études...) ou concernant les habitudes de vie. Les adolescents souhaitent discuter de sujets qui les préoccupent, mais la plupart des jeunes ne le font pas spontanément ».

³⁶ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

³⁷ Amaoua Yaël. Contraception-sexualité-MST : Comment les adolescents entendent le dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université de Paris 7, 2001. 78 f.

³⁸ Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.

Malgré une **confiance très importante en leur praticien**, affirmée par **8 jeunes interrogés sur 10**, le fait que celui-ci **soigne toute la famille** est perçu comme un **frein à la discussion sur la sexualité**.

Comme le dit Bérengère Poletti ³⁹ « il n'est pas toujours facile pour un adolescent de discuter de contraception ou de sexualité avec le médecin de famille qui le suit depuis des années, d'autant qu'il ignore souvent que ce dernier est soumis au secret professionnel ».

Dans Entre nous ⁴⁰, l'INPES rappelle aux professionnels de santé l'importance :

- de « l'entretien (en tout cas une partie de celui-ci, incluant l'examen physique) hors de la présence des parents [...] après le début de la puberté et [qui] s'imposera à 16 ans à l'occasion de la personnalisation de la carte vitale et du choix du médecin traitant » ;
- du tiers, une grande partie des adolescents « viennent accompagnés, surtout les plus jeunes (61 % des consultations sont réalisées avec un tiers : 86 % de 12 à 15 ans, 42 % pour les 16 à 19 ans) [...] Les sujets abordés par les adolescents sont sensiblement différents selon la présence ou non d'un tiers lors de la consultation (notamment la sexualité) ; le niveau de confiance varie nettement. L'influence des parents sur la prise de décision de l'adolescent et le comportement final ne peut être ignorée. »
- du rappel du cadre de confidentialité (« marque de respect et d'attention »), à l'adolescent ainsi qu'au parent accompagnant s'il n'est pas seul: « à l'adolescence, la sexualité, les consommations de substances, ou les prises de risques sont des sujets centraux, très forts ... Le jeune a bien souvent un *a priori* négatif : le médecin/le pharmacien qu'il consulte est souvent aussi le médecin/le pharmacien de la famille. Il est donc important de clarifier les choses dès le début. »

³⁹ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

⁴⁰ Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)⁴¹ indique également que « s'il s'agit d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est confidentiel, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir d'a priori » particulièrement dans le cadre d'une consultation de contraception.

Philippe Binder⁴² constate que « presque tous les adolescents consultent un médecin de connaissance qu'ils appellent « leur médecin de famille ». Ces consultations sont très liées à des préoccupations parentales. Même à 18 ans, les 2/3 des rendez-vous sont sollicités par les parents. Ils viennent d'ailleurs accompagnés (encore 51 % des filles et 61 % des garçons à 18 ans) avec un motif discuté préalablement avec les parents. Si les 3/4 des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, 1/3 avouent cependant n'avoir pu se confier. Cette insatisfaction diminue avec l'âge et semble curieusement plus liée à l'absence de l'accompagnant qu'à leur présence ».

Paul Jacquin⁴³ rappelle, comme l'INPES⁴⁴ et Maud Poirier dans sa thèse sur la place de la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale⁴⁵, qu'il est **essentiel de recevoir l'adolescent seul, et de l'informer de la stricte confidentialité de la consultation.** C'est l'exception au devoir d'informer les parents des mineurs (par la loi Veil en 1975 étendue par la loi du 4 juillet 2001 et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients). Le mineur peut refuser que le médecin informe ses parents, sauf si la sauvegarde de sa santé est en jeu. Il doit alors se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

⁴¹ Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique, synthèse des recommandations. ANAES. Décembre 2004. 5 p.

⁴² Binder Philippe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005. n°55. p.1073-1077

⁴³ Jacquin Paul. Sexualité de l'adolescent : Identité, normalité... Comment en parler. La revue du praticien médecine générale. 2010. Tome 24. n°851. p.839-845

⁴⁴ Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception. Repères pour votre pratique. 4 p.

⁴⁵ Poirier Maud. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? A partir d'un focus group de médecins généralistes. Thèse pour le doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2010. 110 f.

Les adolescents nécessitent un **suivi beaucoup plus rapproché** que chez l'adulte car une **information importante est à délivrer** (que faire en cas d'oubli de pilule, de rupture de préservatifs...).

IV.5. Les moyens de contraception et leur accès

La pilule est surprescrite en France au détriment des autres méthodes de contraception (stérilet, patch contraceptif, anneau vaginal, implant contraceptif, préservatifs masculins et féminins). **Le coût** des pilules non remboursées peut être un **frein à la contraception ou à la confidentialité** de même que le coût de la consultation. On rappelle que pour résoudre ces problèmes, tous les types de contraceptifs sont prescrits gratuitement et de manière confidentielle dans les CPEF et PMI.

Le Pass' contraception rentre dans ces objectifs mais on peut se demander s'il est une réelle avancée pour les jeunes Franciliens. Ce Pass' a été lancé le 26 avril 2011 pour les 15-16 ans par la région Ile-de-France. D'autres actions existent, lancées par l'Agence Régionale de Santé dans d'autres régions à fort taux d'IVG comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ou la Guadeloupe et n'ont pas montré de résultat probant. « Le Pass' contraception ne s'adresse qu'aux jeunes filles et jeunes garçons inscrits :

- en classe de seconde dans un lycée d'Île-de-France ;
- en niveau IV, V et infra V dans un CFA [Centre de Formation d'Apprentis]
- ou dans un institut de formation sanitaire et sociale d'Île-de-France »⁴⁶.

⁴⁶ Conseil Régional Ile-de-France. Ile de France [En ligne]. Paris : Conseil régional d'Île-de-France. [consulté le 16 mai 2011]. Disponible sur < <http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/>>
Foire aux questions pour les jeunes. Questions / réponses que vous vous posez. Foire aux questions pour les professionnels de santé. Publié le 26 avril 2011. Disponible sur <<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/foire-aux-questions-pour-les-jeunes/>>
<<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/foire-aux-questions-pour-les-professionnels-de-sante/>>

C'est un chéquier comprenant des coupons donnant accès gratuitement et anonymement à 2 consultations médicales, 1 prise de sang et 2 délivrances de contraceptif pour une durée de 6 mois maximum. Il est délivré par les infirmières du lycée ou le référent santé du CFA du jeune ou dans l'institut de formation sanitaire et sociale. Le problème de ce Pass' réside dans la non continuité des soins. Que va-t-il se passer quand la contraception redeviendra payante au bout des 6 mois ? Où sera orienté l'adolescent ?

IV.6. Les caractéristiques du médecin généraliste ayant une incidence sur le dialogue sur la sexualité

Le sexe du médecin a une importance particulière dans notre enquête. Il est notifié comme **obstacle pour parler de sexualité**, chez les filles et chez les garçons. Mais les jeunes ne spécifient pas qu'un interlocuteur préférentiel serait du même sexe qu'eux. Dans Entre nous⁴⁷, une étude de Kappahn et coll. est citée, montrant que « la moitié des adolescentes préféreraient un médecin femme (48 % pas de préférence) et 65 % des garçons n'avaient pas de préférence en matière de genre. La **congruence de genre** entre l'adolescent et le professionnel **peut améliorer la communication**. Il en est de même pour les professionnels de santé, certains peuvent « se sentir plus à l'aise pour parler de sexualité avec une fille » ».

La présence d'une femme au sein du cabinet limite les cas d'absence de dialogue mais ne paraît pas favoriser celui-ci d'après notre étude.

L'âge du médecin joue également un rôle. Les cabinets **les plus jeunes abordent plus souvent le thème de la sexualité** que leurs aînés.

L'exercice des médecins n'a par contre pas été retrouvé discriminant dans notre enquête excepté pour l'IVG, dans l'échange sur la sexualité.

⁴⁷ Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.

IV.7. La formation des médecins

« Le **développement de la formation initiale et continue** des professionnels de santé sur les sujets ayant trait à la **maîtrise de la fécondité et à la santé sexuelle et reproductive** est une condition **essentielle** [... Il doit] tout particulièrement être pris en compte dans le cadre de la valorisation de la filière de médecine générale et dans la formation des sages-femmes dont les compétences en matière de prescription contraceptive ont été très largement étendues par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [...] L'inscription de l'orthogénie comme une activité médicale à part entière dans le plan stratégique régional de santé [...est] nécessaire » comme le notifie l'Inspection générale des Affaires Sociales en 2009⁴⁸. Cette nécessité est rappelée dans le rapport de l'Assemblée nationale de 2011 sur la contraception des mineures⁴⁹ : « il est [...] impératif de renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la prescription contraceptive, l'approfondissement des connaissances gynécologiques et orthogéniques [... Des] incitations à une formation continue doivent être recherchées ». Le rôle du médecin généraliste est essentiel et nécessite donc un enseignement approfondi.

Les infirmières et les pharmaciens ont également un rôle renforcé. Un renouvellement de tout type de contraceptif oral est réalisable par une infirmière pour 6 mois (si l'ordonnance date de moins de 1 an). La délivrance du contraceptif oral par les pharmaciens est possible malgré la péremption de l'ordonnance (ordonnance périmée datant de moins de 1 an) pour 6 mois maximum.

⁴⁸ Inspection Générales des Affaires Sociales dans l'Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport n°RM2009-112P. Octobre 2009. 93 p.

⁴⁹ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

IV.8. L'information et l'éducation à la sexualité

Les canaux d'information actuels sont multiples avec une place de plus en plus importante d'internet. Mais si la quantité d'information disponible est immense, les renseignements n'y sont pas toujours de bonne qualité. C'est pourquoi l'INPES a créé des livrets d'information pour les jeunes comme Questions d'ados⁵⁰ (destiné aux adolescents de 15 à 18 ans) ou 10 questions sur le VIH SIDA⁵¹ (destiné en priorité aux lycéens) ainsi que de plus en plus de sites d'information en ligne pour les jeunes comme le portail santé jeunes⁵².

Comme le souligne l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁵³ « **l'information et l'éducation à la sexualité à l'école n'est pas perçue ni appliquée comme une obligation légale** [... Le] renforcement de l'effort de prévention passe d'abord et avant tout par l'information et l'éducation sexuelle dès le plus jeune âge ». **La loi doit être mise en œuvre, aidée par des supports pédagogiques** comme le Guide d'intervention pour les collèges et lycées⁵⁴. Ce guide destiné aux équipes pédagogiques pour organiser les séances d'éducation à la sexualité, a été distribué dans les académies en décembre 2005.

Il est patent que l'information des jeunes sur la sexualité est incomplète. Il est inquiétant de constater dans notre enquête qu'1/3 des jeunes pensent ne pas avoir besoin d'informations sur la sexualité, même si cette proportion traduit un progrès depuis 2001 (selon la thèse de Yaël Amaoua⁵⁵ où ils étaient 1/2).

⁵⁰ Questions d'ados (amour-sexualité) : livret pour les 15-18 ans. CRIPS Ile-de-France, Direction générale de la Santé, INPES, Codes 95, Institut de sexologie, Ecole des parents et éducateurs des Bouches du Rhône. Tours : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, juin 2007. 53p. 413-07406-B.

⁵¹ 10 questions sur le VIH SIDA. Ministère de la Santé et des Sports, Direction générale de la Santé, Ministère de l'Education nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire. Edition 2009. 3 p.

⁵² < <http://www.portail-sante-jeunes.fr>>

⁵³ Inspection Générale des Affaires Sociales dans l'Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport n°RM2009-112P. Octobre 2009. 93 p.

⁵⁴ L'éducation à la sexualité : Guide d'intervention pour les collèges et lycées. Eduscol collection Repères décembre 2005, actualisation août 2008. 61 p.

⁵⁵ Amaoua Yaël. Contraception-sexualité-MST : Comment les adolescents entendent le dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : Université de Paris 7, 2001. 78 f.

L'étude montre que la majorité des adolescents, tous sexes confondus, pensent que les informations délivrées par le médecin généraliste sont les mêmes qu'aux cours d'éducation à la sexualité. Nathalie Barjos, directrice de recherche et responsable de l'équipe Genre, Santé Sexuelle et Reproductive à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), note que, « pour parler aux jeunes de la sexualité et de la contraception, les professeurs, notamment ceux de sciences et vie de la Terre, ne sont pas les mieux armés [...]. Ils cherchent à maintenir une certaine] distance [...] avec leurs élèves [...] et abordent] techniquement ces sujets [sexualité et contraception] à l'aide de manuels délimitant leur domaine d'intervention [...] qui ne sont] pas toujours des plus précis sur les conditions de la fécondation et [...] ils évitent] les questions qui seraient trop liées à la vie intime de leurs élèves. »⁵⁶

Le rapport de l'Assemblée Nationale sur la contraception des mineures souligne également l'importance d'améliorer l'éducation des jeunes à la sexualité avec une connaissance du corps humain plus précoce, des cours sur la sexualité plus performants en matière d'information sur le développement corporel et amoureux, la sexualité protégée et ainsi d'essayer d'éviter le recours à des solutions d'urgence pour prévenir des grossesses non désirées.

Les parents des adolescents sont également à remettre au cœur de cette prévention. Le rapport indique l'exemple des Pays-Bas « où les taux de grossesses précoces et ceux des interruptions de grossesse des mineures sont deux fois moindres qu'en France, [et où] est organisée chaque année « une semaine du papillon ». Associant les parents et les enfants de 4 à 12 ans, elle aborde de manière ludique des thèmes liés à la sexualité ».

⁵⁶ Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

V. CONCLUSION

Malgré un enjeu de santé public majeur, la sexualité des adolescents ne fait toujours pas partie intégrante des consultations de médecine générale. Dix ans après l'évaluation de Yaël Amaoua, le dialogue sur la sexualité entre les jeunes et leur médecin généraliste ne s'est pas amélioré. Trois-quarts d'entre eux n'abordent pas le sujet avec le médecin généraliste. Une des raisons essentielles est leur timidité. Il existe une très forte attente de la part des adolescents pour que le médecin initie le dialogue.

L'âge et le sexe du médecin jouent un rôle important dans cet échange. La congruence des genres et l'âge des médecins sont deux aspects déterminants d'un entretien sur la sexualité. L'école et les parents doivent également jouer leur rôle dans l'éducation à la sexualité pour une information pertinente.

Une formation plus approfondie des médecins généralistes semble nécessaire pour aborder la sexualité, sujet trop souvent oublié des consultations. Elle permettra de développer une information auprès des garçons et des filles sur les divers modes de contraception, d'en assurer le suivi et éventuellement de pratiquer des IVG médicamenteuses. Comme le rappelle la campagne de prévention, *le contraceptif le plus efficace est celui que l'on choisit*.

La profession de gynécologue, plébiscitée par les adolescentes, tend à perdre de son importance par sa diminution programmée en France. Les ESJ/Planning Familial sont des acteurs importants du dialogue sur la sexualité. Si l'on veut inclure les cabinets de médecine générale dans cette politique de santé il faut trouver des modalités assurant une gratuité des consultations et des prescriptions pour les adolescents dans l'objectif d'une politique de santé plus homogène sur le territoire.

Ce sont des mesures annoncées lors de la journée du 8 mars 2010 par la ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot, et inscrites dans le rapport 2009-2010 de la DRESS: la

formation initiale des médecins sur la contraception sera améliorée, la contraception anonyme et gratuite pour les mineures par des médecins généralistes volontaires sera effectuée dans les zones non couvertes, dont des zones rurales.

Des actions de prévention incluant des consultations et des prescriptions de contraceptif gratuites sont déjà mises en place dans des régions à fort taux d'IVG. Bien qu'elles n'aient pas montré de résultats probants, leur existence permet d'envisager une évolution des mentalités et de la prévention auprès des jeunes.

Espérons qu'à la prochaine évaluation les dispositions précitées seront appliquées et le dialogue sur la sexualité renforcé.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Brochures :

- Entre nous : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé, guide d'intervention pour les professionnels de santé. Ministère de la santé et des sports, INPES. Saint-Denis : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, août 2009. 90 p.
- Questions d'ados (amour-sexualité) : livret pour les 15-18 ans. CRIPS Ile-de-France, Direction générale de la Santé, INPES, Codes 95, Institut de sexologie, Ecole des parents et éducateurs des Bouches du Rhône. Tours : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, juin 2007. 53 p. 413-07406-B

Documents :

- 10 questions sur le VIH SIDA. Ministère de la Santé et des Sports, Direction générale de la Santé, Ministère de l'Education nationale, Direction générale de l'enseignement scolaire. Edition 2009. 3 p.
- Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Une comparaison internationale. Marie-Cécile Naves et Sarah Sauneron, département Questions sociales. Note d'analyse n°226. Juin 2011. Paris. 12 p. N° ISSN : 1760-5733
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010.
Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé. Muriel Moisy. p.35 à 50
Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. Annick Vilain, Marc Collet, Muriel Moisy. p.52 à 62

Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population. Objectif 97

Contraception. p.306-307

- Inspection Générales des Affaires Sociales. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport n°RM2009-112P. Octobre 2009. 93 p.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Repères pour votre pratique. Août 2009. 4 p.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception. Repères pour votre pratique. 4 p.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : INPES. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. Repères pour votre pratique. Août 2009.
- L'éducation à la sexualité : Guide d'intervention pour les collèges et lycées. Eduscol collection Repères décembre 2005, actualisation août 2008. 61 p.
- Poletti Bérengère. Rapport d'information sur la contraception des mineures. Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.
- Rapport d'activité 2009 Espace Santé Jeunes. Mairie de Nanterre. 31 p.
- Rapport d'activité 2010 Espace Santé Jeunes. Mairie de Nanterre. 45 p.
- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique, synthèse des recommandations. ANAES. Décembre 2004. 5 p.

Livres :

- Athéa Nicole. Parler de sexualité aux ados : une éducation à la vie affective et sexuelle. Paris : CRIPS Ile-de-France, Eyrolles, 2006. 311 p. 2-7081-3620-8
- Barjos Nathalie et Bozon Michel. Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008. 609 p. 978-2-7071-5429-3
- Bajos Nathalie, Ferrand Michèle et l'équipe GINE. De la contraception à l'avortement : sociologies des grossesses non prévues. Paris : INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), 2002. 348 p. Questions en Santé publique. 978-2-85598-807-8
- Hayez Jean-Yves. La sexualité des enfants. Paris : Odile Jacob, 2004. 318 p. 978-2-7381-1387-0
- Mareau Charlotte et Sahuc Caroline. La sexualité chez l'enfant et l'adolescent : comment réagir en tant que parent. Levallois-Perret : Studyparents, 2006. 227 p. Eclairages. 978-2-228-90070-6
- Py Bruno. Le sexe et le droit. Paris : Puf, 1999. 127 p. Que sais-je ? 2-13-049991-0
- Rufo.M, Choquet.M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Edition Anne Carrière 2007. 510 p. 978-2-8433-7453-1
- Rufo Marcel. Tout ce que vous ne devriez jamais savoir sur la sexualité de vos enfants. Essai. Paris : Anne Carrière, 2003. 269 p. 978-2-84337-220-9

Reuves :

- Binder Philippe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005. n°55. p.1073-1077
- Jacquin Paul. Sexualité de l'adolescent : Identité, normalité... Comment en parler. La revue du praticien médecine générale. 2010. Tome 24. n°851. p.839-845

Sites web :

- Conseil Régional Ile-de-France. Ile de France [En ligne]. Paris : Conseil régional d'Île-de-France. [consulté le 16 mai 2011]. Disponible sur <<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/>>

Foire aux questions pour les jeunes. Questions / réponses que vous vous posez.

Foire aux questions pour les professionnels de santé. Publié le 26 avril 2011. Disponible sur <<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/foire-aux-questions-pour-les-jeunes/>>

<<http://www.iledefrance.fr/les-dossiers/social-solidarite/le-pass-contraception-lancement-le-26-avril/foire-aux-questions-pour-les-professionnels-de-sante/>>

- Eduscol-[En ligne]. [consulté le 19 avril 2010].Paris : Direction générale de l'Enseignement scolaire. Disponible sur <<http://www.eduscol.education.fr/>>
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, INPES. Choisir ma contraception [En ligne]. Saint-Denis : INPES [consulté le 27 avril 2010]. Disponible sur <<http://www.choisirsacontraception.fr>>
- <<http://www.bichat-larib.com/theses/theses.directeurs.liste.public>> [consulté
- <http://desmgidf.fr/stages_ambulatoires>
- <<http://www.portail-sante-jeunes.fr>>
- <<http://www.medecin-ado.org>>

Thèses :

- Amaoua Yaël. Contraception-sexualité-MST : Comment les adolescents entrent-ils en dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris: Université de Paris 7, 2001. 78 f.
- Shuster M., Bell R., Petersen L., Kanouse D. Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. Archives of pediatric and adolescent medicine, 1996, 150, 906-913
- Guyot-Jacquet Alexandra. Résultats d'une campagne portant sur la sexualité, les IST et la contraception auprès des élèves de 4^{ème} d'un collège du Val-de-Marne. Créteil : Université Paris-Est Créteil Val de Marne, 2008. 61 f.
- Lefrang Blanchard Karine. Actions de prévention MST-SIDA dans 15 collèges et lycées du Rhône : bilan de trois années scolaires consécutives concernant 4131 élèves. Thèse pour le doctorat en médecine. Nancy : Faculté de médecine de Nancy, 2002. 138 f.
- Poirier Maud. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? A partir d'un focus group de médecins généralistes. Thèse pour le doctorat en médecine. Nantes : Université de Nantes, 2010. 110 f.

VII. ANNEXES

VII.2. Le plan santé des jeunes

Ce plan comporte une série de mesures qui visent à mieux protéger la santé des jeunes de 16 à 25 ans, en particulier les plus vulnérables, et à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité.

1. Face à la diffusion préoccupante des comportements à risque et au développement d'habitudes alimentaires déséquilibrées, le plan met l'accent sur :

- la lutte contre les pratiques addictives: la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs sera mieux encadrée et plus protectrice grâce à l'adoption de mesures spécifiques (en particulier l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs) dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST);
- la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées, en agissant sur l'environnement des jeunes (publicité, bonnes pratiques autour des caisses des grandes surfaces, restauration scolaire, etc.), et par la mise en place d'un Observatoire de la qualité de l'alimentation (OQALI) le 11 février 2008;
- la lutte contre l'anorexie, par la mise en œuvre de la charte sur l'image du corps, signée le 9 avril 2008 avec les professionnels du secteur; la protection des mannequins, en particulier lorsqu'ils sont mineurs, par la médecine du travail et l'inspection du travail et la mise en place d'une politique répressive de l'apologie de l'extrême maigreur et de l'anorexie.

2. Le plan prévoit également des mesures particulières en faveur des jeunes les plus vulnérables :

- la création de «maisons des adolescents» d'ici à 2010, dans tous les départements, en priorité dans les quartiers populaires, destinées notamment aux jeunes en grande vulnérabilité, et la mise en place d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour aller au-devant des jeunes;
- l'expérimentation d'un programme de prévention santé en milieu scolaire tenant compte des inégalités territoriales en matière de santé;
- la promotion du numéro vert «fil santé jeunes» réduit à quatre chiffres (3224) et dont la gratuité à partir des téléphones portables devrait être expérimentée;
- la mise en place d'un dispositif de repérage et de prévention de la crise suicidaire et de la souffrance psychique chez les jeunes, en particulier chez les jeunes homosexuels.
- l'adaptation de la campagne contraception 2008-2009 aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

3. D'autres mesures concernent le développement des activités physiques et sportives :

- l'augmentation du nombre d'heures d'enseignements sportifs à l'école;
- le développement du sport à l'université, sur la base des recommandations de la mission spécifique confiée à Stéphane Diagana et Gérard Auneau.

4. Enfin, le plan prévoit de renforcer l'autonomie et la responsabilité des jeunes pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé :

- en facilitant l'intégration du système de santé par les étudiants grâce à la possibilité d'effectuer en plusieurs fois le versement de leurs cotisations maladie dès la rentrée 2009;
- en permettant la transformation des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) en centres de santé, habilités à délivrer des soins curatifs et à établir certaines prescriptions;
- en ouvrant le bénéfice d'une consultation annuelle et gratuite, sans avance de frais, chez le médecin généraliste de leur choix, à tous les jeunes de 16 à 25 ans. Les mineurs n'auront pas besoin d'un accord parental.

Extraits de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé, Muriel Moisy (DREES) p.35 à 50.

VII.3. Dispositions concernant la santé des jeunes dans la loi hôpital patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009

La lutte contre les pratiques addictives

- Alcool: interdiction de vente d'alcool aux mineurs (article 93 de la loi HPST - L. 3342-1 du Code de santé publique)

La loi HPST simplifie et harmonise la réglementation en vigueur:

- l'interdiction de vente concerne aussi bien la consommation sur place que la vente à emporter;
- l'interdiction concerne tous les mineurs et toutes les boissons alcooliques quel que soit le lieu;
- l'interdiction porte aussi sur l'offre gratuite à des mineurs dans les lieux publics.

Le non-respect de l'interdiction constitue un délit passible d'une amende de 7500 euros ou, en cas de récidive dans les cinq ans, d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

- Alcool: obligation de prévoir des boissons sans alcool lors des «happy hours» (article 96 de la loi HPST - L. 3323-1 du Code de santé publique)

Cette loi instaure l'obligation de pratiquer la promotion des boissons sans alcool au même titre que celle pratiquée pour les boissons alcooliques lors des «happy hours» (pratique commerciale qui propose des boissons alcooliques à prix réduit pendant quelques heures).

- Tabac: interdiction de la vente de tabac aux moins de 18 ans (article 98 de la loi HPST - L. 3511-2 du Code de la santé publique)

Cette loi recule l'âge légal de vente de tabac aux mineurs de 16 à 18 ans, en cohérence avec l'interdiction posée pour l'alcool et en conformité avec la convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, qui prévoit l'interdiction de vente du tabac aux mineurs.

La vente et la distribution de «cigarettes bonbons» sont également interdites.

Contraception et grossesses non désirées

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées: les missions des sages-femmes sont élargies (article 86 de la loi HPST)

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées: un rôle renforcé pour les infirmières (article 88 de la loi HPST).

La loi permet désormais aux infirmières de renouveler pour une période de 6 mois une prescription de contraceptifs oraux. Cela concerne l'ensemble des infirmières, quel que soit le statut des structures dans lesquelles elles exercent. Dans les établissements d'enseignement du second degré, les infirmières scolaires peuvent également renouveler cette prescription.

- Association de nouveaux professionnels à l'effort de prévention des grossesses non désirées: le rôle de relais des pharmaciens (article 89 de la loi HPST)

La loi les autorise à dispenser, sur présentation d'une ordonnance périmée datant de moins d'un an prescrivant des contraceptifs oraux, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement pour une période non renouvelable de 6 mois.

Consultations de prévention

- La prévention envers les 16-25 ans (article 55 de la loi HPST - L. 162-1-18 du Code de la santé publique).

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais. Un décret fixe le contenu, les modalités et les conditions de mise en œuvre de la visite.

Cet article est complété par l'article 40 de la loi de finances de la Sécurité sociale (LFSS) 2010, qui précise que ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa.

Extraits de Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DRESS. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. Les jeunes, leur rapport à la santé et leur état de santé, Muriel Moisy (DREES) p.35 à 50.

VII.4. Rapport d'information sur la contraception des mineures

RECOMMANDATIONS ADOPTÉES

L'ACCÈS ANONYME ET GRATUIT À LA CONTRACEPTION

1) Garantir, en concertation avec la Caisse nationale d'assurance maladie, un accès anonyme et gratuit à la contraception pour toutes les mineures afin de leur assurer :

- une visite médicale auprès d'un professionnel de santé prescripteur ;
- la délivrance d'une méthode contraceptive adaptée à chaque âge concerné et à chaque situation personnelle.

2) Étudier les modalités d'un accès anonyme et gratuit pour les jeunes femmes de plus [de] 18 ans qui ne veulent pas révéler leur vie sexuelle ni leur pratique contraceptive à leurs parents alors que :

- ne possédant pas un statut leur permettant de bénéficier d'une assurance maladie personnelle, elles demeurent les ayants droit de leurs parents ;
- titulaires d'une assurance-maladie au titre d'une mutuelle étudiante mais n'ayant pas souscrit d'assurance complémentaire, elles demeurent les ayants droit de leurs parents pour cette couverture complémentaire.

3) Engager, sans tarder, des négociations avec les laboratoires pharmaceutiques, afin de parvenir à un accord sur le remboursement des pilules de troisième génération, des timbres contraceptifs et des anneaux vaginaux, et d'offrir ainsi effectivement à chaque femme et plus précisément à chaque mineure, le moyen contraceptif le plus adapté à son corps et à ses modes de vie.

L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ

4) Former les professeurs des écoles et les professeurs de sciences et vie de la Terre des collèges et lycées à une éducation progressive (découverte du corps et relations avec les autres, reproduction, sexualité, contraception et interruption volontaire de grossesse, prévention des violences sexuelles et des infections sexuellement transmissibles...) adaptée à chacun des âges des élèves concernés.

5) Accompagner les enseignants des établissements de l'enseignement primaire et secondaire :

- en définissant au plan national des guides de ressources adaptés à chaque niveau ;
- en mettant à leur disposition, dans chaque académie, des équipes de formateurs spécialistes de l'éducation à la sexualité.

6) S'assurer que les manuels de sciences et vie de la Terre (SVT) contiennent des notions appropriées sur la fécondation et appeler l'attention des professeurs de SVT sur l'importance des informations qu'ils communiquent à ce sujet, notamment sur les périodes d'ovulation dans les cycles menstruels féminins.

7) Prévoir, au début de chaque année scolaire, l'inscription obligatoire des séances annuelles d'éducation à la sexualité au sein du projet d'établissement en précisant notamment, en accord avec le conseil d'administration, l'aménagement des horaires, les priorités du programme et les partenariats qui doivent être noués à cette occasion.

8) Améliorer la coordination entre les rectorats et les agences régionales de santé (ARS), afin de :

- **mutualiser les compétences** des différents intervenants participant à l'éducation à la sexualité : professeurs, infirmiers scolaires, centres de planification et d'éducation familiale, centres de prévention du sida...
- **nouer des partenariats** avec les facultés de médecine ou les écoles de sages-femmes afin que certains de leurs étudiants, formés à cet effet, contribuent aux séances d'éducation à la sexualité dans les collèges et les lycées.

L'INFORMATION DES PUBLICS CONCERNÉS

9) En s'inspirant des expériences menées par des pays occidentaux dont les taux de grossesses non désirées des mineures sont parmi les plus faibles,

rechercher avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) les moyens d'inventer à destination des enfants les plus jeunes, des actions ludiques d'information sur la sexualité auxquelles leurs parents seraient associés.

10) Étendre au plan national le système d'information interactif « Info ado » mis en place à Strasbourg par le professeur Nisand.

11) Lancer de nouvelles campagnes nationales d'information sur la contraception, déclinées aux plans national et local, afin de mieux faire connaître la variété des méthodes contraceptives à la disposition **des femmes et des hommes** et de rappeler les conditions d'observance de chacune d'entre elles.

12) Alerter l'ensemble des parents sur les réalités actuelles de la sexualité des adolescents par :

– **des campagnes de presse régionales** relatives, sur le territoire concerné, aux taux de grossesses précoces et aux taux d'interruptions volontaires de grossesse chez les mineures de moins de 15 ans et chez les plus de 15 ans ;

– **des actions de sensibilisation sur l'importance d'un dialogue véritable avec les adolescents** portant sur la sexualité, abordée tant sur le plan de la transformation normale et naturelle de leurs corps et de leurs conséquences que sur celui de la prévention de certains comportements dangereux.

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

13) Développer les formations initiales des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes :

– par l'inscription au sein de l'unité d'enseignement commune « Santé, société, humanité » d'une introduction générale à l'histoire et au droit de la contraception et de l'orthogénie ;

– par un enseignement plus approfondi de la contraception, de la gynécologie médicale et de l'orthogénie au cours des deuxième et troisième cycles des études médicales – pour les

spécialisations en gynécologie, en gynécologie obstétrique et en médecine générale – et au cours des études de sages-femmes ;

– par l’organisation de stages dans des centres de planification et d’éducation familiale ainsi que dans des centres d’orthogénie ;

– par une mise en commun et une communication des bonnes pratiques de certains pôles hospitaliers universitaires et de certaines écoles de sages-femmes, dans le domaine de l’information que leurs étudiants peuvent délivrer aux adolescents.

14) Encourager les formations continues des gynécologues obstétriciens, des médecins généralistes et des sages-femmes :

– par la mise en place d’actions d’information sur la nécessité de ces formations ;

– par la publication d’un recueil par voie informatique, recensant les différents diplômes universitaires (DU) existant à ce jour et précisant leurs conditions, notamment financières, d’inscription, leurs programmes et les lieux dans lesquels ils peuvent être préparés.

Extrait de Poletti Bérengère. Rapport d’information sur la contraception des mineures.

Délégation aux droits des femmes et à l’égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Assemblée Nationale 17 mai 2011. N°3444. 62 p.

RESUME

La bibliographie a établi de façon récurrente qu'il existe des difficultés de communication sur le thème de la sexualité entre les jeunes et le médecin généraliste. La présente étude, prospective descriptive, vise à revisiter ce thème chez les 15 à 18 ans en milieu urbain sur la base d'une enquête auprès de jeunes patients. L'Ile-de-France a été prise comme terrain d'investigation : un questionnaire y a été distribué par les secrétaires de 9 cabinets de septembre 2010 à février 2011 ; 137 réponses ont ainsi été obtenues, dont 122 analysables (respect des critères d'inclusion).

Leur dépouillement confirme la documentation. Malgré une importante confiance en leur praticien, 77% des adolescents n'ont jamais parlé de sexualité avec celui-ci. Leur timidité est un facteur essentiel mais l'âge et le sexe du médecin peuvent également jouer un rôle négatif dans cette interaction (non congruence des genres, médecin âgé de plus de 55 ans). Les interlocuteurs privilégiés varient selon le sexe : en dehors du médecin généraliste, sont cités le gynécologue et l'Espace santé jeune/Planning familial ainsi que le sexologue.

Pour diminuer le risque de grossesse non désirée et d'infections sexuellement transmissibles, il faut améliorer cet échange. Pour cela, la formation des professionnels de santé est nécessaire, ainsi qu'un accès gratuit à cette prévention, pour les garçons comme pour les filles, et une éducation à la sexualité à l'école réelle et efficace dès le plus jeune âge.

MOTS CLES :

Médecine générale, adolescent, médecin généraliste, sexualité, prévention, relation médecin-malade

ABSTRACT

Bibliography has pointed in a recurring way the difficulties of communication on the topic of sexuality between the young people and the general practitioner. The present descriptive cohort study, aims at revisiting this topic for 15-18 teenagers in urban environment on the basis of a survey of young patients. Ile-de-France was taken as ground of investigation: a questionnaire was distributed there by the secretaries of 9 practices from September 2010 to February 2011; 137 answers were thus obtained, including 122 analyzable (respect of the criteria of inclusion).

Their examination confirms documentation. In spite of an important confidence in their doctor, 77% of the teenagers never spoke about sexuality with him (her). Their timidity is an essential factor but the age and the sex of the doctor can also play a negative part in this interaction (no congruence of the sexes, doctor older than 55). The privileged interlocutors vary according to the sex: apart from the general practitioner, the gynecologist and health space for youth/Family planning are quoted as well as the sexologist.

To decrease the risk of unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases, this exchange should be improved. So the training of the professionals of health is necessary as well as a free access to this prevention, for boys as for girls, and a real and efficient education of the youth about sexuality from early school.

KEY WORDS:

General medicine, adolescent, general practitioner, sexuality, prevention, relation doctor-patient