BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

Année 2017 - N°136

Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente : pratiques, ressentis et facteurs influents.

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 12 médecins généralistes du département de l'Ain.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **22/06/2017**
En vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

MACHEREY Marie
Née le 9 Mars 1988 à Fleyriat (01)

Sous la direction de Docteur MARISSAL Philippe

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

Année 2017 - N°136

Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente : pratiques, ressentis et facteurs influents.

Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 12 médecins généralistes du département de l'Ain.

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **22/06/2017**
En vue d'obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

MACHEREY Marie
Née le 9 Mars 1988 à Fleyriat (01)

Sous la direction de Docteur MARISSAL Philippe

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sébastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Composition du Jury

Président :

- Professeur Yves ZERBIB

Assesseurs :

- Professeur Pierre FOURNERET
- Professeur Marie FLORI
- Docteur Philippe MARISSAL

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Professeur Yves ZERBIB,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre disponibilité et vos conseils lors de mon travail. Merci pour votre participation active et votre pédagogie tout au long de mon internat de médecine générale.

Professeur Pierre FOURNERET,

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse et d'avoir participé à éveiller ma curiosité sur les adolescents au cours de mon cursus. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Professeur Marie FLORI,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et de m'avoir aidée à construire le questionnement de mon travail à son commencement. Merci pour votre implication dans l'enseignement de la médecine générale et le partage de votre expérience professionnelle.

Docteur Philippe MARISSAL,

Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail de thèse. Merci de cet accompagnement depuis plusieurs années dans la construction de mon projet professionnel. Merci du temps que tu as pu m'accorder dans ce travail mais aussi dans chaque étape de mon cursus de médecine générale.

A mes collègues de la sphère médicale :

Docteur Antoine DUQUENNE,

Merci de m'avoir accueillie dans ton cabinet et m'avoir appris ta rigueur au travail.

Docteur Catherine CHIROL,

Merci pour ton accueil et ta disponibilité de chaque instant. Ton dynamisme auprès de tes patients est un exemple pour moi.

Docteur Dorothée BOISSEAU,

Merci pour ton enseignement, ton engagement dans l'encadrement des internes et ta gentillesse. L'entrée dans le cursus de la médecine générale à tes côtés a été remplie de belles surprises.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Docteur Marie JABOULET,
Merci de m'avoir accueillie dans ton service de pédiatrie et à la maison des adolescents. Merci pour l'expérience et la bonne humeur que tu partages.

A l'ensemble de mes maîtres de stage de médecine générale,
Merci de m'avoir aidée à construire mon image de la médecine générale grâce à vos expériences diverses et de m'avoir toujours confortée dans mes choix professionnels.

A ma famille :
A ma mère, merci maman d'être là aujourd'hui, merci de tout l'amour que tu me donnes depuis toutes ces années. Merci d'être un exemple pour moi dans l'investissement que tu accordes à ton travail. Merci de tous nous porter aussi bien, et de m'avoir accompagnée jusqu'aujourd'hui sans jamais douter de moi. Quelques mots ne suffiront pas à résumer les remerciements que tu mérites mais merci pout tout.

A mon père, merci papa pour ton soutien durant toutes ces années. Merci d'avoir toujours cru en moi. Ton humour à toute épreuve permet de rendre la vie légère. Etre la fierté de mon papa reste une de mes priorités. Papa, merci d'être là.

A mes frères et sœurs, il nous reste tellement de choses à vivre tous les 5.
Laurette, ma sœur, mon amie, ma confidente, malgré les années qui nous séparent nous avons su créer tellement ensemble. Ton soutien et notre complicité me permet d'avancer et de grandir toujours plus. Etre ta grande sœur est une grande fierté.
Corentin, je suis tellement fière de toi et de ce que tu as pu entreprendre ces dernières années. Malgré un parcours pas toujours évident et semé d'embuches, merci d'en être arrivé là.
Gabriel, ma petite tête blonde en construction, on forme une équipe, je serais toujours là. Merci pour ta gentillesse et ta patience avec nous.
Arthur, malgré la distance je suis fière de ce petit frère qui grandit à toute vitesse. Reste comme tu es.
Merci à nos parents de nous avoir construit une fratrie aussi géniale, une équipe, un pilier pour faire face aux épreuves de la vie. Vous nous avez appris à prendre soin les uns des autres et par cela avez été la source de ma vocation.

Eric, beau papa, merci d'avoir contribué à notre construction familiale, merci d'être aussi présent dans les bons moments comme dans les épreuves.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Zab, merci pour la gentillesse et la présence dont tu fais preuve depuis tant d'années.

Kévin, merci pour ta patience et ton soutien. Toutes ces années d'études ont été une épreuve à notre amour qui en sort encore plus fort. Merci de faire partie de ma vie, il nous reste tellement de choses à construire et à vivre tous les 2 !

A mes amis :

A Charline et Pauline, quoi dire ? Merci pour vos conseils, votre écoute, votre soutien infaillible. Vous représentez tellement pour moi. Malgré la distance, vous restez mes plus proches amies.

A mon équipe de Corbonod, merci pour votre amour de la vie, votre goût pour la fête et la façon dont vous pouvez me faire décompresser dès que je mets le pied hors du cabinet… Merci **Romane, Nelly, Anna, Juju, Mick, Anne-Laure…**

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION p12

MÉTHODE p14
I/ CHOIX DE LA MÉTHODE p14
II/ POPULATION p14
III/ SITUATION DES ENTRETIENS p15
IV/ GUIDE D'ENTRETIEN p15
V/ ANALYSE DES DONNÉES p16

RÉSULTATS p17
I/ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE p17
1/ L'âge p17
2/ Le sexe p17
3/ Le lieu d'exercice p18
4/ Le type d'exercice p18
5/ Les formations spécifiques des médecins p19
6/ La parentalité des médecins interrogés p19
II/ VISION DES MÉDECINS DE LEUR PROPRE RÔLE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES p20
1/ Rôle d'information et de conseil p20
2/ Rôle de médiation dans la relation parents-adolescents p20
3/ Rôle propre au choix de chaque médecin p21
4/ Adapté aux ressources locales p21
III/ PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE p23
1/ Préparation en amont p23
2/ Techniques de communication p27
3/ Création de la relation de confiance p31
4/ Information donnée p37
5/ Différences filles/garçons p40
IV/ AIDES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE DÉROULEMENT DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE p41
1/Caractéristiques du médecin p41
2/ Propre à la population adolescente p45
3/ Relation des parents p49
4/ Législation et société p54

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

V/ DESCRIPTION DU RÉSEAU D'INFORMATION POUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE **p57**
1/ Le système scolaire **p57**
2/ La famille **p58**
3/ Les amis **p59**
4/ Les structures dédiées : planning familial **p59**
5/ Les Médias **p61**
6/ Autres spécialités médicales : gynécologues, services des urgences **p61**
VI/ PROPOSITION D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES **p63**
1/ Par le médecin généraliste **p63**
2/ Pour le reste du réseau d'information **p66**

DISCUSSION **p69**
I/ INTÉRÊT ET QUALITÉ DU TRAVAIL **p69**
II/ LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE **p70**
1/ Biais de sélection **p70**
2/ Biais dans l'analyse **p70**
III/ PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES **p71**
IV/ L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES : UNE PRATIQUE QUI S'ADAPTE AUX ACTEURS DE LA RELATION DE SOIN **p73**
1/ Une adaptation à l'adolescente **p73**
2/ Le parent et la place qu'on lui donne **p77**
3/ Les caractéristiques du médecin qui influencent sa pratique **p78**
V/ L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET SON CONTENU **p82**
VI/ INFLUENCE DE LA SOCIÉTÉ DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES..
1/ Évolution des modes de communication **p85**
2/ La tendance à l'opposition **p85**
3/ Conséquences de l'IVG **p86**
VII/ PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES **p88**
1/ La consultation dédiée **p88**
2/ le travail en réseau **p89**
3/ L'ouverture d'une éducation à la sexualité équivalente pour les garçons **p90**

CONCLUSION **p91**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES **p94**

ANNEXES **p97**

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

L'adolescence, cette période de la vie correspond à un moment durant lequel un sujet n'est plus tout à fait un enfant, mais pas encore l'adulte qu'il est en passe de devenir. D'ailleurs, cette définition se retrouve dans son étymologie avec le terme *adulescens* qui signifie « celui qui est entrain de croitre ». Le début de l'adolescence est un phénomène d'abord somatique avec des transformations physiques qui accompagnent la puberté. Par contre, la fin de l'adolescence n'est pas marquée par la fin de la puberté et est plus difficilement identifiable, il peut correspondre à l'achèvement d'une identité adulte et l'acquisition d'une relative indépendance matérielle autorisant une réelle émancipation.
L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'adolescence selon des critères d'âge, soit : « tout individu âgé de 10 à 19 ans ».

Quelle que soit cette définition, l'entrée dans l'adolescence et ses transformations inscrit l'adolescent dans la découverte de la sexualité et de sa place dans cette sexualité en établissant des relations aux autres de différentes natures que celles connues dans l'enfance.

Selon l'OMS *« La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. (…) La sexualité est vécue sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. (…) »*

L'éducation à la sexualité chez l'adolescent est donc un juste milieu entre transmission de savoir dans le but de la prévention des risques liés à cette sexualité et ouverture à une écoute de craintes, de ressentis et de questionnements plus personnels propres à chaque adolescent.

Malgré les principes fondamentaux de l'éducation à la sexualité, il reste à ce jour des enjeux différents entre les filles et les garçons. En effet, les filles sont exposées au risque supplémentaire de la grossesse non désirée. Les conséquences de celle-ci ont un impact sur l'aspect moral, physique, social et sexuel de la santé future des adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

A ce jour dans la société, il existe une distribution sexuée des rôles : la fille détient la « responsabilité » de la mise en place de la contraception et le garçon a le rôle de la prévention des IST avec le préservatif (1).

Les chiffres de l'IVG chez l'adolescente n'ont fait que croître des années 1990 à 2010 avec actuellement une stagnation à des chiffres élevés en France souvent liés à des défauts de contraception d'où l'importance d'effectuer un travail en amont avec l'adolescente avant que n'apparaissent ses questionnements et inquiétudes (2).

Actuellement, le médecin généraliste est indiscutablement le professionnel de santé le plus sollicité par cette population. Trois quart des adolescents ont consulté un médecin généraliste dans l'année et l'adolescente a en moyenne 2.5 consultations par an durant cette période. Sa pratique lui permet une approche personnalisée dans le domaine de l'éducation à la sexualité avec une prise en charge individuelle, contrairement à celle mise en place par le milieu scolaire (3). En 2007, la prise en charge de la contraception était le 5ème motif de consultation le plus fréquent en médecine générale chez les adolescentes de 10 à 19 ans.

Pourtant, le médecin généraliste n'est pas la personne identifiée spontanément par les adolescents comme étant une personne ressource sur le thème de la sexualité et de la vie affective (4).

Pour le moment, de nombreuses études ont été effectuées sur les thèmes précis de la contraception, de l'attente des adolescentes auprès de leur médecin généraliste mais aucune étude n'a décrit la pratique de l'éducation à la sexualité chez les adolescentes par le médecin généraliste.

Dans ce travail de thèse, nous allons tenter de faire état de la place que le médecin généraliste se donne dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

MÉTHODE

I/ CHOIX DE LA MÉTHODE

La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales non quantifiables et non mesurables. Elle permet une démarche interprétative. Elle s'applique tout particulièrement au domaine du relationnel des soins.
La recherche qualitative est d'autant plus appropriée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer.
En identifiant les pratiques, les besoins et les craintes de la population étudiée dans un domaine donné, elle permet d'améliorer la qualité du soin.

Dans ce travail nous souhaitons mettre en avant la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

Pour cela, entre juillet 2015 et novembre 2016, une étude qualitative a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes exerçant dans le département de l'Ain.
Le mode de recueil choisi est l'entretien individuel. Cette technique d'entretien a pour but de collecter l'information à partir d'un guide d'entretien. Les entretiens sont animés par un intervieweur (enquêteur) seul avec le médecin. Cet enquêteur vise à guider l'interrogatoire pour stimuler la récupération du point de vue personnel de l'interlocuteur.
La méthode de l'entretien individuel est fréquemment utilisée lorsque le thème étudié et les questions posées peuvent entraîner une gêne du sujet interrogé, notamment lorsqu'on aborde la sexualité.

II/ POPULATION

L'enquête a été menée auprès de 12 médecins généralistes (M1 à M12) recrutés dans l'entourage professionnel de l'enquêteur ou par téléphone. Dans un premier temps, la recherche de participants a été initiée par mail sans aucune réponse ni positive, ni négative des médecins sollicités après un mois. L'échantillonnage a été réalisé selon le principe de variation maximale. Les variables retenues étaient : l'âge, le sexe, la situation d'exercice (rurale ou urbaine), le mode d'exercice, les activités professionnelles annexes, les formations complémentaires, la parentalité. Le recueil a été fait jusqu'à l'obtention d'une quantité de données suffisante pour développer les grands axes de la pratique des médecins généralistes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

III/ SITUATION DES ENTRETIENS

Le lieu de l'entretien a été laissé au libre choix des médecins interrogés (au cabinet ou au domicile du médecin) afin de favoriser un climat de confiance. Le sujet et le but de l'étude ont été exposés lors de la demande et au début de l'entretien. La définition de l'adolescente et de l'éducation à la sexualité était libre de leur interprétation sans limitation.

IV/ GUIDE D'ENTRETIEN

Il a été élaboré au cours du travail de mémoire d'initiation à la recherche de l'enquêteur durant le DES de médecine générale de l'enquêteur. 3 entretiens test, inclus à l'étude, ont permis de modifier, au cours d'une formation d'aide à la réalisation des études qualitatives organisée par la faculté de médecine Lyon Est, ce guide d'entretien. Son déroulement commence par une présentation du participant, avec des questions appelant des réponses courtes, de façon à mettre à l'aise le médecin interrogé dans ses futures réponses (Annexe 1).

La trame des questions est articulée en 4 parties :

- Partie 1 : *Les pratiques et moyens mis en place en cabinet par le médecin généraliste pour l'éducation à la sexualité des adolescentes.*
  L'objectif est de décrire les relations entre le médecin généraliste et les adolescentes ainsi que les méthodes mises en place pour aborder l'éducation à la sexualité au cabinet.
- Partie 2 : *La représentation du contenu et des acteurs engagés pour l'éducation à la sexualité des adolescentes.*
  L'objectif est de définir les différentes thématiques que le médecin intègre dans l'éducation à la sexualité et les sources d'informations que les adolescentes sollicitent pour répondre à leurs interrogations sur ce sujet.
- Partie 3 : *La place que le médecin généraliste se donne au sein de cette éducation à la sexualité.*
  L'objectif est de situer la place du médecin généraliste dans le réseau d'information des adolescentes sur l'éducation à la sexualité des adolescentes
- Partie 4: *Les difficultés et aides rencontrées dans la pratique lors de la mise en place de l'éducation à la sexualité.*
  L'objectif est de faire émerger les pratiques aidantes et les difficultés rencontrées pour mettre en place l'éducation à la sexualité chez l'adolescente.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Clôture : *Les propositions d'amélioration à la pratique de l'éducation à la sexualité chez l'adolescente*.

  L'objectif est d'ouvrir la discussion sur des propositions d'amélioration pour faciliter la pratique de l'éducation à la sexualité par les médecins généralistes

Ce guide a pu être modifié de nouveau au cours des entretiens lorsqu'un thème apparaissait ou un autre s'approfondissait par rapport aux entretiens précédents.

V/ ANALYSE DES DONNÉES

Après accord des médecins interrogés et un rappel de la garantie de leur anonymat, les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone type enregistreur OLYMPUS. Les propos ont été retranscrits via le logiciel de traitement de texte WORD, en intégralité et le plus fidèlement possible en verbatim.

Après chaque entretien et plusieurs lectures attentives, il a été réalisé un relevé systématique de verbatim. La deuxième étape consistait en un regroupement et un croisement des ces verbatim en thèmes plus généraux déclinés en sous-catégories afin d'obtenir une arborescence. De façon à rendre reproductible cette méthode, une double analyse a été faite pour assurer une triangulation des données par l'enquêteur et le directeur de thèse.

Pour chaque grand thème abordé, une synthèse sous forme de carte heuristique a été réalisée à l'aide du logiciel Creately dans le but d'améliorer la lisibilité des résultats.

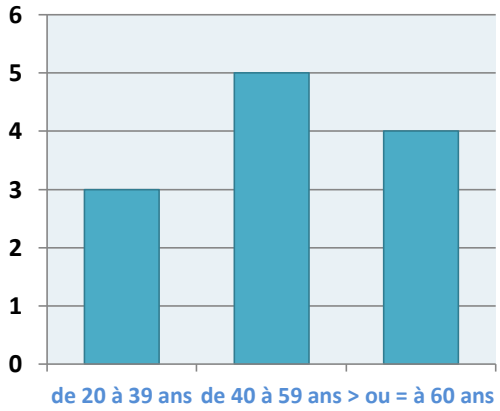
MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

RÉSULTATS

I/ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Les données recueillies sont extraites des témoignages des 12 médecins généralistes interrogés dans le département de l'Ain au cours d'entretiens semi-dirigés individuels. Les caractéristiques propres à chaque médecin ont été recueillies au début des entretiens et sont récapitulées dans l'Annexe 2.

1/ L'âge

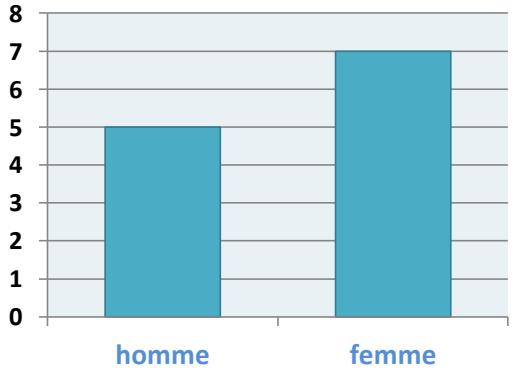


Graphique 1 : répartition des médecins interrogés selon leur âge

L'âge des médecins interrogés varie de 27 à 64 ans.

L'âge moyen des médecins participants à l'étude est de 50 ans et 2 mois.

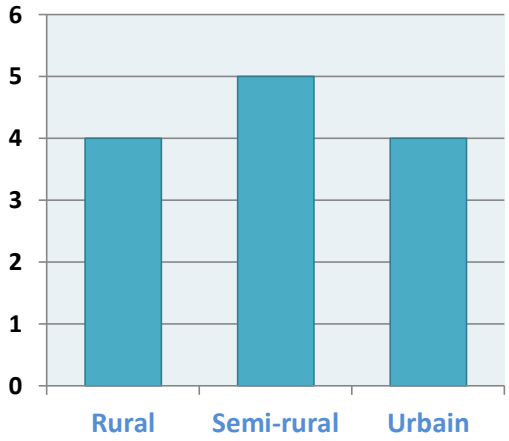
2/ Le sexe



Graphique 2 : répartition des médecins interrogés selon le sexe

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

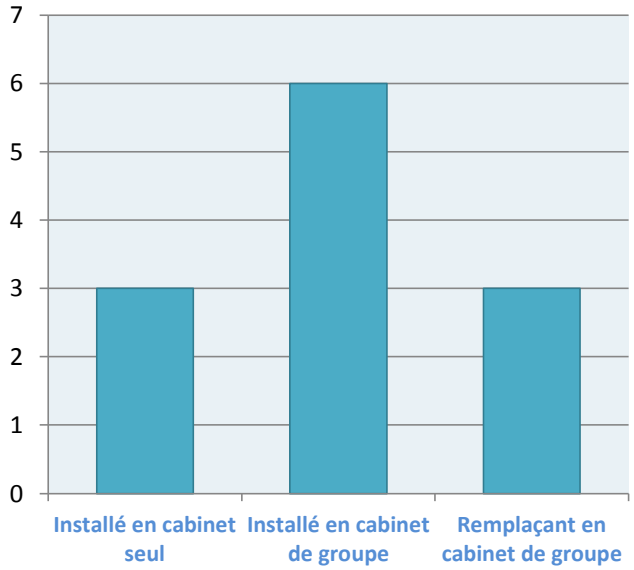
3/ Le lieu d'exercice



Graphique 3 : répartition des médecins interrogés selon leur lieu d'exercice

A noter qu'un médecin rentre dans 2 catégories de lieu d'exercice, « rural » et « semi-rural » car exerce en tant que remplaçant dans des lieux différents.

4/ Le type d'exercice



Graphique 4 : répartition des médecins intérrogés en fonction de leur mode d'exercice

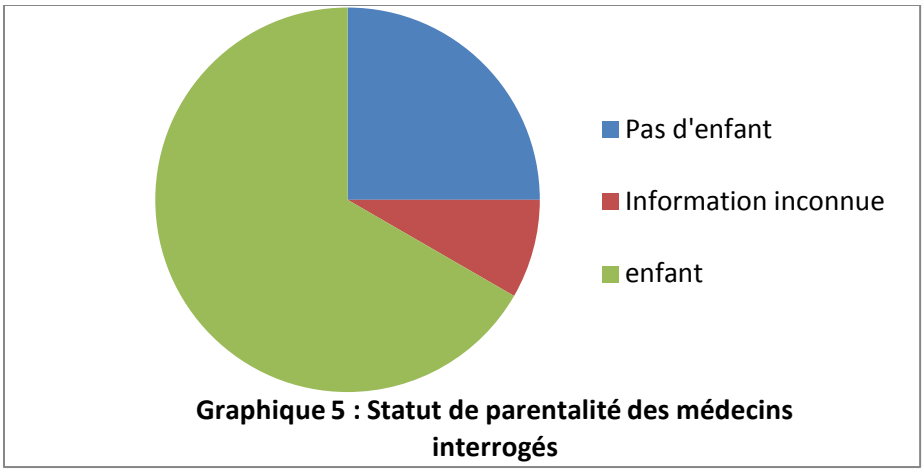
MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

5/ Les formations spécifiques des médecins

Dans les formations spécifiques des médecins interrogés on peut noter que :

- 3 médecins sont formés à la pratique de l'IVG en ambulatoire.
- 2 médecins ont une formation par un DIU de gynécologie.
- 5 des 12 médecins interrogés sont maitres de stage universitaire.

6/ La parentalité des médecins interrogés



Graphique 5 : Statut de parentalité des médecins interrogés

Pour les médecins qui ont des enfants, ils ont de 2 à 5 enfants.

Nombre d'enfants	2 enfants	3 enfants	4 enfants	5 enfants
Nombre de médecins concernés	2	3	2	1

Les enfants des médecins interrogés ont entre 11 et 35 ans.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

II/ VISION DES MÉDECINS DE LEUR PROPRE RÔLE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

1/ Rôle d'information et de conseil

Les médecins sont en accord avec l'idée que le médecin généraliste a un rôle d'information et de conseil nécessaire. Par contre, ils ne sont pas tous d'accord sur l'ampleur que prend cette place dans l'ensemble des moyens d'informations qui existe autour de l'éducation à la sexualité.

> *« je suis là pour t'informer et t'aider « (M1)*
>
> *« Et t'es vraiment dans ce rôle de discussion, prévention et dans la relation qui est sympa » (M5)*
>
> *« Notre boulot c'est de l'informer. On parle éventuellement de tout ce qui me parait important, un peu fonction de la personne que tu as en face […] Pour moi ça fait vraiment partie en plein dans notre boulot ça ! » (M9)*
>
> *« Je suis un conseiller, et plus j'avance dans la médecine générale et plus je suis un conseiller » (M12)*
>
> *« le médecin je sais pas, si c'est une source d'information ou pas, si y a un problème je pense que ça devient une source d'informations intéressante » (M10)*

La place du médecin dans cette information apporte une fiabilité du discours qui permet une écoute plus attentive de l'adolescente.

> *« le médecin généraliste c'est toujours le même…et c'est forcément quelqu'un de bien informé » (M7)*
>
> *« quand ça vient du médecin ils écoutent toujours un peu plus, donc moi j'pense que c'est indispensable » (M5)*

2/ Rôle de médiation dans la relation parents-adolescents

La relation entre les parents et l'adolescente est centrale pour une bonne éducation à la sexualité de l'adolescente, le médecin est donc là pour aider à maintenir et développer cette relation.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« pratiquer l'éducation à la sexualité, c'est plus de rendre les parents acteurs de cette éducation et qu'ils se rendent compte qu'il faut pas qu'il y ait de tabous et que ce soit quelque chose d'assez… pour que ça se passe bien pour les parents et pour les adolescents » (M3)

« c'est un peu le rôle de suppléant du parent qu'ose pas en parler » (M5),

« libérer leur parole au sein de leur famille et au sein de la société… » (M7)

« … Mais faire du lien entre les parents et les enfants c'est hyper important… » (M9)

« le conflit s'est un peu chronicisé et j'pense qu'on est là comme une aide » (M10)

3/ Rôle propre au choix de chaque médecin

Chaque médecin choisit la place qu'il se donne dans cette éducation à la sexualité. Certains médecins n'ont pas l'envie d'approfondir cette thématique. D'autres s'emparent de cette pratique pour la faire évoluer. Chaque frein et élément aidant dans la pratique permet au médecin de choisir son rôle dans cette éducation.

« c'est pas forcément le rôle du médecin d'aborder le sujet […] Moi j'ai pas honnêtement envie de… » (M2)

« chacun fait comme il sent, comme il a envie » (M6)

« c'est-à-dire qu'il y a certains médecins qui vont pas aller chercher la question… ils vont attendre que l'adolescent vienne à eux » (M9)

« Oui il faut que chacun fasse ce qu'il se sent de faire » (M12)

4/ Adapté aux ressources locales

Un des médecins parle aussi de l'adaptation du rôle du médecin généraliste en fonction des ressources présentes pour l'éducation à la sexualité autour du lieu d'exercice.

« notre rôle peut être un peu différent si y a une maison des ados à proximité ou pas » (M4)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

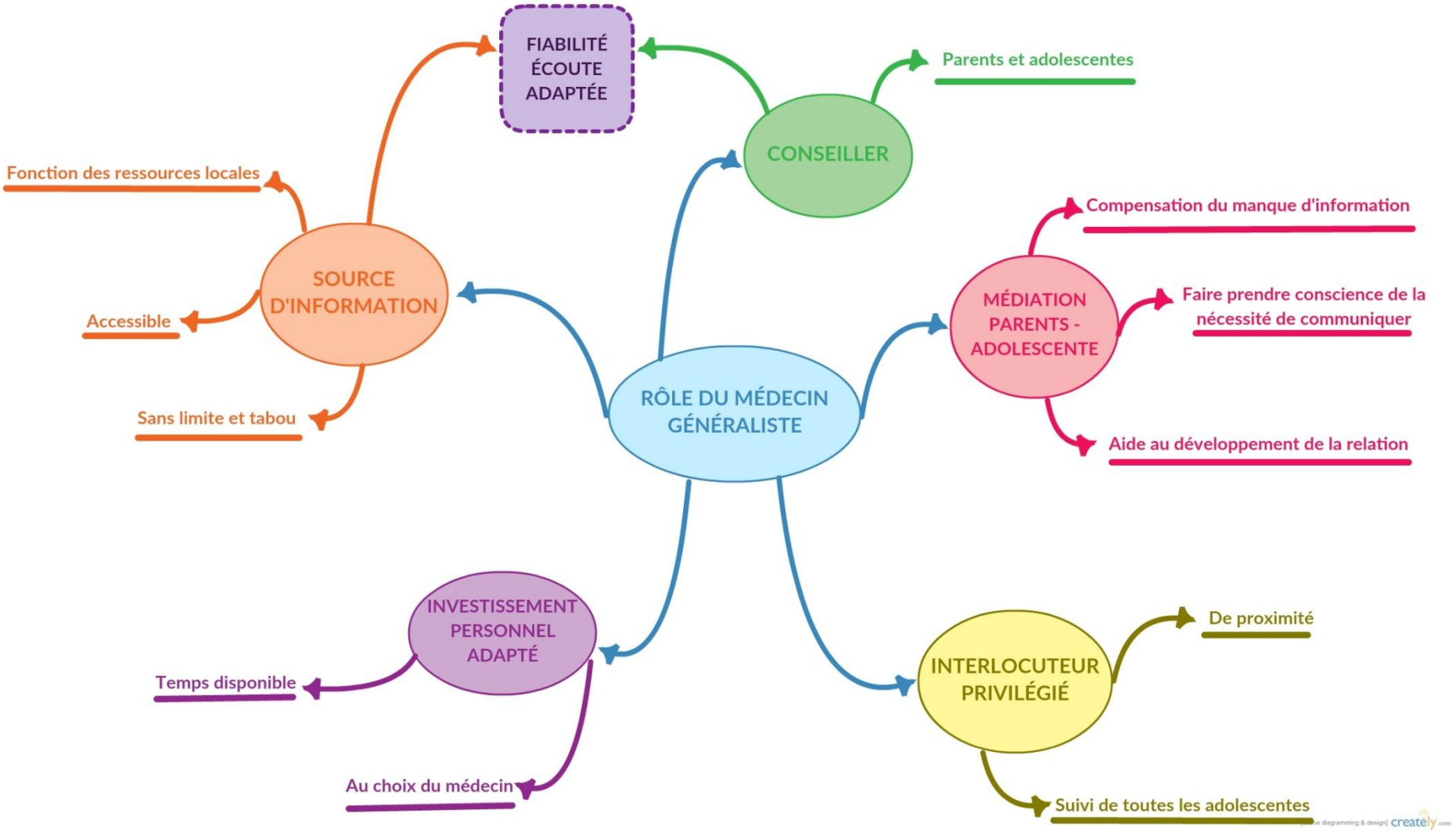


Figure 1 : Vision des médecins de leur propre rôle dans l'éducation à la sexualité des adolescentes

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

III/ PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE

1/ Préparation en amont

a/ Choix du moment adapté

Chaque médecin utilise des repères dans les consultations pour mettre en place l'éducation à la sexualité.

Il existe des repères cliniques comprenant les signes pubertaires et l'apparition des règles.

« l'enfant qui a des caractères sexuels secondaires « (M6),

« *quand elles commencent à être formées un petit peu » (M9)*

« *je leur en parle toujours au moment des règles » (M1)*.

Il existe des repères d'âge autour des 12 ans ou de niveau scolaire autour du collège.

« à partir de 12 ans le problème peut se poser » (M2)

« Parce que moi j'commence voilà vers 11 ans à commencer à aborder un peu le problème » (M3)

« j'pense que c'est vraiment 12 ans, jusque 18 ans j'imagine » (M4)

« Moi j'en parle à partir du collège » (M5), « à partir de la 6ème » (M11)

Il existe des repères comportementaux comprenant des modifications de la présentation physique et les demandes de sorties.

« la manière de s'habiller » (M9)

« elles commencent à bien s'habiller, mettre des talons, du maquillage… on se dit… » (M11)

« qu'elles commencent un petit peu à sortir… » (M11)

Un dernier médecin s'empare du moment de l'abord de la vaccination anti-HPV.

« au moment de la vaccination par GARDASIL » (M7)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

b/ Évaluation des besoins et des connaissances

Pendant la consultation le médecin évalue les besoins de l'adolescente en matière de connaissance et de questionnement de façon à adapter son approche de l'adolescente.

« qu'est-ce que tu sais, qu'est-ce que tu veux savoir ? » (M1)

« un petit peu en pointillés aussi pour pouvoir voir un peu où va se situer la jeune fille » (M3)

« je questionne beaucoup » (M6)

c/ Qui aborde le sujet

Le médecin choisi d'aborder le sujet ou d'attendre que l'adolescente l'aborde, et sur ce point, les avis sont partagés.

Certains sont systématiquement le moteur de la discussion et n'attendent pas que les demandes se présentent.

« A priori toujours moi » (M5)

« Moi, pas elles, rarement elles, j'dirais même quasi toujours moi » (M9)

« Voilà au début c'est moi » (M11)

D'autres médecins attendent les demandes exprimées des adolescentes ou des parents.

« si ça vient de la part de la patiente y a pas de problème » (M2)

« 14 ans en général ou alors là elle sollicite, soit par l'intermédiaire de la maman » (M3)

d/ Choix de la place des parents dans la consultation

La place des parents dans la consultation avec les adolescentes dans le cadre de l'éducation à la sexualité est très différente en fonction du médecin interrogé.

En somme, 3 médecins privilégient une consultation sans les parents de façon assez systématique.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Évidement en l'absence de papa, maman » (M1)

« Le but c'est de faire sortir le plus possible les parents […] j'pense que, on passe quand même à côté d'un truc quand on garde les parents » (M5)

« je propose effectivement que les parents attendent dans la salle d'attente » (M7)

La plupart des autres médecins parlent d'une place adaptée des parents dans la consultation en fonction de différents critères.

Le choix de cette place est évalué par la relation parents-adolescente pendant la consultation, on fait sortir le parent présent quand la communication est difficile.

« si la mère est là et que j'sens que ça gêne […] moi j'vais faire sortir des parents quand y a un problème psychologique important » (M6)

« Quand je vois que… si je vois que le parent gène je fais sortir » (M9)

« Si on voit qu'il y a pas de communication on en parle sans la maman… » (M11).

Le médecin peut aussi laisser l'adolescente et les parents choisir cette place dans la consultation.

« c'est si la maman spontanément propose à ce moment-là de nous laisser » (M2)

« je demande à l'enfant s'il a envie que le parent sorte » (M4)

« D'ailleurs c'est pas moi qui demande aux parents de sortir, je demande à l'ado s'il souhaite que ses parents sortent » (M12)

Un des médecins utilise même les deux solutions, une partie de la consultation avec le parent pour l'informer de cette éducation, une partie seule avec l'adolescente.

« j'essaye de pas exclure les parents, j'essaye simplement de faire réfléchir les parents […] après en général je fais sortir la maman » (M3)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

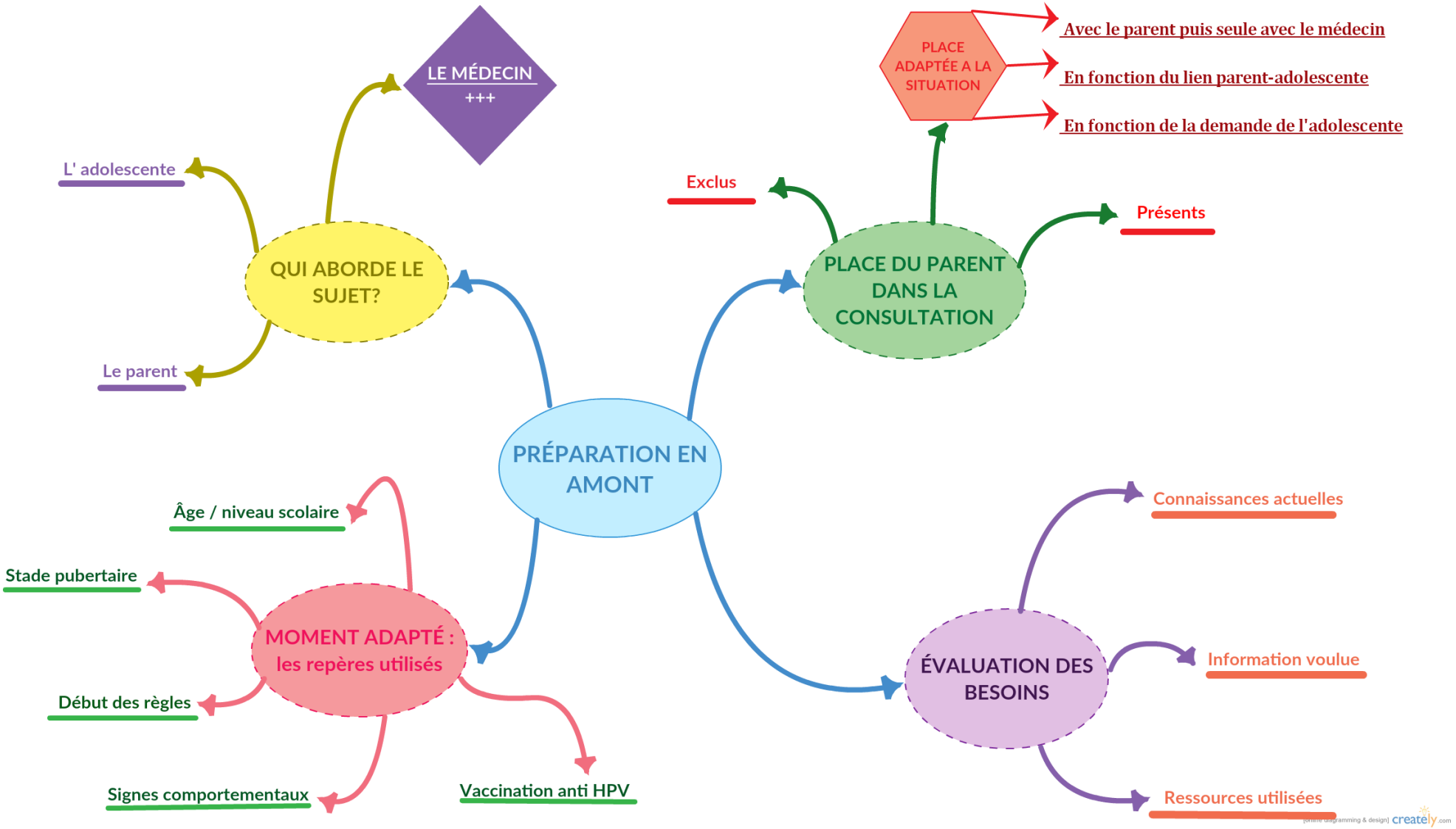


Figure 2 : Préparation en amont de l'éducation à la sexualité de l'adolescente

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2/ Techniques de communication

Le mode de communication avec l'adolescente est essentiel lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet comme la sexualité. Pour cela les médecins utilisent des techniques de communication qui se recoupent de façon à favoriser l'efficacité des échanges et du message délivré.

> *« j'pense que c'est de la communication, et surtout de la laisser parler, s'exprimer, et puis voir, essayer de ressentir ce qu'elle a envie d'entendre » (M1)*

> *« j'ai des trucs pour aborder ça » (M6)*

a/ Discours adapté à chaque adolescente et parents

Toutes les adolescentes ont une évolution différente d'un aspect physiologique et psychologique dans le processus adolescent et n'ont pas toutes les mêmes demandes et besoins au même âge. Le médecin a donc l'obligation de s'adapter à ces différences pour ajuster son discours aux adolescentes mais aussi à la capacité de compréhension du parent.

> *« le fonctionnement bien particulier que chaque ado » (M4)*

> *« y a des filles à 14 ans qui sont physiquement comme des filles de 11 ans et puis il y a des filles à 14 ans qui sont comme des filles de 25 » (M8)*

> *« c'est tellement différent d'une ado à l'autre et y a tellement des modes d'évolution d'un ado à l'autre qui sont différents » (M9)*

> *« Vous savez la médecine, moi si j'avais résumé la médecine, c'est un grand jeu de rôle, une capacité d'adaptation à chaque personne » (M12)*

b/ Répétition

Pour que le message passe le mieux possible, les médecins décrivent la nécessité de revoir les patientes et de répéter les informations.

> *« je reprend le message pour le premier renouvellement » (M4)*

> *« Alors à force de la lire 25 fois dans tous les sens je pense que ça va finir par rentrer » (M7)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« C'est vrai qu'il faut expliquer 50 fois les mêmes choses… » (M11)

c/ Systématisé ou non

Pour les médecins qui abordent spontanément la sexualité avec les adolescentes, la plupart ont des questions de relance assez systématiques.

« systématiquement à partir de 10 ans je pose la question si les jeunes filles sont réglées ou pas » (M3)

« j'essaye de pas faire à la tête de l'ado etcétéra et que ce soit une question systématique » (M5)

« Même si elles viennent pour autre chose […] et puis c'est aussi parce que je le fais de façon un peu systématique » (M11)

Ceux qui attendent que la demande vienne de l'adolescente n'utilisent donc pas cette technique de communication.

« l'abord de la sexualité je le fais pas spontanément » (M2)

« C'est plus difficile quand ça doit être moi. Parce que des fois ben j'y pense pas » (M7)

d/ Adolescente dans sa globalité

La sexualité n'est qu'une partie de l'éducation à la santé de l'adolescente, elle est donc souvent abordée dans un ensemble de sujets relatifs à l'adolescence centrée sur une prise en *charge plus globale.*

« j'peux pas m'empêcher d'être globale dans ma prise en charge » (M6), « le package, on t'a déjà proposé de fumer ? , t'as déjà bu de l'alcool ?, t'as un copain, une copine? t'as déjà eu des rapports sexuels? Voilà… » (M5), « d'un aspect général, développement psychologique de l'adolescent » (M2)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

e/ Banalisation du sujet

Pour 4 médecins, montrer son aisance et dédramatiser le sujet qu'est la sexualité semble aider la communication avec l'adolescente.

« j'essaye de dédramatiser les choses » (M1)

« droit dans les yeux, et puis en fait y a pas de malaise quoi » (M5)

« faire en sorte que ça soit naturel dans l'échange » (M6)

« tout a un nom et qu'on peut parler de tout » (M7)

f/ Information progressive

De manière générale, l'éducation à la sexualité semble s'organiser de façon progressive, en plusieurs fois avec une information croissante et adaptée à l'évolution de l'adolescente.

« progressivement, au fur et à mesure qu'on voit la jeune fille » (M3)

« dans un premier temps j'ai un examen assez organique, standardisé, et puis j'essaye d'engager la conversation » (M8)

« c'est des consultations qui sont en général très large et qui je considère peuvent pas être faites en une seule fois […] faut commencer par de la généralité avant des choses plus précises, plus intimes » (M9)

« On va un petit peu plus loin peut être à chaque fois » (M11)

g/ Lecture du non verbal

Durant ces consultations spécifiques il est parfois nécessaire de lire le non-verbal pour comprendre la demande des adolescentes, on recherche des hésitations, des problèmes d'aisance dans les réponses données.

« y a tous ces signes heu non oral qui font que tu as compris » (M6)

« après l'hésitation y a 9 fois sur 10 où il faut en parler » (M9)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

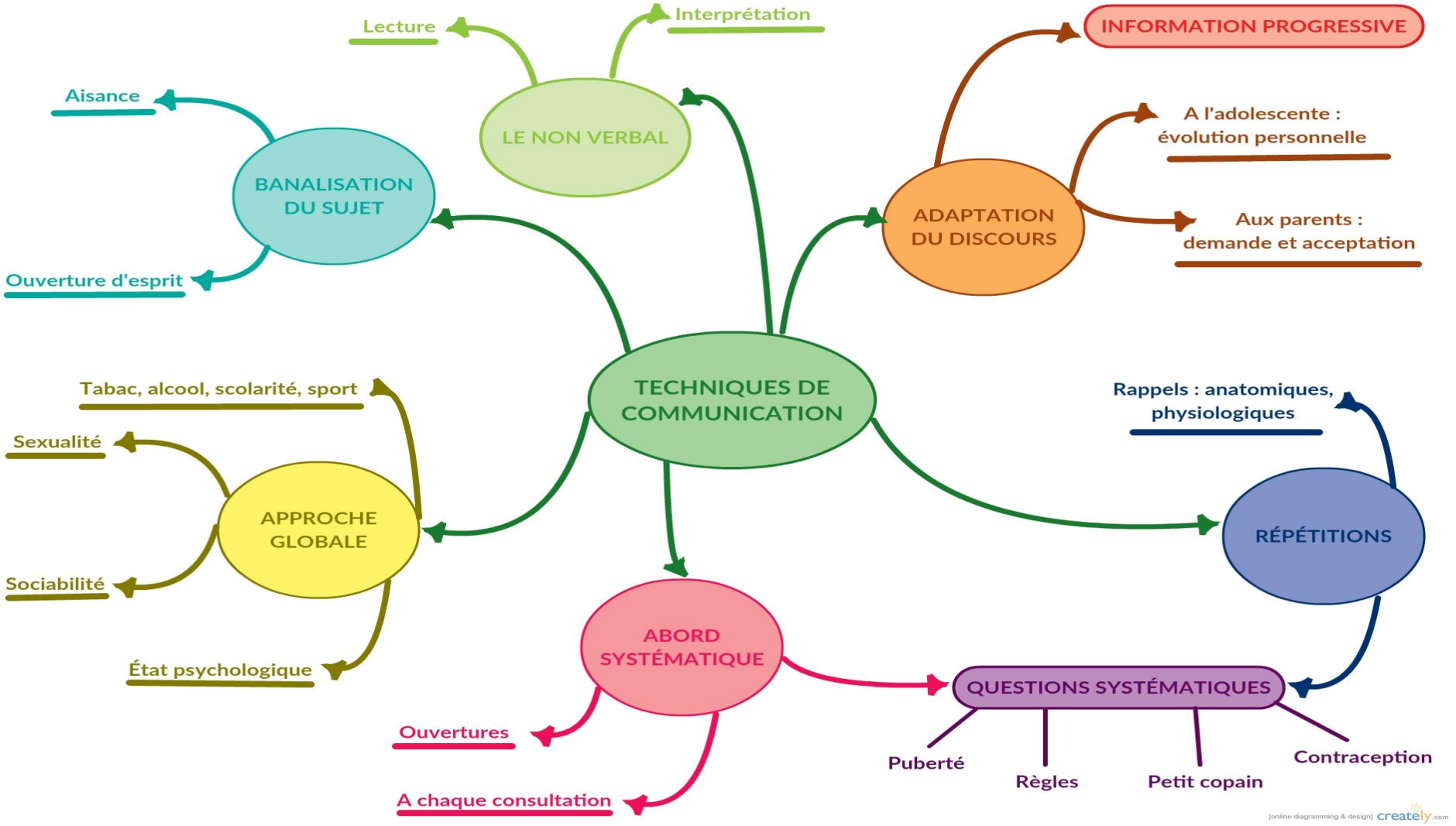


Figure 3 : Techniques de communication employées par les médecins généralistes

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

3/ Création de la relation de confiance

La relation de confiance entre le médecin et le patient est centrale dans toutes les prises en charge. En ce qui concerne l'adolescente, les médecins parlent tous de l'importance d'instaurer une relation de confiance pour améliorer l'échange et donc l'efficacité de l'éducation à la sexualité.

« elle te dira des choses si elle a confiance en toi » (M6)

« l'idéal c'est la relation de confiance qui se crée un peu et aborder les sujets dans un deuxième temps » (M10)

« qu'ils aient confiance en vous comme ça après si y a un problème ils vous posent des questions… » (M11)

a/ Disponibilité, lieu d'écoute

Le premier pilier de la relation de confiance mis en place par les médecins est la démonstration de sa disponibilité.

« t'as pas besoin mais sache que si tu as besoin tu viens m'en parler, c'est pas un problème, c'est pas compliqué » (M6)

« j'suis ouverte, s'ils ont quoi que ce soit à demander pour n'importe quel problème, ils prennent leur téléphone et j'suis disponible on en discute » (M11)

Pour cela ils utilisent tous l'idée d'une porte ouverte pour toutes les questions éventuelles.

« comme ça, ça laisse la porte ouverte ici pour en parler » (M1)

« y ait une possibilité d'ouverture pour en parler » (M2)
« on ouvre les portes » (M3)
« capacité à ouvrir des portes […] A ouvrir cette porte là ! (M4)
« ça fait la porte ouverte » (M9)

La notion de porte ouverte est l'idée que toute question est la bienvenue et doit être posée dans la consultation sans limite dans les sujets abordés.

« je peux répondre à toutes tes questions « (M1)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« il faut que la jeune fille […] puisse savoir que ses questions seront accueillies en toute simplicité » (M3)

« si t'as des questions tu les poses, il n'y a pas de questions bêtes, il faut pas avoir peur de les poser » (M11)

b/ Respect de la pudeur

- Choix de l'adolescente des sujets abordés

Les médecins interrogés abordent tous plus ou moins largement la sexualité avec les adolescentes mais toujours dans l'idée de se limiter à ce que veut partager l'adolescente avec son médecin.

« tu as la place que le patient te donne dans cette éducation » (M6)

« On respecte ce qu'elles ont envie de partager? Tout à fait, […] l'occasion comme ça de leur expliquer qu'ils ont besoin, qu'ils ont le droit d'avoir leur vie privée » (M12)

- Rappel et respect du secret médical

Le rappel du devoir de respect du secret médical par les médecins permet aux adolescentes de ne pas s'inquiéter de ce que les parents sauront après la consultation.

« la porte est étanche, je suis tenu au secret professionnel » (M1),

« elles doivent pas oser en parler au médecin généraliste de peur que j'aille raconter je pense à la maman » (M3),

« qu'elle a eu peur que y ait pas le respect du secret médical » (M6),

« On veillera à ce que le secret soit bien gardé » (M7),

« moi je respecte le secret médical, je ne lui en parlerai jamais si tu ne me demandes pas d'en parler » (M11)

« La confiance c'est de lui faire comprendre que tout ce qui est dit avec l'ado ne sera pas répété avec les parents » (M12)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Place de l'examen clinique

De façon à mettre à l'aise les adolescentes sur l'examen clinique qui peut aboutir après avoir abordé la sexualité, on remet souvent l'examen à plus tard, ou on limite l'examen au strict nécessaire. Le médecin prend en considération la pudeur importante des adolescentes.

> *« je suis très respectueux de leur juste pudeur […] les choses ont beaucoup changées et on a le temps avant de mettre en place tout ça ce qui facilite les choses… ça permet de mettre en confiance… » (M8)*

> *« y a pas lieu sauf si problèmes particuliers, douleurs, saignements intermittents ou voilà, dans des cas où si elles me disent sur des douleurs vraiment au rapport, des choses comme ça » (M9)*

c/ Respect du choix de l'interlocuteur choisi

Le médecin généraliste est par moment mis à l'écart avec un choix d'interlocuteurs différents qui est respecté par les médecins interrogés.

> *« Après respecter si c'est le choix du gynéco c'est le gynéco » (M9)*

> *« j'ai perdu en tant que médecin traitant car elles ont choisies de ne pas venir me voir pour l'après, moi j'ai aucun problème avec ça » (M6)*

d/ Valorisation, considération

Pour 4 des médecins interrogés, la place que l'on donne à l'adolescente dans la consultation ainsi que sa considération en tant qu'adulte favorise la relation de confiance avec le médecin.

> *« j'essaie de la mettre en tant qu'adulte […] on est au même niveau », « ne pas être un professeur vis-à-vis d'une élève ou d'un enfant, mais on se met vraiment, on les remonte, on se met à leur niveau et on se parle d'égal à égal » (M1)*

> *« faut essayer que l'ado se sente un peu compris dans son discours » (M4)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« j'commence toujours par les vouvoyer parce que je pars du principe qu'ils commencent aussi à être adulte » (M5)

« inclure l'ado dans les décisions » (M7)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

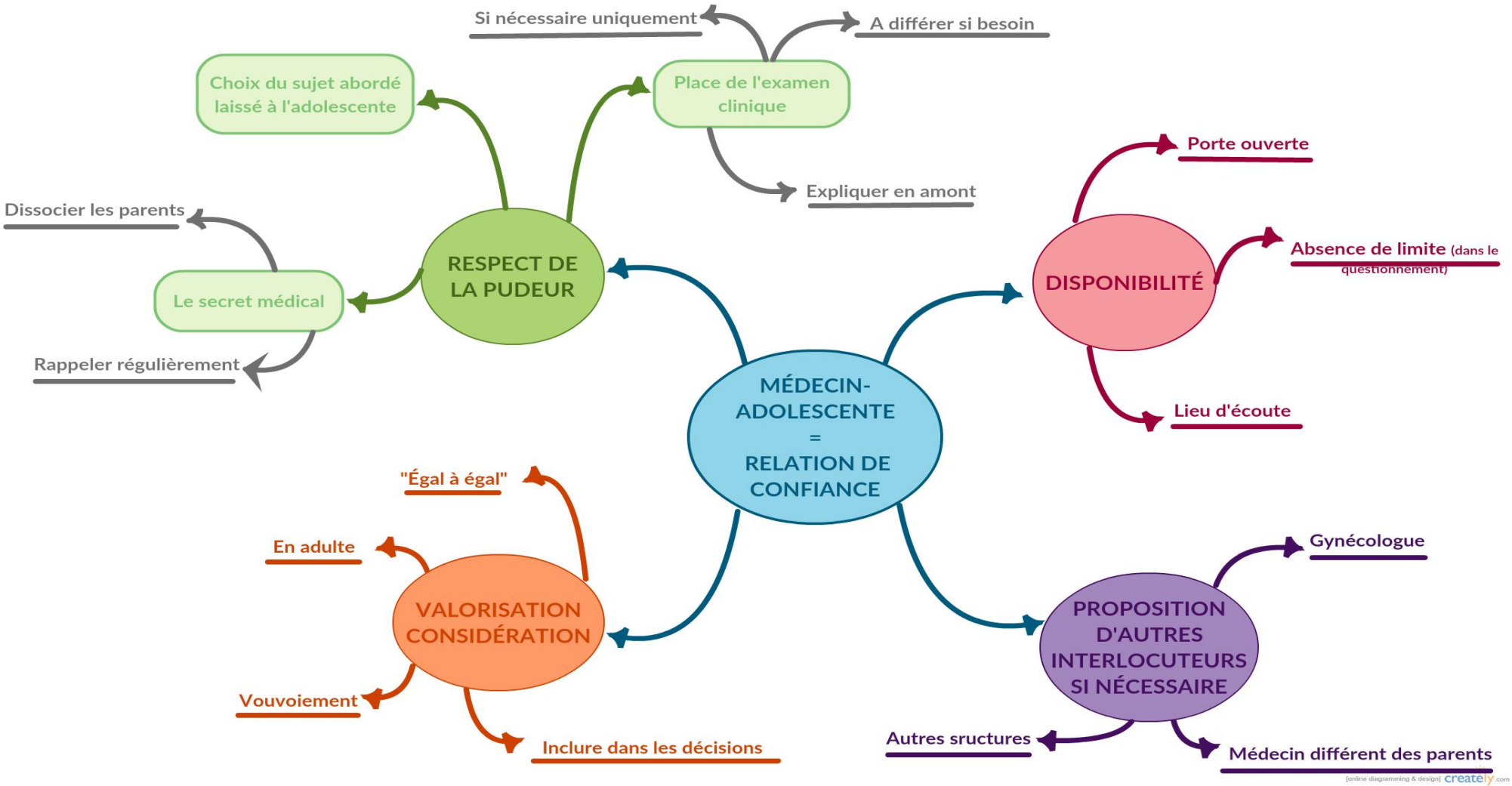


Figure 4 : Représentation de la relation de confiance médecin-adolescente

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

4/ Information donnée

a/ Anatomie

Il existe un manque de connaissance de l'anatomie chez certaines patientes qui nécessite dans l'éducation à la sexualité de commencer par des petits rappels.

« premièrement faire des petits rappels d'anatomie » (M1)

« une part d'anatomie, j'veux dire j'suis quand même très étonné de voir que beaucoup de femmes savent pas trop comment elles sont construites » (M8)

b/ Physiologie

La physiologie regroupe plusieurs sujets à aborder comme la connaissance du cycle hormonal de la femme et le déroulement des règles.

« leurs premières règles, qu'est-ce que c'est, qu'est-ce qui va se passer »(M1)

« rappeler un peu comment ça fonctionne, ce que c'est que les ovaires, les règles, l'ovulation, les 2 phases du cycle » (M8)

c/ Le premier rapport sexuel

2 médecins décrivent le premier rapport non vécu comme un passage anxiogène dans la vie sexuelle de l'adolescente et qu'il vaut mieux l'envisager et l'aborder avant.

« leur dire que le premier rapport c'est important » (M9)

« Il peut y avoir une petite perte de sang au moment où tu as ton premier rapport sexuel, ça peut vous faire mal, ça veut pas dire que ça sera toujours comme ça » (M1)

d/ Prévention des risques : IST/GROSSESSE/CANCER

Pour les médecins, la prévention des risques liés à la sexualité est l'objectif central de l'éducation à la sexualité et c'est le thème où il y a le plus de sujets à aborder et à maîtriser pour l'adolescente.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

La prévention des maladies sexuellement transmissibles est évoquée dans chaque entretien comme un sujet évident à aborder.

> *« surtout des questions sur les MST » (M2)*
>
> *« on insiste un petit peu sur la protection contre les IST » (M3)*
>
> *« problème des maladies sexuellement transmissibles » (M8)*

La prévention des grossesses non désirées est le deuxième point central de cette prévention avec une implication particulière des adolescentes par rapport aux adolescents. Cette prévention contient la maîtrise de la contraception avec un choix de celle-ci après une information éclairée et la gestion des oublis de contraception.

> *« mais aussi prévention de la grossesse, qui a cet âge là concerne plus les filles » (M5)*
>
> *« si elle veut une pilule on parle des autres moyens de contraception qu'elle connait pas forcément » (M9)*
>
> *« Quand elles viennent déjà pour la contraception…Le temps de leur expliquer comment ça fonctionne, comment il faut… pour pas faire d'oubli… » (M11)*

Enfin, dans le cadre de la prévention spécifique chez la jeune femme, les médecins abordent la prévention du cancer de l'utérus par la proposition de la vaccination et l'information sur le déroulement et l'intérêt du frottis.

> *« par le biais de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus » (M3)*
>
> *« au moment de la vaccination par GARDASIL […] les filles me parlent du frottis, donc j'leur explique » (M7)*
>
> *« Le frottis j'vais leur en parler quand je fais les vaccinations contre HPV »(M9)*

e/ Aspect psychologique de la sexualité

Après l'abord des sujets théoriques de l'éducation à la sexualité, tous les médecins interrogés parlent de l'importance d'évoquer les aspects psychologiques de la gestion de la vie sexuelle par les adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« d'un aspect général, développement psychologique de l'adolescent » (M2)

« y a tout le côté psychologique » (M6)

- Connaissance, maîtrise et respect de son corps

Pour les médecins, une bonne connaissance, une maîtrise et un respect de son corps sont indissociables de la gestion de la vie sexuelle des adolescentes.

« apprendre à connaitre soi-même son corps » (M2)

« j'estime que c'est sa dignité de femme de gérer son corps comme elle veut » (M7)

« Leur faire prendre conscience que donner son corps, y a une part de confiance » (M8)

« Sur le corps, le psychologique, est-ce que tu te sens prête […] Voilà discuter des choses comme ça, mais ça c'est préparer à la sexualité ça pour moi… »(M9)

- Prévention de la soumission, condition de la femme

Cet aspect de la sexualité permet une prise de conscience de l'importance de se respecter soit même pour être respectée par les autres et prévenir la soumission de l'adolescente.

« elles doivent pas être soumises » (M2)

« est ce que finalement c'est un devoir, pas un devoir… » (M5)

« d'être mal traitée dans un rapport affectif ou social ou humain qui n'est pas de bonne qualité […] si on est alcoolisé on ne peut pas être vigilant, et on risque d'être maltraité » (M7)

- Gestion de la relation à l'autre

Pour les médecins interrogés, la relation amoureuse s'inscrit dans la gestion de la sexualité par l'adolescente, par conséquent ils abordent souvent le rapport à l'autre.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« le rapport à autrui, c'est ça pour moi qui est plus pertinent » (M2)

« Les relations à l'autre que ce soit aux amis, aux compagnes et plus généralement aux parents et au monde adulte (M4) »

« faut peut être qu'ils se comprennent l'un et l'autre » (M11)

f/ Supports utilisés

Beaucoup de médecins utilisent des supports pour faire passer leurs messages sur la sexualité. Chacun choisit ses supports adaptés à sa pratique, ils utilisent des supports variés.

« Parce que je trouve que ça améliore vachement la communication quoi. Ça permet de donner une information concrète » (M10)

Beaucoup utilisent des supports papiers comme des fiches, des livrets, des dessins personnels.

« j'leur donne la ptite carte de l'INPES » (M3)

« la contraception oui, pour laisser une trace sur comment utiliser la pilule etcetera… et puis j'ai quelques petits livrets sur les MST » (M4)

« je fais beaucoup de dessins, moi-même » (M5)

« des BD super bien faites sur la contraception » (M6)

« une petite revue qui s'appelle FEMINEUF »(M7)

« je fais souvent des dessins » (M8)

L'utilisation de matériel pour présenter concrètement la contraception a été décrite par 2 médecins.

« J'ai toujours un écouvillon à frottis avec un speculum qui traîne pour montrer […] J'ai un utérus artificiel pour montrer comment se passe une pose de stérilet » (M9)

« donner en cadeau 1 préservatif » (M1)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une majorité des médecins s'appuie sur l'outil internet pour des recherches pendant la consultation ou en outil à utiliser par l'adolescente pour se documenter ou communiquer avec le médecin.

« dessus il y a le site internet (choisirsacontraception.fr) » (M2)

« mon mail sur mes ordonnances […] je vais sur Google et je tape « image » (M8)

« je vais sur internet, je cherche la maquette du corps humain » (M9).

5/ Différences filles/garçons

Tous les médecins trouvent des différences dans leur pratique et dans l'éducation à la sexualité en général entre les adolescents et les adolescentes.

Ces différences sont liées à 2 phénomènes :

- L'investissement plus important face aux filles lié à la médicalisation de la sexualité autour de la contraception et de la prévention de la grossesse non désirée.

  « mais aussi prévention de la grossesse qui, à cet âge-là, concerne plus les filles » (M5)

  « les filles tôt ou tard elles vont devoir médicaliser leur sexualité » (M7)

- La discrétion des garçons et l'absence de demande de leur part auprès du médecin.

  « les garçons c'est une vie sexuelle qui est plus autonomisée » (M7)

  « les garçons ils sont coincés, ils veulent pas en parler… Non ça les concerne pas… on en parle mais heu… c'est dur quoi… c'est plus dur, c'est plus dur, ils sont tout rouge… » (M9)

  « les garçons sont plus fermés, les consultations prennent vite fin […] Ils sont moins à risque dans la sexualité » (M12)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV/ AIDES ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE DÉROULEMENT DE L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

1/Caractéristiques du médecin

a/ Aisance/gêne face à l'adolescente et le sujet de la sexualité

- Le sujet de la sexualité

Tous les médecins parlent de l'aisance ou de la gêne qu'ils peuvent avoir à parler de sexualité en général, ce critère a des conséquences sur la pratique des médecins dans l'éducation à la sexualité des adolescentes.

Deux des médecins parlent des difficultés qu'ils ont avec l'abord de la sexualité.

> *« j'évite encore une fois le problème de la sexualité » (M2)*

> *« J'reste très clair, un peu distant parce que j'ai … c'est difficile […] La sexualité, j'ai du mal à l'aborder » (M10)*

En dehors des difficultés à l'aborder, le sujet de la sexualité inquiète le médecin sur la gêne qu'il peut entrainer chez la patiente.

> *« Le risque pour moi c'est de choquer » (M2)*

> *« pas aller brusquer la jeune fille » (M3)*

> *« j'essaye de pas être trop brutal » (M8)*

> *« le discours c'est d'essayer de ne pas leur faire peur… » (M9)*

> *« et encore plus chez les ados. C'est … Elles peuvent être gênées » (M12)*

D'autres au contraire parlent plutôt d'une aisance avec ce sujet qui ne pose pas de souci dans la pratique.

> *« je me sens très à l'aise comme ça, par culture parce que c'est un sujet dans lequel je suis à l'aise » (M8)*

> *« très à l'aise, c'est vraiment pas un truc ou j'suis pas à l'aise du tout » (M9)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- L'abord de l'adolescente

En dehors du sujet de la sexualité, les médecins sont influencés dans leur pratique par leur ressenti face à l'adolescente et les conséquences que cela peut entrainer dans l'éducation à la sexualité.

« ça me fait pas peur l'ado » (M5)

« alors qu'un ado c'est quand même facile » (M6)

« je me sens plutôt à l'aise avec les adolescents » (M7)

« J'suis pas très à l'aise avec cette population de patient » (M10).

b/ Expérience

Les médecins sont tous influencés dans leur pratique par leur propre expérience autour du sujet de l'éducation à la sexualité des adolescentes. Ils évoquent 2 types d'expériences, leur expérience personnelle et leur expérience professionnelle.

- Personnelle

La principale expérience personnelle qui est relevée chez la plupart des médecins ayant des enfants, c'est le fait d'être soi-même parent d'adolescente. Pour tous les médecins qui l'évoquent, cela semble être une aide pour la suite de leur pratique professionnelle.

« j'ai cette chance là d'avoir eu des gamines et ça m'a permis d'en parler relativement facilement et de voir les bêtises à ne pas faire » (M1)

« j'pense que c'est une autre expérience d'être parent finalement […]c'est quand même une grosse aide » (M6)

« j'pense que d'avoir des enfants c'est un formidable entrainement » (M7)

- Professionnelle

Certains médecins constatent que l'expérience professionnelle pratique est importante pour développer une fluidité dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« j'ai jamais eu trop des rapports verbaux sur la sexualité de l'adolescente » (M2)

« j'ai pas une très très grosse expérience […] c'est compliqué, surtout quand on a pas l'habitude » (M4)

« j'pense que c'est peut être plus facile maintenant avec l'expérience » (M11)

Dans l'expérience professionnelle des médecins, nous avons aussi abordé les formations de certains et leur importance dans la sensation de maîtrise du sujet abordé.

« Par rapport à un médecin qui n'est pas formé je pense que je suis garante d'une meilleure information » (M6)

« j'ai commencé à vraiment me poser la question quand j'ai commencé ma formation gynéco » (M4).

c/ Disponibilité/gestion du temps

La pratique de l'éducation à la sexualité de l'adolescent nécessite du temps et de la disponibilité du médecin. Par moment il est difficilement superposable aux réalités de pratique des médecins généralistes.

« c'est une consultation éventuellement un petit peu plus longue » (M8),

« J'ai peut être jamais pris le temps car c'est des consultations qui prennent du temps… » (M11)

« J'ai une activité qui me permet pas de prendre énormément de temps avec les gens » (M2)

On a pu remarquer la volonté d'une partie des médecins d'aménager ce temps pour faire une éducation à la sexualité de qualité.

« Je déplore qu'en médecine générale on soit obligé d'avoir des consultations de plus en plus courtes » (M8)

« même en 20 minutes je pense pas que ça soit suffisant » (M4)

« là faut pas laisser passer, tant pis on prend du temps, tant pis même si c'est à la fin de la consult, et ben on prend 10 minutes de plus pour expliquer » (M9)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

d/ Suivi des patientes

De manière globale, la place du médecin traitant semble être un atout pour aborder l'éducation à la sexualité des adolescentes du fait que le médecin les connait, les jeunes filles sont plus à l'aise, le médecin a une vision globale de l'adolescente et du contexte familial pour une meilleure évaluation des besoins.

« si c'est une jeune que je suis depuis un moment […] j'suis très à l'aise »(M3)

« une gamine que je suis depuis longtemps j'vais lui parler de sexualité » (M6)

« je connais la famille, il m'est facile de dire à la mère que je veux voir la fille seule » (M8)

« quand on est médecin traitant on voit l'environnement de la jeune. Et ça, ça aide à prendre en charge, on connait les parents » (M9)

Cependant, un médecin relève aussi que cela peut être un désavantage dans le sens où le médecin traitant est, dans la tête de l'adolescente, en premier lieu le médecin des parents.

« mais ça peut être aussi un désavantage. Lorsqu'un ado connait trop son médecin il sait aussi que c'est aussi le médecin des parents » (M12)

e/ Âge et sexe du médecin

Dans les caractéristiques propres au médecin, l'âge et le sexe sont celles qui ont le plus été relevées, tantôt comme un avantage, tantôt comme un inconvénient.

« Compte tenu de mon âge et de mon sexe d'une part et du fait que je suis associé avec 3 femmes plus jeunes… les jeunes filles m'ont échappé pas mal » (M8)

- Âge

Certains tendent à dire qu'avec les années et l'écart d'âge avec les adolescentes la pratique devient plus simple, alors que d'autres pensent le contraire.

« On est pas très éloigné niveau âge même si il devrait pas y avoir de rapport comme ça mais j'veux qu'il n'y ait aucune ambigüité » (M10)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« j'en ai de moins en moins souvent de ça […] 52 ans, j'pense que ça rentre un peu en ligne de compte » (M2)

« beaucoup plus facile quand on est plus âgé » (M8)

- Sexe

L'abord des adolescentes semble être facilité par le fait d'être un médecin femme, cette aide est liée à la diminution de la gêne de l'adolescente à aborder la sexualité avec un interlocuteur du même sexe qu'elle.

« le fait d'avoir des médecins généralistes femmes c'est peut être plus facile » (M7)

« que vous soyez une femme c'est quand même un atout pour aborder les adolescentes » (M11)

« j'suis un médecin HOMME, et du coup mon recrutement de jeunes ados est pas du tout le même qu'un jeune médecin femme […] y a une tendance à aller vers une femme… » (M12)

2/ Propre à la population adolescente

Les adolescentes en général sont des patientes qui par leurs caractéristiques sont difficiles à prendre en charge. La période de l'adolescence, en perpétuel changement, entraîne une fragilité de la patientèle qu'elle inclut.

« Un ado pour moi c'est un gamin qui est cours de construction affective, sexuelle mais aussi intellectuelle […] c'est quand même pas les individus les plus simples à prendre en charge ça c'est clair… » (M6)

« Ben les adolescents en général, le contact est difficile et adolescentes filles peut être encore un peu plus difficile pour moi » (M10).

Toutes les adolescentes sont différentes, tant dans leur mode de communication à l'adulte, dans leur capacité à s'informer dans leur milieu de vie, que dans leur évolution sur la question de la sexualité.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« j'pense que y a des grosses différences en fonction de l'endroit où tu exerces, la population, les familles, le mode d'exercice » (M10)

a/ Niveau d'information préalable et mode d'information

Sur la question du niveau d'information actuelle des adolescentes les réponses des médecins interrogés ont vraiment été de 2 types.

Une première moitié trouve que l'information des jeunes filles est bonne, que les jeunes filles sont informées et que leurs connaissances sont suffisantes.

« Quand elles demandent une contraception elles sont déjà informées, elles ont déjà cherché » (M6)

« vous savez je crois que les jeunes maintenant connaissent plus sur la sexualité que nous » (M12)

La deuxième moitié pense que les jeunes filles ne sont pas informées, malgré par moment une impression qu'elles savent des choses, au fond il existe des lacunes.

« elles arrivent pas à se faire une idée des risques […] J'pense qu'en fait elles sont pas informées » (M5)

« on se rend compte dès qu'on gratte un petit peu y a des tas de choses qu'elles ne savent pas » (M11)

Ces lacunes de connaissances ont pour conséquence l'absence de baisse du taux d'IVG chez les adolescentes en France.

« Elle est pas bonne puisque le taux d'IVG ne diminue pas […] l'éducation à la sexualité quoi qu'on fasse, actuellement elle est pas suffisamment optimale » (M3)

« l'IVG il baisse pas en France et ça baisse pas et on se dit y a un truc qui va pas… On est pas bon quelque part… » (M9)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

b/ Mode de communication

L'adolescente cherche à établir son mode de communication à l'autre lors de cette période qu'est l'adolescence, dès lors, en fonction des patientes, la communication peut être fluide comme elle peut être difficile pour plusieurs raisons.

« Mais c'est pas simple pour moi d'établir le dialogue avec un ado » (M6)

« C'est difficile chez les ados de faire des questions ouvertes » (M5)

- Aisance / réticence et pudeur

L'adolescente est une patiente très pudique, plus qu'une adulte, ce qui peut entrainer des réticences à parler d'elle et donc limiter la possibilité d'échange.

« beaucoup de jeunes filles qui sont pas allées voir le médecin par pudeur » (M9)

« où on sent qu'elles sont un peu gênées, plutôt mal à l'aise, j'ai du mal à détendre l'atmosphère » (M10)

« elle se ferme comme une huitre et elle parlera pas » (M1)

A l'inverse, certains médecins sont par moment déstabilisés par des adolescentes trop à l'aise, à la limite de la provocation.

« des nanas très sûres d'elles, qui se donnent une apparence, qui répondent un peu de manière agressive » (M5)

« j'suis pas tout à fait à l'aise c'est l'adolescente qui est très très à l'aise, tout de suite tu te déshabilles, les ados ils mettent 20 secondes pour se déshabiller, elle est toute nue sur mon divan d'examen » (M8)

- Sous-entendus et motifs de consultation évocateurs

Pour éviter d'aborder des sujets qui pourraient être gênants, les adolescentes utilisent souvent des moyens détournés pour aborder la sexualité. Pour cela il est parfois nécessaire de lire entre les lignes pour s'emparer d'une ouverture timide à la discussion. A l'inverse, le médecin peut s'emparer de motifs évocateurs pour aborder la sexualité avec les adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Elles viennent pour la contraception mais elles viennent quelques fois avec maman, donc c'est pour l'acné, ou les règles douloureuses… » (M12)

« la jeune fille de 15 ans qui vient pour une première infection urinaire, j'lui demande si c'est pas à l'occasion du fait qu'elle vient de commencer les rapports » (M7)

« souvent ben une contraception elle va être demandée en fin de consultation, et en fait ça sera une mauvaise consultation… Ils vont venir pour un faux motif » (M9)

- Opposition / banalisation

Le médecin représentant un adulte pour l'adolescente, parfois on se confronte à des comportements d'opposition de l'adolescente à la communication. Par moment avec des attitudes désinvoltes et difficiles à analyser par le médecin.

« Affalé dans le fauteuil, le regard un peu inexpressif, un regard qui te regarde mais qui n'accroche pas » (M4)

« t'es pas leur copain, t'es pas leur copine, t'es l'adulte et ben t'es dans l'autre camp quoi » (M6)

« un adolescent buté, fermé, qui répond à peine aux questions par oui ou par non […] le refus de communication » (M7)

Deux médecins évoquent même la banalisation des risques par certains adolescents.

« Y en a qui… Pour eux les risques n'existent pas » (M12)

« ça faisait 2 fois qu'il revenait avec un chancre, la première fois la syphilis était négative donc il s'est dit c'est bon je passe a travers tout » (M5).

c/ Autres préoccupations

Pour 2 des médecins interrogés, l'absence d'intérêt de certaines adolescentes sur l'éducation à la sexualité est liée au fait qu'elles sont confrontées à d'autres problématiques durant leur adolescence. Les problèmes de société comme le terrorisme, l'inquiétude de l'avenir avec le chômage sont assez présents dans la vie des adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Ils ont d'autres sujets les ados, au-delà de la sexualité […] les problèmes de terrorisme, pouvoir se lancer dans la vie […] est ce qu'on aura à bouffer, la sécurité dans le monde, les djihadistes ils vont pas nous couper la tête » (M2)

« la problématique elle s'était aussi majorée avec tous les trucs qui se passent là actuellement autour des adolescents… Ceux qui partent en Syrie » (M4)

d/ Rareté des consultations

La bonne santé des adolescentes de manière générale est un frein à mettre en place l'éducation à la sexualité car il est difficile de les voir régulièrement en consultation.

« ça m'a toujours frappé, c'est qu'on les voit pas […] on les voit vraiment pas » (M4)

« c'est quand même une population qui est quand même un peu à risque… Qui est un peu instable, qu'on voit pas beaucoup, à part si ils consultent pour le certif » (M10)

3/ Relation des parents

a/ Au médecin

- Alliance/opposition

Le rapport du parent avec le médecin a une influence importante sur la communication avec l'adolescent.

« ça demande aussi un travail avec les parents » (M3)

Certains parents sont plutôt dans la demande d'aide du médecin et mettent en place une alliance. Cette alliance, comme la relation à l'adolescente est basée sur la confiance.

« la confiance, les parents ils t'amènent l'enfant ils ont confiance en toi » (M6)

« J'pense que le parent est aussi content de se dire qu'on aborde ces choses là » (M5)

« Dans les situations conflictuelles je pense que les parents ils sont demandeurs » (M10)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

D'autres parents sont plutôt réticents et par moment peuvent empêcher l'ouverture des conversations ou questionnements entre le médecin et l'adolescente.

> *« on lui laisse pas avoir d'informations, on lui dit « non non, ça on verra plus tard », « Y a des mamans qui sont très fermées et qui mettent le OLA tout de suite » (M3)*

> *« y a des mamans qui veulent pas pour la pilule » (M9)*

Dans ces rapports médecin-parents, on peut constater que la place laissée aux parents dans la consultation et dans l'éducation à la sexualité est variable en fonction des médecins.

Certains utilisent les parents comme les piliers centraux de cette éducation et sont uniquement une aide à l'éducation des adolescentes par les parents.

> *« j'essaye de pas exclure les parents, j'essaye simplement de faire réfléchir les parents » (M3)*

D'autres mettent les parents un peu à l'écart pour laisser l'adolescente s'informer sur les sujets qui l'intéressent.

> *« Non, les parents sortent systématiquement sans poser de problème » (M5)*

> *« J'essaye de les dissocier, c'est pas leur problème. Il est de leur responsabilité qu'ils s'assurent qu'une gamine de 13 ans ne fasse pas n'importe quoi ça c'est leur rôle. Mais à partir du moment où vous parlez contraception vous parlez sexualité. Avec une ado j'pense que c'est plus le problème des parents » (M12)*

D'autres laissent les parents choisir leur place dans cette éducation en faisant le parallèle avec la difficulté d'être parent d'adolescente.

> *« bon selon ce que la maman demande », « C'est pas simple hein d'être parent aussi et de lâcher prise » (M6)*

> *« la relation ado-parents, on sait que c'est jamais facile à cet âge là » (M5)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- Prise de conscience des besoins de l'adolescent grandissant

Les médecins constatent que souvent la difficulté d'acceptation du parent à l'ouverture de la discussion est liée à la difficulté à voir grandir ses enfants. Le médecin est donc là surtout pour que le parent accepte que l'adolescente soit en âge de recevoir ces informations.

> *« ça nécessite déjà une prise de conscience de la maman sur le sujet et une ouverture d'esprit […] on essaye de leur faire comprendre que la jeune fille elle grandit et qu'il faut la laisser grandir aussi » (M3)*

> *« Et la difficulté c'est d'être maman… On les voit pas grandir mais ils grandissent » (M9)*

> *« « Houla mais c'est terrible ma fille a eu ses règles » […] c'est fou comme ça perturbe les mamans » (M11)*

De plus, le parent quand il est conscient de ce besoin d'information est souvent inquiet de véhiculer un message approbateur. Donc en évitant la discussion, il espère ralentir l'évolution de l'entrée dans la sexualité de l'adolescente.

> *« y a des mamans, elles ont l'impression que si elles disent oui à la contraception ben il va y avoir une dérive » (M3)*

> *« les parents s'imaginent que parce qu'elle aura pas la pilule elle couchera pas » (M9)*

b/ À l'adolescente

- Relation adaptée

Ces relations parents-ado sont extrêmement variables et vont conditionner la suite de l'éducation à la sexualité. Si le discours est déjà ouvert dans le domicile familial les messages passeront, mais ce n'est pas toujours le cas.

> *« alors pour certains ça va être compliqué, pour d'autres ça l'est moins » (M4)*

> *« Quelques fois les parents sont un peu mal à l'aise pour aborder la sexualité avec leurs adolescents et ils s'y prennent un peu de façon bizarre » (M7)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« c'est ce qui fait qu'elle vont venir au centre IVG et qu'elles sont mineures par exemple, si y a pas de lien et qu'elles vont venir accompagnées du voisin, de la tante ou voire de l'infirmière scolaire » (M9)

« si il y a une bonne communication entre les parents et les enfants ça peut permettre d'éviter quelques bêtises » (M11)

Les médecins parlent d'une juste distance en tant que parent qui est nécessaire pour une communication adaptée, par moment les mères sont trop « proches » de leurs adolescentes et rentrent dans leur intimité.

« c'est pas une bonne chose parce que elle est d'abord maman, et elle n'est pas copine » (M1)

Une partie des médecins pointe du doigt l'absence du père dans cette éducation à la sexualité, dans certaines situations ils essaient de s'investir maladroitement.

« je ne compte pas sur papa qui en général se cache derrière maman » (M1)

« papa j'vois jamais » (M2)

« Alors les papas, moi je dirais les papas, en général, c'est uniquement dans le cas où c'est un papa séparé […]le papa est un peu perdu et sait plus trop comment aborder le sujet» (M3)

- Communication nécessaire

Une relation de qualité entre le parent et l'adolescente est centrée sur la présence de la communication.

« leur dire qu'il faudrait peut-être rester à l'écoute de la jeune fille […] ce qui me fait peur c'est quand il y a pas de dialogue » (M2)

« pas plus mal d'en parler quand même, même maladroitement que pas en parler du tout » (M7)

« plus on a des parents qui sont ouverts et avec qui… qui vont discuter très tôt […] qui vont s'intéresser aux enfants et à la sexualité des enfants plus les enfants vont être ouverts avec leurs parents », « parlez, parlez beaucoup avec vos enfants. Faites qu'ils aient confiance en vous, parce que si ils ont confiance ils vous diront les choses » (M11)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

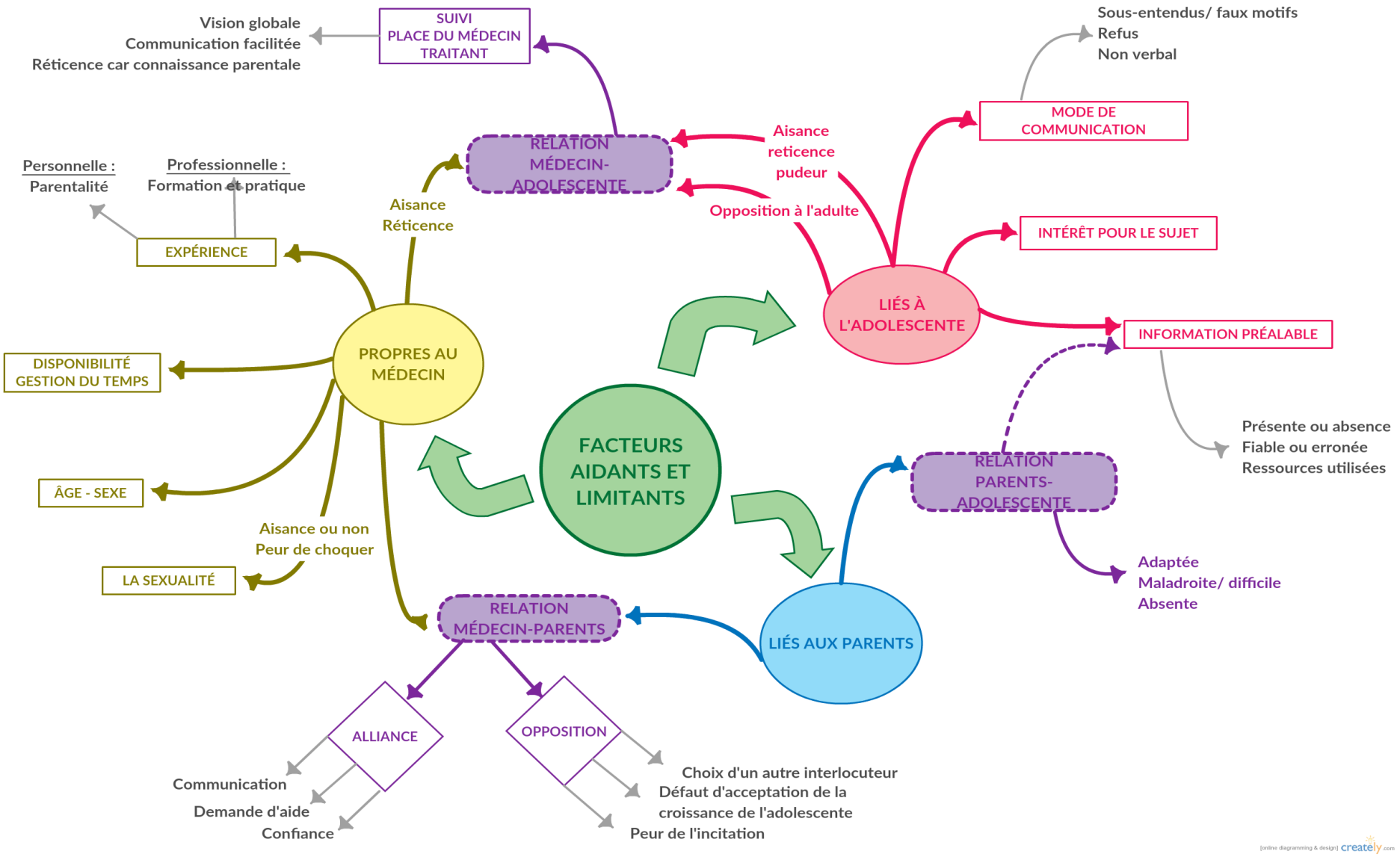


Figure 5 : Facteurs aidants et limitants liés aux acteurs de l'éducation à la sexualité

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

4/ Législation et société

a/ Les droits des femmes

- La liberté de parole et d'information

L'évolution des pensées autour de la liberté sexuelle sur les dernières années semble améliorer l'accès à l'information des adolescentes en ce qui concerne la sexualité.

> *« avant 68, avant, quand j'étais gamin, c'était beaucoup plus difficile. C'était un sujet tabou » (M2)*

> *« quand j'avais l'âge de mes enfants, clairement quand j'abordais le sujet, c'était un sujet qu'on abordait pas avec nos parents » (M8)*

> *« vous savez je crois que les jeunes maintenant connaissent plus sur la sexualité que nous » (M12)*

- L'incertitude de l'avenir

Par contre, une majorité des médecins interrogés est sceptique et s'inquiète de l'évolution négative pour l'avenir avec une tendance à la régression de la condition de la femme.

> *« Ben ma peur c'est la femme derrière le fourneau […] j'ai connu bon « la liberté sexuelle », l'égalité des femmes, donc j'ai peur de la régression » (M2)*

> *« je crains que ça ne recule, d'autant que les droits progressent moyennement rapidement. Et y a des attaques assez régulières sur le planning familial » (M4)*

> *« c'est un sacré outil le planning comme les centres d'orthogénie faut pas que ça disparaisse et fonction de la politique qui sera choisie par les français dans quelques temps, ça peut changer » (M6)*

- La grossesse non désirée, l'IVG

Les médecins sont tous inquiets des conséquences des grossesses non désirées chez les adolescentes. L'interruption volontaire de grossesse chez l'adolescente entraine des traumatismes et des difficultés sociales importantes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« C'est dramatique une jeune fille qui est enceinte, qui a 14 ou 15 ans et qui cache sa grossesse parce que elle sait pas quoi faire » (M3)

« le pire c'est l'ado enceinte, et avec une grossesse non désirée… » (M6)

Un des médecins exprime même un sentiment de culpabilité lorsqu'elle se retrouve face à l'adolescente dans ces situations.

« j'me dis quand même pour moi quand j'ai une de mes jeunes que je suis qui va faire une IVG, j'me dis… ha j'ai loupé un truc… Ou alors j'ai pas prescris la contraception qu'il fallait » (M9)

b/ Heurt des médecins aux problèmes légaux

Deux situations en rapport avec les limites légales de la pratique médicale ont été décrites dans les réponses des médecins.

Une première difficulté concerne le respect du secret médical dans des situations de viols chez une mineure. L'ambivalence entre la relation de confiance avec la patiente et l'aspect obligatoire d'une information juridique pose question à un des médecins. Il a une difficulté à se positionner dans cette situation.

« les problèmes d'inceste. Ça dans une famille ça arrive, des problèmes de viol, avec antécédent de viol, là pour moi c'est difficile […] Ça c'est pas tout à fait clair dans ma tête. Tu lui dis mais : tu m'as fait confiance, mais maintenant la loi m'oblige à te dire que tu ne vas pas me faire confiance » (M1)

La deuxième difficulté légale au sein des consultations adolescentes est l'âge autorisé d'une consultation avec une adolescente seule, un des médecins met des limites claires à ce problème.

« Mais pas avant 15 ans ça c'est sûr, ça c'est sûr […] il est interdit au médecin généraliste de voir seul des mineures de moins de 15 ans […] on a une clause médico légale » (M2)

c/ Société actuelle, tendance à l'opposition générale

Certains médecins interrogés décrivent une tendance à l'opposition dans la société actuelle, une volonté de s'opposer à la contraception hormonale, à la vaccination… On se

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

heurte alors à une population qualifiée d' « antis » qui rend difficile la pratique de l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

> *« Désaffection des femmes de plus en plus vis-à-vis de la pilule et de la contraception […] il se peut qu'il y ait un phénomène de société qui m'échappe un tout petit peu… » (M8)*

> *« quand elles ont des préjugés sur certaines contraceptions qui font qu'elles veulent pas prendre des hormones par exemple. C'est la grande mode […] Et c'est lutter contre les antis qui est une problématique » (M9)*

> *« de plus en plus j'me fais opposer un non sur la vaccination depuis 1 an et demi » (M6)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

V/ DESCRIPTION DU RÉSEAU D'INFORMATION POUR L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENTE

1/ Le système scolaire

Tous les médecins interrogés citent l'école comme source d'information des adolescentes sur la sexualité. Par contre, une grande partie se rend compte que l'enseignement dispensé est non connu ou mal connu des médecins.

> *« J'connais pas très bien ce qu'ils font à l'école, l'éducation à la sexualité, infirmières scolaires, j'connais pas trop… » (M10)*

> *« mais par contre je ne sais pas exactement ce qu'il font ou pas… » (M11)*

> *« Ouais bref, enfin je ne sais pas comment ça se passe maintenant » (M2)*

a/ Enseignement

Les médecins ont des avis bien différents sur la qualité de l'information donnée au cours des enseignements. En fonction des intervenants, du mode d'enseignement, du contenu, la plupart sont assez critiques sur les méthodes employées.

> *« je sais qu'ils ont des cours au collège […] particulièrement mal faits et ça donne certainement pas envie d'avoir des rapports sexuels […] d'un espèce de cours d'anatomie, de physiologie de machin et tout ça, par un prof qui est rougissant et qui bégaye et que à priori ça se passe pas très bien et c'est en groupe » (M1)*

> *« pour moi l'école a un rôle qui est pas exact et qui est embêtant […] cours de SVT avec l'histoire de l'ovulation au 14ème jour en ayant des idées fausses » (M7)*

> *« c'est bien, mais l'école c'est un groupe… Et dans un groupe, y en a qui vont parler, d'autres qui vont pas parler… » (M11)*

Un des médecins trouve qu'il s'agit d'une participation importante dans l'éducation à la sexualité des adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« au collège, l'enseignement qui est fait par les profs de SVT, moi j'trouve que c'est pas mal » (M6)

Par contre il existe des différences d'enseignement en fonction des établissements qui entraine qu'on ne sait pas ce qui est fait ou pas au niveau scolaire.

« Alors c'est un peu obscur, y en a qui sont très biens informés d'autres pas. J'pense que les cours sont différents selon les établissements » (M9)

b/ Médecine scolaire

La place de la médecine scolaire semble être représentée par l'infirmière scolaire, elle a un rôle important mais s'avère manquer de disponibilité selon les médecins.

« quelques infirmeries dans les collèges, mais pas toujours ouvertes » (M1)

« mais elle est plutôt en perte de vitesse là donc » (M4)

« infirmières scolaires mais qui sont pas là tout le temps » (M3)

c/ Intervention extérieure

L'intervention d'équipes extérieures à l'établissement dans les collèges a été abordée une fois avec la description de l'intervention des équipes des plannings familiaux locaux.

« le planning familial organisait des formations pour les adolescents et adolescentes dans les collèges et lycée » (M7)

2/ La famille

L'information par la famille est centrale, mais aussi très inégale car différente pour chaque adolescente. De nombreux facteurs interviennent dans la possibilité de s'informer auprès de sa famille, la présence d'une fratrie, l'ouverture de la famille, le niveau socioculturel.

« Si elle a des sœurs, elle peut probablement aborder le sujet » (M2)

« Via les parents, voilà… Yen a qui ont la chance d'avoir les parents un petit peu derrière » (M9)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« J'pense que ça dépend des familles et c'est extrêmement variable l'information qu'il y a en fonction des familles, des parents, de la mère, j'pense qu'il y a une grosse grosse différence d'éducation à la sexualité en fonction des familles, en fonction des origines, des milieux sociaux, ou en fonction du vécu des parents, de la mère » (M10)

3/ Les amis

L'entourage amical semble être la source d'information probablement la plus utilisée. Pourtant, tous les médecins sont d'accord sur le fait qu'il s'agit d'une source peu fiable et anxiogène entrainant une information incomplète et erronée.

« Les copains, copines… silence, heu… à mon avis c'est pas une bonne chose » (M1)

« Entre copines elles en parlent mais c'est pas quelque chose de très fiable je pense » (M5)

« La cour de l'école, c'est-à-dire que les infos elles sont parcellaires, incomplètes, parfois fausses » (M8)

« Alors les copines je dis toujours que c'est pas forcément le meilleur réseau parce que y a pas ce qu'on véhicule, les idées qui sont pas forcément les bonnes » (M9)

4/ Les structures dédiées : planning familial

Le planning familial a été abordé systématiquement, il a été décrit comme une structure dédiée à l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

« elles vont assez facilement quand même pour avoir une contraception et puis des informations » (M3)

Il s'agit de structures précieuses pour une partie des médecins car gage d'une information de qualité et qui ont le temps nécessaire pour s'occuper des adolescentes.

« le planning, elles sont super bien organisées pour la prévention, elles ont un discours bien établi, elles prennent les jeunes filles longtemps… » (M6)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« c'était par contre tout à fait bien fait » (M7)

Par contre, la localisation exclusivement urbaine en fait un outil peu utilisable en milieu rural.

« c'est quasiment impossible parce que aller faire 15 kilomètres aller 15 kilomètres retour, il n'en est pas question » (M1)

« Très peu…. Très honnêtement je pense qu'il y en a très peu parce qu'on est à la campagne, on est un peu loin donc le planning il se fait là en fait… » (M9)

« J'pense qu'il y a un problème de disponibilité… Ils vont pas aller loin pour aller au planning » (M10)

Il constitue un lieu d'information adapté pour celles qui demandent de l'anonymat et de la gratuité et aussi pour les populations les plus défavorisées.

« Y en a quelques-unes qui vont au planning familial qui me le disent et qui se débrouillent pour que les parents soient pas au courant « (M3)

« une population complètement défavorisée, c'est essentiellement des populations immigrées ou des populations très pauvres […] des ados, des très très très jeunes ados » (M6)

« jeunes filles qui voulaient faire ça en toute discrétion et qui voulaient prendre la pilule en échappant au médecin généraliste de papa et maman » (M7)

Le planning familial est actuellement menacé par les changements politiques futurs, il a un avenir incertain.

« c'est un sacré outil le planning comme les centres d'orthogénie faut pas que ça disparaisse et fonction de la politique qui sera choisie par les français dans quelques temps, ça peut changer » (M6)

« Et y a des attaques assez régulières sur le planning familial » (M4)

Deux autres structures ont été citées au cours des entretiens comme supports et aides à l'éducation à la sexualité des adolescents : les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les maisons des adolescents.

« je l'ai envoyé au CDAG et j'me dis c'est peut être ça qui va le marquer et encore » (M5)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« y a pas beaucoup de maisons d'adolescents » (M4)

5/ Les médias

a/ Internet

L'accès à internet par tous les adolescents permet d'homogénéiser la possibilité d'information. Cet outil permet une information anonyme, gratuite, accessible à tous.

« les jeunes filles sont plus à même avec le développement d'internet ont des réponses à leurs questions » (M2)

« par internet, y a pas mal de renseignements » (M8)

b/ Pornographie et télévision

La place de la pornographie dans l'éducation à la sexualité inquiète une partie des médecins sur l'image véhiculée par ces films. On parle de répercussion sur l'image de la femme et la fausse représentation de la sexualité.

« c'est extrêmement délétère et on a pas fini d'en voir les effets dans les générations à venir », « Sur l'image de la femme et la façon dont tu interagis avec elle » (M4)

« on lit que actuellement il y a 1 enfant sur 2 à l'âge de 11 ans qui a déjà vu un film porno ce serait quand même le moment de faire quelque chose […] c'est clair que c'est absolument certain qu'il découvre la sexualité… rire ! Par un bout qui est effrayant… mais je vois pas d'autres mots pour le dire » (M8)

6/ Autres spécialités médicales : gynécologues, services des urgences

Un des médecins décrit l'utilisation des urgences par les adolescentes pour atteindre l'anonymat en cas de problèmes liés à la sexualité en urgence.

« ils sont obligés de ne pas utiliser la carte vitale, et en fait apparemment ils les voient aux urgences quand y a des soucis » (M4)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le choix de l'interlocuteur étant ouvert, certaines adolescentes choisissent d'aller chez le gynécologue.

> *« Notre boulot c'est savoir tempérer un petit peu. Après respecter si c'est le choix du gynéco c'est le gynéco » (M9)*

Selon l'un des médecins, il s'agit d'un interlocuteur limité car il survole le sujet et reçoit les adolescentes sur des consultations trop courtes.

> *« les gynécologues de toutes façons leur consultations elles sont de 10 minutes 1 quart d'heure » (M11).*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

VI/ PROPOSITION D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

1/ Par le médecin généraliste

Les médecins généralistes ont la volonté d'une amélioration de la prise en charge de leurs patientes dans le cadre de l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

> *« Je pense que quand même il y aurait des choses à faire […] J'pense qu'il faut faire mieux » (M3)*

Pour améliorer leur pratique, les médecins ont fait plusieurs propositions pour homogénéiser le contenu de l'éducation à la sexualité.

a/ Information des patients sur les compétences des médecins généralistes

Un des médecins propose d'améliorer l'information donnée aux patients sur la compétence de la médecine générale à pratiquer cette éducation, à gérer la contraception et la gynécologie.

> *« La médecine générale ne fait pas savoir qu'elle est compétente en gynécologie et en obstétrique, moi à mon avis c'est […] mais je pense que dans les grands médias nationaux il y a pas ou très peu d'articles qui soit éducatifs, faudrait informer qu'en médecine… j'suis frappé qu'on parle jamais du contenu de la médecine générale sur les grands médias » (M8)*

b/ Consultation dédiée, temps aménagé

La consultation dédiée est une proposition spontanée pour la plupart des médecins interrogés. Sous forme d'une ou plusieurs consultations de suivi au même titre qu'un examen du 8ème jour, des 9 mois ou des 24 mois.

> *« ça demanderait vraiment un suivi, quelque chose de dédié » (M4),*

> *« par exemple une obligation ou une facilitation de la consultation à 14 ans […] promouvoir une consultation prise en charge à 100% par la sécu, ou alors à 11 ans… quand on vaccine […] une consultation longue de l'ado… comme*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

celle des 24 mois à 33 euros […] une consultation d'ado avec un certificat de la sécu à remplir […] ça pourrait être d'une très bonne aide et dans la logique des premiers certificats et du suivi de l'enfant » (M6),

« de la même manière qu'une consultation du 8ème jour de la naissance d'un enfant qui est gratuite, il pourrait y avoir la proposition d'une consultation dédiée à de la sexualité, prise en charge à 100% auprès du praticien », « Il faut que la médecine générale arrive à se re-dégager des consultations longues pour aborder ces sujets évidemment » (M8)

Certains proposent même que ces consultations dédiées soient surtout centrées sur l'aspect psychologique du développement adolescent.

« Et sur le plan psychologique il faudrait peut être 1 ou 2 consultations comme les consultations du nourrisson… Les consultations systématiques… Avoir une consultation à 12-14-16, ça suffirait… »(M10), « Qu'on fasse une consultation rien que pour ça pour le côté psychologique » (M11)

c/ Mieux définir la place du parent dans la consultation

Pour un seul médecin, la place du parent est systématiquement dehors pour les consultations avec les adolescentes, ce médecin propose donc de rendre systématique la sortie des parents.

« le médecin doit être très vigilant à faire en sorte que les parents ne soient pas là, dès le moment, je dirais presque dès les signes pré-pubertaires » (M1)

d/ Anonymat et gratuité des consultations

L'anonymat et la gratuité des consultations sont des propositions pour inciter l'adolescente à plus consulter le médecin généraliste dans le cadre de son éducation à la sexualité.

« Si ça passe par la gratuité des consultations ado » (M4)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

e/ Formation des médecins aux adolescentes et à l'abord de la sexualité

Pour 3 médecins, une formation spécifique à la pratique de l'éducation à la sexualité des adolescentes permettrait d'améliorer leur aisance et leur propre compétence en la matière. Ces formations pourraient autant parler de l'abord des adolescentes que de la manière d'aborder la sexualité avec ses patients.

> *« je crois qu'il faut une formation spécifique, ça s'invente pas quoi […] il faut une formation, en tout cas moi je le ressens comme strictement nécessaire » (M4)*

> *« Je ferais une formation de 1 ou 2 jours, sur ben, la façon de s'y prendre, les cas les plus importants, les trucs à pas louper » (M7)*

> *« La formation à la sexualité, parce qu'on est nul, on est pas très, on est pas bien formé »,« l'approche de l'adolescente d'un point de vue psychologique je pense qu'on est pas formé » (M9)*

f/ Inclure les garçons à l'éducation à la sexualité

Lorsque nous avons évoqué les différences entre les pratiques avec les adolescentes et les adolescents, trois des médecins interrogés en ont conclu qu'ils devraient plus aborder le problème avec les garçons.

> *« un endroit où les ados garçons pourraient aussi » (M4)*

> *« Voilà, ben j'ferais peut être un petit effort pour les garçons… C'est une chose à laquelle je n'avais pas pensé… » (M11)*

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2/ Pour le reste du réseau d'information

a/ Milieu scolaire

- Adaptation de l'enseignement aux attentes des adolescentes : contenu, intervenants, lieu

Lors de la description de la place de l'école dans cette éducation à la sexualité de l'adolescente les médecins parlaient de défauts de forme d'enseignement. Plusieurs propositions ont émergées suite à la description des enseignements.

« je pense qu'il ne devrait pas y avoir le prof parce que forcément y a un côté qui est intimidant… » (M8)

« alors peut être que j'suis à la ramasse est que c'est ce qui se fait maintenant, mais heu, qu'il faudrait faire des groupes de rencontres mais limite inter collège pour que ça soit des groupes de personnes qui se connaissent pas » (M5)

« C'est vrai qu'il faudrait des cours plus complets. Chose qu'on prend pas le temps de faire. Parce que y a l'anatomie et après y a tout le côté psychologique. Mais ça, ça devrait être fait en classe je pense […] Peut être au lycée. Parce que le collège c'est peut être plus pour expliquer la morphologie et l'anatomie. Mais ce côté psychologique il faut peut être attendre un petit peu » (M11)

- Augmentation du nombre et de la régularité des interventions

« commencer au niveau de l'école, mais que ça soit peut être plus régulier » (M3)

- Centrer sur la médecine scolaire

Les médecins semblent penser que l'infirmière scolaire, ou l'équipe de la médecine scolaire est plus à même d'organiser les séances d'éducation à la sexualité que les professeurs des structures scolaires.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« Donc la qualité de cet enseignement elle est importante… que ce soit que les professeurs de SVT qui le fassent c'est peut être dommage, peut être que ça mériterait d'être étayé par les médecins scolaires » (M8)

Par contre les médecins ont bien pointé le fait que cette médecine scolaire est manquante pour une telle organisation.

« des interventions dans les lycées là ou y a des manques dans la santé scolaire » (M4), « infirmières scolaires mais qui sont pas là tout le temps » (M3)

« quelques infirmeries dans les collèges, mais pas toujours ouvertes » (M1)

b/ Améliorer l'accès aux structures dédiées

Le problème de l'accessibilité aux structures dédiées a été énoncé plus haut dans la description du réseau de soin. Pour contrer ce problème d'accessibilité certains médecins proposent une augmentation du nombre de structures ouvertes aux adolescents.

« Donc j'pense qu'il faut que ça soit des soins primaires locaux, faut vraiment que ça soit proche et facile pour être utilisé » (M10)

« plus qu'une consultation adolescente mais un endroit pour adolescent […] quelque chose de pluri disciplinaire avec les médecins, les éducateurs […] un endroit où ils peuvent se retrouver, où ils peuvent échanger voire » (M4)

c/ Développer les échanges et la communication entre personnel soignant, social, éducatif : construction d'un travail en réseau

L'échange d'informations entre les acteurs qui interviennent auprès des adolescentes semble un besoin important. Actuellement, en particularité avec l'école, il manque une communication sur les pratiques de chacun qui pourrait aider à être plus efficace dans les messages donnés.

« connecter tous les acteurs qui travaillent dans le monde des ados » (M4)

« Peut être que l'éducation nationale devrait s'appuyer sur des médecins généralistes pourquoi pas » (M6)

« Un certain nombre de médecins généralistes devraient être en contact avec l'école » (M8)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

« J'connais pas très bien ce qu'ils font à l'école, l'éducation à la sexualité, infirmières scolaires, j'connais pas trop… donc j'pense qu'il faut s'y intéresser, c'est des acteurs qui peuvent être en lien avec les médecins traitant », « si il y a un dépistage scolaire et qu'il y a une communication avec le médecin traitant c'est vachement intéressant » (M10)

Certains médecins ont déjà des pratiques en réseau de façon à adapter la pratique au patient et à ses besoins.

« j'ai toujours eu des interlocuteurs, dans les centres d'orthogénie, des réseaux quoi […] si y a un problème d'ordre psychologique je vais vite m'appuyer sur un psychologue » (M6)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION

I/ INTÉRÊT ET QUALITÉ DU TRAVAIL

Suite à l'élaboration du guide d'entretien par le mémoire de recherche de 2015 (5), contenant les 3 premiers entretiens du travail, nous souhaitions étudier les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation à la sexualité des adolescentes et mieux comprendre les facteurs aidants et les freins rencontrés dans cette pratique.

Dans la littérature, on retrouve de nombreuses études sur les conduites des adolescents autour de la sexualité notamment concernant la contraception et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (6). La pratique des médecins généralistes dans ce domaine a été étudiée d'un point de vue pratique avec une recherche de consensus de la gestion de la contraception en médecine générale mais toujours sur des modèles quantitatifs (7).

La plupart des études lues étudient les pratiques des médecins et les demandes des adolescentes uniquement à partir de 15 ans, âge pour lequel la loi considère l'adolescente apte à avoir des relations sexuelles avec la personne de son choix, pourtant l'éducation à la sexualité intervient avant cette entrée dans la vie sexuelle active donc l'objectif est une préparation en amont (8).

Le fait de ne pas avoir défini d'âge de début ou de fin de l'adolescence et de l'éducation à la sexualité a permis de décrire de façon plus large les pratiques des médecins interrogés.

L'éducation à la sexualité des adolescentes intégrant l'aspect physique, psychologique et social de la sexualité, il paraissait donc nécessaire de s'intéresser à la globalité de la prise en charge par le médecin généraliste en matière d'éducation à la sexualité. Dans une perspective d'amélioration de cette prise en charge, une meilleure connaissance des aides et difficultés rencontrées dans la pratique de l'éducation à la sexualité des adolescentes semblait intéressante.

Contrairement à une étude quantitative par questionnaires qui orientent les réponses, la méthode qualitative par entretien individuel a l'avantage de fournir une richesse d'informations et de faire émerger les idées par les médecins eux-mêmes.

La rencontre des médecins dans un lieu qu'ils ont choisi a permis d'effectuer les entretiens dans des espaces qu'ils connaissaient, permettant ainsi de faciliter la mise en confiance.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

La triangulation des données a permis de réduire l'incidence des interprétations subjectives des données des entretiens.

Un article récemment publiée étudiait la demande des adolescents en termes d'éducation à la sexualité par le médecin généraliste et notre travail permet d'étudier la réponse donnée actuellement par la médecine générale à cette demande (4).

II/ LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

1/ Biais de sélection

Les médecins interrogés choisis ont été sélectionnés sur la base du volontariat, ce mode de recrutement implique qu'ils sont motivés par la question de recherche et la thématique étudiée.

Pour des questions pratiques, les médecins interrogés exerçaient tous dans le département de l'Ain, les pratiques de ces médecins sont donc influencées par la démographie médicale du département. En effet, l'Ain a une densité médicale faible contenant plusieurs déserts médicaux ce qui sous-entend des médecins avec une activité dense et une disponibilité limitée (9).

2/ Biais dans l'analyse

Malgré une retranscription la plus fidèle possible (du verbal et du non verbal), il est possible que certaines données n'aient pas été correctement interprétées. La compréhension des enregistrements audio (débit de parole important, mots « mangés » à moitié, tournure de phrase), rendait parfois la retranscription difficile.

La méthode de recherche qualitative est par définition une démarche interprétative. L'analyse des données n'est donc pas exempte de subjectivité de la part de l'analyste.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

III/ PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

La majorité des médecins interrogés considère que la place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité des adolescentes est essentielle. Ils mettent en avant de nombreux arguments liés à la profession de médecin généraliste pour légitimer cette pratique voire même la mettre au centre du réseau de l'éducation à la sexualité des adolescentes. Les arguments essentiels relevés sont : l'accessibilité et disponibilité, la fiabilité de l'information donnée et la prise en charge individuelle.

En opposition à l'éducation à la sexualité en milieu scolaire, celle mise en place au cabinet du médecin généraliste est individuelle. Elle permet donc une adaptation systématique du projet d'éducation à la sexualité en fonction des besoins personnels de l'adolescente. Cela permet d'avancer dans les messages donnés au rythme de l'adolescente suivie. Les médecins décrivent bien l'évolution très inégale des adolescentes à des âges différents et des questionnements individuels sur la sexualité différents. Le suivi sur le long terme est donc une opportunité pour l'adolescente de s'approprier l'information qui lui est nécessaire au cours de son évolution.

Les médecins généralistes se considèrent comme une ressource d'information fiable. En effet, les croyances et fausses informations induites par l'échange entre adolescentes peuvent être corrigées par une information basée sur les connaissances des médecins en matière d'éducation à la sexualité. En sensibilisant les adolescentes à savoir saisir la bonne information, le médecin généraliste met aussi en place une prévention de la « mauvaise information » ou de l'utilisation de ressources peu fiables.

Au cours de l'étude, une partie des médecins exprime le sentiment de ne pas assez voir les adolescentes pour mettre en place une éducation à la sexualité suffisante. Pourtant, de nombreuses études montrent que le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescentes, avec en moyenne 2.5 consultations annuelles. Ces chiffres font donc du médecin généraliste un interlocuteur récurrent pour mettre en place l'éducation à la sexualité. Les médecins généralistes décrivent que contrairement aux structures dédiées comme le planning familial, ils sont accessibles et constituent une ressource de proximité. En effet, ces structures sont essentiellement concentrées en milieu urbain, ce qui peut créer une source d'inégalité d'accès à l'information sur la sexualité pour les adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans l'étude, les médecins s'approprient tous le rôle de conseiller, tant pour les adolescentes que pour les parents. Ce conseiller a pour objectif d'être neutre, dans une démarche de non jugement et de respect de l'intimité de l'adolescente pour qu'elle prenne ses propres décisions dans le cadre de la gestion de sa sexualité.

Par contre, l'aménagement d'un temps adapté pour aborder tous les sujets inclus dans l'éducation à la sexualité des adolescentes semble constituer un problème dans la pratique de certains médecins.

En somme, de manière générale, les médecins semblent s'inclure dans les acteurs nécessaires à l'éducation à la sexualité des adolescentes. Les spécificités de leur profession sont majoritairement des atouts pour assurer, avec le reste du réseau d'information sur l'éducation à la sexualité, une prise en charge globale et complète pour toutes les adolescentes. Le statut du médecin généraliste permet donc de rendre plus homogène cette éducation auprès de chacune des adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV/ L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES : UNE PRATIQUE QUI S'ADAPTE AUX ACTEURS DE LA RELATION DE SOIN

En regroupant les techniques pratiquées par les médecins généralistes interrogés dans l'éducation à la sexualité des adolescentes, on arrive à créer un ensemble logique grâce au plan des résultats répertoriés.

Les pratiques en termes d'éducation à la sexualité des adolescentes par les médecins généralistes interrogés se recoupent le plus souvent. Pourtant il n'existe pas de consensus précis dans ce domaine mais plutôt un regroupement de consensus périphériques qui construisent la globalité de la pratique.

Dans notre étude, les pratiques décrites par les médecins généralistes font intervenir 3 acteurs : l'adolescente, le médecin généraliste mais aussi le parent. Chaque acteur a ses propres caractéristiques, ce qui demande une adaptation systématique des pratiques pour équilibrer au mieux ce trépied.

Bien entendu, le soin apporté vise à prendre en charge le mieux possible l'adolescente concernée par cette éducation à la sexualité. Pour cela, il est nécessaire pour les médecins généralistes d'évaluer, au cours de la pratique, l'état actuel de l'avancée de l'adolescente dans son questionnement et la relation qu'elle a avec son environnement.

Il s'agit finalement, dans les données recueillies, de la phase de préparation en amont à la mise en place de l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

1/ Une adaptation à l'adolescente

De façon à répondre au mieux aux demandes de chaque adolescente les médecins décrivent comment ils observent et recueillent des informations sur leurs patientes.

L'adolescente est une patiente à part, en effet le soin qui lui sera porté doit s'adapter aux caractéristiques du groupe populationnel auquel elle appartient. Tout ce qui constitue les caractéristiques de l'adolescente représente aussi les spécificités du soin qui lui est apporté et les difficultés rencontrées dans la relation médecin-patiente durant cette prise en charge.

La synthèse de la littérature produite par l'Institut National des Techniques de Documentation en 2007 a permis d'identifier les différents facteurs de qualité de la relation lors d'une consultation avec un adolescent (10).

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Au cours de notre travail de recherche, chacun des facteurs cités dans cette étude ont été décrits, soit dans le cadre des difficultés rencontrées par les médecins, soit en expliquant comment ils construisent leurs consultations.

L'adolescente est caractérisée par son ambivalence, en effet, même dans ses comportements, elle passe d'une introversion caractérisée par sa timidité à des comportements débordants d'opposition comme des provocations verbales ou un désintérêt total pour la consultation. Cette opposition à l'adulte, et donc parfois au médecin, vient de sa volonté de dissociation de ses parents pour passer de l'enfant qu'elle était hier à l'adulte qu'elle sera demain. Ces comportements variés sont décrits comme étant des modifications liées à l'adolescence et une recherche de son mode d'attachement à l'autre, et en particularité à sa famille (11).

La spécificité de la patientèle adolescente a été décrite par les médecins interrogés, certains trouvent qu'il s'agit d'une population difficile à aborder. La plupart des médecins interrogés élaborent une conduite identique dans un but commun de créer la relation de confiance et d'adapter l'intervention médicale aux besoins précis des adolescentes.

a/ La relation de confiance

Elle est le centre de toute relation de soin adaptée mais est d'autant plus importante chez les adolescentes.

Dans l'étude, il s'agit d'un travail sur le suivi, la relation de confiance se crée au fur et à mesure des consultations. Les médecins de l'étude utilisent des moyens communs pour acquérir cette confiance donnée par l'adolescente.

Premièrement, la considération du médecin pour sa patiente. Elle doit se sentir considérée en adulte, d'égal à égal et capable de prendre elle-même des décisions. C'est elle qui est au centre de la relation et qui décide de ce qu'elle veut partager ou non avec son médecin. Au cours de l'étude, il existait différents moyens de jauger la volonté de la patiente à partager avec son médecin. Une petite partie des entretiens révéle que certains médecins ne se laissent pas le droit d'être à l'initiative du questionnement sur l'éducation à la sexualité. Ils laissent l'adolescente elle-même poser les questions qui lui semblent utiles. En opposition, la plupart des autres médecins questionnent sur un mode systématique les adolescentes sur leur avancée dans l'adolescence, la puberté et les inquiétudes qui pouvaient s'être installées durant cette période.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Ce questionnement systématique avait pour but de mettre à l'aise, de faire tomber les tabous qui sont encore présents lorsqu'on aborde la sexualité dans la société actuelle. En montrant son intérêt pour le sujet de l'éducation à la sexualité on crée un espace d'expression, une disponibilité, on incite à ne pas hésiter à poser des questions. La notion de « porte ouverte » a été reprise à plusieurs occasions et résume bien l'idée de se proposer en interlocuteur dans le cadre de l'éducation à la sexualité de l'adolescente.

Dans un deuxième temps, après avoir ouvert la discussion, il semblait nécessaire de lutter contre les inquiétudes des adolescentes par rapport au contenu échangé sur la sexualité au cours des consultations. La plupart des médecins interrogés insistent sur la nécessité de rappeler le principe du secret médical auquel ils sont tenus dans leur profession (12).

Les patientes sont décrites comme étant particulièrement inquiètes de ce qui sera ensuite rapportés à leurs parents suite à la consultation. D'emblée, il semble que les adolescentes ne soient pas tellement informées de ce devoir déontologique du médecin, et selon la pratique des médecins interrogés son rappel est nécessaire pour développer la capacité de l'adolescente à faire confiance. En respectant le secret médical, le médecin individualise l'adolescente et la rend responsable de ses décisions.

b/ L'état des connaissances des adolescentes

De manière globale, les médecins étaient d'accord sur le fait que les adolescentes sont bien mieux informées qu'il y a 30 ans avec une évolution favorable de l'accès à l'information. Un des médecins allait même plus loin, il pensait que le médecin généraliste n'avait pas de légitimité à vouloir informer des adolescentes qui savent déjà tout ce dont elles ont besoin par le biais de l'école et des médias.

Pourtant, plus de la moitié des médecins interrogés s'inquiète. Malgré une meilleure possibilité d'information, une grande partie des adolescentes reçues en consultation n'ont pas de « bonnes » connaissances. En effet, en fonction des ressources que l'adolescente a utilisées pour répondre à son questionnement, il arrive parfois que des informations erronées apparaissent. Le plus souvent, probablement pour des raisons pratiques et de facilité à se confier, les adolescentes s'informent par le biais de leurs parents, de leurs amis et des ressources locales qu'elles peuvent consulter. Donc, en fonction de l'environnement de chacune, les informations recueillies sont plus ou moins fiables.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans une étude menée en 2013 sur les connaissances des adolescents en matière d'infections sexuellement transmissibles, 10% des adolescents interrogés citaient la pilule contraceptive comme un moyen de s'en protéger (13). Cela montre bien qu'il existe en effet des lacunes, mais surtout de fausses croyances qui sont sources de prises de risques involontaires.

Les médecins mettent donc en avant dans leur pratique la nécessité de s'informer sur l'état des connaissances des adolescentes qu'ils reçoivent en consultation de façon à cibler les besoins individuels de chacune.

c/ L'environnement de l'adolescente

Selon les médecins interrogés, la localisation géographique du lieu de vie de l'adolescente a un impact sur sa capacité à s'informer. En effet, les structures dédiées comme les plannings familiaux ou les maisons des adolescents sont exclusivement présents en milieu urbain. Or, dans l'étude, les médecins sont en majorité en milieu rural, voire semi-rural et dans ces secteurs de pratiques, les adolescentes n'ont que peu accès à ce genre de structure sans devoir faire appel à leur parent pour s'y rendre.

De plus, la plupart des médecins décrivent une méconnaissance du message de prévention véhiculé par le milieu scolaire, ils ont tous une idée de comment les choses sont organisées, mais aucune certitude que tous les élèves soient informés de la même façon en fonction des établissements. En effet, le milieu scolaire a le devoir de délivrer un message d'éducation à la sexualité tous les ans depuis l'école primaire à hauteur de 2 heures au moins par année (3). Par contre, chaque établissement est libre de l'organisation de cette éducation dans le projet d'établissement qui lui est propre et qui est géré par l'équipe pédagogique de l'établissement. Cela doit probablement créer des différences dans l'approche de la prévention d'un établissement à l'autre.

En dehors de l'aspect géographique et scolaire des ressources des adolescentes, les médecins sont bien conscients que la principale source d'information est le cadre amical, ces échanges « entre copines » sont nécessaires mais manquent de fiabilité malgré la forte importance que cela représente pour les adolescentes. En effet dans une étude datant de 2010, on peut voir que pour les adolescents, le cercle amical est de loin le plus utilisé pour l'information et celui dont les adolescents souhaitent se servir (6). Au cours des entretiens, chacun des médecins décrit à un moment donné le risque de l'effet de groupe, du besoin de comparaison et du risque que cela peut entrainer chez des adolescentes avec des capacités

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

de discernement différentes pour évaluer la fiabilité de l'information qu'elles se transmettent entre elles.

On ne peut pas se pencher sur l'environnement amical sans parler de l'environnement familial. En effet, le parent dans son rôle d'éducateur est une source d'information précieuse pour les adolescentes. Par contre en fonction de la relation que le parent entretient avec son adolescente, l'information et le questionnement partagé seront différents d'un foyer à un autre. Chaque parent se donne le rôle qu'il choisit dans son positionnement face à l'éducation à la sexualité de son enfant. C'est en grande partie par le biais de cette relation adolescentes-parents que les médecins évaluent l'ampleur de leur rôle dans l'éducation.

2/ Le parent et la place qu'on lui donne

Au moment de l'entrée dans l'adolescence des patients enfants, les médecins décrivent une modification du mode de communication. En effet, ils décrivent une recherche d'éléments évocateurs du moment où l'enfant suivi deviendra adolescent. L'éducation à la sexualité des adolescentes débute bien en amont du début du vécu des expériences sexuelles. La plupart des médecins interrogés s'accordent sur une période propice pour mettre en place progressivement l'éducation à la sexualité. En résumé, ils choisissent tous les signes pubertaires pour commencer le travail en amont décrit plus haut.

C'est donc souvent une période charnière pour statuer sur la place du parent dans la consultation : le parent passe du statut de l'adulte rassurant à celui de l'adulte qui peut induire la gêne et qui doit prendre de la distance par rapport à son enfant.

C'est la difficulté que les médecins décrivent dans leur pratique : savoir orienter le parent pour qu'il trouve une juste place dans la consultation d'éducation à la sexualité sans lui donner la sensation d'exclusion. Pour faire face à cette difficulté, les pratiques divergent beaucoup. Quelques médecins sont formels, les parents n'ont rien à faire en consultation avec une adolescente, sinon une adolescente ne peut pas se sentir en confiance et être assez sereine pour poser toutes ses questions. Il s'agit finalement d'une pratique conseillée par les consensus nationaux de la prise en charge des adolescentes (14).

La plupart des autres médecins sont plus modérés sur le positionnement du parent dans la consultation et garde un temps avec le parent et un temps seul avec l'adolescente, ce qui permet de combiner la création de la relation de confiance avec l'adolescente tout en évitant de créer un sentiment d'exclusion du parent. Le but est de maintenir le parent en partie dans la consultation et d'investir celui-ci dans la prise de conscience de la nécessité de cette

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

éducation à la sexualité, de façon à créer un nouveau lieu de discussion entre l'adolescente et le parent si celui-ci n'est pas présent. Plusieurs médecins parlent d'un manque de prise de conscience de la croissance et des demandes de connaissances essentielles pour l'adolescente de la part des parents, d'où l'importance de les inclure pour éviter les oppositions à la pratique de l'éducation à la sexualité par le médecin généraliste. Le parent aussi doit faire confiance au médecin généraliste pour lui laisser sa place dans l'éducation de son enfant. En effet, certains médecins décrivent aussi chez certains parents une crainte de l'incitation par l'information, ils sont donc là pour rassurer le parent sur l'objectif positif de l'éducation à la sexualité.

Une minorité des médecins interrogés ne pratique pas de médecine générale sans la présence du parent dans la consultation, d'une part pour des craintes médicolégales, d'autre part par volonté de laisser le parent en éducateur central de l'adolescente en se positionnant uniquement comme aide à la relation parent-adolescente et comme source d'information si nécessaire.

Dans l'étude il n'existe pas tellement d'unité sur la façon d'inclure le parent dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente. Par contre l'idée globale est qu'il est nécessaire de s'assurer d'améliorer la communication entre l'adolescente et le parent pour optimiser la pratique de l'éducation à la sexualité de l'adolescente par le médecin généraliste. Toujours dans la littérature autour de l'attachement, Frédéric Atger parle bien de l'importance du lien parent-adolescent pour améliorer la capacité d'autonomisation de l'adolescent. Il faut donc que l'adolescente prenne ses distances avec son parent, mais pour cela il lui faut un environnement parental adapté (11).

3/ Les caractéristiques du médecin qui influencent sa pratique

Chaque médecin a la pratique qu'il souhaite avoir, les médecins sont bien tous d'accord pour dire que la pratique de l'éducation à la sexualité des adolescentes doit tout d'abord être un choix du médecin lui-même qui se sent ou non en capacité d'approfondir le sujet ou de simplement le survoler. En effet, un médecin en particulier semblait n'avoir aucune envie de pratiquer ce genre d'information avec ses patientes et préférait l'utilisation d'autres ressources d'information comme internet ou la famille.

En ce qui concerne l'aisance des médecins, certaines caractéristiques influencent en aidant ou en freinant la pratique de l'éducation à la sexualité. Dans l'étude, 3 de ces caractéristiques semblent mettre d'accord l'ensemble des médecins interrogés : l'âge et le sexe, l'expérience, le statut de médecin traitant.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

a/ Age et sexe

Les médecins décrivent une tendance à l'amélioration de l'aisance dans la pratique avec l'âge. Pour expliquer cette évolution, ils mettent en avant, avec l'avancée des années, une confiance en leur pratique acquise par l'expérience professionnelle. De plus, on peut ressentir une difficulté supplémentaire au commencement de l'exercice professionnel lié au défaut d'écart d'âge avec l'adolescente. En effet, 3 des médecins, et en particulier les hommes, expliquent bien que l'absence d'un écart d'âge suffisant était pour eux une source d'appréhension de la relation. Le médecin jeune a surtout peur de l'image qu'il renvoie à sa jeune patiente, probablement peur d'ouvrir des portes pour instaurer une relation de soin de confiance qui soit ensuite utilisée par l'adolescente comme une relation privilégiée et donc non professionnelle. Aucune expérience personnelle de ce type n'a été décrite, mais des questionnements sur la position à adopter en début de carrière restent présents.

En 2007, Pierre Moulin, psychosociologue spécialisé dans le domaine de la santé a mené une étude sur le discours et les pratiques utilisés par le personnel soignant et socio-sanitaire quand il s'agit d'aborder la sexualité. Dans ce travail, les inquiétudes des soignants interrogés sont aussi la crainte de l'érotisation de la relation soignante par le patient. Pour cela, des stratégies de désexualisation/désérotisation de la relation de soins sont mises en place. On parle de « mettre des barrières ». On construit alors dans sa pratique des normes de « bonne distance relationnelle » avec un juste investissement. Dans la conclusion de cette étude on retrouve des questionnements permanents avec une juste distance qui n'est finalement jamais définitivement acquise, notamment en libéral où l'aide d'une équipe n'est pas utilisable immédiatement (15).

Les discours sont donc les mêmes en ce qui concerne les médecins interrogés et d'autant plus en superposant ces difficultés liées à la population adolescente et ses spécificités relationnelles.

En parallèle de l'âge, le sexe du médecin intervient dans les facteurs à prendre en compte. En effet, les femmes décrivent une aide liée au statut d'être une femme pour aborder la sexualité avec les adolescentes. L'idée d'aborder des sujets « tabous » avec une personne du même sexe peut en effet palier les risques à se sentir « mal à l'aise » ou « gênée ». De plus, la place d'une femme médecin revient à l'idée d'un rôle maternant dans la création de la relation de soin. Le rôle de mère étant classiquement lié au statut de femme dans la société, l'adolescente en quête de détachement parental peut trouver un attachement annexe rassurant et s'emparer de la relation médecin-patiente.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

En opposition à cette idée, l'homme médecin représente le sexe opposé, mais aussi le « père » qui fait autorité dans le schéma familial « classique ». Les hommes médecins interrogés l'expriment bien, ils pensent tous qu'une adolescente sera dans une relation plus facile avec une femme médecin et aura tendance à mieux exprimer ses craintes et questionnements.

b/ L'expérience

Tous les médecins ayant été parents d'adolescentes parlent de cette expérience comme une aide pour leur pratique. En effet, le fait d'avoir fait face aux difficultés liées au rôle de parent dans l'éducation à la sexualité de leur adolescente a permis une vision plus globale de la nécessité du trépied adolescente-médecin-parent.

Sur la relation entre la parentalité du médecin et les influences sur sa pratique médicale les écrits sont pauvres. En effet, il existe probablement une influence pour tout médecin de son vécu de parent pour prendre en charge un enfant puis un adolescent en consultation. Un des médecins interrogés fait également le parallèle avec le vécu de la maladie : un médecin ayant connu la maladie sera plus apte à comprendre son patient malade et à « se mettre à sa place » pour l'accompagner au mieux et appréhender ses questionnements.

c/ Le suivi au long cours et la place du médecin traitant

Le médecin traitant ou le « médecin de famille » connait bien sa patiente, il a déjà pu créer une relation de confiance avec l'enfant et le parent en amont de l'abord de la sexualité au cours de l'adolescence. Pour ces raisons, il semble plus simple, dans la logique du suivi, que ce soit lui qui mette en place les consultations d'éducation à la sexualité.

Les adolescentes sont des patientes peu vues en médecine générale du fait de leur bonne santé somatique. Les médecins doivent donc au mieux optimiser le temps passé auprès des adolescentes pour leur prise en charge globale. Le fait de les connaître peut donc permettre une vision déjà globale des sujets prioritaires à aborder mais surtout la façon d'évoquer le sujet de la sexualité en fonction du tempérament de l'adolescente. Il s'agit donc d'un travail en amont d'évaluation des besoins qui peut se préparer sur des années de suivi.

Pourtant, la place du « médecin de famille » n'est pas toujours une aide évidente. En effet, comme son nom l'indique, l'idée de certains médecins interrogés est que le médecin est d'abord le médecin des parents. Durant la période de l'adolescence avec la nécessité et la demande du détachement parental, le médecin peut être vu comme un adulte lié au

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

parent. Il est donc nécessaire de créer cette dissociation, comme vu précédemment, en rappelant les principes du secret médical et en prenant le temps de considérer l'adolescente comme un individu indépendant de son parent.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

V/ L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET SON CONTENU

Dans les éléments de réponse durant les entretiens, la définition de l'éducation à la sexualité contenait les mêmes grands thèmes à aborder.

On pourrait classer ces thèmes en 2 grandes parties :

- *L'abord des connaissances théoriques et des questionnements pratiques autour de la sexualité.*

Cette partie de l'éducation à la sexualité est progressive : en premier lieu on aborde la puberté et les règles qui représentent l'entrée dans la vie d'adolescente, puis on aborde le rapport sexuel et la sexualité en général avec la prévention des risques liés à celle-ci. Autour de cette pratique les médecins sont à l'aise avec l'information donnée car ils utilisent un cadre théorique précis. On constate que les supports d'aide utilisés par les médecins généralistes sont riches de ce contenu théorique. Mais de manière générale, les médecins utilisent peu de supports pour les aider dans leur pratique. Pourtant il existe de nombreux guides fiables pour aider à l'information des adolescentes. En particulier, l'INPES a développé ces dernières années un guide « questions d'ados » qui reprend bien tout le contenu théorique de l'éducation à la sexualité avec les questions les plus fréquentes que se posent les adolescents de 12 à 18 ans sur la sexualité. Ce guide s'ouvre même sur l'aspect plus psychologique de la sexualité (16).

- *L'abord de l'aspect psychologique de ce que représente la sexualité pour l'adolescente*.

Dans cette seconde partie, la plupart des médecins interrogés accorde une importance majeure à aborder la santé psychologique autour de la sexualité. En effet, c'est cette approche qui permettra selon les médecins interrogés d'acquérir une maîtrise de sa sexualité par l'adolescente.

Le constat est que les adolescentes, malgré une connaissance théorique apparente de la sexualité, ont d'énormes lacunes en ce qui concerne les connaissances de leur propre corps. Les médecins se posent donc la question : « comment peut-on respecter et prendre soin de son propre corps quand on ne le connait pas ? ». Il est donc nécessaire pour eux de faire prendre conscience à l'adolescente de cet aspect de la gestion de sa sexualité.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour cela, ils décrivent 3 points importants à aborder :

Le premier point concerne la gestion de son corps, il s'agit d'inciter et de vérifier que l'adolescente connait son corps, est consciente qu'il lui appartient et qu'il doit être respecté par les autres mais aussi par elle.

Le deuxième point s'appuie sur cette prise de conscience de la possession de son corps et de son rôle de gestion de celui-ci, il a pour but d'éviter le risque de la soumission, que ce soit dans le rapport à l'autre mais aussi dans la sexualité. L'intérêt décrit par les médecins est de s'assurer que la vision de l'adolescente sur sa sexualité n'est pas associée à un devoir mais à une liberté de choix dans sa vie sexuelle qui lui appartient. Dans le discours des médecins sur la prévention de la soumission, on retrouve surtout la prévention des mauvaises expériences sexuelles. Pour cela, certains médecins abordent par la même occasion les risques de la consommation de drogue associée à l'activité sexuelle.

On ne peut pas aborder les risques de soumission sans parler du droit de la femme en France. En effet, l'évolution des 30 dernières années en matière de droit de la femme permet à celle-ci de vivre sa sexualité comme elle le choisit. Pourtant pendant des siècles, la sexualité des femmes appartenait à l'homme au niveau légal. En abordant le risque de soumission, les médecins parlent d'une lutte contre les risques de régression du droit de la femme.

En particulier, plusieurs médecins interrogés parlent d'une inquiétude pour les années à venir au sujet des droits de la femme. Par exemple, en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse ou même l'accès à la contraception, il existe une menace qui pèse sur les structures comme le planning familial. Ces inquiétudes semblent vives chez certains médecins interrogés, probablement dans l'idée de l'approche des changements politiques imminents.

Le troisième point abordé concerne l'aspect psychologique de la sexualité avec les adolescentes par la gestion de la relation à l'autre. Il ne s'agit pas de manière spécifique de la sexualité, mais plutôt de comment l'adolescente gère ses relations avec les autres. En effet, on parlait plus haut de l'importance de la notion d'attachement durant l'adolescence. Le cercle social est à cette période de la vie d'autant plus important pour la stabilité de l'évolution des patientes. La relation amoureuse, la relation amicale, les représentations que les adolescentes s'en font sont abordées par les médecins généralistes. Ce questionnement est mis en place probablement de façon à détecter des troubles de l'attachement et les prises de risque affectives. De manière plus globale, les médecins évaluent si la vie sociale et familiale de l'adolescente est adaptée à son environnement.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans notre étude, il semble plus difficile de décrire les pratiques des médecins dans le domaine de la psychologie autour de la sexualité avec les adolescentes. En effet il existe de nombreuses références sur la prévention des risques somatiques liés à la sexualité : les guides sur la contraception, les guides sur les Infections Sexuellement Transmissibles, les campagnes de prévention pour promouvoir la vaccination contre le Papillomavirus Humain. Pourtant, il n'existe pas de consensus sur ce que l'on doit véhiculer comme information sur l'image que l'on veut donner de la sexualité à l'adolescente. C'est toujours Pierre Moulin, dans son étude sus-citée, qui fait le même constat. Les intervenants dans l'éducation à la sexualité ont la volonté d'aider les adolescentes à bien appréhender et bien vivre leur sexualité, en toute liberté, en levant les tabous et en restant dans des normes de société protectrices.

Cette volonté de bien faire sans modèle des idées à véhiculer expose aussi à des risques que chacun construise son propre message en fonction de sa vision personnelle de la sexualité. Il serait donc nécessaire pour aider à uniformiser les pratiques de créer une trame commune de messages pour lutter contre des dérives moralisatrices éventuelles.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

VI/ INFLUENCE DE LA SOCIÉTÉ DANS L'ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTES

Nous parlions déjà plus haut de l'influence de la société sur la pratique de l'éducation à la sexualité par le biais du droit de la femme. Au cours de l'étude menée d'autres éléments de société ont été décrit comme ayant une influence sur la pratique de l'éducation à la sexualité.

1/ Évolution des modes de communication

L'évolution sur les dernières décennies du mode de communication par les médias et par internet est un élément positif que les médecins ont pu citer. En effet, l'accès généralisé à internet et la connaissance de son mode d'utilisation par l'ensemble des adolescentes permettent d'en faire une source d'information extrêmement accessible. Cette facilité d'accès permet de pallier les différences d'accès à l'information d'un point de vue géographique.

Pourtant, l'accès simplifié à cette masse d'informations facilite aussi les débordements. En multipliant les sources d'information, on crée aussi le risque de noyer les références fiables.

En particulier, plusieurs médecins interrogés s'inquiètent des conséquences de l'accès facilité à la pornographie. Cette consommation excessive d'images pornographiques entraine des risques de créer un modèle de sexualité proche de celle véhiculée par le film pornographique.

Les médecins s'inquiètent alors de l'image que cela peut renvoyer à une adolescente en pleine construction, et des conséquences que cela aura sur la place qu'elle se donnera dans sa sexualité. En particulier, un médecin parle de la dissociation actuelle dans la société entre la sexualité et le sentiment amoureux. En effet, dans une étude de 2004 sur les conséquences de la pornographie sur l'adolescence, l'auteur fait part de plusieurs inquiétudes mais en particulier sur le message véhiculé pour les adolescentes. Une femme mise en scène comme un objet de consommation sexuelle, une vision de la sexualité parcellaire, tronquée peut être une source d'anxiété de performance chez les adolescentes en pleine construction de leur image de la sexualité (17).

Les réseaux sociaux n'ont pas été abordés durant l'étude, on pourrait se poser la question de l'influence de ces modes de communication sur la gestion de l'image du corps et de la relation à l'autre dans le monde virtuel d'internet.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

2/ La tendance à l'opposition

Depuis quelques années, certains médecins décrivent une nouvelle difficulté dans la pratique de l'éducation à la sexualité de l'adolescente. En effet, le parent ou même l'adolescent peut parfois s'opposer à certaines propositions du médecin dans la prévention des risques liés à la sexualité. Le premier refus auquel les médecins se confrontent est celui de la vaccination contre le Papillomavirus humain. En effet, la tendance à l'opposition aux vaccins de manière générale entraine une diminution du nombre de patientes vaccinées contre le Papillomavirus humain. Dans les entretiens, les médecins parlent de la tendance aux « anti » mais sans expliquer particulièrement cette tendance. On peut trouver dans la littérature plusieurs facteurs entrainant ces oppositions. En effet, il existe une forte inquiétude des effets indésirables des vaccins de manière générale, en particulier en France. De plus, plusieurs mouvements d'opposition non négligeables influencent la population, comme par exemple la mobilisation du Professeur Joyeux en 2014 qui crée une pétition d'opposition à la vaccination anti-HPV. Ces différentes manifestations rendent la population sceptique et méfiante et créent une tendance à la négligence de la vaccination des adolescentes.

La deuxième opposition ou modification concerne l'utilisation des contraceptifs. En effet, l'utilisation des contraceptifs hormonaux est de plus en plus critiquée et évitée par la population depuis la « crise des pilules » entre 2010 et 2013. Malgré des études rassurantes sur les risques de leur utilisation, les patientes sont en demande d'une prise en charge « naturelle » de leur santé. Sans désaffection pour la contraception, les femmes changent de mode de contraception (18).

On peut se poser la question face à cette tendance, si la contraception ne va pas, dans les années à venir, être utilisée de façon différente et l'influence que cela aura sur les chiffres des grossesses non désirées chez l'adolescente.

3/ Conséquences de l'IVG

Malgré la loi Veil autorisant l'IVG depuis 1975, l'image de l'IVG dans la société entraîne de grands risques de marginalisation. En effet, les médecins qui parlent de l'IVG dans les entretiens décrivent bien qu'il s'agit de leur plus grande crainte en conséquence d'un défaut d'éducation à la sexualité. Pour certains médecins interrogés, si l'IVG chez la femme jeune n'arrive pas à régresser, c'est à cause d'un défaut d'information des adolescentes en matière de sexualité et de prévention.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Un médecin interrogé parle même d'un fort sentiment de culpabilité personnelle quand il se retrouve face à une de ses patientes en situation de grossesse non désirée.

Les médecins décrivent cette inquiétude par les conséquences psychologiques du vécu d'une interruption de grossesse mais aussi par le risque d'isolement social suite à une telle expérience.

En effet en France, on observe depuis 1985, l'émergence de courants radicaux opposés au droit à l'avortement. Ces mouvements ont menés des actions d'intimidation en organisant des attentats contre le personnel travaillant dans les centres de pratique de l'IVG. Au cours de ces années, 8 médecins ont été tués entre 1987 et 1995 à des fins de revendications anti-avortement. De plus, si on reprend les textes religieux, les 3 religions monothéistes majoritaires en France sont contre l'avortement et le condamnent. Il existe donc dans la société un message de culpabilisation des femmes ayant recours à cette pratique malgré des textes de lois adaptés. Ces femmes peuvent se retrouver dans des entourages qui punissent ou excluent les femmes ayant recours à l'IVG et dans cette situation être mises en marge du milieu familial ou amical (19).

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

VII/ PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

1/ La consultation dédiée

La consultation dédiée est l'unique projet d'amélioration qui a été spontanément proposé par une grande majorité des médecins. L'idée de prévoir une consultation pour les adolescentes avec un abord de thèmes variés et en particulier la sexualité semble convenir à tous. Par contre, les propositions organisationnelles sont différentes en fonction des médecins. Il existe dans les différentes propositions plusieurs objectifs distincts à une consultation dédiée.

En premier lieu, le fait de l'intégrer dans le suivi classique de l'enfant et de l'adolescent permettrait de faire de cette consultation un repère pour l'adolescent et le parent. Pour inciter à utiliser ce temps dédié, les médecins proposent aussi que la consultation soit « obligatoire » au même titre qu'une consultation du 8ème jour, des 9 mois et des 24 mois. Cela permettrait de continuer un suivi de tous les adolescents et ici en particulier les adolescentes. Au cours de cette consultation de suivi, il serait alors possible d'effectuer un recueil de données sur les questionnements des adolescentes comme pour les formulaires à destination de la sécurité sociale lors des suivis de nourrissons.

De plus, le fait d'intégrer cette consultation dans la continuité du suivi médical d'une adolescente permettrait de communiquer sur le rôle que peut avoir le médecin généraliste, en particulier le médecin traitant, dans la prévention autour des questionnements de la sexualité. Cela pourrait être une façon de pallier la difficulté exprimée par les médecins interrogés, qui trouvent que les adolescentes et leurs parents ne sont pas informés sur le fait qu'il s'agit d'une des compétences du médecin généraliste.

L'organisation d'un temps dédié est aussi importante pour aménager un temps suffisant pour aborder les différents sujets qui sont à inclure dans l'éducation à la sexualité. Ce temps permet aussi d'ouvrir des espaces de libre parole et d'organiser la suite de la prise en charge en fonction des besoins de chacune des adolescentes reçues en consultation.

Dans le fond, les médecins s'accordent sur l'importance de ce temps. Certains parlent de plusieurs consultations au cours de l'adolescence pour faire progresser le message en fonction de l'évolution de l'adolescente, par exemple à 12,14 et 16 ans. D'autres ne parlent pas de notion d'âge mais soulignent l'importance que ces messages de prévention soient mis en place avant l'entrée dans la vie sexuelle active des adolescentes et donc débuter au début de la puberté. Tout cela reste à étudier et pourrait être l'objet d'un futur travail de recherche.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Actuellement, les pratiques autour de l'éducation à la sexualité par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage femme évoluent. En effet, dans la nouvelle convention médicale de 2016 qui commence son application courant 2017, il existe une consultation valorisée dans le thème de l'éducation à la sexualité des adolescentes (20). Cette consultation sera considérée comme une consultation longue et ne pourra être appliquée qu'une seule fois au cours de l'adolescence seulement au moment de la première prescription de contraception. Il s'agit d'un début pour la reconnaissance du rôle du médecin généraliste dans cette éducation à la sexualité. Pourtant on peut se poser la question de l'intérêt de l'association de cette consultation à la contraception. Toutes les adolescentes ont besoin du message de prévention sur la sexualité et attendre qu'elles soient en demande d'une contraception risque de retarder le message délivré par le médecin généraliste et ainsi inciter les adolescentes à s'informer ailleurs. Il s'agit d'un début encourageant dans le sens de la pratique de la médecine générale, il sera ensuite intéressant d'effectuer un retour sur la mise en place de ces consultations de façon à optimiser leur utilisation.

2/ le travail en réseau

Un constat est fait au cours de l'étude par les médecins interrogés : ils ne savent pas du tout ce que l'école organise pour l'éducation à la sexualité des adolescentes. Beaucoup des médecins interrogés ont l'image de cours de biologie, d'intervention par les professeurs de façon inadaptée. Pourtant, depuis la circulaire de 2003 sur la mise en place de l'éducation à la sexualité à l'école, les pratiques évoluent beaucoup (3). En effet, il existe un programme commun et une formation obligatoire est proposée pour devenir intervenant dans l'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Les professeurs, ou autres professionnels des établissements scolaires, peuvent se former à l'encadrement de groupes de petites tailles pour aborder la sexualité et adapter la réponse au groupe auprès duquel il intervient. Ces interventions sont planifiées par chaque établissement par le biais des CESC (comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté) qui définit les besoins et les moyens mis en œuvre durant l'année scolaire dans l'établissement. Les séances organisées sont cadrées de façon précise et ces modalités d'intervention sont claires et bien reprises sur le site internet à destination des professionnels de l'éducation « educscol » (21). Après avoir pointé du doigt le manque de références sur l'intervention des médecins généralistes concernant l'aspect psychologique de l'éducation à la sexualité, il serait intéressant de mutualiser les objectifs d'éducation à la sexualité du milieu scolaire avec celui du médecin généraliste.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Au cours de l'étude, les médecins expriment bien l'importance de ce travail en réseau pour connaitre les rôles et les messages véhiculés par chacun pour informer au mieux les adolescentes sur l'éducation à la sexualité qui est à leur disposition. Il en est de même avec les structures dédiées comme le planning familial.

Ce modèle de formation des intervenants dans le milieu scolaire pourrait aussi être une forme de réponse au sentiment de manque de formation qui a été exprimé au cours des entretiens par certains médecins.

3/ L'ouverture d'une éducation à la sexualité équivalente pour les garçons

Pour clore ce travail, on peut constater que les médecins généralistes sont tous très inquiets de la formation des adolescentes en matière d'éducation à la sexualité. Lorsqu'on leur demande s'il existe des différences dans leur pratique avec les garçons, ils décrivent des comportements différents entre les garçons et les filles. Les garçons sont plus difficiles d'accès et moins en demande d'information auprès des médecins interrogés. Cette différence est liée, selon eux, à l'absence de médicalisation de la sexualité du garçon. En effet, il existe toujours bien un sentiment de répartition des rôles dans la sexualité avec l'adolescent qui protège des IST en s'occupant de la possession du préservatif et l'adolescente doit gérer sa contraception et le reste (1).

Certains médecins interrogés se sont fait la réflexion qu'ils ont le sentiment, de ne pas intégrer les garçons dans cette éducation à la sexualité au même titre que les jeunes filles. Ils finissent l'entretien en soulignant leur volonté de leur véhiculer les mêmes messages qu'aux adolescentes.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSIONS

Nom, prénom du candidat : MACHEREY Marie

CONCLUSIONS

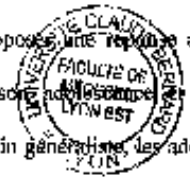
L'éducation à la sexualité chez les adolescentes est une pratique nécessaire pour favoriser une entrée adaptée dans la sexualité. Les deux objectifs principaux sont de prévenir les risques liés à la sexualité comme la grossesse non désirée et d'inscrire l'adolescente comme actrice des choix qu'elle fera pour sa sexualité future et les représentations qu'elle s'en fera.

Le médecin généraliste a un rôle important dans cette éducation à la sexualité avec une place privilégiée au contact de chaque adolescente.

Notre étude a permis de décrire l'image et la place que le médecin se donne dans la pratique de l'éducation à la sexualité. Pour cela les médecins interrogés ont décrit les facteurs influents et les méthodes d'adaptation utilisées pour répondre à la demande individuelle des adolescentes.

La fiabilité, la disponibilité et la prise en charge individuelle sont les 3 qualités qui font du médecin généraliste un acteur clé de l'éducation à la sexualité des adolescentes. Les médecins généralistes interrogés ont un objectif commun, celui d'atteindre un niveau de connaissance et d'écoute suffisant pour lever les inquiétudes des adolescentes qui naissent avec leur évolution individuelle. Le cabinet du médecin généraliste doit alors symboliser un lieu d'écoute, une porte ouverte aux questions sans limite et sans tabou.

L'éducation à la sexualité par le médecin généraliste demande un travail en amont d'analyse de chaque situation. En effet, une adolescente est abordée dans sa globalité de façon à proposer une réponse adaptée et progressive à ces besoins. Il faut donc tenir compte de son avancée dans son adolescence et dans ces questionnements vis-à-vis de la sexualité. Pour aborder la sexualité avec leur médecin généraliste, les adolescentes doivent avoir confiance en lui et le dissocier d'une figure parentale. Pour cela, le suivi au long cours est une aide précieuse avec la place de « médecin traitant » pour imposer le médecin en interlocuteur de confiance.



L'adolescente est une patiente difficile à prendre en charge par son ambivalence et son besoin d'opposition à l'adulte. L'information donnée doit donc toujours être perçue comme une aide et non pas un message imposé.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'adolescente est difficilement dissociable de son parent dans la prise en charge. En effet, bien que le parent soit le plus souvent mis à l'écart durant ces consultations, il est nécessaire de lui laisser une place pour assurer la complémentarité de l'éducation à la sexualité. En fonction de la relation parent-adolescente, le médecin intervient de façon différente. Il propose d'être un appui pour le parent si la relation est rompue ou compliquée. Le médecin a aussi pour rôle de faire prendre conscience au parent qu'une relation adaptée à l'adolescente est une aide précieuse pour son autonomisation.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Les médecins ont des perceptions différentes de cette éducation à la sexualité mais leurs expériences personnelle et professionnelle sont une aide précieuse dans cette pratique. Indépendamment de ce critère, le sexe du médecin semble un facteur évident qui influence l'aisance des adolescentes. Il existe pour elles une facilité à s'adresser à un médecin femme, qui doit représenter une figure maternelle et rassurante.

La prévention des risques liés à la sexualité constitue un message maitrisé dans la pratique des médecins généralistes. Ce n'est pas le cas pour l'abord de l'aspect « psychologique » des représentations de la sexualité. Il est nécessaire de l'aborder pour assurer une qualité de perception chez les adolescentes de leur propre corps et de leur sexualité en prévention des rapports de soumission. Pourtant on perçoit un manque de consensus sur le message commun à transmettre.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

La société a une influence importante sur les représentations véhiculées de la sexualité. En effet, l'évolution des moyens de communication, en particulier internet, augmente la capacité d'information des adolescentes. Pour autant, elle entraine aussi des risques d'accès à des informations erronées ainsi qu'à la pornographie et ses conséquences sur l'image de la femme objet. Dans cette société, on observe une tendance actuelle à l'opposition avec l'apparition des « anti » : anti-IVG, anti-vaccin, anti-contraception hormonale dont parlent les médias. Ces courants d'opposition mettent des barrières dans la pratique de l'éducation à la sexualité par les médecins en créant des difficultés supplémentaires dans la relation à l'adolescente et au parent.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

La principale proposition pour uniformiser le message transmis est donc de créer une consultation dédiée à l'éducation à la sexualité des adolescentes. Ce temps permettrait d'évaluer les besoins individuels et d'adapter la pratique de l'éducation à la sexualité à chaque adolescente. L'évolution récente de la convention médicale de 2016 va dans ce sens. Il serait intéressant d'étudier les modalités de pratiques et les messages transmis au cours de ce temps dédié dans une étude future.

Les échanges entre les structures scolaires et la médecine générale sur le sujet de l'éducation à la sexualité des adolescentes sont rares, et il existe une volonté de la part des médecins de s'informer et de communiquer sur les pratiques de chacun. Cela pourrait potentialiser la qualité des pratiques et permettre un accès à l'information uniforme entre les adolescentes.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature Pr Yves ZEGHARI

Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 05 MAI 2017

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Deslandes E. Communication sur la contraception au sein du couple adolescent, intérêt et freins. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2015.

- (2) Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesses en 2013. DREES. Etudes et résultats. juillet 2015, n° 924.

- (3) Circulaire n° 2003-027 du 17/02/2003 relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.
  Disponible :
  http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm
  Dernière consultation le 19/04/2017

- (4) Chabot D. Vie affective et sexuelle des adolescents : leurs attentes vis-à-vis du médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Reims, France : Université de Reims Champagne-Ardenne ; 2014.

- (5) Macherey M. La place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente en milieu rurale : pratiques, ressentis, craintes. [Mémoire d'initiation à la recherche], Lyon, France. Université Claude Bernard ; 2015.

- (6) Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspeel F et Al**.** Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Archives de Pédiatrie. 2010 ; 17 : 219-25.

- (7) De Montalivet C. Place du médecin généraliste, lors d'une première demande de contraception chez une adolescente. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard ; 2007.

- (8) Centre National du Sida et des hépatites virales. L'accès confidentiel des mineurs adolescents aux soins. Rapport d'un avis et de Recommandations.
  Disponible :
  http://www.cns.sante.fr/spip.php?article153&artpage=4-14

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dernière consultation le 10/06/2017

- (9) Conseil Général de l'Ain. Politique de démographie médicale département de l'Ain en 2012. Cahier des charges à destination des collectivités. 2012 ; 2-3
  Disponible :
  http://ww.ain.fr/upload/docs/application/pdf/2012-08/cahier_des_charges_démographie_medicale_2012.pdf
  Dernière consultation le 23/04/2017

- (10) Bertrand L, Bonnefoy L, Dhiver V, Hodée V. L'accueil des adolescents au cabinet de médecine générale [synthèse documentaire]. Institut National des Techniques de Documentation. Institut National de Prévention et d'Education en Santé, 2007.

- (11) Atger F. L'attachement à l'adolescence. Attachement et cliniques. Dialogue, 2007 ;1(175) : 73-86.

- (12) Code de déontologie – Article 4 [en ligne]. Le secret professionnel.
  Disponible :
  https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-4-secret-professionnel-913
  Dernière consultation de 22/04/2017

- (13) Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, et Al. Connaissances et comportement des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles, et vaccination contre le papillomavirus humain. Archives de Pédiatrie. 2013 ; 20 : 845-52

- (14) Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES), Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Entre Nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. 2009 : 32

- (15) Moulin P, La construction de la sexualité chez les professionnels de santé et du travail social ou la normalisation des conduites profanes. Nouvelle revue de psychosociologie. 2007 ; 2(4) : 59-88.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

- (16) Santé Publique France. Questions d'ados (amour-sexualité). Guide de l'INPES. 2016.
  Disponible :
  http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/601.pdf
  Dernière consultation le 23/04/2017.

- (17) Jacquemin Le Vern. Adolescence et pornographie. Gynécologie-obstétrique et fertilité. 2004 ; 32 : 416-19.

- (18) Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, et Al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et société. Bulletin mensuel de l'Institut National d'Etudes Démographiques. Mai 2014 ; 511.
  Disponible :
  https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
  Dernière consultation le 10/06/2017

- (19) Chaudhry M. L'eternel tabou de l'IVG. Cultures et croyances. Janvier 2013.

- (20) Assurance Maladie. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie : Synthèse. Juillet 2016 : 12
  Disponible :
  http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthèse_Convention_2016.pdf
  Dernière consultation le 10/06/2017

- (21) Ministère de l'éducation nationale. Les enjeux de l'éducation à la sexualité.
  Disponible :
  http://eduscol.education.fr/cid46864/les-enjeux-de-l-education-a-la-sexualite.html
  Dernière consultation le 10/06/2017

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 1 : Guide d'entretien

TRAME D'ENTRETIEN

PRÉSENTATION BRÈVE :

Interviewer : parcours, projet professionnel

PRÉSENTATION DES OBJECTIFS :

Je suis là aujourd'hui car vous avez accepté de me recevoir pour un entretien individuel qui a pour but de **connaitre vos opinions, vos expériences et vos idées sur le thème de l'éducation à la santé de la jeune adolescente.**

DÉROULEMENT DE L'ENTRETIEN :

L'entretien sera enregistré afin de retranscrire le plus fidèlement possible ce que vous aurez dit. C'est pour cela que j'ai installé le dictaphone entre nous.

Les informations que vous nous donnerez seront bien sûr **anonymes et confidentielles**.

QUESTIONS :

Présentation de l'interviewé :

Age, sexe, âge des enfants, spécialité/sous-spécialité, type d'activité (remplacements/installation), lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain), niveau socio-économique des patients, durée d'exercice.

Partie 1 : *Quelles sont les pratiques et moyens mis en place en cabinet par le médecin généraliste pour l'éducation à la sexualité des adolescentes ?*

Comment se déroulent vos consultations avec les adolescentes? (présence des parents ? si oui ou non pourquoi ?) Différentes d'avec les adolescents ?

Quels sont vos ressentis personnels face à l'adolescente en consultation de manière général? (Peurs ? Aisance ?)

Qui aborde le sujet de la sexualité et comment le sujet est il abordé ?

Quels sont les indices ou comportements dans la consultation qui vous incitent à aborder une partie de l'éducation à la sexualité ?

Quels supports sont utilisés lorsque vous décidez d'aborder des thèmes appartenant à l'éducation à la sexualité (supports ?)

Lesquels de ces supports connaissez-vous ? (si n'en cite pas) Pourquoi ne pas les utiliser ?

Intérêt et objectifs : Décrire les relations entre le médecin généraliste et les adolescentes et comment introduire à ces consultations l'éducation à la sexualité.

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Partie 2 : *Quelle est la représentation du contenu et des acteurs engagés pour l'éducation à la sexualité des adolescentes?*

Parmi les adolescentes que vous suivez, d'après vous, comment sont-elles informées sur la sexualité?

Quels sont les différents sujets abordés ou qui devraient être abordés lors de l'éducation à la sexualité de l'adolescente ?

Intérêts et objectifs : Définir les différentes thématiques que le médecin intègre dans l'éducation à la sexualité et les sources d'informations que les adolescentes sollicitent pour répondre à leurs interrogations sur ce sujet.

Partie 3 : *Quelle est la place que le médecin généraliste se donne au sein de cette éducation à la sexualité ?*

Quelle est la place du médecin généraliste dans cette éducation? Quelle place vous donnez vous personnellement dans cette pratique?

Intérêts et objectifs : Situer la place du médecin généraliste dans le réseau d'information des adolescentes sur l'éducation à la sexualité des adolescentes.

Partie 4 : *Quelles sont les problématiques et aides existantes dans la pratique lors de la mise en place de l'éducation à la sexualité ?*

Comment vous sentez-vous durant les consultations d'éducation à la sexualité ?

Quelles sont les difficultés que vous avez déjà rencontrées dans ces circonstances ?

Quelles sont les éléments qui sont positifs et aidant lors de ces consultations ?

Intérêts et objectifs : Évaluer les diversités de pratiques professionnelles utilisées par les médecins généralistes et mettre en avant les pratiques aidantes et les difficultés rencontrées pour mettre en place l'éducation à la sexualité chez l'adolescente.

Clôture : *Quelles sont vos propositions pour l'amélioration de la pratique de l'éducation à la sexualité chez l'adolescente ?*

Avez-vous des propositions pour améliorer votre pratique sur le sujet de l'éducation à la sexualité de l'adolescente?

Quelles améliorations dans le reste du réseau de l'éducation à la sexualité pourriez-vous proposer ?

Intérêts et objectifs : Clore et ouvrir la discussion sur des propositions d'amélioration pour faciliter la pratique de l'éducation à la sexualité par les médecins généralistes

REMERCIEMENTS :

Merci pour votre participation à mon travail, je vous ferai parvenir les résultats lorsque j'aurai terminé la rédaction.

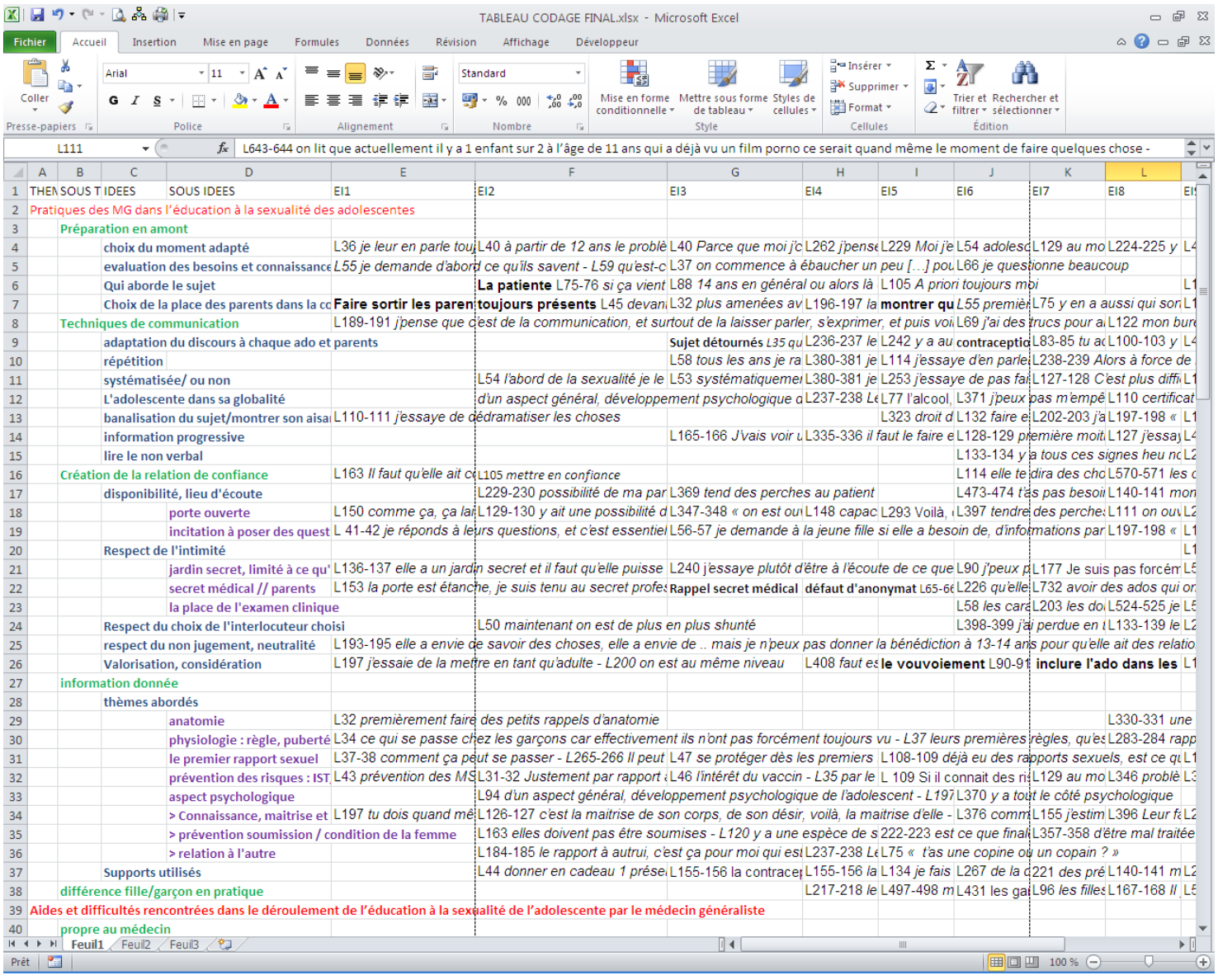
MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 2 : Caractéristiques des médecins interrogés

	Age	Sexe	Nombre d'enfants et âges	Type d'activité	Durée d'activité	Population suivie, niveau socio-économique	Formations spécifiques
M1	**64 Ans**	**H**	**3 :** >30 >32 >34	**Installé** Cabinet 5 médecins, milieu rural	Installation depuis **36 ans**	Variée, niveau élevé	Séminaires réguliers, sujets multiples MSU (maître de stage universitaire)
M2	**52 Ans**	**H**	**3** : >11 >16 >17	**Installé** Cabinet seul, milieu semi-rural Pas de gynécologie	Installation depuis **11 ans**	Variée, niveau moyen	Séminaires réguliers
M3	**44 Ans**	**F**	Pas d'information	**Installée** Cabinet 5 médecins, milieu rural	Installation depuis **10 ans**	Plutôt orientée en pédiatrie, niveau élevé	Séminaires réguliers
M4	**54 Ans**	**F**	**0**	**Remplaçante** régulière cabinet de 5 médecins milieu rural, hospitalier	Remplacements réguliers depuis **10 ans**	Variée, selon patientèle du médecin remplacé, peu d'ado	DIU gynéco, santé publique, médecine tropicale
M5	**27 Ans**	**F**	**0**	**Remplaçante** Lieux variés, cabinet de groupes uniquement, rurale et semi-rural	Début d'activité	De très aisée à très défavorisée selon les remplacements	La consultation ado durant DES
M6	**56 ans**	**F**	**2** : >22 >26	**Installée** Seule, travail avec infirmière, milieu urbain Planning familial Régulation centre 15	Installation depuis **25 ans**	Variée, niveau moyen, population immigrée Activité dense, pédiatrie, gynécologie, traumatologie	DIU gynéco, urgences pédiatriques, IVG ambulatoire Maitrise pharmaco/immunologie/essai thérapeutique MSU
M7	**57 ans**	**F**	**3 :** >24 >26 >28	**Installée**, cabinet seul, milieu urbain Médecin correspondant SAMU, IVG ambulatoire	Installation depuis **30 ans**	Niveau très élevé, anglophone, frontaliers	Médecine tropicale, médecin pompier, médecin correspondant SAMU, IVG ambulatoire MSU
M8	**61 Ans**	**H**	**4 :** >22 >27 >32 >35	**Installé**, cabinet de groupe 5 médecins, milieu urbain,	Installation depuis **31 ans**	Niveau très élevé, frontaliers	Multiples séminaires, médecin pompiers MSU
M9	**38 ans**	**F**	**2 :** >11 >13	**Installée**, maison de santé pluridisciplinaire milieu semi rural, 3 médecins IVG hôpital	Installation depuis **9 ans**	Niveau assez élevé	DIU gynécologie, DIU urgences, IVG MSU
M10	**27 Ans**	**H**	**0**	**Remplaçant** lieux variés, milieu urbain	Début d'activité, **1.5 ans** de remplacements	Niveau de très bas à très élevé selon les remplacements	
M11	**60 Ans**	**F**	**5 :** >21 >29 >30 >31 >34	**Installée**, cabinet de groupe 3 médecins, milieu semi rural	Installation depuis **30 ans**	Niveau élevé, pédiatrie, gynécologie	Journées de pédiatrie Lyon 1/an Divers séminaires
M12	**62 Ans**	**H**	**4 :** >26 >30 >35 >37	**Installé**, maison de santé pluridisciplinaire, 2 médecins, milieu semi rural	Installation depuis **33 ans**	Variée, Niveau élevé	Groupes de paires

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 3 : Extrait du tableau de codage



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	THEM	SOUS T	IDEES	SOUS IDEES	EI1	EI2	EI3	EI4	EI5	EI6	EI7	EI8
2	Pratiques des MG dans l'éducation à la sexualité des adolescentes											
3		Préparation en amont										
4			choix du moment adapté		L36 *je leur en parle tou*	L40 *à partir de 12 ans le problè*	L40 *Parce que moi j'c*	L262 *j'pense*	L229 *Moi j'e*	L54 *adolesc*	L129 *au mo*	L224-225 *y*
5			evaluation des besoins et connaissance		*L55 je demande d'abord ce qu'ils savent - L59 qu'est-c*		L37 *on commence à ébaucher un peu […] pou*			L66 *je questionne beaucoup*		
6			Qui aborde le sujet			**La patiente** L75-76 *si ça vient*	L88 *14 ans en général ou alors là*		L105 *A priori toujours moi*			
7			Choix de la place des parents dans la co		**Faire sortir les paren**	**toujours présents** L45 *devan*	L32 *plus amenées av*	L196-197 *la*	**montrer qu**	*L55 premièr*	L75 *y en a aussi qui son*	
8		Techniques de communication			L189-191 *j'pense que c'est de la communication, et surtout de la laisser parler, s'exprimer, et puis voi*					L69 *j'ai des trucs pour a*		L122 *mon bur*
9			adaptation du discours à chaque ado et parents				**Sujet détournés** *L35 qu*	L236-237 *le*	L242 *y a au*	**contraceptio**	L83-85 *tu a*	L100-103 *y*
10			répétition				L58 *tous les ans je ra*	L380-381 *je*	L114 *j'essaye d'en parle*		L238-239 *Alors à force de*	
11			systématisée/ ou non			L54 *l'abord de la sexualité je le*	L53 *systématiquemer*	L380-381 *je*	L253 *j'essaye de pas fai*		L127-128 *C'est plus diffi*	
12			L'adolescente dans sa globalité			*d'un aspect général, développement psychologique d*		L237-238 *Le*	L77 l'alcool,	L371 *j'peux pas m'empê*		L110 *certificat*
13			banalisation du sujet/montrer son aisa		L110-111 *j'essaye de dédramatiser les choses*				L323 *droit d*	L132 *faire e*	L202-203 *j'a*	L197-198 «
14			information progressive				L165-166 *J'vais voir u*	L335-336 *il faut le faire e*		L128-129 *première moit*	L127 *j'essay*	
15			lire le non verbal							L133-134 *y a tous ces signes heu n*		
16		Création de la relation de confiance			L163 *Il faut qu'elle ait c*	L105 *mettre en confiance*				L114 *elle te*	*dira des cho*	L570-571 *les*
17			disponibilité, lieu d'écoute			L229-230 *possibilité de ma par*	L369 *tend des perches au patient*			L473-474 *t'as pas besoi*		L140-141 *mon*
18				porte ouverte	L150 *comme ça, ça lai*	L129-130 *y ait une possibilité d*	L347-348 « *on est ou*	L148 *capac*	L293 *Voilà,*	L397 *tendre des perche*		L111 *on ou*
19				incitation à poser des quest	L 41-42 *je réponds à leurs questions, et c'est essentiel*		L56-57 *je demande à la jeune fille si elle a besoin de, d'info*			*rmations par*		L197-198 «
20			Respect de l'intimité									
21				jardin secret, limité à ce qu'	L136-137 *elle a un jardin secret et il faut qu'elle puisse*		L240 *j'essaye plutôt d'être à l'écoute de ce que*			L90 *j'peux p*	L177 Je suis pas forcém	
22				secret médical // parents	L153 *la porte est étanche, je suis tenu au secret profes*		**Rappel secret médical**	**défaut d'anonymat** L65-66		L226 *qu'elle*	L732 *avoir des ados qui or*	
23				la place de l'examen clinique						L58 *les cara*	L203 *les do*	L524-525 *je*
24			Respect du choix de l'interlocuteur choisi			L50 *maintenant on est de plus en plus shunté*				L398-399 *j'ai perdue en i*		L133-139 *le*
25			respect du non jugement, neutralité		L193-195 *elle a envie de savoir des choses, elle a envie de .. mais je n'peux pas donner la bénédiction à 13-14 ans pour qu'elle ait des relatio*							
26			Valorisation, considération		L197 *j'essaie de la mettre en tant qu'adulte - L200 on est au même niveau*			L408 *faut es*	**le vouvoiement** L90-91		**inclure l'ado dans les**	
27		information donnée										
28			thèmes abordés									
29				anatomie	L32 *premièrement faire des petits rappels d'anatomie*							L330-331 *une*
30				physiologie : règle, puberté	L34 *ce qui se passe chez les garçons car effectivement ils n'ont pas forcément toujours vu - L37 leurs premières règles, qu'es*							L283-284 *rapp*
31				le premier rapport sexuel	L37-38 *comment ça peut se passer - L265-266 Il peut*		L47 *se protéger dès les premiers*		L108-109 *déjà eu des rapports sexuels, est ce qu*			
32				prévention des risques : IST	L43 *prévention des MS*	L31-32 *Justement par rapport*	L46 *l'intérêt du vaccin - L35 par le*		L 109 Si il connait des ri		L129 *au mo*	L346 *problè*
33				aspect psychologique		L94 *d'un aspect général, développement psychologique de l'adolescent - L197*				L370 *y a tout le côté psychologique*		
34				> Connaissance, maitrise et	L197 *tu dois quand mê*	L126-127 *c'est la maitrise de son corps, de son désir, voilà, la maitrise d'elle -*				L376 *comm*	L155 *j'estim*	L396 *Leur fa*
35				> prévention soumission / condition de la femme		L163 *elles doivent pas être soumises - L120 y a une espèce de s*			222-223 *est ce que final*		L357-358 *d'être mal traitée*	
36				> relation à l'autre		L184-185 *le rapport à autrui, c'est ça pour moi qui est*		L237-238 *Le*	L75 « *t'as une copine ou un copain ? »*			
37			Supports utilisés			L44 *donner en cadeau 1 prése*	L155-156 *la contrace*	L155-156 *la*	L134 *je fais*	L267 *de la c*	221 *des pré*	L140-141 *m*
38		différence fille/garçon en pratique						L217-218 *le*	L497-498 *m*	L431 *les ga*	L96 *les filles*	L167-168 *Il*
39	Aides et difficultés rencontrées dans le déroulement de l'éducation à la sexualité de l'adolescente par le médecin généraliste											
40		propre au médecin										

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

Annexe 4 : CD ROM des verbatim des entretiens

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)

MACHEREY Marie : Place du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité de l'adolescente : pratiques, ressentis et facteurs influents.

RESUMÉ :

Contexte. L'éducation à la sexualité constitue une part importante de la prévention chez les adolescents et en particulier chez les adolescentes. Elle a pour objectif la prévention des risques comme les grossesses non désirés mais aussi d'améliorer l'entrée des adolescentes dans leur propre sexualité. La présente étude a pour objectif de décrire la place que le médecin généraliste se donne dans cette éducation à la sexualité des adolescentes.

Méthode. Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La population cible était les médecins généralistes exerçant dans le département de l'Ain.

Résultats. La fiabilité, la disponibilité et la prise en charge individuelle sont les 3 qualités qui font du médecin généraliste un acteur clé de l'éducation à la sexualité des adolescentes. Les médecins généralistes ont un objectif commun, celui d'atteindre un niveau de connaissance et d'écoute suffisant pour lever les inquiétudes des adolescentes qui naissent avec leur évolution individuelle. Un travail en amont par le médecin est nécessaire de façon à avoir une vision globale de la patiente et de ces besoins. La relation qu'elle entretient avec ses parents a une influence dans la suite de la prise en charge. On constate que les phénomènes de société modifient les représentations de la population adolescente. Tous ces facteurs demandent une adaptation perpétuelle des pratiques. Enfin, pour améliorer les pratiques avec les adolescentes les propositions dominantes sont : de mettre en place une consultation dédiée à l'éducation à la sexualité et de travailler en réseau avec les autres acteurs dans le but d'homogénéiser l'accès et le contenu de cette éducation à la sexualité.

Conclusion. Cette étude a permis de préciser la place que se donnent les médecins généralistes dans l'éducation à la sexualité des adolescentes. Elle apporte la description des facteurs qui influencent la pratique du médecin et qui nécessitent l'adaptation constante de celle-ci. Elle permet aussi de réfléchir à des pistes pour homogénéiser l'accès à cette éducation à la sexualité pour chaque adolescente.

MOTS CLÉS : Éducation à la sexualité, adolescente, médecin généraliste.

JURY :

Président :

- Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Assesseurs :

- Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET
- Madame le Professeur Marie FLORI
- Monsieur le Docteur Philippe MARISSAL

DATE DE SOUTENANCE : 22 juin 2017

Adresse de l'auteur : 20 Chemin de la Lie, Fontaine, 01420 CORBONOD
Email de l'auteur : marie.macherey@gmail.com

MACHEREY
(CC BY-NC-ND 2.0)