



Santé sexuelle et vie affective des adolescents  
de dernière année secondaire en Province du  
Luxembourg, quelle place pour le médecin  
généraliste ?

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN

DOCTEUR CAROLINE BONNET

Travail de fin d'études

Master de spécialisation en Médecine Générale

Promotrice : Dr Arlette Germy

Année académique 2022-2023

## Remerciements :

Je tenais tout d'abord à remercier ma promotrice, le Docteur Germay Arlette, pour sa présence et ses conseils.

Je voulais ensuite remercier l'ensemble de mes collègues de la Maison Médicale L'homme et Santé, pour leurs encouragements, leur patience et leur soutien. Parmi ceux-ci, je retiens tout particulièrement le travail de relecture du Docteur Vanschepdael Céline et de Aline Haterte.

Pour terminer, je voulais remercier ma famille, mes amis et mon compagnon sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible. Sylvain, merci de m'avoir soutenue depuis le début, d'avoir supporté mes coups de stress et d'avoir su me remotiver lors de périodes de découragement.

## Abréviations :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

HEADSSS: Habitat, Education, Activités/Alimentation, Drogues, Sexualité, Suicide/Santé mentale, Sécurité/ médias sociaux

EVRAS : Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle

MGTFE : Médecine Générale Travaux de Fin d'Etude

SPF : Service Public Fédéral

WONCA: Worl Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

## Résumé :

**INTRODUCTION :** Au regard de la définition de la santé et de la santé sexuelle de l’OMS, la prise en charge de la santé sexuelle fait partie intégrante de la prise en charge de la santé d’un individu. Cependant, j’ai remarqué dans ma pratique et celle de mes confrères que cela n’était pas forcément le cas, surtout lorsqu’il s’agit d’adolescents. J’ai également eu la chance de pouvoir effectuer un stage en planning familial, me montrant un cadre différent et une autre relation à la question de la sexualité.

Dès lors, je me suis intéressée au rôle que je pouvais avoir en tant que médecin généraliste dans la prise en charge de mes patients adolescents et à la place que ceux-ci voudraient bien me laisser.

**OBJECTIF :** L’objectif de ce travail est de d’investiguer la place que les adolescents laissent au médecin généraliste pour les questions de santé sexuelle et de vie affective. En parallèle, le second objectif poursuivi est d’appréhender comment les médecins envisagent de discuter de ces sujets-là avec leurs patients adolescents. Au final, je vais confronter les différentes réponses des adolescents et les différents points de vue des médecins pour en tirer des conclusions.

**METHODE :** Pour cette étude, un questionnaire anonyme a été réalisé auprès des élèves de dernière année secondaire à Saint-Hubert. Ensuite, j’ai réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de dix médecins en relation géographique avec l’école.

**CONCLUSION:** Les analyses montrent que les adolescents sont plutôt frileux à l’idée de parler de ces sujets de santé sexuelle et de vie affective avec leur généraliste sauf s’ils en ont besoin (contraception, problème de santé). Cependant, ils sont 25% à souhaiter que le médecin généraliste les aborde avec eux. Côté médecins, ils sont plutôt ouverts sur le sujet mais ne l’abordent que rarement eux-mêmes, attendant généralement une opportunité. N’oublions pas que le médecin se trouve au cœur d’un maillon d’acteurs pouvant aider les jeunes dans leur prévention et leurs questions.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>5</b>
1.1	Choix de la problématique	5
1.2	Contexte	5
1.2.1	Définition de l'adolescence	5
1.2.2	Définition de la santé sexuelle	7
1.3	Objectifs de l'étude	8
<b>2</b>	<b>Méthodologie</b>	<b>9</b>
2.1	Méthode de recherche dans la littérature	9
2.2	Question de recherche	9
2.3	Avis comité éthique	9
2.4	Adolescents	9
2.4.1	Méthode de sélection de la population	9
2.4.2	Échantillonnage et recrutement	10
2.4.3	Questionnaire	10
2.4.4	Passation des questionnaires	10
2.5	Médecins	11
2.5.1	Méthode de sélection de la population	11
2.5.2	Échantillonnage et recrutement	11
2.5.3	Guide d'entretien	11
2.5.4	Entretiens individuels semi-dirigés	11
2.6	Méthode d'analyse	12
<b>3</b>	<b>Résultats</b>	<b>12</b>
3.1	Les adolescents	12
3.1.1	Caractéristiques des adolescents	12
3.1.2	Contraception	13
3.1.3	Le médecin	15
3.1.4	Cadre de consultation	15
3.1.5	Personne de confiance	16
3.1.6	L'école	17
3.2	Les médecins	17
3.2.1	Caractéristiques de la population de médecins	17

3.2.2	Les adolescents.....	18
3.2.3	La consultation .....	20
3.2.4	Les parents .....	22
3.2.5	École .....	23
3.2.6	Le contexte sociétal.....	24
3.2.7	Ressources.....	25
<b>4</b>	<b><i>Discussion</i></b> .....	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Limite et biais</b> .....	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Discussion et interprétation.....</b>	<b>27</b>
4.2.1	Âge du premier rapport.....	27
4.2.2	Les sources d'informations.....	28
4.2.3	Qu'est-ce qu'un médecin généraliste ?.....	29
4.2.4	Les adolescents et leurs consultations .....	30
4.2.5	Quel cadre proposer ? .....	31
4.2.6	Quelle prévention aborder ? .....	32
4.2.7	Comment communiquer avec un adolescent à propos de la sexualité ? .....	34
4.2.8	Quelle place donner aux parents ? .....	35
4.2.9	Quels sont les autres facteurs qui peuvent influencer la relation ? .....	36
4.2.10	L'EVRAIS.....	37
<b>4.3</b>	<b>Mise en perspective.....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b><i>Conclusion</i></b> .....	<b>40</b>
<b>6</b>	<b><i>Bibliographies</i></b> .....	<b>41</b>
<b>6.1</b>	<b>Figures et Tableaux.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2</b>	<b>Références.....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b><i>Annexes</i> :</b> .....	<b>46</b>

# 1 Introduction

## 1.1 Choix de la problématique :

Depuis quelques années, je me suis sensibilisée à la thématique de la sexualité. J'ai d'ailleurs orienté certains de mes choix de cours à options en ce sens lors de mon cursus universitaire. Lors de ma deuxième année d'assistantat, j'ai eu l'occasion de débiter un stage en planning familial suite à deux formations réalisées auparavant (formation planning et IVG à Bruxelles). Lors de ce stage, j'ai assisté à de nombreuses consultations d'adolescents demandeurs d'informations ou de soins médicaux en rapport avec leur santé sexuelle ou leur vie affective. Je me suis rendue compte que, dans les plannings dans lesquels j'ai travaillé, les intervenants étaient principalement des médecins généralistes.

D'un autre côté, dans ma consultation en médecine générale, j'ai également essayé d'aborder le thème de la sexualité avec mes patients, dont mes patients adolescents. Cependant, je me suis aperçue que le résultat n'était pas le même : malgré le fait d'utiliser les mêmes approches, la même délicatesse/pudeur, je me heurtais à beaucoup plus de rejets, de tabous, voire d'incompréhensions. De là est né un premier questionnement : comment expliquer cette différence alors que des deux côtés, j'étais un médecin généraliste qui posait les mêmes questions. Ayant dû stopper mon stage au planning pour des raisons organisationnelles, j'ai décidé de poursuivre ma réflexion au niveau des cabinets de médecine générale. Autant je me sentais légitime (avec l'accord du patient) de poser des questions sur un point de leur santé souvent inexploré, autant je constatais une levée de bouclier dans ma patientèle, surtout adolescente. Je me suis donc demandée la place que cette population particulière accordait à son médecin généraliste pour des questions de santé plus intimes.

## 1.2 Contexte

### 1.2.1 Définition de l'adolescence

Selon Larousse<sup>a</sup>, l'adolescence est « *une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite* ». Son origine latine vient d' « *Adolescere* » qui signifie croître, grandir.

---

<sup>a</sup> Larousse. Adolescence [En ligne]. [ cité le 23 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adolescence/1156>

L'OMS désigne l'adolescence comme « *une période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans* ». Selon elle, c'est « *une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les bases d'une bonne santé* »<sup>b</sup>.

Le Haut comité de santé publique français donne une autre définition : « *L'adolescence présente un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part et à la constitution d'un couple et ou du départ de chez les parents d'autre part.* »<sup>c</sup>. Celle-ci prend en compte d'autres aspects plus sociologiques.

Au niveau biologique, l'adolescence débute par la puberté. Celle-ci comprend le développement des caractères sexuels secondaires féminins et masculins. La jeune fille verra se développer un bourgeon mammaire qui marquera le début de sa puberté tandis que le jeune homme débutera par une croissance du scrotum et des testicules. Le développement pubertaire peut se mesurer via les stades de Tanner<sup>1</sup>. On retrouve également un remaniement cérébral important, influencé par l'environnement de l'adolescent.<sup>2</sup>

Au niveau psycho-social, le mouvement d'autonomisation-individuation permet un affranchissement de l'adolescent par-rapport à sa carapace infantile<sup>2</sup>.

Les auteurs Pierre Langis et Bernard Germain vont également dans le sens d'une évolution bio-psycho-sociale mais lors de deux étapes qui sont la pré-adolescence et l'adolescence. Ils définissent la pré-adolescence comme la phase des changements biologiques (puberté), et l'adolescence comme la phase des changements psycho-sociaux (autonomisation, affirmation de la personnalité, premières expériences amoureuses et sexuelles)<sup>1</sup>.

L'article du Docteur Marianne Caflisch<sup>3</sup> montre un tableau découpant l'adolescence en trois

---

<sup>b</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Santé des adolescents [En ligne]. [Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)

<sup>c</sup> Haut Comité de Santé Publique. Santé des enfants, santé des jeunes. La documentation Française : Rapport à la conférence nationale de santé. 1997

partie (10-13 ans, 14-17 ans et >17 ans) et explicitant les différents enjeux de ces périodes comme la relation avec les parents, les changements cognitifs, ... (voir tableau 1).

<b>Tableau 1. Etapes du développement à l'adolescence</b>			
	<b>Début de l'adolescence 10-13 ans</b>	<b>Mi-adolescence 14-17 ans</b>	<b>Fin de l'adolescence &gt; 17 ans</b>
<b>Changements physiques et modifications de l'image corporelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de la puberté</li> <li>• Préoccupation par rapport à l'image corporelle</li> <li>• Questions sur la normalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fin de la puberté</li> <li>• Intégration des modifications corporelles</li> <li>• Préoccupation par rapport à l'apparence physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atteinte d'une maturité physique et sexuelle</li> <li>• Intégration d'une image corporelle stable</li> </ul>
<b>Evolution de la sexualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curiosité sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérimentation</li> <li>• Phase romantique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations intimes</li> </ul>
<b>Intégration sociale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance du groupe des pairs du même sexe</li> <li>• Amitiés intenses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes des pairs hétérosexuels</li> <li>• Début de liens plus individuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relations de confiance avec un partenaire</li> </ul>
<b>Relations avec les parents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revendication d'un espace d'intimité</li> <li>• Pudeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambivalence entre dépendance et indépendance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisition d'une identité d'adulte</li> <li>• Indépendance</li> </ul>
<b>Construction identitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement de l'identité</li> <li>• Prise de risques</li> <li>• Sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur rapport à la réalité</li> <li>• Conscience de ses propres possibilités</li> <li>• Émancipation</li> </ul>
<b>Changements cognitifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensée concrète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements égocentriques</li> <li>• Début d'une pensée abstraite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensée abstraite</li> <li>• Projection dans le futur</li> </ul>

Tableau 1: Étapes du développement à l'adolescence <sup>(3)</sup>

### 1.2.2 Définition de la santé sexuelle

L'OMS définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués* »<sup>d</sup>. Elle souligne que la santé sexuelle ne peut se définir seule et doit comprendre une définition de la sexualité qui est la suivante : « *un aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité regroupe ainsi de nombreuses dimensions mais chaque personne ne ressent pas ou ne vit pas nécessairement chacune d'entre elles. La sexualité est influencée par*

<sup>d</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Santé Sexuelle[En ligne]. [Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

*l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels »<sup>e</sup>.*

Elle définit également la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmitté* »<sup>f</sup>.

L'adjectif « affectif<sup>g</sup> » que j'associe à la santé sexuelle se rapporte à tout ce qui concerne les sentiments, les émotions, la sensibilité.

### 1.3 Objectifs de l'étude

L'objectif de ce travail sera d'examiner la place accordée par les adolescents à leur médecin généraliste pour leurs questions relatives à la santé sexuelle et vie affective et d'investiguer la place que les médecins leur accordent dans leur consultation. Cela dans le but d'une meilleure prise en charge des adolescents dans leur globalité (incluant leur sexualité) en consultation de médecine générale.

---

<sup>e</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Santé Sexuelle [En ligne]. [Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

<sup>f</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Constitution [En ligne]. [Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

<sup>g</sup> Larousse. Affectif [En ligne]. [Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/affectif/1420>

## 2 Méthodologie

### 2.1 Méthode de recherche dans la littérature

J'ai débuté ma recherche dans la littérature lors de mon travail de 2<sup>e</sup> année d'assistantat. A ce moment-là, j'ai consulté des bases de données comme Pubmed, Cochrane, Ebpracticenet et Embase. Je recherchais des textes entiers, accessibles gratuitement ou via le proxy UCL, en français ou en anglais. Ma première recherche incluait une limite de temps reprenant les dix dernières années. Mes mots-clés étaient les suivants : « adolescent », « sexual behavior », « physician », « general practicer », « sexuality », « sexual education », et leurs pendants français, avec des opérateurs booléens. Une seconde recherche a été effectuée durant le mois de décembre 2022. Cependant, je n'étais pas convaincue par cette recherche, qui ne montrait que peu d'articles réellement en lien avec mon sujet ou alors dans des pays où le système de soins/son accessibilité ne peut pas être comparé au nôtre. J'ai donc décidé d'ouvrir mes recherches à d'autres moteurs de recherche comme Google Scholar. J'ai trouvé de nombreuses thèses en lien avec mon sujet sur le site français Dumas qui recense des mémoires après soutenance. J'ai également consulté MGTFE pour chercher des travaux belges francophones.

Après lecture de différents articles pertinents, j'ai consulté leur bibliographie et étendu ma recherche de la sorte.

Une recherche en bibliothèque m'a permis de louer un livre intéressant pour mon sujet.

### 2.2 Question de recherche

Santé sexuelle et vie affective des adolescents de dernière année secondaire en Province du Luxembourg, quelle place pour le médecin généraliste ?

### 2.3 Avis comité éthique

Le comité d'éthique hospitalo-facultaire de l'Uclouvain/Saint-Luc a rendu un avis positif en date du 27 octobre 2022. (annexe 1)

### 2.4 Adolescents

#### 2.4.1 Méthode de sélection de la population

Suite aux échanges avec le comité d'éthique, j'ai décidé de cibler les adolescents de dernière année secondaire, me disant que j'aurais une population majeure ou quasiment. J'ai également pris la décision de ne pas exclure d'orientation scolaire afin d'avoir une étude la plus inclusive possible.

#### 2.4.2 Échantillonnage et recrutement

Au départ, je voulais interroger plusieurs écoles de la province du Luxembourg, cependant, un manque de temps s'est vite fait ressentir après l'accord du comité. J'ai alors décidé de cibler ma recherche sur les écoles proches de ma zone de travail. J'ai pris contact par mail avec trois directeurs d'écoles secondaires. Une direction ne m'a jamais répondu. Une seconde avait donné un accord de principe, qui s'est dissolu après réunion du pouvoir organisateur. La dernière école a donné son accord, après rencontre préalable pour expliquer en personne le but de mon travail et montrer les questionnaires prévus.

#### 2.4.3 Questionnaire

Pour la réalisation de mon questionnaire, je me suis inspirée des questions que je me posais et d'une thèse française en lien avec mon sujet<sup>4</sup>. Ce questionnaire comportait des questions fermées et des questions ouvertes. Mon but était de réaliser une analyse principalement qualitative, cependant j'estimais important d'avoir certaines données quantitatives comme l'âge, le sexe, le fait d'avoir déjà eu ou pas des relations sexuelles, le fait d'avoir un médecin généraliste,... (annexe 2)

Chaque questionnaire a été numéroté à la main pour permettre une éventuelle rétraction des élèves et pouvoir soustraire le questionnaire adéquat. Les consentements étaient mis dans une enveloppe à part pour garantir l'anonymat vu que ceux-ci avaient l'obligation de comporter les noms et prénoms des participants.

#### 2.4.4 Passation des questionnaires

La directrice m'a fixé deux matinées pour rencontrer les différentes classes. Une journée pédagogique non prévue a perturbé le planning, faisant que deux classes étaient en stage lors de la passation et les empêchant de passer le questionnaire.

En entrant dans chaque classe, je me présentais et expliquais le but de mon travail. J'insistais bien sur le fait que les questionnaires étaient strictement anonymes et qu'il n'y avait aucune obligation de répondre aux questions. Les élèves ont également été mis au courant de l'existence d'une adresse mail en cas de rétraction, sur laquelle ils devaient juste notifier le numéro de leur questionnaire. Ils ont reçu une lettre d'information contenant toutes les explications et renseignements utiles, ainsi qu'un double de leur consentement. J'ai personnellement distribué les questionnaires, parfois aidée d'un enseignant. Il avait été convenu avec la directrice de faire cela en classe, en empiétant sur une période de cours et avec la présence de l'enseignant en charge pour permettre une bonne concentration et éviter

des perturbations. Les questionnaires complétés étaient mis sous enveloppe et récoltés par mes soins.

## 2.5 Médecins

### 2.5.1 Méthode de sélection de la population

Après avoir eu l'accord de l'école, j'ai ciblé les médecins des communes avoisinantes me disant qu'ils étaient ceux ayant à priori les élèves dans leur patientèle. Un critère supplémentaire était que le médecin devait encore avoir une pratique de médecine générale, cela excluait les éventuels médecins retraités ou ayant une pratique uniquement autre (ex : médecine d'expertise, planning, ...).

### 2.5.2 Échantillonnage et recrutement

Après recherche des diverses adresses mail sur internet ou via l'aide de ma maîtresse de stage de l'époque, j'ai contacté les différents médecins. Mon mail expliquait brièvement qui j'étais, le but de mon travail et leur demandait de reprendre contact avec moi dans le cas où ils accepteraient de participer. Je précisais également que les données recueillies seraient anonymisées.

### 2.5.3 Guide d'entretien

Après lecture de thèses françaises<sup>5 6</sup> et belges<sup>7</sup> avec des exemples de guide d'entretien semi-dirigé ; et après discussion avec ma promotrice : j'ai rédigé un guide comprenant les questions que me semblaient les plus importantes concernant mon sujet, mais laissant également une place pour des digressions de la part de médecin.

Différents thèmes y sont abordés comme la sexualité, les adolescents, les consultations. (voir annexe 3).

### 2.5.4 Entretiens individuels semi-dirigés

Chaque entretien était à la date et au lieu de convenance du médecin. Au début de chaque entretien, je réexpliquais le but du travail, leur droit à la rétractation et le fait que les données seraient anonymisées. Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, avec l'accord oral des médecins. Les médecins n'avaient pas accès aux questions à l'avance afin de favoriser les réponses les plus spontanées possibles. Une retranscription a été réalisée.

## 2.6 Méthode d'analyse

Il s'agit d'une analyse majoritairement qualitative des questionnaires et des entretiens.

# 3 Résultats

## 3.1 Les adolescents

### 3.1.1 Caractéristiques des adolescents

Nombre de questionnaires complétés	106 sur 112 distribués (94,6% de taux de participation)						
âge	16 ans : 1	17 ans : 49	18 ans : 31	19 ans : 14	20 ans : 5	21 ans : 4	23 ans : 2
Assignation sexuelle	Femme : 47			Homme : 59			
Identification sexuelle	Femme : 45	Homme : 58	Non-binaire : 2			Abstention :1	
Orientation sexuelle	Hétérosexuel : 99	Bisexuel : 3	Homosexuel : 1	Ne sais pas : 1	Abstention :2		
couple	En couple : 36			Célibataire : 70			
Rapports sexuels	Oui : 64			Non : 40			Abstention :2

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des adolescents

Comme présenté dans le tableau 2, la population étudiée est composée de plus d'hommes que de femmes. Ils s'identifient majoritairement à leur sexe de naissance, même si on peut retrouver une minorité de personnes non-binaires (ne s'inscrivent pas dans une norme binaire homme/femme, peuvent être ni l'un ni l'autre ou les deux ou un mélange des deux). 93,4% d'entre eux s'identifient comme hétérosexuels.

Quand on les questionne sur leur sexualité, ils sont 64 (60,4%) à répondre avoir déjà eu des rapports sexuels. Sur ces 64 personnes, l'âge minimal des premiers rapports a été de 13 ans et l'âge maximal de 20 ans. La médiane d'âge étant de 16 ans.

Concernant le nombre de partenaires sexuels, on retrouve une médiane à 1 partenaire (43,8%), l'extrême étant de 8 partenaires notifiés (6,3%).

L'ensemble des données chiffrées aux différentes questions du questionnaire peuvent être retrouvées en annexe (annexe 4). Toutes les statistiques ont été arrondies à 1 chiffre après la virgule.

### 3.1.2 Contraception

Quand on demande aux adolescents de notre population étudiée s'ils utilisent un moyen de contraception, ils sont 66 à répondre que oui (62,3%) pour 22 à répondre que non (20,8%). On retrouve aussi des réponses moins souvent citées comme « *je n'en ai pas encore besoin* » (4 personnes ou 3,7%) et « *ça dépend* » (3 personnes ou 2,8%). Dans les moyens utilisés, on retrouve la pilule et le préservatif, l'anneau vaginal, l'implant et le stérilet. Quand ils expliquent pourquoi ils n'utilisent pas de contraception, on retrouve les thématiques suivantes : « pas encore eu de rapports », « rapports non pénétratifs » ou « problèmes médicaux ».

Ils connaissent beaucoup de moyens de contraception, féminins comme masculins, de durée limitée ou non. Le nuage de mot suivant montre les moyens cités par les répondants, la taille du mot étant en relation avec le nombre de fois où il a été cité.



Figure 1 : Moyen de contraception des jeunes

Les sources d'informations des adolescents varient comme le montre la figure 2. On parle d'occurrence dans cette figure, car la question étant ouverte, ils ont pu citer autant de sources qu'ils en avaient envie. On remarque la place prépondérante prise par l'école comme source d'information sur les moyens contraceptifs. A noter que le médecin n'a pas suscité autant d'engouement, n'étant cité que 7 fois. Il est aussi intéressant de remarquer la place des sources numériques comme internet, les films, les réseaux sociaux.

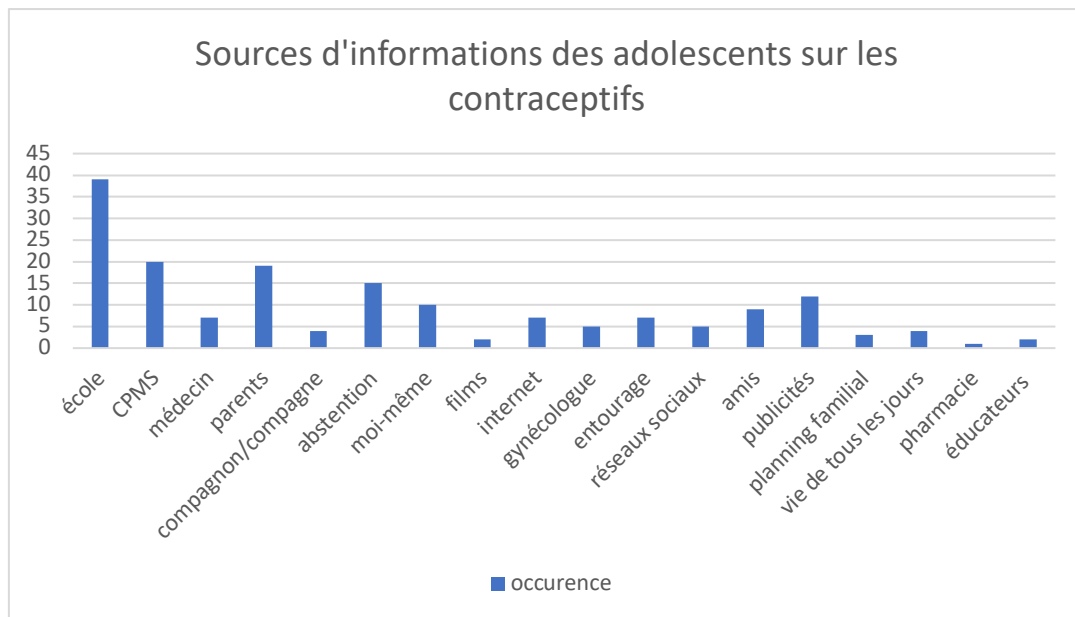


Figure 2 : Sources d'informations des adolescents sur les contraceptifs

A la question « *As-tu déjà parlé avec ton médecin de moyens de contraception ?* », nous retrouvons 32 oui (30,2%) pour 73 non (68,9%), 1 (0,9%) personne expliquant qu'elle en a plutôt parlé avec son gynécologue. Dans les justifications, nous pouvons repérer de grandes tendances dans les thématiques, qui tournent autour du besoin d'information, un problème de santé, une prescription de contraceptif, le fait de ne pas en ressentir le besoin ou de ne pas aller chez le médecin pour ça.

Lorsque l'on demande si le médecin a déjà abordé le sujet, nous nous confrontons à des résultats avec une plus faible proportion de réponses positives (22 oui/20,7% pour 82 non/77,4% et 2 abstentions).

### 3.1.3 Le médecin

Une des questions sur la thématique du médecin est « *qu'est-ce qu'un médecin généraliste pour toi* » ainsi que sa sous-question « *en as-tu un* ». Elles ont eu le plus haut taux d'abstention avec 35,8%. Les définitions trouvées allant de « *un médecin de tout* » à « *je ne sais pas* », en passant par « *mon père* » ou « *un gynécologue* ». L'idée globale qui a pu ressortir de certaines définitions étant « un médecin chez qui je vais quand je suis malade, qui n'est pas spécialisé dans un domaine ».

Les jeunes sont 55 à avoir un médecin traitant (51,9%), 3 à ne pas en avoir (2,8%), 10 à ne pas savoir (9,4%) et 38 à s'abstenir de répondre (35,8%).

A la question de l'influence de l'âge ou du sexe du médecin sur l'envie de parler de sujets intimes, ils sont 48 (45,3%) à dire que oui ces éléments les influencent. L'idée qui ressort des justifications étant qu'ils se sentent plus à l'aise avec un médecin jeune et du même sexe. Ceux qui répondent ne pas être influencés (55 ou 51,9%) disent ne pas avoir de soucis avec ces deux facteurs. La notion de feeling, sans distinction d'âge ou de sexe, a été émise.

Parmi les étudiants, 17 disent avoir déjà parlé de vie sexuelle ou affective avec leur médecin (16%), pour des sujets allant de la contraception à la prévention des maladies sexuellement transmissibles en passant par un souci de santé au niveau uro-génital. Ceux qui n'en discutent pas évoquent ne pas en avoir eu le besoin, l'envie ou l'occasion.

Ils sont 27 (25,5%) à souhaiter que le médecin propose de discuter de sexualité et vie affective (9 semblent ne pas émettre d'objection en notifiant « pourquoi pas »), et 12 à vouloir une consultation uniquement dédiée à cela (11,3%). Les sujets qu'ils aimeraient rencontrer sont assez généraux : la contraception, les MST, les dépistages, les risques de grossesse, les soucis possibles lors des rapports sexuels (douleur, érection, déchirure).

Les autres n'en éprouvent pas le besoin. Ils estiment que cela relève de leur vie privée et que le sujet ne doit être abordé que s'ils le mettent sur la table.

### 3.1.4 Cadre de consultation

Si les adolescents interrogés sont bien au courant de la notion de confidentialité lors de la consultation (91,5%), du fait que le médecin ne peut bafouer le secret médical même avec leurs parents (82,1%) ou de leur droit à consulter seuls (89,6%), ils ne sont que 55,7% à être

plus à l'aise de discuter de vie sexuelle et affective en connaissant le cadre d'une consultation médicale.

### 3.1.5 Personne de confiance

Les figures 3 et 4 montrent respectivement les occurrences des réponses lorsque l'on demande aux jeunes à qui ils posent leurs questions relatives à la vie affective ou sexuelle et avec qui ils sont le plus à l'aise d'en parler. Ces deux questions étaient des questions ouvertes pour permettre la liberté de réponse.



Figure 3 : A qui poses-tu tes questions



Figure 4 : Personne de 1<sup>er</sup> choix pour en parler

On remarque que les principales ressources en cas de question sont les amis. De même que pour les personnes avec lesquelles ils sont le plus à l'aise d'en discuter. Les parents au sens large ou la famille se retrouvent en deuxième position.

### 3.1.6 L'école

Ils sont 76 (71,7%) à déclarer avoir eu au moins un cours qui parlait de santé sexuelle ou affective. Ils parlent de cours de sciences ou d'animations ayant eu lieu à l'école. Parmi ces derniers, 69,7% d'entre eux estiment que cela a été utile. Il est à noter que malgré cela, il en ressort que ces animations sont estimées incomplètes et arrivant fort/trop tard dans leur parcours scolaire.

## 3.2 Les médecins

### 3.2.1 Caractéristiques de la population de médecins

Comme présenté dans le tableau 3, on peut noter une légère prévalence féminine dans les médecins interviewés. Je n'ai pas pu obtenir d'interview de médecin solo.

	âge	sexe	Type de pratique	Formations complémentaires
Médecin 1	29 ans	Homme	Pratique de groupe	Médecine sportive
Médecin 2	39 ans	Femme	Maison médicale	Médecine tropicale, Dermoscopie, Santé environnementale, Echographie, Suivi des personnes migrantes
Médecin 3	37 ans	Femme	Maison médicale	ONE, ECG, Ethique des soins de santé
Médecin 4	64 ans	Homme	Maison médicale	ECG, Médecine scolaire
Médecin 5	34 ans	Femme	Maison médicale	ONE
Médecin 6	36 ans	Femme	Maison médicale	ECG, ALS, BLS
Médecin 7	35 ans	Homme	Maison médicale	Soins palliatifs
Médecin 8	28 ans	Femme	Deux médecins	Médecine d'expertise et Médecine esthétique
Médecin 9	29 ans	Femme	Association de 2 médecins	ECG, Coordinateur de maison de repos
Médecin 10	47 ans	Homme	Deux médecins	Non citées

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins

### 3.2.2 Les adolescents

#### 3.2.2.1 *Comment communiquer avec un adolescent ?*

Un des points cités durant les interviews médecins a été sur la communication. Sur la justesse et la difficulté d'une communication non moralisatrice avec une patientèle se trouvant à une période charnière de son développement, une période d'insouciance et de prise de risque. Des médecins avaient des interrogations sur leurs compétences communicationnelles. Une des pistes qui favorisait cette communication, surtout au niveau de la santé sexuelle et de la vie affective, était la présence d'une bonne relation préexistante avec l'adolescent. La question de feeling a aussi été soulevée, notamment pour le médecin n°3, qui précisait que cela pouvait la freiner dans cette voie si elle sentait que le feeling n'était pas bon avec son patient.

*« c'est plus compliqué pour moi la communication avec les plus grands, les ados. Je n'ai pas trop le feeling... » médecin n°3*

*« La communication, c'est central dans pleins d'aspects de notre vie, y compris notre métier, et ça met des années à se former » médecin n°7*

*« Le problème des ados, c'est que comme la relation n'est pas toujours vraiment fluide, c'est compliqué d'interpréter le non-verbal d'un adolescent » médecin n°3*

#### 3.2.2.2 *Une question de respect*

La question du respect a été brièvement soulevée telle quelle par les médecins, même si à la lecture des interviews, on lit qu'elle est omni présente. On retrouve une intention de respecter le jeune par-rapport à son droit de ne pas vouloir aborder certains sujets. On aborde le respect de sa vie privée, au travers de la notion de confidentialité par-exemple ou de sentiment d'intrusion de la part du praticien.

*« L'impression d'être intrusif. Ils viennent pour autre chose... » médecin n°1*

*« Pour moi c'est plus respecter le jeune par-rapport à ça et on va pas forcer s'il ne veut pas en parler, s'il est fermé » médecin n°2*

#### 3.2.2.3 *Quand le niveau de connaissance du jeune pose question*

Un autre point soulevé par les médecins est la nécessité d'interroger les connaissances de base des patients au niveau de la santé sexuelle et de la vie affective pour voir où ils se situent et donner des explications adaptées. Cela permet aussi de cibler quelles sont leurs questions.

Même si la difficulté d'aborder le sujet est présente (développée dans le point consultation), on découvre que c'est un moment qui peut permettre d'élargir les horizons.

L'idée a été émise que les adolescents d'aujourd'hui n'avaient pas vraiment de meilleures bases que ceux d'il y a quelques années.

*« C'est évaluer un peu les connaissances de l'adolescent par-rapport à ça. Quelles sont ses questions » médecin n°2*

*« Et je suis persuadé que les adolescents de maintenant ne sont pas plus malins que ça. Eux, la seule chose qu'ils ont en plus, si on regarde bien, c'est le film porno » médecin n°4*

*« Je sais bien que leur information n'est pas dingue au niveau de l'école et tout ça. Donc j'essaie un petit peu d'ouvrir le champ des possibles tout en n'ayant pas envie de les motiver à faire quoi que ce soit » médecin n°8*

*« Je leur montre une planche d'anatomie avec l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum. C'est pour avoir une idée de leur anatomie » médecin n°9*

#### *3.2.2.4 L'âge, cette échelle de temps pas si simple*

Un frein évoqué par les praticiens, quand je leur demandais ce qui pouvait entraver leur envie d'aborder certains sujets, a été un questionnement vis-à-vis de l'âge des patients. S'est posée la question du moment idéal, de l'âge adéquat, pour aborder certains thèmes sans choquer tout en étant encore dans un contexte plutôt préventif. Pas trop tôt mais pas trop tard, comment savoir ? Même si c'est plus souvent la crainte d'être trop précoce par-rapport au développement psycho-social qui a été partagée. L'idée étant que plus on en parlait tard (vers 17-18 ans), plus on se doutait d'une possible activité sexuelle.

*« Leur jeune âge. Souvent je me dis que je devrais en parler aux ados jeunes mais c'est compliqué de savoir où ils en sont réellement » médecin n°3*

*« Vers 13-14 ans on ne sait pas toujours où ils en sont, vers 18 ans on sait plus. Donc l'âge peut être un frein. Je ne vais peut-être pas en parler alors que le jeune, il est peut-être dans une phase sexuellement active de sa vie où il voudrait en parler et je ne le fais pas » médecin n°8*

*« Et au niveau sexualité, vu qu'elles ont 12 ans, je ne vais pas entrer très fort dans les détails mais j'explique quand-même tout ce qui est préservatif » médecin n°9*

### 3.2.2.5 *Pas de nouvelles, bonne nouvelle ?*

S'il y a un point sur lequel les médecins étaient tous d'accord, c'est sur le fait que les adolescents font partie de la tranche de leurs patients qu'ils voient le moins. Une des pistes est que c'est un âge où ils ont moins de raisons de voir leur médecin. Cela sous-tend l'idée que les adolescents sont globalement en bonne santé. Les médecins évoquent des consultations peu fréquentes et concernant des motifs de consultation bien définis comme des viroses principalement. Cela a été cité comme facteur limitant dans la relation.

*« Parce que les ados on les voit peu, on les voit généralement pour des choses bien précises »  
médecin n°2*

*« maintenant, ce n'est pas un public qu'on voit beaucoup, ce n'est pas forcément facile de discuter de sujets de fonds »  
médecin n°3*

*« Maintenant les ados on les voit pas souvent, souvent. Ils viennent peut-être quand ils ont un malaise... »  
médecin n°5*

*« Déjà, on les voit pas beaucoup les ados »  
médecin n°6*

*« ...je n'ai pas énormément d'adolescents. Alors est-ce que c'est parce qu'ils consultent moins, ou que c'est une période de vie où il y a moins de raisons de voir un médecin »  
médecin n°7*

*« Parce que nous on a nos jeunes qui viennent, mais il y a pleins de jeunes qui ne vont pas chez le médecin traitant »  
médecin n°8*

## 3.2.3 La consultation

### 3.2.3.1 *C'est confidentiel*

Un des thèmes retrouvé dans l'analyse des différentes interviews a été la notion de confidentialité. L'importance pour le praticien de rappeler à l'adolescent le cadre d'une consultation, comprenant la confidentialité de ce qui est révélé. Il y a eu la nuance de prévenir l'adolescent que pour des problèmes plus importants, ils pouvaient se mettre d'accord ensemble sur ce qui serait révélé aux parents.

*« Il y a une peur de comment vont être traitées les infos. On a beau leur dire, enfin moi j'essaie de leur rappeler à chaque fois que ce qui est dit entre nous est entre nous, que on va décider ensemble de ce qu'on va dévoiler aux parents parce que parfois il y a des choses trop importantes et qu'on ne peut pas cacher »  
médecin n°3*

### 3.2.3.2 *La prévention dans tous ses états*

L'idée de la prévention sous toutes ses formes a été évoquée de multiples manières. Il y a eu des discussions sur ce que les médecins estimaient être leur rôle dans le préventif. Il y a eu des remarques sur le timing, sur le bon moment pour aborder la prévention. Il y a également eu des remarques sur les possibilités d'élargir la prévention et ses thèmes.

*« On fait clairement partie de la chaîne de prévention » médecin n°1*

*« Pour moi il y a tout le côté fertilité et potentialité de grossesse, le côté MST évidemment, le côté orientation sexuelle pour moi et bien-être par-rapport à ses choix, la question du respect et des violences » médecin n°2*

*«Parfois, même spontanément, ils viennent pour un check-up, c'est l'occasion d'en parler, de rediscuter, de voir les facteurs de risque au niveau santé sexuelle » médecin n°5*

*« Et j'essaie avant tout de parler de plaisir sexuel parce qu'ils sont parfois fort « faire l'amour c'est une pénétration » et je trouve ça hyper dommage que leur champ des possibles soit pas hyper varié » médecin n°8*

*« Quand je fais du préventif, c'est souvent pendant les vaccins » médecin n°9*

*« On aborde peut-être la sphère en médecine générale au niveau prévention, peut-être qu'on l'axe fort sur tout ce qui est préventif maladies sexuellement transmissibles, contraception,... » médecin n°10*

### 3.2.3.3 *Quel est mon champ d'action en tant que généraliste*

Le questionnement sur le rôle du médecin a été émis, surtout lorsque je demandais aux médecins s'ils estimaient que c'était leur rôle de parler de santé sexuelle et vie affective avec les adolescents. La réponse à cette question-là est très hétérogène, avec des médecins trouvant que cela fait partie de leur boulot, d'autres y mettant une limite. *« L'éducation sexuelle non, ça c'est plutôt les parents. Nous on est là pour le cadre médical » médecin n°6*

Mais je soulignerais la définition d'un médecin en particulier sur ce qu'est un généraliste pour lui *« Médecin généraliste, un des autres mots c'est quand-même médecin de famille, dans le sens où il y a une place centrale un peu dans le dispositif de soins autour des gens. Une place de proximité éventuelle, avec la réalité des gens, de leur vie, de leur famille, de leur réalité socio-économique » médecin n°7*

#### 3.2.3.4 *Les mots/maux que l'on ne dit pas*

Une des caractéristiques des consultations d'adolescents selon les médecins, est que ceux-ci viennent souvent avec des plaintes cachées. Ils expriment le besoin de saisir des perches lancées consciemment ou non par les jeunes. La thématique de la santé sexuelle et de la vie affective n'y fait pas exception selon eux, sauf dans de très rare cas de consultation avec motif clairement défini (contraception, demande de dépistage).

*« J'ai l'impression que la demande est souvent cachée et qu'il faut parfois laisser la place ou tendre la perche et aborder un tout petit peu le sujet pour qu'ils puissent s'exprimer » médecin n°5*

*« C'est comme s'il y avait une perche qui était tendue, indirectement ou directement, par les patients et les patientes » médecin n°7*

#### 3.2.3.5 *Quand la question pose question*

La difficulté à poser certaines questions a été signalée. La difficulté pouvant être personnelle, liée à une gêne de parler de certains sujets (comme l'infidélité pour le médecin n°1) ou pouvant être liée à des tabous (comme explicité par le médecin n°9 concernant le type de pratique de ses patients au moment des dépistages).

*« Le thème de l'infidélité j'ai aussi un peu de mal, après c'est pas que les ados mais ça joue aussi » médecin n°1*

*« C'est vrai que ça parfois, je ne vais pas dans les détails de ce qu'ils font dans leurs pratiques sexuelles » médecin n°9*

#### 3.2.3.6 *L'expérience professionnelle*

Cependant, en rapport avec le point précédent, les médecins s'accordent également pour dire que l'expérience (l'ancienneté) les aide dans leur pratique. Le médecin n°7 exprime être plus à l'aise actuellement qu'à ses débuts.

*« C'est une question que je ne posais pas du tout au départ. Comme je me sens plus à l'aise à l'aborder maintenant que j'ai un peu plus de bouteille » médecin n°3*

### 3.2.4 Les parents

#### 3.2.4.1 *Présents ou absents ?*

A l'unanimité, les médecins se sentent plus à l'aise d'aborder la santé sexuelle et la vie affective en l'absence des parents. Ils expriment un sentiment de malaise soit de leur part soit de celle du patient quand le sujet commence à être abordé en la présence d'un ou des

parent(s). Ils craignent également que les adolescents ne soient plus honnêtes, préférant cacher certaines parts de leur vie privée. Ils proposent souvent au parent de sortir mais cela n'est pas toujours couronné de succès, voir l'adolescent propose que le parent reste pour ne pas aborder certaines questions.

*« J'ai l'impression que du coup devant les parents cela pourrait paraître un peu osé de ma part, qu'ils se disent « qu'est-ce qu'il vient parler de ça à mon enfant devant moi ? ». Et pour l'ado, cela peut être gênant aussi » médecin n°1*

*« Devant les parents, de nouveau, je pense que c'est délicat et qu'on est jamais sûr, en fait, de la sincérité des réponses qu'on a » médecin n°2*

#### 3.2.4.2 Sont-ils vraiment aidants ?

Des médecins se posent aussi la question de la place des parents dans le contexte de la prévention auprès de leurs enfants. Certains estiment que les parents peuvent être une ressource, tant pour les questions des ados que pour le volet préventif. D'autres pensent que certains jeunes ne partent pas avec le même bagage que les autres, en raison des dynamiques familiales, des cultures, tabous, vécus. Des médecins trouvent même que certains parents pourraient être qualifiés de « boulet ».

*« Mais les parents idéalement oui, maintenant on sait bien comment sont les familles avec leurs vécus, leurs tabous, leurs niveaux de connaissances, d'éducation, qui font que les jeunes ne sont pas égaux au niveau de ce qu'ils peuvent attendre de leur famille à ce niveau-là » médecin n°2*

*« Les parents soit c'est une ressource, soit c'est le contraire, un boulet » médecin n°5*

*« ...il y a des parents qui vont bien faire, d'autres qui ne vont pas bien faire » médecin n°8*

#### 3.2.5 École

Une piste avancée par les médecins a été la place de l'école dans le rôle de prévention auprès des jeunes. Cependant, la réponse est mitigée. D'une part, il y a ceux qui estiment que l'école étant obligatoire au moins jusque 18 ans, cela permettrait de toucher une plus large population, de mettre sur un pied d'égalité les jeunes quant à leurs connaissances, gommant ainsi les possibles failles parentales. D'autre part, il y a ceux qui tiennent à rappeler que le fait d'avoir des explications de groupe ne favorise pas les questions et ne répond peut-être pas aux demandes de chacun aux moments adéquats de leur développement. Rappelant qu'un

adolescent n'est pas l'autre et qu'ils peuvent avoir des vitesses de développement bio-psycho-social différentes.

*« ...c'est un des rôles de l'école. C'est d'assurer à chacun, quel que soit ces origines, un niveau de connaissance similaire et un accès à la culture similaire, et entre autres, dans ce domaine-là » médecin n°2*

*« Le meilleur moyen c'est l'école. Ils doivent tous y aller au moins jusque 16 ans. Et donc au moins on est sûr de toucher le plus de jeunes possible » médecin n°8*

*« ...en classe ils sont tous ensemble, forcément ils vont pas pouvoir poser des questions en particularité » médecin n°9*

### 3.2.6 Le contexte sociétal

#### 3.2.6.1 #metoo

Une crainte rapportée par des médecins hommes concerne leur réticences à aborder certains sujets du fait de leur sexe ou de leur âge. Ils expriment avoir plus de réserves, surtout dans le contexte actuel, de peur que leurs intentions soient mal interprétées.

*« ...cela peut être mal pris de vouloir parler de ça. On met un peu plus de réserves, même si dans le milieu médical c'est assez couvert à ce niveau-là » médecin n°1*

*« Je dois reconnaître qu'à l'heure d'aujourd'hui, je suis plus prudent. Je n'oserais pas aborder ces questions comme ça » médecin n°4*

#### 3.2.6.2 La culture

Une autre difficulté exprimée par les médecins concerne l'aspect culturel et religieux. Ils notifient des difficultés à aborder certains sujets de peur de choquer le patient. Ou leur impression d'avoir plus de freins à aborder le sujet en cas de signes religieux visibles.

*« C'est parfois aussi leur culture, où on a peur de choquer en posant certaines questions ou de faire des liens trop frontaux » médecin n°2*

*« Mais j'imagine qu'un patient qui a clairement des signes extérieurs de confession religieuse, j'aurais plus de mal à aborder le sujet probablement, je n'en suis pas sûre » médecin n°9*

*« Si on prend en particulier le cas des mineurs étrangers non accompagnés qui viennent d'une culture différente, certains sujets sont par définition plus compliqués » médecin n°10*

### 3.2.6.3 *Quand on arrive en ville, ou pas*

Il a été émis comme avis que le fait d'être à la campagne pouvait être péjoratif en terme de sous-représentation de la prévention, de manque de diversité (représentation, identité de genre).

*« Parfois, j'ai même l'impression qu'en campagne, on est un peu défavorisé alors qu'en ville, il y a énormément, plus de sensibilisation, d'actions qui peuvent toucher. Alors qu'ici on a pas grand-chose. Donc je me demande même parfois comment les jeunes d'ici sont formés, informés à cette question » médecin n°5*

### 3.2.7 Ressources

#### 3.2.7.1 *Quels sont nos autres alliés ?*

Les médecins se sont constitués un réseau d'alliés dans le cadre de la prévention ou du curatif relié aux questions de santé sexuelle et de vie affective. Que ce soit des gynécologues, des sexologues, des plannings familiaux ou des centres psycho-médicosociaux voire des ASBL, ils n'hésitent pas à référer lorsqu'ils se sentent dépassés ou hors du cadre qui est le leur.

#### 3.2.7.2 *Donne-moi la référence*

Une demande des médecins a été de recevoir des références vérifiées et attractives à pouvoir donner à leurs patients adolescents. Certains ont réussi à réunir quelques sites, comptes de réseaux sociaux ou livres accessibles et fiables. Ils cherchent le moyen le plus pertinent de toucher les jeunes, qu'ils puissent y regarder à tête reposée, en dehors de la consultation et poser des questions si nécessaire.

*«...ça je me dis que ce serait chouette aussi, qu'il y ai plus d'outils là-dessus et pouvoir donner de bons référentiels, de chouettes sites aux ados pour qu'ils puissent faire leurs idées ou avoir des infos sur des sites officiels » médecin n°3*

#### 3.2.7.3 *La formation en question*

Si j'ai rencontré des médecins qui estimaient avoir les connaissances pour répondre aux questions soulevées par leurs patients, d'autres pointaient des manquements dans la formation universitaire de base. Cependant, ils sont informés de l'existence de formations complémentaires sur le sujet (surtout celui de la sexologie) mais font part d'un manque de temps pour les suivre.

*« On a quand-même des bases sur ce qui est prévention dans la vie sexuelle. Maintenant la sexualité et la vie affective réellement, on est moins bien, peut-être, paré » médecin n°6*

## 4 Discussion

### 4.1 Limite et biais

Au moment d'écrire ce travail, je me suis rendue compte de quelques limites et biais qui ont pu influencer mon travail.

Premièrement, je dois citer une limite de temps. J'ai été en incapacité durant plus de 2 mois, période durant laquelle il m'était difficile voire impossible de m'investir dans ce travail. De plus, au niveau des écoles, je me suis retrouvée freinée par les périodes d'examen et de stages. Cela a aussi induit une limite de recrutement vu que je n'avais plus de temps pour me mettre à prospecter d'autres écoles. Après encodage des questionnaires, je me suis rendue compte que mon échantillon était déjà bien étoffé. Même si je ne touche pas plusieurs écoles comme désiré au départ, j'ai réussi à avoir plus de 100 répondants, ce qui était mon objectif. Je pense être arrivée presque à saturation des données pour cette population spécifique vu que les encodages ne montraient plus réellement de nouvelles idées ou pistes suggérées par les jeunes. Il est également possible que le fait d'avoir une école de l'enseignement libre induise un biais.

Je pense aussi, qu'à refaire, je repenserais mon questionnaire pour mieux poser les questions (un niveau plus adapté aux adolescents de dernière année), car j'ai pu remarquer lors de la passation avoir dû expliquer des questions qui me paraissaient claires ou ne pas avoir le type de réponse attendue lors des questions ouvertes (typiquement des oui ou non quand je demande des pourquoi).

Au niveau des médecins, je pointe un biais de recrutement. J'ai pris le parti de ne contacter que les médecins en relation avec la population de l'école sélectionnée. Malgré plusieurs mails envoyés, je n'ai réussi à réunir que 10 médecins pour une interview. Je sais aussi que parmi les médecins sélectionnés, certains ne l'ont fait que parce qu'ils me connaissaient de mes stages précédents, ce qui peut également induire un biais.

Je suis consciente que mes données ne sont pas extrapolables pour toutes les Provinces ou pour une population équivalente vivant en ville (pas accès aux mêmes ressources par exemple).

## 4.2 Discussion et interprétation

Globalement, quand on regarde les résultats des différentes parties (médecins et adolescents), il semble compliqué à première vue de trouver un point de consensus. Nous avons d'un côté des adolescents qui n'ont pas toujours un médecin généraliste ou en tout cas ne savent pas ce qu'il représente. Ils sont un peu plus d'un quart à vouloir que leur médecin leur parle de santé sexuelle et vie affective. De l'autre côté nous avons les médecins, qui n'abordent pas systématiquement le sujet et attendent plutôt des ouvertures ou des symptômes évocateurs, mais qui sont prêts à répondre aux questions si c'est l'adolescent qui aborde le sujet. Plusieurs des points évoqués ci-dessus vont être analysés plus en profondeur dans les paragraphes suivants au regard d'une comparaison avec les données de la littérature ou d'autres thèses et travaux de fin d'étude réalisés sur ce sujet.

### 4.2.1 Âge du premier rapport

Dans mes données, je remarque que la médiane de l'âge de la première relation sexuelle est de 16 ans. L'âge minimal de 13 ans m'a interpellée. Après lecture du rapport sur la vie relationnelle, affective et sexuelle réalisé en 2018 via l'enquête HBSC en Belgique francophone<sup>8</sup>, j'ai pu constater que mon échantillon différait du leur (voir figure 5). Cela s'explique certainement par la taille de mon échantillon qui est trop faible que pour être représentative de la population francophone. La médiane d'âge trouvée étant de 15 ans dans leur échantillon. Ils décrivent aussi que 38% des adolescents scolarisés de la 3<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> secondaire ont déclaré avoir déjà eu une relation sexuelle, tandis que mon échantillon monte à 60,4% mais ne s'intéresse qu'aux dernières années secondaires.

Il serait intéressant de répéter cette étude pour voir si en 5 ans et avec la pandémie covid qui nous a touchée, la médiane d'âge aura tendance à se déplacer dans un sens ou dans l'autre. Il serait également intéressant de refaire cette étude uniquement au niveau de la province du Luxembourg, pour déterminer si l'âge a tendance à être une disposition provinciale.

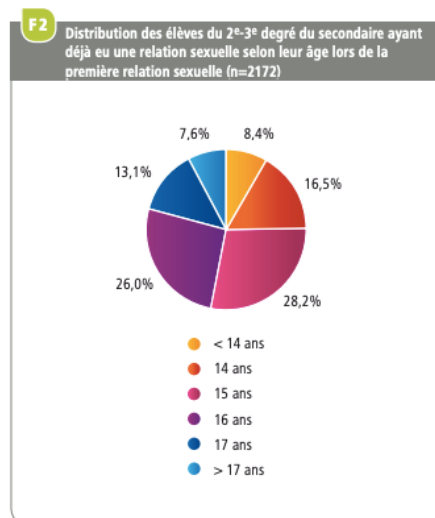


Figure 5 : Distribution des élèves du 2<sup>e</sup> degrés du secondaire <sup>(8)</sup>

#### 4.2.2 Les sources d'informations

Les adolescents de notre échantillon disent poser leurs questions prioritairement à leurs amis et à leurs familles. Ils citent l'école et les centres PMS comme principales source d'information pour les moyens de contraception. Cependant, ils rapportent également se renseigner auprès des pairs, des réseaux sociaux/internet, des parents ou du médecin.

L'article de Philippe Binder<sup>9</sup> explique également que les adolescents se confient préférentiellement à leurs amis et à leurs parents. Il précise qu'avec le médecin généraliste, les jeunes préféreront se concentrer sur leur santé physique, taisant leurs relations et étant plus réservés sur leurs comportements à risques. Nous pouvons retrouver ce même type d'information dans la thèse de Carole Hicks<sup>4</sup>. Celle-ci a interrogé des adolescents des trois dernières années de lycée. Ils déclarent à 68% rechercher des informations sur la sexualité et la contraception auprès des amis, 59,9% d'internet et 54,5% des parents.

Les auteurs Y. Salmon et N. Zdanowicz citent dans leur article<sup>10</sup> que 75% des jeunes utilisent internet pour rechercher des informations sur la santé en général, et 44% pour des informations sur la sexualité (avec seulement 14% qui iront voir leur médecin pour en parler). Ils explicitent cela par une forte accessibilité et la confidentialité. S'ils concluent en donnant un avenir prometteur à internet dans les outils des médecins si ceux-ci acceptent de l'intégrer, ils mettent aussi en garde contre les potentiels dangers d'une mauvaise utilisation. Ils citent le risque de confrontation à des images pornographiques, une hyperérotisation, un risque

accru de MST, une sexualité pouvant être plus précoce et des traumatismes chez une minorité des jeunes.

L'article sur les médias sociaux et les nouvelles stratégies pour l'éducation sexuelle<sup>11</sup> va plus loin en expliquant que les plateformes de médias sociaux et les sites de social networking contribuent à développer l'identité adolescente, l'expression personnelle, les relations intimes et le bien-être social, ainsi qu'à obtenir des informations sur la santé, en particulier sur la sexualité. Il explique que même si l'on manque de données à long terme, ces outils semblent efficaces dans la communication préventive.

Il est à noter que même si les médecins sont également demandeurs de références littéraires pour donner aux jeunes, ceux-ci ne les citent pas comme source d'information. La question de savoir si les jeunes sont prêts à les utiliser n'a pas été posée et serait intéressante à explorer.

#### 4.2.3 Qu'est-ce qu'un médecin généraliste ?

Si la définition des spécialités médicales est généralement connue du public et des médecins eux-mêmes, il en est une qui ne coule pas toujours de source : la médecine générale. J'ai pu le remarquer dans les réponses des adolescents. Au mieux ils situent globalement quand y aller et ce qu'il va faire, au pire, ils confondent avec d'autres spécialités voire ne savent pas du tout répondre à la question. Ils ne savent pas souvent s'ils en ont un (seulement 51,9% savaient en avoir un, les autres n'en ayant pas pour 2,8%, ne sachant pas pour 9,4% ou préférant s'abstenir pour 35,8%). Mon ressenti face à ce haut taux d'abstention est que ces jeunes n'avaient pas de médecin. Maintenant, je suis consciente que c'est un ressenti et non un fait établi, je n'aurai donc jamais la validation de cette impression.

Quand on regarde un peu la littérature et les sites de santé officiels en Belgique, on retrouve des définitions ou tentatives de définitions un peu plus élaborées .

Si le site du SPF santé publique<sup>12</sup> définit le médecin généraliste comme « *un premier point de contact pour les problèmes de santé au sens le plus large. Il lui appartient de tenir un aperçu de l'état de santé global de ses patients, il est le coordinateur de tous les soins qu'ils nécessitent* ». Nous pouvons trouver une autre définition si on regarde les principes édités par la Wonca<sup>13</sup> en 2002, puis réévalués en 2005 et 2011 : « *onze critères : premier contact avec le système de soins, approche centrée sur la personne, mode de consultation personnalisée, continuité des soins dans la durée, coordination des soins, démarche décisionnelle spécifique, prise en charge simultanée, intervention au stade précoce et non différencié de la maladie,*

*développement de la promotion et de l'éducation pour la santé, action spécifique en termes de santé publique et réponse globale aux problèmes de santé* ». Elle décrit également le médecin généraliste comme « *Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie* ».

#### 4.2.4 Les adolescents et leurs consultations

Un des points soulevés par les médecins était le fait que les adolescents consultaient peu ou que le motif de la consultation ne se prêtait pas à de la prévention (pathologie aigue, infectieuse...). Au niveau de la littérature, l'article de Philippe Binder sur « comment aborder l'adolescent en médecine générale »<sup>14</sup> nous précise que les garçons consultent en moyenne 2,1 fois par an tandis que pour les filles on monte à 2,5 fois par an. Il déclare aussi que 75% des adolescents ont vu un médecin dans l'année. Le docteur Waelbroeck va encore plus loin dans son article, en disant que 90% des consultations des jeunes ont lieu chez le médecin généraliste<sup>15</sup>. Les médecins n'ayant pas chiffré leurs impressions sur le peu de consultation, il est difficile de savoir si les données de cet article sont transposables dans notre échantillon. L'article de P. Binder<sup>14</sup> détaille également le fait que la demande de l'adolescent est souvent imprécise voir ambivalente, le jeune pouvant être et rassuré et gêné par l'accompagnant. Il estime que 61% des garçons et 51% des filles de 18 ans viennent encore accompagnés. Une étude<sup>16</sup> réalisée auprès de 457 adolescents francophones en médecine générale montre que les motifs de consultations les plus fréquents sont les maux de gorge, les maladies, les céphalées et les certificats. Cette étude propose une différenciation selon les sexes, montrant que les garçons consultent pour maux de gorge (18,7%), céphalées (9,1%), maladie (7,6%) et certificat (7,6%). Le classement chez les filles diffère très légèrement, montrant toujours des maux de gorge en première position (18,5%), viennent ensuite les maladies (12,7%), les certificats (12,7%) et les céphalées (8,5%). Il n'y a que chez les filles que l'on retrouve un motif ayant directement un lien avec la santé sexuelle, vu que la contraception représente 4,2% des contacts féminins de cette étude.

#### 4.2.5 Quel cadre proposer ?

Si les médecins interrogés ont parlé du thème de la confidentialité à aborder lors des consultations, je vais m'aider de trois articles du Dr Caflisch<sup>3</sup> du Dr Waelbroeck<sup>15</sup> et du Dr Jacquin<sup>17</sup> pour tenter de définir un cadre à instaurer lors des consultations avec les ados.

Toute consultation devrait débuter par des présentations que ce soit du médecin, de l'adolescent ou de ses accompagnants éventuels, surtout lors d'une première rencontre. Cela est, de même, un bon moment pour rappeler le principe de secret médical/ de confidentialité même à l'égard des parents et d'expliquer les situations qui pourraient nécessiter de rompre ce secret. Le temps de cette introduction permet également de questionner le jeune sur sa préférence concernant le moyen de l'interpeller (le fameux dilemme du « tu » ou du « vous », expliqué dans le guide d'intervention pour les professionnels de santé de ENTRE NOUS<sup>18</sup>). En effet, demander permet de responsabiliser le jeune et de lui donner du pouvoir concernant sa prise en main. Si certains préféreront rester au tutoiement, celui-ci devra éviter de tomber dans l'écueil du familier et de l'infantilisant. Cela s'accompagne donc d'une gestuelle et d'une dynamique différente que celle du vouvoiement qui instaure de facto une notion de distance et de respect.

Ensuite, il convient de définir le motif de la consultation. Il ne faut pas hésiter à creuser un peu le motif initial, chercher un éventuel motif caché. C'est aussi l'occasion de demander de qui émane la demande de soins (parents, ados, institutions,...). Et de proposer de faire la consultation en deux temps, avec et sans accompagnants.

L'anamnèse donne l'occasion d'explorer plusieurs domaines de la vie du patient en posant quelques questions ciblées proposées par le modèle HEADSSS<sup>19</sup> (annexe 6) par-exemple. Celui-ci propose de questionner l'habitat (logement, situation familiale,...), l'éducation (scolarité, travail,...), les activités/l'alimentation, les drogues, la sexualité (identité, attentes, comportements...), la sécurité (prévention des accidents, prise de risque) et le risque de suicide (humeur, dépression, anxiété,...). Cet acronyme est un bon moyen mnémotechnique qui permet de viser large lors de la première anamnèse. Il convient également de s'intéresser aux relations avec les pairs, au sommeil, aux écrans et aux antécédents médico-chirurgicaux. Le moment de l'examen clinique est un moment qui devrait se passer préférentiellement sans les parents, sauf demande explicite du jeune. Il convient qu'il soit verbalisé tout du long, pour rassurer quant aux actes posés et à la normalité ou non des résultats. Le consentement ne doit pas être oublié sous prétexte d'autorité médicale.

Pour l'éventuel traitement, il est important de laisser le patient choisir un maximum afin de maximiser la compliance thérapeutique. Un support écrit peut être prévu pour une meilleure compréhension ou observance. Ce moment peut être l'occasion de faire revenir les accompagnants/parents et de discuter de ce qui a eu lieu en s'étant préalablement mis d'accord avec le jeune sur ce qui pouvait ou non être dit.

Un dernier point peut être de donner le pré-questionnaire de ENTRE-NOUS<sup>18</sup> (annexe 7) au jeune en lui demandant de le compléter d'ici la prochaine consultation. Il peut être le point de départ d'une anamnèse plus ciblée sur les attentes du patient.

#### 4.2.6 Quelle prévention aborder ?

En relisant les interviews des médecins, je me rends compte qu'ils s'axent principalement sur une prévention des risques (prévention des risques de grossesse, prévention des IST). Certains commencent à parler de la notion de consentement dans leur prévention. Mais souvent cela s'arrête là. Dans ce paragraphe, je vais parler de plusieurs points de prévention que j'ai pu retrouver dans la littérature.

##### 4.2.6.1 *La contraception et le risque de grossesse non-désirée*

Une des principales prévention citées par les médecins et un des thèmes que les adolescents aimeraient que les médecins abordent avec eux est la contraception, dans un but d'éviter la survenue d'une grossesse non-désirée ou des infections sexuellement transmissibles (point abordé plus loin).

Pour commencer, je vais m'intéresser de plus près à quelques chiffres. Les premiers chiffres sont ceux inscrits dans la figure 6, qui reprennent le taux de fertilité chez les adolescentes de notre pays et des pays limitrophes pour 2020. Cet tableau a été réalisé sur base des chiffres trouvés via les données de la banque mondiale<sup>20</sup>. On peut remarquer que la Belgique n'est pas la meilleure élève mais pas la plus mauvaise non plus.

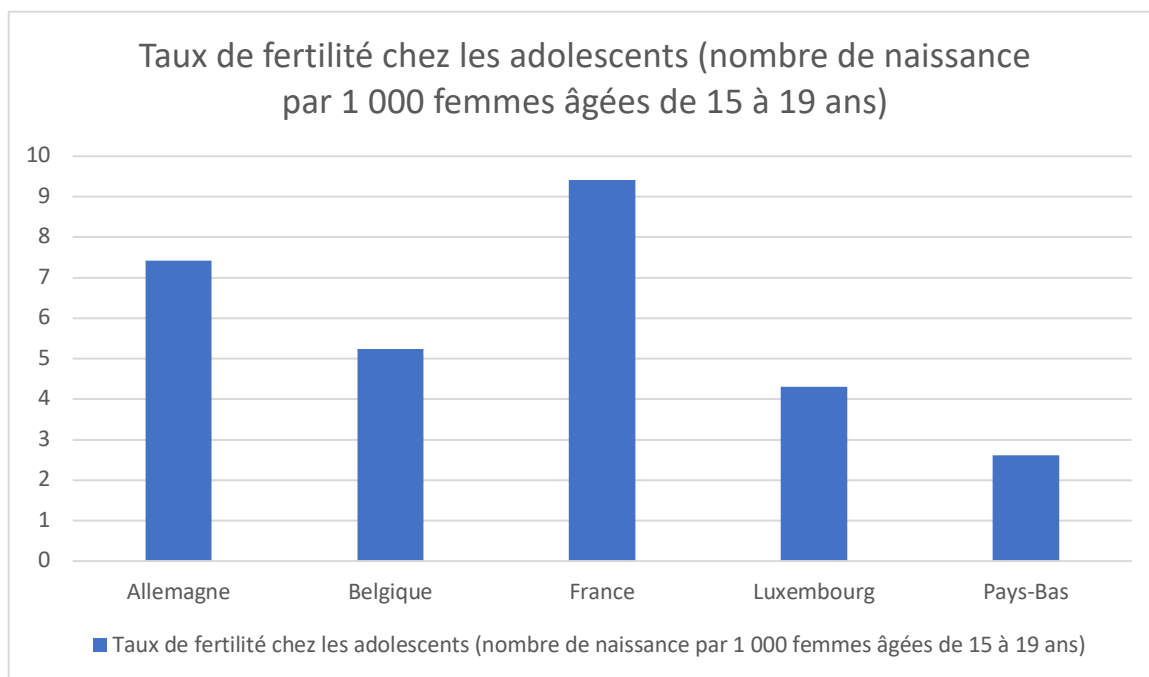


Figure 6: Taux de fertilité chez les adolescentes en Belgique et dans les pays limitrophes <sup>(20)</sup>

De plus, quand on regarde le rapport de la commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse portant sur les années 2018-2019<sup>21</sup>, on retrouve le tableau ci-dessous. Il reprend par catégorie d'âge le nombre d'IVG par année et le pourcentage que cela représente. Il est donc possible de voir que les avortements chez les adolescentes de 10 à 19 ans n'atteignent même pas 10% des avortements de l'année 2019.

#### D'après l'âge de la femme par catégories d'âge

âge catégorie	nombre						%					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10-14	68	62	53	52	55	45	0,36	0,33	0,30	0,30	0,30	0,25
15-19	1986	1860	1651	1544	1544	1514	10,39	9,78	9,24	8,95	8,45	8,40
20-24	4675	4502	4011	3836	3968	3824	24,47	23,68	22,44	22,23	21,72	21,21
25-29	4713	4693	4498	4301	4655	4464	24,67	24,68	25,16	24,92	25,48	24,76
30-34	3917	3954	3925	3852	4097	4216	20,50	20,80	21,96	22,32	22,42	23,39
35-39	2672	2857	2680	2630	2826	2827	13,98	15,03	14,99	15,24	15,47	15,68
40-44	996	1007	969	945	1039	1057	5,21	5,30	5,42	5,48	5,69	5,86
45-49	77	75	89	97	87	76	0,40	0,39	0,50	0,56	0,48	0,42
50-54	3	2	1	0	1	4	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02
<b>total</b>	<b>19107</b>	<b>19012</b>	<b>17877</b>	<b>17257</b>	<b>18272</b>	<b>18027</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
plus de 54	0	1	1	0	1	0						0
<b>total gén.</b>	<b>19107</b>	<b>19013</b>	<b>17878</b>	<b>17257</b>	<b>18273</b>	<b>18027</b>						

Tableau 4 : Nombre et pourcentage d'IVG par catégorie d'âge<sup>(21)</sup>

On peut dès lors se dire que même si la Belgique n'est pas pionnière en matière de prévention de grossesses non-désirées chez les adolescentes, le taux de naissance reste plus bas que certains pays limitrophes et que le pourcentage d'avortement dans cette catégorie d'âge reste

plus bas que ceux des premières tranches adultes (de 20 à 39 ans). L'enquête HBSC révélait que 40% des adolescents qui avaient eu au moins un rapport avaient utilisé une pilule contraceptive pour leur première relation<sup>8</sup>. La prévention par le médecin généraliste reste un des piliers possibles comme le rappelle l'article « contraception et adolescence »<sup>22</sup> qui liste les moyens de contraceptions disponibles chez les jeunes et qui précise également les points importants à aborder lors de ces consultations (comme par-exemple les freins à l'utilisation des méthodes, que faire en cas d'oubli).

#### *4.2.6.2 La prévention des infections sexuellement transmissibles*

Concernant la prévention des infections sexuellement transmissibles, les médecins et les adolescents s'accordent à dire que cela doit se trouver dans les thématiques abordées lors d'une prévention. Cela est corroboré par le rapport du KCE de 2019 sur le diagnostic et la prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis<sup>23</sup>. Celui-ci montre une augmentation quasi constante depuis 2002 des maladies comme la gonorrhée, la syphilis et le chlamydia, sans distinction d'âge. Ce qui montre la pertinence de la prévention quand on sait que la population adolescente est caractérisée par une sexualité particulière, avec des relations sporadiques, généralement non planifiées et avec un nombre de partenaires croissant<sup>22</sup>. L'enquête HBSC montre cependant que les  $\frac{3}{4}$  des adolescents ayant eu au moins un rapport ont utilisé le préservatif comme moyen de prévention lors de leur premier rapport<sup>8</sup>. Ce chiffre descend à 50% lors de leur dernier rapport.

#### *4.2.6.3 Autres types de prévention*

Si certains médecins expliquaient vouloir ouvrir le champ de la prévention, c'est également quelque chose qui se retrouve dans la littérature. Le Dr Roynet nous explique dans son article<sup>24</sup> qu'il est possible d'ouvrir la discussion à l'orientation sexuelle qui peut poser question et à la pornographie. L'article de la Revue Médicale Suisse du Dr Yaron et son équipe<sup>25</sup> énonce aussi d'autres sujets peuvent être abordés (même si eux nous préconisent d'inciter les parents à le faire) : la masturbation qui reste souvent taboue, les différentes pratiques sexuelles et la prévention adéquate qui en découle, des abus sexuels, de la pornographie, des médias (dont la questions des photos/nudes).

#### *4.2.7 Comment communiquer avec un adolescent à propos de la sexualité ?*

En analysant mes résultats, je remarque que les médecins expriment des difficultés à communiquer avec les adolescents, où en tout cas quand cela concerne la sexualité. Ils ont

peur de heurter en posant certaines questions, peur de choquer en effectuant des liens frontaux. Et on remarque dans la littérature que seulement 10% des patients (adultes inclus) ayant une plainte sexuelle en parlent à un professionnel de santé<sup>26</sup>, soulignant l'importance que le professionnel ose poser la question. De plus, une thèse française ayant étudié comment les médecins généralistes communiquent sur la sexualité avec les adolescents montre aussi que les médecins ont du mal à initier cette communication<sup>5</sup>.

Ce qui m'amène ici à montrer quelques pistes trouvées dans la littérature pour aborder une communication centrée sur la sexualité avec nos patients adolescents. Ces pistes sont complémentaires de celles proposées pour le cadre de la consultation.

La première étape est d'avoir un accueil chaleureux. Il est nécessaire d'avoir un langage clair et adapté<sup>27</sup>. Le Dr Reynart préconise ensuite de prendre le temps de poser une simple question comme « *puis-je vous poser une question intime ?* »<sup>26</sup>. L'enjeu, selon elle, est ensuite de prendre le temps d'attendre la réponse et d'avoir une attitude ouverte et naturelle. Le support HEADSS déjà cité est également un moyen de poser la question de la sexualité tout en s'intéressant aux autres sphères de notre patient. Le Dr Kjellberg<sup>28</sup> parle aussi de la possibilité du discours indirect (*d'autres me disent... qu'en dites-vous ?*) qui permet au jeune de se sentir moins visé et d'avoir le droit de ne pas répondre s'il ne se sent pas concerné.

Le Dr Stheneur<sup>29</sup> va plus loin en expliquant les attentes des adolescents dans cette communication. Elle décrit que ceux-ci attendent des médecins qu'ils explorent leurs préoccupations intimes (désirs, peur concernant la normalité) et pas que les aspects biologiques. Elle rappelle aussi que le médecin doit également se questionner sur sa vision de la sexualité, sous peine de transmettre des visions édulcorées des relations qui ne sont ni réalistes ni attendues par les jeunes. Cela ne rejoint pas totalement nos données quand on regarde les demandes des jeunes concernant les sujets à aborder par le médecin ( parler des cycles, de la contraception, des IST, des risques de grossesse principalement, même si certains demandent d'aborder des sujets plus généraux).

#### 4.2.8 Quelle place donner aux parents ?

Si les médecins sont unanimes sur le fait d'être plus à l'aise de consulter sans la présence d'un parent, les adolescents disent aussi se référer aux parents pour poser des questions sur la santé sexuelle et la vie affective. Si dans mon échantillon, 89,6% des jeunes interrogés sont au courant de la possibilité de consulter seuls, ils ne sont que 55,7% à être plus à l'aise de le faire

(dans les conditions idéales qui prennent aussi en compte la notion de confidentialité même vis-à-vis des parents).

Est-ce une des raisons qui fait que les jeunes viennent majoritairement accompagnés si on écoute les médecins ? Quand on regarde la thèse de Virginie Renée qui questionnait le point de vue des adolescents sur la place de leur(s) parent(s) en consultation de médecine générale<sup>30</sup>, on remarque que dans son échantillon, 77% des adolescents consultent accompagnés, ce qui va dans le sens des données trouvées dans mon étude également. Ils étaient 66% à expliquer que c'était un choix de leur part, ceux ne voulant pas cet accompagnement citant des problèmes de transport ou de paiement comme causes principales. Il est à noter que dans son étude, 55% des jeunes interrogés préfèrent consulter seuls lorsque le médecin aborde la sexualité et la contraception.

L'article d'Andrée Gilbert dans la revue Prévention en pratique médicale de 2006<sup>31</sup> explique comment aider les parents et les inciter à prendre part dans l'éducation sexuelle de leurs adolescents. Il est conseillé de rassurer les parents quant à la période de l'adolescence. Nous, médecins, pouvons les encourager à saisir les occasions de discussions, préserver un bon encadrement et garder une concordance entre le discours prononcé et les actes posés, garder la place de parents et ne pas vouloir devenir un ami. Et expliquer que nous sommes disponibles au cas où ils n'auraient pas la réponse à certaines questions de leur jeune.

#### 4.2.9 Quels sont les autres facteurs qui peuvent influencer la relation ?

##### 4.2.9.1 *Le sexe du médecin*

Si la population de mon échantillon n'avait pas réellement d'avis tranché concernant l'influence de l'âge et du sexe du médecin (45,3% de oui et 51,9% de non), on peut également remarquer la pauvreté de la littérature concernant ces deux facteurs. Je n'ai pas trouvé d'article illustrant l'effet de l'âge du médecin dans la relation avec son patient adolescent. Par contre j'ai trouvé un article plus général sur l'influence du sexe du médecin<sup>32</sup>, malheureusement il ne cible pas une certaine population, s'intéressant plutôt aux différences observées dans la pratique suivant le sexe du praticien. Celui-ci explique que les médecins hommes auraient un style de communication moins empathique et feraient moins de prévention tandis que les femmes médecins seraient perçues comme plus chaleureuses et encourageantes, avec un style de communication plus participatif. Il décrit également que les patients préfèrent un médecin du même sexe lorsqu'ils doivent se soumettre à un examen médical plus intime.

#### 4.2.9.2 La religion et la culture

Si certains médecins ont cités la religion ou la culture comme de potentiels freins, c'est également ce que j'ai pu retrouver à la lecture de la thèse de Fivet Alexandre<sup>33</sup>. On retrouve dans son travail des concepts comme le fait que « *les croyances et activités religieuses sont associées à des comportements sexuels plus prudents, à une initiation de l'acte sexuel plus tardive et des expériences sexuelles moins diversifiées* ». Il précise également que pour certaines religions comme l'hindouisme ou le taoïsme, la sexualité peut être signe de bonne santé.

#### 4.2.10 L'EVRAS

L'EVRAS ou éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, est obligatoire dès la maternelle dans toutes les écoles depuis 2012. Quand j'ai questionné les sujets de mon échantillon, j'ai volontairement laissé la question vague concernant la provenance de ce cours à l'école (animations extérieures, cours dispensés par l'école comme en biologie pour certaines thématiques). Il en est ressorti que 71,7% des répondants se souviennent avoir eu un cours de ce type, dont 69,7% ont estimé qu'il était utile. Il est important de noter que 20,8% des étudiants ne se souviennent pas avoir eu ce type de cours malgré le fait qu'ils soient en dernière année d'étude. Il est aussi important de souligner que même si une majorité a trouvé ce cours utile, ils précisent quand-même que ces cours ont été dispensés trop tardivement dans le cursus, n'ont pas été jugés assez précis ou assez inclusifs.

Les médecins sont aussi d'avis que l'école doit être un acteur de la chaîne de prévention. Du fait de l'obligation scolaire, elle serait la plus à même de toucher un maximum de jeunes.

En juin 2022, la ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente<sup>34</sup> en Belgique a estimé que seulement 20% recevaient une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle au cours de leur scolarité et que l'accès à celle-ci diffère d'une école à une autre, certaines inscrivant cela dans un projet long terme, d'autres pas. Il est également important de souligner une importante pluralité d'acteurs et de pouvoirs organisateurs n'ayant pas réellement de coordination générale comme expliqué dans le rapport final de l'EVRAS<sup>35</sup>. Théoriquement, avec la sortie du nouveau guide en 2022, les centres de plannings familiaux devaient devenir la principale source d'animation, avec au minimum une en 6<sup>e</sup> primaire et une en 4<sup>e</sup> secondaire. Cependant, après la polémique entourant certains points de ce nouveau guide<sup>36</sup>, je n'ai pas trouvé d'article ou commentaire venant confirmer ou infirmer cela.

Le rapport final de l'EVRAS<sup>35</sup> fait aussi un état des lieux de ce qu'il se passe dans d'autres horizons comme en Flandre ou dans des pays proches. En Flandre, l'EVRAS est également obligatoire et il n'y a pas non plus de réglementation sur le taux de couverture à mettre en place. En Suisse, il n'existe pas de loi fédérale à ce sujet-là. Cependant, le canton de la Suisse Romande a instigué une législation spécifique sur les séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire et la formation de professionnels spécifiques pour donner ces séances. En France, les élèves doivent bénéficier de 3 séances annuelles d'éducation à la sexualité dès l'âge de 3 ans. Les séances sont dispensées par des professeurs volontaires ayant été invités à se former durant au moins 3 jours ou des organismes extérieurs ayant un agrément.

Il serait intéressant d'interroger les jeunes des différents pays concernant leur taux de satisfaction par-rapport aux enseignements dispensés durant ces séances. Et de voir si les différences au niveau de l'enseignement influent le taux de natalité chez les adolescents, le taux d'IST ou le rapport à la contraception.

### 4.3 Mise en perspective

Même si dans les sous-parties de ma discussion, j'ai instillé quelques idées d'évolution, je vais tâcher ici de reprendre les pistes d'évolution de mon travail qui me semblent les plus pertinentes.

Premièrement, je pense qu'un travail similaire au mien pourrait être réalisé à plus grande envergure auprès des adolescents des écoles de la Province, voir si on est ambitieux, de prendre plusieurs écoles (libres et autres types d'enseignement) de chaque Province pour avoir une sorte de mise au point sur les demandes des adolescents. Il faudrait prendre des écoles en ville et en campagne pour avoir un échantillon varié. Le questionnaire devrait être amélioré pour permettre une meilleure analyse qualitative des réponses. Il faudrait aussi poser la question du type d'enseignement et de la filière suivie pour permettre une sous-analyse par secteur. Le fait de vivre à la ville ou à la campagne serait aussi intéressant à analyser pour chercher d'éventuelles tendances selon la densité de population. Cependant, dans les conditions de l'assistantat, cela me semble compliqué à mettre en place.

Ensuite, il serait également intéressant d'étudier la réaction des médecins après lecture du travail, et notamment des réponses des adolescents et les propositions de la discussion, voir si cela a eu un impact sur leur pratique.

Je pense qu'il pourrait être intéressant de comparer les pratiques de médecins généralistes « standards » à ceux qui travaillent en planning familial ou en médecine scolaire voir si cela a un impact.

Il est également possible que mon travail puisse servir de piste de réflexion pour un médecin se questionnant sur sa pratique avec les adolescents, notamment du point de vue de l'abord de la sexualité. Cependant, il est impératif que celui-ci effectue aussi un travail personnel de réflexion et recherche et qu'il ne prenne que les idées avec lesquelles il se sent à l'aise.

## 5 Conclusion

Pour terminer ce travail, je pense pouvoir conclure que dans le cadre de mon échantillon d'adolescents et de médecins, il n'est pas possible de tirer un consensus clair de prise en charge. Les jeunes interrogés sont plutôt réticents à parler de sujets intimes avec leur médecin de prime abord mais ne ferment pas entièrement la porte à cela. Les médecins étant plutôt dans l'attente d'une ouverture pour entamer le sujet. Ils sont néanmoins conscients de pouvoir jouer un rôle important de prévention, au même titre que l'école.

Il est important de souligner que dans les conclusions de chaque partie, on remarque une tendance à attendre que l'autre aborde le sujet en premier. Ce qui est une énorme piste d'action pour le médecin généraliste : aborder le sujet, même que de manière très superficielle permet de montrer son ouverture, de laisser l'idée faire son chemin chez le jeune, et pourquoi pas, de déboucher sur une demande de l'adolescent (comme demandé par un quart d'entre eux, ce qui n'est pas négligeable).

Je vais personnellement essayer de me référer le plus possible au cadre proposé plus haut et de lancer moi-même des phrases d'accroche. Si grâce à cela, je peux aider ne fût-ce qu'un jeune à me parler de sujets questionnant pour lui au niveau de sa santé sexuelle ou de sa vie affective, j'estimerai que mon pari sera gagné.

Je terminerai en rappelant que pour moi, la médecine générale est avant tout un partenariat avec le patient, se créant et se renforçant au fil du temps pour une prise en charge globale de sa santé, et que la prise en charge de la santé sexuelle et de la vie affective est tout aussi légitime que le reste du bio-psycho-social.

## 6 Bibliographies

### 6.1 Figures et Tableaux

Figure 1 : Moyen de contraception des jeunes .....	13
Figure 2 : Sources d'informations des adolescents sur les contraceptifs .....	14
Figure 3 : A qui poses-tu tes questions.....	16
Figure 4 : Personne de 1 <sup>er</sup> choix pour en parler .....	16
Figure 5 : Distribution des élèves du 2-3 <sup>e</sup> degrés du secondaire <sup>(8)</sup> .....	28
Figure 6: taux de fertilité chez les adolescentes en Belgique et dans les pays limitrophes <sup>(20)</sup>	33
Tableau 1: Étapes du développement à l'adolescence <sup>(3)</sup> .....	7
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des adolescents .....	12
Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins.....	17
Tableau 4 : Nombre et pourcentage d'IVG par catégorie d'âge <sup>(21)</sup> .....	33

### 6.2 Références

- 1 Langis P, Germain B. La sexualité humaine. De Boeck 2<sup>e</sup> édition,2015. Chapitre 7 : La sexualité de l'adolescent- pages 163-188.
- 2 Binder P, Heintz A, Tudrej B, Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie L'adolescent, cet inconnu. Exercer. 2018 ; 141 :122-32.
- 3 Cafilisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Med Suisse. 2008 ;4 : 1456-8.
- 4 Hicks C. Le médecin généraliste dans le parcours éducatif de santé sexuelle chez l'adolescent : étude quantitative auprès des lycéens du territoire Pumonté.[ Thèse en ligne]. Marseille : Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales de Marseille. 2019 [Cité 23 mars 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169499v1>
- 5 Lille A. Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire. [ Thèse en ligne]. Angers : Faculté de Santé Université d'Angers. 2018 [ Cité 27 février 2023]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/documents/dune9846>

- 6 Athias G, Marelli V. Vers une consultation santé sexuelle au bénéfice de tous les jeunes de 15 à 18 ans : comment les médecins généralistes de Savoie et de Haute-Savoie envisagent-ils cette consultation ? [Thèse en ligne]. Grenoble : Faculté de Médecine Université de Grenoble Alpes. 2020 [ Cité 23 mars 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02881976v1>
- 7 Papart R. La sexualité chez les adolescents : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête auprès d'adolescents et de médecins généralistes à Seraing. Liège : Université de Liège. 2010
- 8 Cimpaye O., Lebacqz T., Dujeu M. , Moreau N., Desnouck V., Pedroni C., et al. Comportements, santé et bien-être des élèves en 2018 – Enquête HBSC en Belgique francophone. Vie relationnelle, affective et sexuelle. Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (SIPES), École de Santé Publique, Université libre de Bruxelles. 2020. 52 pages. Disponible sur : <http://sipes.ulb.ac.be/>
- 9 Binder P, Heintz A, Tudrej B, Haller D, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine Générale Deuxième partie Evaluer, accompagner. Exercer. 2018 ; 142 :169-81.
- 10 Salmon Y, Zdanowicz N. Net, sex and rock'n'roll! Les potentialités d'un outil comme internet et son influence sur la sexualité des adolescents. Sexologies. 2007 ; 16 : 43-52. Doi :10.1016/j.sexol.2006.08.003
- 11 Todaro E, Silvaggi M, Aversa F, Rossi V, Nimbi F.M, Rossi R, et al. Les médias sociaux sont-ils un problème ou un outil ? Nouvelles stratégies pour l'éducation sexuelle. Sexologies. 2018 ; 27 : 150-154. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.05.007>
- 12 Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Médecins Généralistes.[En ligne]. 2019 [Cité 23 février 2023]. Disponible sur : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/medecins-dentistes-et-pharmaciens/medecins-generalistes#:~:text=que%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%20%3F-,Que%20fait%20un%20m%C3%A9decin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste%20%3F,les%20soins%20qu'ils%20n%C3%A9cessitent.>
- 13 Wonca. La définition européenne de la médecine générale.[En ligne]. 2011[ Cité 23 avril 2023]. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>

- 14 Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du Praticien. 2005 ; 55 : 1073-1077.
- 15 Waelbroeck A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. Rev Med Brux. 2006 ;27 : S 392-5.
- 16 Paulus D, Doumenc M, Riche B, Pestiaux D. Adolescents et médecin généraliste quelles portes d'entrée dans la consultation ? Louvain Med. 2001 ; 120 : S258-S265
- 17 Jacquin P. Quelles règles pour aborder une consultation avec un adolescent en pédiatrie de ville ? Réalités Pédiatriques. 2012 ; 169 : 39-41.
- 18 Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Entre Nous Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? [En ligne]. 2009 [ Cité le 23 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.medecin-ado.org/addeo\\_content/documents\\_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf](https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf)
- 19 Parisi V, Meyer de Stadelhoffen L, Péchère B, Steimer S, De Watteville A, Haller D, et al. Apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent. Perspectives d'étudiants lors de cours à option interprofessionnels. Rev Med Suisse. 2017 ; 13 : 996-1000.
- 20 La Banque Mondiale. Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissances par 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans).[En ligne]. [Cité le 2 avril 2023]. Disponible sur : [https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT?end=2020&name\\_desc=false&start=1960&view=chart](https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.ADO.TFRT?end=2020&name_desc=false&start=1960&view=chart)
- 21 Commission Nationale d'Evaluation de la Loi du 15 Octobre 2018 Relative à l'Interruption de Grossesse (Loi du 13 Août 1990). Rapport à l'Attention du Parlement. [En ligne].2018-2019 [Cité le 27 février 2023]. Disponible sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>
- 22 Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. Archives de Pédiatrie. 2013 ; 20 : 707-713.
- 23 KCE Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Diagnostic et prise en charge de la gonorrhée et de la syphilis. [En ligne]. 2019 [ cité 15 mars 2023]. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/diagnostic-et-prise-en-charge-de-la-gonorrhée-et-de-la-syphilis>
- 24 Roynet D. : La sexualité de l'adolescent. Rev Med Brux. 2007; 28: 353-5.

- 25 Yaron M, Soroken C, Narring F, Brockmann C, Merglen A. Sexualité et adolescence : liaisons dangereuses ? Guide des meilleures pratiques pour informer les parents. Rev Med Suisse. 2018 ; 14 : 843-8.
- 26 Lequeux A, Michaux N, Reynart C, et al. Médecine et Sexualité : indispensable rencontre ? Louv Med. 2018 ; 137 (8) : 465-485.
- 27 Launay M, Demierre M, Jacot-Guillarmod M. Santé sexuelle des adolescentes : comment l'aborder en consultation ? Rev Med Suisse. 2016 ; 12 : 1137-40
- 28 Kjellberg G. Adolescence et sexualité. Rev Med Suisse. 2006 ; 2 : 792-6
- 29 Stheneur C. Comment parler de sexualité à un adolescent ? Réalités Pédiatriques. 2013 ; 178 : 20-22
- 30 Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale.[Thèse en ligne]. Rouen : Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen. 2014 [ Cité le 17 mars 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01073814v1>
- 31 Gilbert A. L'examen médical préventif chez les adolescents Intervenir selon leur profil de risque. Prévention en Pratique Médicale. 2005 ; Février : 1-6
- 32 Cousin G, Schmid Mast M. Les Médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse. 2010 ; 6 : 1444-7.
- 33 Fivet A. Sexualité : pour la reproduction ou pour le plaisir ? Influences sur l'attractivité du religieux. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, 2015.
- 34 Hairson O. L'EVRAS est encore trop absente des bancs de l'école.[En Ligne]. 2022 [ cité le 2 avril 2023]. Disponible sur : <https://ligue-enseignement.be/levras-est-encore-trop-absente-des-bancs-de-lecole>
- 35 Duchêne C, Fontaine M, Godin I, Lannoo A, Tojerow i. Généralisation de l'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle en Région bruxelloise francophone : à quelle échelle de temps et à quel coût ? Département d'Economie Appliquée de l'ULB. [En ligne ].2021[ Cité le 15 mars 2023]. Disponible sur : <https://dulbea.ulb.be/#/>
- 36 Groutars E. Education sexuelle à l'école : dans ce guide, il n'est pas question de pousser les enfants à envoyer des sextos. [En ligne]. 2022 [Cité 20 mars 2023]. Disponible sur :

<https://www.rtbf.be/article/education-sexuelle-a-lecole-dans-ce-guide-il-nest-pas-question-de-pousser-les-enfants-a-envoyer-des-sexos-11123214>