

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA  
SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 19

**THÈSE**  
**PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

par

**BLATCHÉ Laury, Muriel**

Née le 07/01/1987 à Montauban (82)

---

« Prise en charge de la santé sexuelle de l'Adolescent en Médecine  
Générale : point de vue des parents de la Communauté de communes  
de Saverne »

---

Président de thèse : Docteur ROSSIGNOL Sylvie, Professeur

Directeur de thèse : Docteur DEMIL Houria, Praticien hospitalier

















## C- ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. G. J. FRENCH  
 Dr. A. S. FREDRICKS  
 Dr. J. S. GARDNER - GILBERT  
 Dr. A. H. HALL - PHILLIPS  
 Dr. A. H. HALL - YOUNG  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON

### C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. G. J. FRENCH  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON

### C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. G. J. FRENCH  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON  
 Dr. J. S. HARRISON - GIBSON

## E- PRAICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Dr. H. T. COOK - 1960     | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1961 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1962 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1963 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1964 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1965 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1966 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1967 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1968 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1969 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1970 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1971 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1972 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1973 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1974 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1975 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1976 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1977 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1978 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1979 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |
| Dr. J. S. HARRISON - 1980 | Chirurgien général - hôpital de la reine Elizabeth<br>- service de chirurgie générale et chirurgie orthopédique - hôpital de la reine Elizabeth |

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- 1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010**
  - 1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
- 2. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 2.1.1.1.1.1.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
- 3. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 3.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 3.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 3.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
  - 3.1.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010)
- 4. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 4.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 4.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)
  - 4.1.1.1. **depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000** (depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

2010-2011 2011-2012 2012-2013

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

|   |           |
|---|-----------|
| 1. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010</b> | 2010-2011 |
| 2. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000</b> | 2000-2010 |
| 3. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010</b> | 2010-2011 |
| 4. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000</b> | 2000-2010 |
| 5. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2010</b> | 2010-2011 |
| 6. <b>depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2000</b> | 2000-2010 |



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

*L'ignorant affirme, le savant doute, le sage réfléchit.*

**Aristote**

Philosophe grec | Né en -384

## Remerciements

*A la présidente du jury, le Professeur Rossignol Sylvie, Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude.*

*Madame le Docteur Demil Houria, Tu m'as fait l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci d'avoir cru et porté autant que moi cette thématique qui te tient à cœur. Merci pour tes encouragements, tes conseils et ta disponibilité. Merci pour ton énergie et ton engagement dans ce projet.*

*Sois assurée de ma profonde gratitude et de tout mon respect.*

*Aux membres du jury, Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de siéger à ce jury. Soyez assurés de notre reconnaissance*

*A mon fils Nicolas, Merci de faire rayonner notre vie chaque jour.*

*A mes parents, Merci pour votre amour inconditionnel depuis le début. Merci d'avoir fait en sorte que tout cela soit possible, de m'avoir soutenu tout le long de mes études.*

*A ma sœur Marion, ma confidente. Merci d'être à mes côtés depuis toute ses années. Merci pour ton écoute, ton soutien et ton ouverture d'esprit. Je remercie ton aptitude à savoir ce que je pense au point de reconnaître les chansons entêtantes sur un clapotis.*

*A mon frère Jules, Merci d'être comme tu es et merci à tous ces bons moments passés ensemble et ton soutien. Merci pour ton assiduité à te réveiller en premier les matins de Noël avec moi.*

*A toute ma famille, Merci tout simplement d'être là parfaitement imparfait, je vous aime*

*A ma sœur de cœur **Carole**, Merci pour ton soutien et ta compréhension*

*A mes co-internes, **Marie, Régis, Rachel, Sébastien**, merci de m'avoir accueilli en Alsace et d'avoir accepté un peu de ma folie. Merci d'avoir partagé avec moi mon internat, garde et pauses café. Merci pour votre bienveillance et vos sourires.*

*A mes amis de faculté, Merci à **Vincent et Claire**, de m'avoir supportée au point de vivre sous le même toit, merci pour votre amitié, ses soirées, ses moments d'égarements psychique, ses anecdotes inoubliables et merci pour l'animalerie boubou, loulou, doudou ! Merci à **Mathilde**, ma confidente, nous avons traversé tellement ensemble, refait le monde ensemble, merci pour ton soutien de chaque instant. Merci à **Alexandre**, merci pour ton soutien à un moment où j'en avais besoin et les sessions de révisions. Merci à **Marion, les deux Morgan, Paul, Elie, Benoit, Sébastien** sans qui l'externat n'aurait pas été pareil.*

*Aux parents d'adolescents, sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir, merci.*

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <i>Remerciements</i> .....                         | 15 |
| Table des matières .....                           | 17 |
| Liste des annexes.....                             | 20 |
| Liste des tableaux.....                            | 21 |
| Liste des figures.....                             | 23 |
| Liste des abréviations .....                       | 25 |
| <b>I- Introduction</b> .....                       | 26 |
| <b>II- Contexte</b> .....                          | 31 |
| <b>III- Matériels et Méthodes</b> .....            | 40 |
| 3-1 Cadre de l'étude.....                          | 40 |
| 3-2 Echantillon.....                               | 41 |
| 3-3 Recueil et traitement des données .....        | 43 |
| 3-4 Elaboration du questionnaire .....             | 44 |
| 3-5 Analyse .....                                  | 46 |
| 3-6 Ethique.....                                   | 46 |
| <b>IV- Résultats</b> .....                         | 47 |
| <b>4-1 Effectifs de l'étude</b> .....              | 47 |
| <b>4-2 Caractéristiques de la population</b> ..... | 47 |
| A. Selon le sexe des participants .....            | 47 |
| B. Selon l'âge des participants .....              | 48 |

|   |           |
|---|-----------|
| C. Selon la catégorie socio-professionnelle.....                    | 49        |
| D. Répartition selon les caractéristiques des Adolescent(e)s.....   | 51        |
| E. Répartition selon les caractéristiques du Médecin traitant ..... | 54        |
| <b>4-3 Abord de la sexualité par les parents .....</b>              | <b>56</b> |
| A. Importance de l'abord de la sexualité .....                      | 56        |
| B. Abord de la sexualité par les parents .....                      | 57        |
| C. Cotation de la difficulté.....                                   | 58        |
| D. Représentations sociales et genrées .....                        | 60        |
| E. Difficultés rencontrées .....                                    | 60        |
| F. Aspirations des parents sur les sujets à aborder.....            | 63        |
| G. Moyens utilisés par les parents pour dialoguer avec l'Ado .....  | 64        |
| H. Sources d'informations des Ados.....                             | 65        |
| I. Analyse univariée.....   | 65        |
| <b>4-4 Rôle du médecin traitant.....</b>                            | <b>68</b> |
| A. La place du médecin traitant dans la santé sexuelle .....        | 68        |
| B. Sensibilisation à l'éducation sexuelle par le MT .....           | 69        |
| C. Difficultés rencontrées dans la discussion avec son MT .....     | 72        |
| D. Thèmes à aborder par le MT selon les parents.....                | 73        |
| E. Information reçue par l'ADO.....                                 | 74        |
| F. Analyse univariée.....   | 75        |
| <b>4-5 Pistes d'amélioration .....</b>                              | <b>77</b> |

|  |            |
|--|------------|
| A. Consultation dédiée à la prévention .....               | 77         |
| B. Faciliter l'accès à la consultation médicale .....      | 78         |
| C. Attentes des parents du milieu médical .....            | 79         |
| D. Le suivi.....   | 79         |
| E. Commentaires .....                                      | 80         |
| F. Plaquette d'information à destination des médecins..... | 82         |
| <b>V- Discussion .....</b>                                 | <b>83</b>  |
| <b>VI- Conclusion .....</b>                                | <b>98</b>  |
| <b>Annexes.....</b>  | <b>103</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                                  | <b>111</b> |

## Liste des annexes

|  |     |
|--|-----|
| ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE ET TALON EPIDEMIOLOGIQUE .....           | 103 |
| ANNEXE 2: LETTRE D'INFORMATION AUX PARENTS ET CONSENTEMENT ..... | 106 |
| ANNEXE 3- CAPTURE D'ECRAN DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE .....        | 107 |
| ANNEXE 4- PLAQUETTE D'INFORMATION.....                           | 109 |

## Liste des tableaux

|   |    |
|---|----|
| TABLEAU 1: REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE SEXE .....   | 47 |
| TABLEAU 2- ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA VARIABLE SEXE .....  | 48 |
| TABLEAU 3- REPARTITION DE L'ECHANTILLON PAR CPS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE .....   | 50 |
| TABLEAU 4- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LA TRANCHE D'AGE DES ADOS .....   | 52 |
| TABLEAU 5- DISTRIBUTION DES ADOS SELON LEUR AGE. ....   | 53 |
| TABLEAU 6- ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA VARIABLE AGE DES ADOS .....  | 53 |
| TABLEAU 7- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE DU MT .....   | 55 |
| TABLEAU 8- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE SUIVI DE L'ADO PAR LE MT.....  | 55 |
| TABLEAU 9- REPARTITION DES REPNSES EN NOMBRES ET EN POURCENTAGES DE PARENTS REPDANT A LA QUESTION :<br>AVEZ-VOUS DEJA PARLE DE SEXUALITE AVEC VOTRE ADOLESCENT ? .....  | 57 |
| TABLEAU 10- COTATION DE LA DIFFICULTE A ABORDER LE SUJET DE LA SEXUALITE PAR LES PARENTS.....   | 58 |
| TABLEAU 11- ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA VARIABLE COTATION DE LA DIFFICULTE .....  | 59 |
| TABLEAU 12- TABLES DE L'ANALYSE UNIVARIEE DE L'ABORD DE LA SEXUALITE EN FONCTION DU SEXE DES PARTICIPANTS<br>.....  | 66 |
| TABLEAU 13- TABLE DE L'ANALYSE UNIVARIEE DE L'ABORD DE LA SEXUALITE STATISTIQUEMENT DIFFERENTE SUIVANT LA<br>SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE .....  | 67 |
| TABLEAU 14- RECAPITULATIF DES EFFECTIFS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE DES PARENTS REPDANT A LA<br>QUESTION : LE MEDECIN TRAITANT A-T-IL UNE PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE SEXUELLE DE<br>L'ADOLESCENT ? .....   | 68 |
| TABLEAU 15- EFFECTIFS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE DES PARENTS REPDANT A LA QUESTION : AVEZ-VOUS<br>PENSE OU RESSENTI LE BESOIN DE SOLLICITER VOTRE MEDECIN TRAITANT SUR DES QUESTIONNEMENTS CONCERNANT<br>LA PREVENTION DE LA SANTE SEXUELLE DE VOTRE ADO ? ..... | 70 |

|   |    |
|---|----|
| TABLEAU 16: EFFECTIFS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE DE PARENTS REpondANT A LA QUESTION : AVEZ-VOUS DEJA<br>CONSEILLE A VOTRE ENFANT DE PRENDRE CONTACT AVEC SON MEDECIN TRAITANT ? .....                        | 71 |
| TABLEAU 17- EFFECTIFS DES PARENTS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGE REpondANT A LA QUESTION : SELON VOUS,<br>VOTRE ADO A-T-IL REÇU TOUTE L'INFORMATION ET LA PREVENTION NECESSAIRE A SA SANTE SEXUELLE ? .....      | 74 |
| TABLEAU 18- TABLE DE L'ANALYSE UNIVARIEE DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT EN FONCTION DE L'AGE DES PARTICIPANTS<br>.....   | 75 |
| TABLEAU 19- TABLE DE L'ANALYSE UNIVARIEE DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT EN FONCTION DU NOMBRES<br>D'ADOS/FOYER DES PARTICIPANTS .....  | 76 |
| TABLEAU 20- EFFECTIFS EN NOMBRE ET EN POURCENTAGES DES PARENTS REpondANT A LA QUESTION : PENSEZ-VOUS<br>QU'UN PARENT, PAR SON ATTITUDE POSITIVE AVEC SON ADO, PUISSE FAVORISER LA REALISATION DE CELLE-CI ? . | 78 |
| TABLEAU 21- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LES PROPOSITIONS DE PREVENTION ADAPTEES.....   | 79 |

## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| FIGURE 1- SCHEMA DES FACTEURS INFLUENÇANT L'ACQUISITION D'UNE VIE SEXUELLE EPANOUIE .....  | 31 |
| FIGURE 2: COMMUNAUTE DE COMMUNES DE SAVERNE.....   | 40 |
| FIGURE 3- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE SEXE DES PARTICIPANTS EN POURCENTAGE. ....   | 47 |
| FIGURE 4- REPARTITION EN NOMBRE DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE DES PARTICIPANTS.....   | 48 |
| FIGURE 5- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LA TRANCHE D'AGE DES PARENTS EN POURCENTAGE. ....   | 48 |
| FIGURE 6- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LA CPS DES PARTICIPANTS EXPRIMEE EN POURCENTAGE .....   | 50 |
| FIGURE 7- MENAGES SELON LA CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE DE REFERENCE EN 2017 DE<br>L'INTERCOMMUNALITE-METROPOLE DE CC DU PAYS DE SAVERNE. SOURCE : INSEE, RP2017 EXPLOITATION<br>PRINCIPALE, GEOGRAPHIE AU 01/01/2020. .... | 51 |
| FIGURE 8- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE NOMBRE D'ADOS PAR PARENT .....   | 51 |
| FIGURE 9-REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE SEXE DES ADOS EN POURCENTAGE.....   | 53 |
| FIGURE 10- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON LE SEXE DU MT EN POURCENTAGE.....  | 54 |
| FIGURE 11- REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE ET LE SEXE DU MT .....   | 55 |
| FIGURE 12- REPARTITION DES REPONSES EN POURCENTAGE A LA QUESTION : SELON VOUS, UN PARENT DEVRAIT-IL<br>PARLER DE SEXUALITÉ AVEC SON ADOLESCENT ? .....   | 56 |
| FIGURE 13- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES REpondANTS A LA QUESTION : AVEZ-VOUS DEJA PARLE DE SEXUALITE AVEC<br>VOTRE ADOLESCENT ?.....   | 57 |
| FIGURE 14- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DE COTATION DE LA DIFFICULTE A ABORDER LE SUJET DE LA SEXUALITE .....  | 59 |
| FIGURE 15- EFFECTIFS EN POURCENTAGES DES REpondANTS A LA QUESTION : EST-IL PLUS FACILE POUR UNE MERE DE<br>DISCUTER DE SEXUALITE AVEC SA FILLE ? ET POUR UN PERE AVEC SON FILS ? .....   | 60 |
| FIGURE 16- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES DIFFICULTES RENCONTREES A L'ABORD DE LA SEXUALITE .....  | 61 |

|   |    |
|---|----|
| FIGURE 17- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES PARENTS EN FONCTION DE L'ATTITUDE REDOUTEE OU NON DE LEUR ENFANT<br>A L'ABORD DE LA SEXUALITE.....        | 62 |
| FIGURE 18- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES PARENTS EN FONCTION DU TABOU DE LA SEXUALITE .....  | 62 |
| FIGURE 19- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE EN FONCTION DES THEMES A ABORDER .....  | 63 |
| FIGURE 20- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES PARENTS SELON LES MOYENS UTILISES POUR DIALOGUER AVEC L'ADO. ....   | 64 |
| FIGURE 21-EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES PARENTS SELON LES 2 SOURCES D'INFORMATIONS PRINCIPALES DE LEURS<br>ADOS.....                               | 65 |
| FIGURE 22- EFFECTIFS EN POURCENTAGE DES PARENTS SELON LA PLACE DU MEDECIN TRAITANT DANS LA PRISE EN<br>CHARGE DE LA SANTE SEXUELLE DE L'ADO ..... | 69 |
| FIGURE 23- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LA SENSIBILISATION PAR LEUR MEDECIN TRAITANT .....  | 69 |
| FIGURE 24- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LES DIFFICULTES RENCONTREES POUR ABORDER LE SUJET<br>AVEC LE MEDECIN TRAITANT.....          | 72 |
| FIGURE 25- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LES THEMES A ABORDER PAR LE MT AVEC L'ADO.....  | 73 |
| FIGURE 26-DIAGRAMME EN VIOLON REPRESENTANT LA REPARTITION DU ROLE DU MEDECIN TRAITANT EN FONCTION DU<br>NOMBRE D'ADO/FOYER .....                  | 76 |
| FIGURE 27- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LEUR ADHESION A UNE CONSULTATION DE PREVENTION<br>VERS 12 ANS ENTRE LE MT ET L'ADO .....    | 77 |
| FIGURE 28- EFFECTIFS DES PARENTS EN POURCENTAGE SELON LEUR ADHESION A UN SUIVI DE L'ADO SUR CE SUJET. ...   | 80 |

## Liste des abréviations

ADO : Adolescent

ADOS : Adolescents

CC : communauté de commune

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

COVID-19 : coronavirus disease 2019/maladie à coronavirus 2019

ESC : éducation sexuelle complète

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : haute autorité de santé

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes

HPV : papillomavirus humain

IC : intervalle de confiance

IFOP : institut français d'opinion publique

INED : institut national d'études démographiques

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : institut national de la statistique et de la recherche économique

IPSOS : institut de sondages français

IST : infections sexuellement transmissibles

IVG : interruption volontaire de grossesse

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

OMS : organisation mondiale de la santé

UNESCO : organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

# I- Introduction

« C'est un élément de la conception populaire de la pulsion sexuelle, que de croire que celle-ci est absente durant l'enfance, et ne s'éveille qu'au cours de la période de la vie désignée par le terme puberté. » (1)

C'est en ces termes, dans ses essais sur la théorie sexuelle du tout début du XXème siècle, que Freud introduisit la notion de plaisir et de sexualité infantile dès les premiers âges de la vie.

- **Quelques définitions :**

Pour l'OMS, « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risques, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. » (2)

L'UNESCO prône une éducation sexuelle complète (ESC). « Il s'agit d'un processus d'enseignement et d'apprentissage fondé sur un programme portant sur les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. Elle vise à doter les enfants et les jeunes de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donneront les moyens de s'épanouir (dans le respect de leur santé, de leur bien-être et de leur dignité), de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de réfléchir à l'incidence de leurs choix sur leur bien-

être personnel et sur celui des autres et, enfin, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie. » (3)

- **Un constat non exhaustif :**

La couverture vaccinale HPV diminue en France depuis 2010. En 2017, seulement 21% des adolescentes avaient reçu le schéma complet, malgré la preuve de son efficacité.(4)(5) Les cancers imputables à HPV en France, représentent chaque année 6 300 nouveaux cas et un millier de décès. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la vaccination a été élargie aux adolescents de sexe masculin. (6)

Le nombre d'IVG stagne depuis 15 ans selon le rapport de la DRESS de 2017, contrairement à nos proches voisins européens comme l'Italie, l'Allemagne ou l'Espagne, où il est en diminution.(7)(8)

De 2013 à 2015 : les IST à Chlamydia déclarées ont augmenté de 10%, principalement chez les femmes jeunes.(9) Ce nombre est probablement sous-estimé, du fait de la suppression de la déclaration obligatoire en 2000.

Les violences sexuelles concernent 1 femme sur 7 et 1 homme sur 25 en France.(10)

Les discriminations liées à l'identité de genre et à l'orientation sexuelle demeurent importantes. Pour ne citer qu'un exemple ; 31% des hommes homosexuels ont été victimes d'actes homophobes dans les 12 derniers mois. (11)

- **Une politique française d'éducation sexuelle qui peine à être efficace et une difficulté d'implication du milieu scolaire :**

Le premier texte juridique qui introduit la notion d'éducation sexuelle à l'école, sans caractère obligatoire, est la circulaire de Fontanet, daté du 23 juillet 1973. Elle est la conséquence d'une prise de conscience qu'il est du rôle de la société d'accompagner les parents, dans leur rôle

d'information sexuelle, auprès de leurs enfants. A cette fin, il est prévu la création d'un conseil de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. (12)(13)(14)

Dans les années 80, face à l'apparition du Sida, plusieurs circulaires voient le jour. Toutes vont dans le sens d'un renforcement de l'information dès le primaire et de la promotion de la santé sexuelle, mais toujours sans caractère obligatoire. (15)(16) Il faudra attendre la Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, pour rendre obligatoire l'information et l'éducation sexuelle dans les écoles, collèges et lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles. (17) Dans la circulaire du 17 février 2003, l'éducation sexuelle est élargie aux grossesses non désirées, aux IST, mais également aux relations entre les sexes, à la pornographie, ainsi qu'à la lutte contre les préjugés sexistes et homophobes. (18)

Pourtant, la réalité du terrain montre qu'il existe une difficulté d'application de ces lois.

De surcroît, une étude menée par le Haut conseil à l'égalité entre les Hommes et les Femmes (HCE), en 2015 (réalisée dans 3000 établissements), révèle que 25% des écoles, 4% des collèges et 11% des lycées n'ont mis aucune action en place. Cette étude montre également que les thèmes de l'identité sexuelle et des violences sexuelles sont les moins abordés. (19)

En septembre 2018, devant la non-application de la loi, le gouvernement a rappelé les cadres en matière d'éducation sexuelle à travers une circulaire adressée aux recteurs des différentes académies. (20)

- **Le rôle du médecin :**

Une enquête IPSOS de 2006, portant sur 300 médecins en France (pédiatres et généralistes), met en évidence que 25% de ceux-ci abordent la sexualité systématiquement avec les adolescent(e)s, dans leur message de prévention. Pour 27% d'entre eux, déceler et aborder les questions

intimes est une difficulté.(21) Le sujet le plus souvent abordé est la contraception, thème plus restreint que ceux que la santé sexuelle comprend dans son ensemble. Plusieurs travaux de thèse vont dans le même sens.(22)(23)

Les données de la littérature indiquent que les freins identifiés sont le manque de temps (d'autant plus que la sexualité n'est souvent pas le motif initial de consultation avancé par l'ADO), le manque de formation et la difficulté à appréhender les non-dits. (24) (25)

- **D'autre part, l'influence des parents sur leurs adolescents est primordiale :**

En matière de sexualité, les sources principales d'informations pour les ADOS sont leurs parents, pour 59% d'entre eux, et leurs amis. (26)

Dans une étude menée en 2000 par Somers et Paulson, près de 79% des adolescent(e)s se sont dit "influencés" ou "très influencés", par ce que leurs parents leur avaient transmis au sujet de la sexualité et des relations amoureuses. Les ADOS considèrent leurs parents comme une source importante d'informations. En outre, cette étude a démontré qu'une communication positive entre enfants et parents, au sujet de la sexualité, conduit à des comportements sexuels sereins (relations amoureuses valorisantes, capacité à discuter des difficultés et d'affirmer ses choix, utilisation des contraceptifs sans difficulté, création d'un réseau de personnes « ressources » à solliciter). (27)

**Par conséquent, étant donné :**

- La tâche implicite des parents, dans l'éducation à la santé sexuelle de leurs ADOS, qui est majoritaire mais non aisée ;

- Le juridique qui place le système scolaire comme institution responsable de l'éducation sexuelle, mais dont l'implication reste insuffisante ;
- L'intervention des médecins, conscient de l'importance de la santé sexuelle de l'adolescent, qui est de l'ordre de 25%, et dont le discours reste axé majoritairement sur les risques et la prévention ;

Le but de cette étude est de mettre de la globalité dans la prise en charge de la santé sexuelle des ADOS, en sortant de nos tabous, de nos représentations et de nos propres normes, afin de les accompagner, en toute neutralité, vers l'acquisition d'une « vie sexuelle » épanouie.

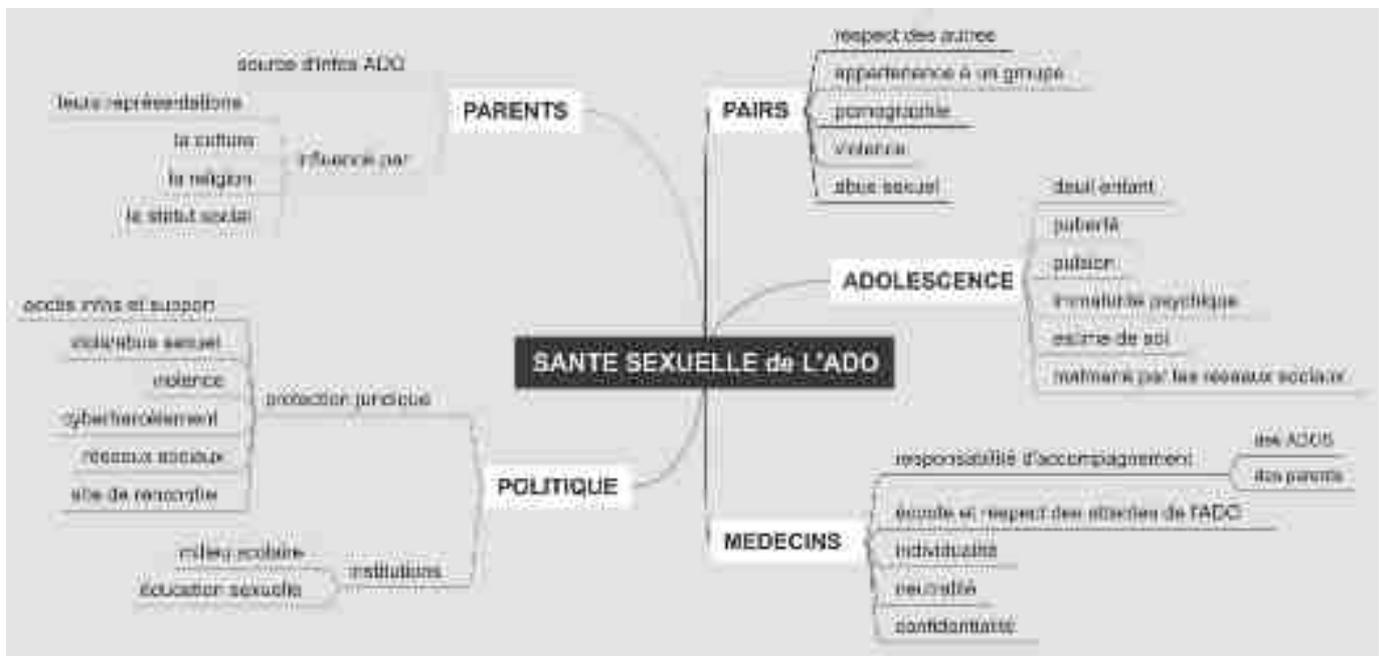
Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte le milieu socio culturel et le rôle de prévention des parents. Mais également, de prendre en compte la puberté, les pulsions, les attentes et les représentations de l'ADO, qui peuvent parfois bousculer le schéma socio-culturel et religieux de la famille.

A cette fin, nous posons le postulat qu'identifier et comprendre les représentations, croyances et attentes du milieu médical par les parents sur ce sujet, permettra au MT de mieux prendre en charge globalement, tout en gardant une neutralité, la santé sexuelle de l'ADO dans son individualité.

## II- Contexte

La conscience d'une santé sexuelle et l'acquisition d'une « vie sexuelle épanouie » à l'âge adulte sont les résultantes de plusieurs facteurs.

Ces différents facteurs induisent le changement de l'ADO, qui passe alors d'un enfant à un adulte.



*Figure 1- Schéma des facteurs influençant l'acquisition d'une vie sexuelle épanouie*

- **Les facteurs intrinsèques propres à l'ADO :**

Ces facteurs intrinsèques correspondent à l'adolescence.

L'ADO doit faire le deuil de l'enfance, et quitter sa position d'enfant, pour une situation d'adulte autonome. Françoise Dolto compare l'adolescence à la mue du Homard. L'enfant se défait de sa

carapace, pour en acquérir une autre. Durant sa mue, il perd toutes formes de protections. Il est vulnérable, fragile, replié sur lui-même. (28)

L'adolescence commence avec la puberté c'est-à-dire avec le développement des organes sexuels et l'apparition des caractères sexuels secondaires.

La puberté est une intrusion dans la vie de l'enfant qui n'a souvent rien demandé. En effet, il n'en choisit ni le lieu, ni le moment.(29) La puberté est propre à chaque ADO, et peut être décalée d'une personne à une autre. Toutes ces transformations vont modifier le schéma corporel de l'ADO, qui va devoir s'y adapter.

Il résulte de la puberté des besoins et des pulsions sexuelles, parfois incontrôlables, qui diffèrent selon les hommes et les femmes. Comme nous le rappelle Freud, la sexualité ne commence pas avec l'adolescence, mais avec la vie, par des émois sexuels ; le bébé tète le biberon pour satisfaire un besoin (la faim) mais aussi un plaisir (la succion).

Tout le monde n'a pas le même désir sexuel, la sexualité des filles et des garçons est différente.(28)

La recherche de plaisir et d'une « vie sexuelle » s'inscrit dans le temps. Elle est faite de régression, de doutes, d'inhibitions et de passages à l'acte. Cela aboutit à un sentiment d'identité de genre et d'orientation sexuelle.

L'adolescence implique également une immaturité psychique.

Ce cerveau encore immature subit une « brainstorm » ou tempête cérébrale, selon le Dr Daniel J. Siegel.(30) Les récentes découvertes des neurosciences et des IRM fonctionnelles montrent que l'une des régions cérébrales la plus modifiée à l'adolescence est le cortex préfrontal.(31) Cette zone subit une maturation pour maîtriser progressivement l'impulsivité, développer sa pensée et ses capacités de raisonner à partir d'idées abstraites. Ce processus affine le caractère et l'identité.

Il existe un décalage entre la puberté, qui survient toujours de manière plus précoce à la maturation cérébrale.(32) La maturation du cerveau ne s'achèverait qu'entre 20 et 25 ans.

Tous ces processus sont malmenés par les réseaux sociaux, comme nous le verrons plus avant.

Comme nous le confie le Pr. Jeammet, l'adolescence est une période propice aux changements qui présente le risque de voir se figer des conduites négatives, pouvant empêcher un développement harmonieux.(29) Ces conduites négatives peuvent aboutir à des violences, notamment sexuelles, des comportements sexuels à risques, et des conduites addictives.

Une Adolescence qui se passe bien, mène à l'acceptation d'une nouvelle image corporelle, au respect de soi-même, à une conscience de soi et de son identité.

- **Les parents :**

Les parents sont l'une des principales sources d'information sur la santé sexuelle de l'ADO.

Selon l'Unesco : les parents jouent un rôle clé dans la construction des attitudes, des normes et des valeurs relatives aux rôles des genres, à la sexualité, et au statut des jeunes dans la communauté. (33)

Les parents vont aborder la sexualité en fonction de leurs convictions socio-culturelles : leurs représentations, leurs milieux sociaux, leurs cultures, leurs religions. (34)

La littérature montre que les ADOS réagissent plus positivement si la discussion est initiée précocement : par exemple à l'entrée au collège plutôt qu'au lycée. (35)(36)

Cette communication entre parents et enfants est primordiale mais non aisée.

Une méta-analyse réalisée en 2016 soutient que la communication sur la sexualité entre parents et ADOS joue un rôle protecteur dans les comportements sexuels protégés.(37) Cela protège également des effets néfastes de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'image corporelle.(38)

Cette communication doit respecter l'intimité et la distance que l'ADO va mettre en place avec ses parents. Cette distance relationnelle est difficile à mettre en place. En effet, c'est paradoxal : « ce dont l'ADO a le plus besoin, la protection et la force des Adultes, est aussi ce qui menace son autonomie. »(39) Cela peut être à l'origine de conflits et nécessiter du dialogue et de la médiation via un tiers.

Les parents peuvent parfois être défaillants.

Le milieu intrafamilial peut aussi être un lieu de violences. L'enquête « Violences et rapports de genre (Virage) », menée en 2015 auprès de plus de 27 000 femmes et hommes résidant en France métropolitaine, fournit des résultats sur les violences sexuelles subies durant l'enfance au sein de la famille et de son entourage proche (voisins bien connus, amis...). Il est mis en évidence que, toutes générations confondues, 1 femme sur 5 et 1 homme sur 8 ont subi des violences dans l'entourage familial avant 18 ans. Quant aux violences sexuelles endurées avant 18 ans, cela représente 1 femme sur 25 et 1 homme sur 100.(40)

En conséquence, les parents via une communication positive, jouent un rôle protecteur concernant la prévention des conduites à risques. Ils favorisent ainsi les comportements sexuels sereins et l'épanouissement de leurs ADOS dans des relations amoureuses valorisantes.

De même, ils jouent un rôle d'accompagnement et d'éducation dans la connaissance des supports, pour armer et rendre plus vigilant leurs adolescent(e)s, face à l'environnement de notre société plus permissive.

- **Les pairs et les réseaux sociaux :**

Au moment de l'adolescence, la notion d'appartenance à un groupe, par le biais de relations amicales, est très importante pour l'ADO. En présence de leurs pairs, les ADOS sont plus enclins à oser et à se permettre d'expérimenter. Ces comportements sont dûs au système limbique qui traite

les émotions et les récompenses. Ces régions sont hypersensibles à la prise de risques chez les adolescents.(41)

Cependant, lorsque l'interaction avec ses pairs est négative, il peut y avoir un retentissement sur la personnalité, l'estime de soi, la sociabilité, les valeurs ainsi que sur le parcours scolaire. (42) L'appartenance à certains groupes de pairs peut exposer l'ADO à d'avantage de risques voire de conduites négatives, aggravés à leur tour par les réseaux sociaux.

La pornographie et les réseaux sociaux influencent la culture sexuelle d'une grande partie des ADOS.(43) Dans sondage IFOP de 2017, portant sur 1005 ADOS de 15 à 17 ans, 73% des garçons collégiens ont affirmés que la pornographie a participé à leur apprentissage sexuel. 45% des garçons et 43% des filles ont essayé de reproduire des scènes pornographiques. (44)

Le sexting est une pratique chez les jeunes diffusant des photo-érotico-pornographiques, principalement via les messageries instantanées et les MMS. Une thèse menée sur 337 ADOS en dévoile les conséquences : 17% avaient été harcelés, 15% étaient angoissés. Dépression et hospitalisation ou tentative de suicide regroupaient 8% des adolescents. (45)

L'ADO fragilisé et non accompagné dans le développement de sa culture sexuelle, peut être surexposé à des risques d'abus et de violences sexuelles, ou être l'auteur de l'acte. En 2018, les statistiques nationales de la justice, rapportaient les faits suivants : ¼ des violences sexuelles et presque la moitié (45 %) des viols sur mineurs (<15 ans) sont commis par d'autres mineurs (<16 ans). (46)

Les réseaux sociaux exposent à des risques de mauvaise estime de soi, de cyberharcèlement et d'exploitation des images, mais aussi de troubles de l'humeur, de manque de sommeil et de dépendance.(47)(48)(49) Selon un rapport d'enquête, de l'association Génération Numérique sur 20853 élèves de 11 à 18 ans en France, plus de la moitié des participants a été exposée à du contenu haineux sur internet. 34% ont été exposés à des insultes sur l'apparence physique, 34% également à de la pornographie.(50) Plusieurs études montrent un impact sur la santé des ADOS, avec un

risque accru de dépression et de mal être.(51) Cet impact est plus prégnant chez les filles dû, en partie, à leur utilisation accrue des réseaux sociaux. (52)

De ce fait, l'interaction avec ses pairs et les réseaux sociaux conditionne le respect de soi-même, le respect d'autrui ainsi que la construction identitaire.

- **La politique et les lois qui le protègent**

La Loi a progressé, depuis la notion d'aide parentale à l'information sexuelle, jusqu'à l'obligation de mettre en place une éducation sexuelle inscrite dans la loi. Pour éduquer et protéger, le juridique se repose sur les institutions.

En France, l'institution légitime en matière d'éducation sexuelle est l'éducation nationale.

L'éducation sexuelle est obligatoire dans les écoles, collèges et lycées à raison de 3 séances annuelles minimum. En pratique, la loi est difficilement appliquée. Un rapport du HCE, datant de 2016, révèle que cette information reste encore trop souvent restreinte à des questions d'ordre anatomique et biologique. Il y est spécifié, que les idées reçues et les stéréotypes sexistes entraînent des conséquences dramatiques, en matière de violences sexistes. Selon ce rapport, les ADOS présentent des difficultés à parler sereinement de leurs préoccupations, face au manque de sources d'informations fiables et identifiées, au risque de se tourner vers des contenus erronés, moralisateurs voire sexistes. Le HCE considère urgent de généraliser l'éducation à la sexualité à l'école et dans tous les autres lieux de socialisation des jeunes.(53)

Pour cela, l'éducation à la sexualité doit se détacher d'un abord par le prisme des risques pour l'aborder de façon positive en termes de parcours de vie. (54)

Le Bureau de l'OMS propose une « matrice » complète pour l'éducation à la sexualité. A chaque âge correspondent des objectifs en termes d'information à acquérir, de compétences à développer

et d'attitudes à intégrer. Ce document se veut un outil de plaidoyer auprès des gouvernements européens.(55)

En Finlande, l'éducation à la sexualité est intégrée dans un cours plus global d'éducation à la santé, avec des exigences spécifiques de contenu.

Aux Pays bas, depuis les années 80, l'éducation sexuelle est généralisée. Les cours sont donnés par des professeurs de biologie et des personnes extérieures, membres du « Rutgers group » (centre d'expertise en droits sexuels et reproductifs). La sexualité est abordée sous un angle positif. Les enfants reçoivent une première approche de la sexualité dès l'âge de quatre ans. Ils apprennent notamment les différences corporelles entre les sexes, la notion de plaisir, de pudeur... Les ados néerlandais assistent à des cours sur les abus, les agressions sexuelles et le consentement. Les Pays-Bas affichent un des taux les plus bas d'avortement et d'IST.(56) Le Royaume-Uni a décidé de suivre leur exemple.

L'institution légitime en matière de droit et protection des mineurs est la justice.

Elle essaie de s'adapter et de répondre à la libération de la parole et l'évolution de notre société.

Le juridique garantit des droits aux ADOS, un accès aux informations et à l'éducation sexuelle, ainsi qu'aux supports écrits, multimédias et internet.(18) Cette tâche est parfois rude par manque de moyen et de formation.(19)

L'état protège juridiquement les mineurs contre le viol, l'inceste, la pornographie, le harcèlement, l'exploitation des images. (57) (58)

La difficulté consiste à s'adapter sans cesse à la libération de la parole et l'apparition de nouveaux risques, en rapport avec les nouvelles technologies. (site de rencontre, cyberharcèlement, applications, pornographie, réseaux sociaux....) Par exemple, pour donner suite à la libération de la parole face aux violences sexuelles subies dans l'enfance et le milieu intrafamilial : la justice s'adapte et

vient de promulguer la LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021, visant à renforcer la protection des mineurs, face aux crimes, aux délits sexuels et à l'inceste. (59)

Ces institutions peuvent parfois être défailtantes.

- **Le médical**

Moins des deux tiers des médecins et des patients adolescents parlent de sexualité lors de consultations annuelles. Le sujet prend moins d'une minute en moyenne, comme nous l'apprend une étude réalisée sur 253 adolescents, âgés de 12 à 17 ans aux Etats Unis. Leur analyse, publiée dans l'édition du 30 décembre du JAMA Pediatrics, plaide pour intégrer systématiquement la sexualité dans le bilan de santé. (60)

Le Pr. Jeammet nous rappelle que la sexualité ne peut se réduire à une pratique, et qu'elle engage l'être tout entier. Point de rencontre des différentes facettes de la personnalité et touchant au cœur de l'individu, il est donc difficile d'en parler. (61) Cela s'applique aux médecins qui doivent sortir de leurs propres peurs et de leurs propres représentations.

Le Médecin a une responsabilité d'accompagnement des parents et des adolescent(e)s. C'est un acteur privilégié pour la prise en charge du patient, dans son individualité.

Médecin de famille, le MT est souvent le premier interlocuteur à être sollicité. Cela est renforcé ces dernières années par la démographie médicale et le manque de poste de pédiatre.

Le médecin doit écouter les représentations et les besoins de l'ADO en toute neutralité. Il doit respecter la confidentialité de celui-ci. Le suivi de la santé sexuelle doit être initié dès le plus jeune âge dans sa globalité, en informant les parents et les ADOS.

Le MT joue un rôle de prévention, de repérage des souffrances et des violences subies, et un rôle de soin. Il organise la prise en charge quand elle est nécessaire. Il fait appel au spécialiste lorsqu'il détecte des troubles.

**Pour résumer**, l'adolescence est une étape clef, pleine de paradoxe. Il existe une maturation physiologique concomitante à une immaturité psychique. Ce décalage, du fait de la plasticité cérébrale, offre une formidable occasion d'apprentissage pour l'éducation et le développement social, qui doit être pris en compte dans notre société.(62)

Une santé sexuelle épanouie implique de nombreux facteurs : l'adolescence, l'environnement familial culturel et social, les pairs et les réseaux sociaux, le politique et le médical.

Il faut prendre en compte le climat d'excitation permanent (les réseaux sociaux, la pornographie...) de nos sociétés occidentales, plus permissive, tolérante, et d'une plus grande liberté à cet égard. Ce contexte peut mettre l'ADO dans une situation d'intégration de ses pulsions plus difficile et moins sereine.

Si l'adolescence n'est pas accompagnée globalement, cela peut engendrer des conduites négatives, de l'irrespect et des violences physiques, psychiques, sexuelles, sur soi ou sur autrui. Ces conduites peuvent se fixer pour le reste de sa vie d'adulte. Les conséquences sont individuelles mais aussi sociétales.

Lorsque l'accompagnement est global, il concourt à une vie sexuelle épanouie dans le respect de soi même et des autres.



- **Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale, par enquête quantitative, à l'aide d'un questionnaire auto administré, sur la base du volontariat de parents d'adolescents de 11 à 18 ans, dans la communauté de communes de Saverne.

L'hypothèse principale de l'étude était le fait qu'il existe une majorité de parents discutant de sexualité avec leurs enfants.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'abord de la sexualité des parents avec leurs adolescents.

Le critère de jugement principal était la fréquence observée d'abord de la sexualité par les parents.

L'objectif secondaire était d'évaluer, si pour les parents, le médecin traitant jouait un rôle dans cette prise en charge.

## **3-2 Echantillon**

La population cible correspond au nombre de parents de la CC de Saverne ayant un ou plusieurs ADOS entre 11 et 18 ans. Grâce aux données de l'INSEE de 2015 concernant la CC de Saverne, nous avons pu calculer la taille de la population cible en prenant en compte les familles monos et bi parentales.(64) La proportion de parents ayant 3 enfants ou plus s'est révélée être négligeable (la taille de l'échantillon calculé n'étant que peu diminuée : cela a donc été négligé dans l'étude). Au total, la population cible comptait 6793 parents.

Pour un risque d'erreur  $\alpha$  de 5%, un intervalle de confiance IC 95%, un Z score à 1,96 et selon une loi normale, le calcul du nombre de sujets a été calculé selon la formule suivante :

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left( \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Cela nécessitait de connaître la fréquence du phénomène c'est-à-dire de la fréquence d'abord de la sexualité par les parents d'ADOS. Or, celle-ci était inconnue en raison du manque de données dans la littérature. On a donc considéré  $p$  égal à 0,5 (autant de chances que le participant réponde dans un sens ou dans l'autre), le nombre de sujets nécessaires alors calculé était de 364 participants.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Avoir 18 ans révolus,
- Être parents d'un ou plusieurs adolescents d'âge compris entre 11 et 18 ans,
- Avoir un médecin traitant ou de famille,
- Avoir donné son consentement,
- L'absence de troubles cognitifs pouvant altérer le jugement,
- Être résidant de la CC de Saverne (35 communes différentes).

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- L'absence de consentement éclairé,
- La présence de troubles cognitifs pouvant altérer le jugement,
- L'absence de consentements écrits des représentants légaux et de l'adolescent,
- Un âge inférieur à 18 ans,
- La non-domiciliation sur la CC de Saverne,
- La non-parentalité.

Les critères d'exclusion étaient :

- Un questionnaire incomplet ou mal rempli.

## **3-3 Recueil et traitement des données**

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire auto-administré.

Le questionnaire a été réalisé en trois parties. Une première partie consistait à recueillir les caractéristiques de la population étudiée et de vérifier les critères d'inclusion. Une deuxième partie permettait d'évaluer l'abord de la sexualité des parents avec leurs enfants. La dernière partie recueillait les attentes des parents vis-à-vis du médecin traitant et les pistes d'améliorations.

Initialement, il était prévu que les participants soient recrutés dans les établissements scolaires de la CC de Saverne sur la base du volontariat via l'infirmière scolaire.

En raison de l'épidémie de la COVID-19 et de la fermeture des établissements scolaires mais aussi, de la difficulté des représentations du milieu scolaire sur ce thème, notre protocole a dû malheureusement être modifié.

Une version complémentaire en ligne du questionnaire a été réalisée et diffusée via les réseaux de parents d'élèves, les groupes de réseaux sociaux du secteur, via les entreprises locales, et à la sortie des établissements scolaires. L'on pouvait répondre au questionnaire via un lien internet, ou via un flash code depuis son smartphone.

La plateforme Forms d'office a été utilisée pour réaliser le questionnaire.

Le recrutement a duré de février 2020 à novembre 2020.

Les données ont été anonymisées par code.

Les données ont été regroupées dans un tableur Excel nécessitant un mot de passe d'accès conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD) selon les recommandations

de la CNIL.(65). Les données anonymisées numériques ont été conservées sur serveur sécurisé Seafile de l'Université de Strasbourg.

## 3-4 Elaboration du questionnaire

### A. Recherches bibliographiques :

Il s'agissait d'un domaine peu étudié sans questionnaire de référence standardisé sur la vision parentale de la sexualité des adolescents.

Nous avons établi notre bibliographie à partir des mots clés suivants : Adolescent, general practitioner, sexuality, sexualité, médecin généraliste, scale, education, health behavior.

Nous avons utilisé les moteurs de recherche suivants : PubMed, la Cochrane Library, le SUDOC (Système Universitaire de Documentation) et Google scholar.

Pour les données épidémiologiques et contextuelles, nous avons également réalisé des recherches sur des sites référencés comme l'INSEE, l'OMS, la HAS, le HCE.

### B. Elaboration et composante du questionnaire :

L'élaboration du questionnaire a été réalisée selon deux dimensions principales :

| DIMENSIONS          | COMPOSANTES                     | QUESTIONS  |
|---------------------|---------------------------------|--|
| Dimension Parentale | Importance de l'abord           | Est-il important de parler de sexualité avec son enfant ?          |
|                     | Quantification / Facilité abord | Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre Adolescent ?          |
|                     | Sujet à aborder                 | Quels thèmes avez-vous abordé ?                                    |
|                     | Abord suffisant                 | Pensez-vous que votre Adolescent a reçu l'information nécessaire ? |

|                                  |                                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Dimension<br>Médecin généraliste | Rôle médecin                     | Le médecin traitant doit-il parler de sexualité ?                            |
|                                  | Sujet à aborder                  | Quels thèmes avez-vous abordé ?  |
|                                  | Difficultés et freins            | Quels sont les difficultés d'abord avec le médecin ? quels sont les freins ? |
|                                  | Pistes d'amélioration de l'abord | Quels sont les pistes d'amélioration à envisager ?                           |

### C. Rédaction du questionnaire :

L'échelle de Likert en 5 points a été choisie quand cela était possible. Il s'agit d'un outil psychométrique permettant de mesurer l'attitude des individus. (66) Le sujet exprimant alors son degré d'accord ou de désaccord.

### D. Fiabilité du questionnaire et cohérence interne :

La fiabilité du questionnaire a été évaluée à partir d'une étude pré-test sur 44 participants.

Le taux de réponses aux questions était très satisfaisant à 99%. Il montrait que le questionnaire était acceptable par les parents.

Afin d'asseoir la fiabilité du questionnaire, la mesure de la cohérence interne a été calculée. Cette mesure consiste à évaluer le degré de cohésion entre les items qui composent un instrument.

La cohérence interne est généralement représentée par le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach. Il est calculé pour un ensemble d'items représentant une même dimension. Il est compris entre 0 et 1.

Le calcul du coefficient  $\alpha$  de Cronbach total était de 0,83 pour l'ensemble du test. Pour être considéré comme satisfaisant, ce coefficient doit être supérieur à 0,7. La fiabilité du test était donc satisfaisante.

## 3-5 Analyse

Des statistiques descriptives simples ont constitué une première approche pour décrire les données.

Les données ont été saisies et analysées informatiquement par le logiciel Excel.

Les données qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage.

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et d'écart type.

Les comparaisons statistiques entre deux variables ont été faites selon une analyse univariée.

Le logiciel utilisé pour l'analyse était le logiciel statistique d'Excel : XLS Stat.

## 3-6 Ethique

Cette étude a été réalisée sur des personnes majeures, sur la base du volontariat. Elle était anonyme et non interventionnelle.

L'hypothèse était claire et ne soulevait pas de questionnement éthique.

Cette étude était hors-champ de la loi Jardé (n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi).(67)

Elle ne nécessitait donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), pas de promoteur et pas d'assurance.

Concernant la protection des données, ce projet nécessitait un engagement de conformité à la méthodologie de référence 004 de la CNIL(MR-004).

# IV- Résultats

## 4-1 Effectifs de l'étude

18 participants ont été exclus en raison d'un questionnaire mal rempli.

Au total, 364 participants ont été inclus dans l'étude.

## 4-2 Caractéristiques de la population

### A. Selon le sexe des participants

| SEXE                 | N (%)             |
|----------------------|-------------------|
| Féminin              | 265 (72,80%)      |
| Masculin             | 99 (27,20%)       |
| <b>Total général</b> | <b>364 (100%)</b> |

*Tableau 1: Répartition de l'échantillon selon le sexe*



*Figure 3- Répartition de l'échantillon selon le sexe des participants en pourcentage.*

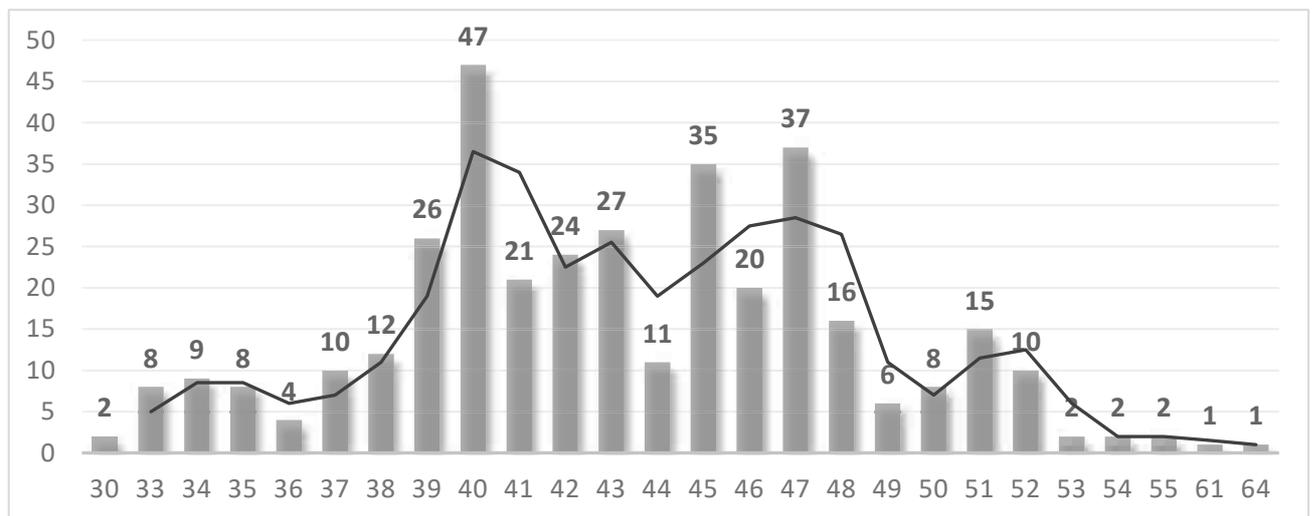
Sur 364 participants, 99 (soit 27%) étaient des hommes et 265 (soit 73%) étaient des femmes. Nous avons donc un échantillon à **prédominance féminine**.

## **B. Selon l'âge des participants**

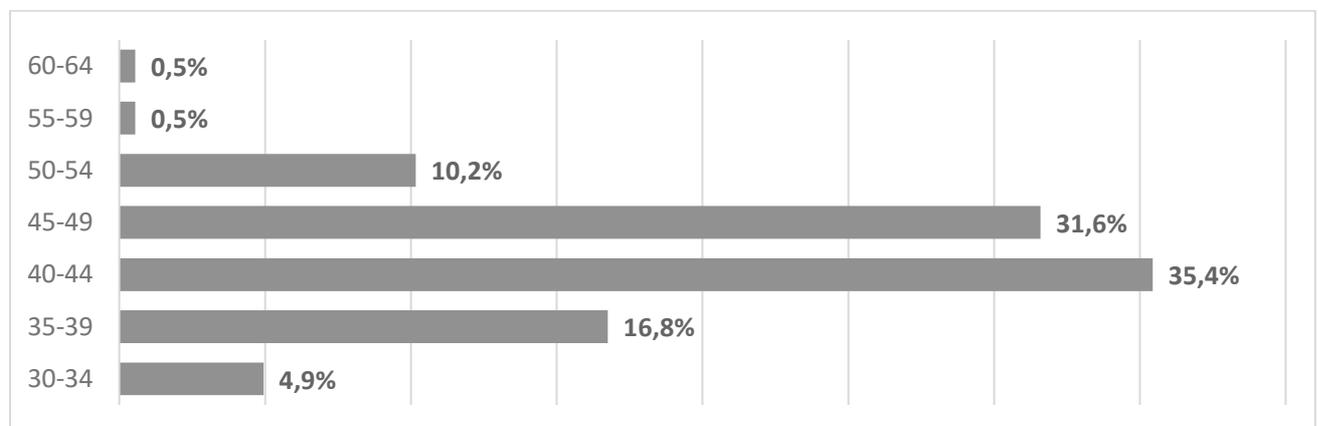
La moyenne d'âge des participants était de 43.2 ans avec une médiane de 43 ans. L'âge minimum était de 30 ans et l'âge maximum de 64 ans.

|     | moyenne (écart-type) | médiane [Q25-75]  | min  | max  | n   |
|-----|----------------------|-------------------|------|------|-----|
| AGE | 43.2 (5.08)          | 43.0 [40.0; 47.0] | 30.0 | 64.0 | 364 |

*Tableau 2- Analyse descriptive de la variable sexe*



*Figure 4- Répartition en nombre de l'échantillon selon l'âge des participants*



*Figure 5- Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge des parents en pourcentage.*

La majorité des participants, 244 parents (soit 67%) avaient entre 40 et 49 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes.

### **C. Selon la catégorie socio-professionnelle**

Les catégories socio-professionnelles ont été déterminées selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'INSEE.(68) :

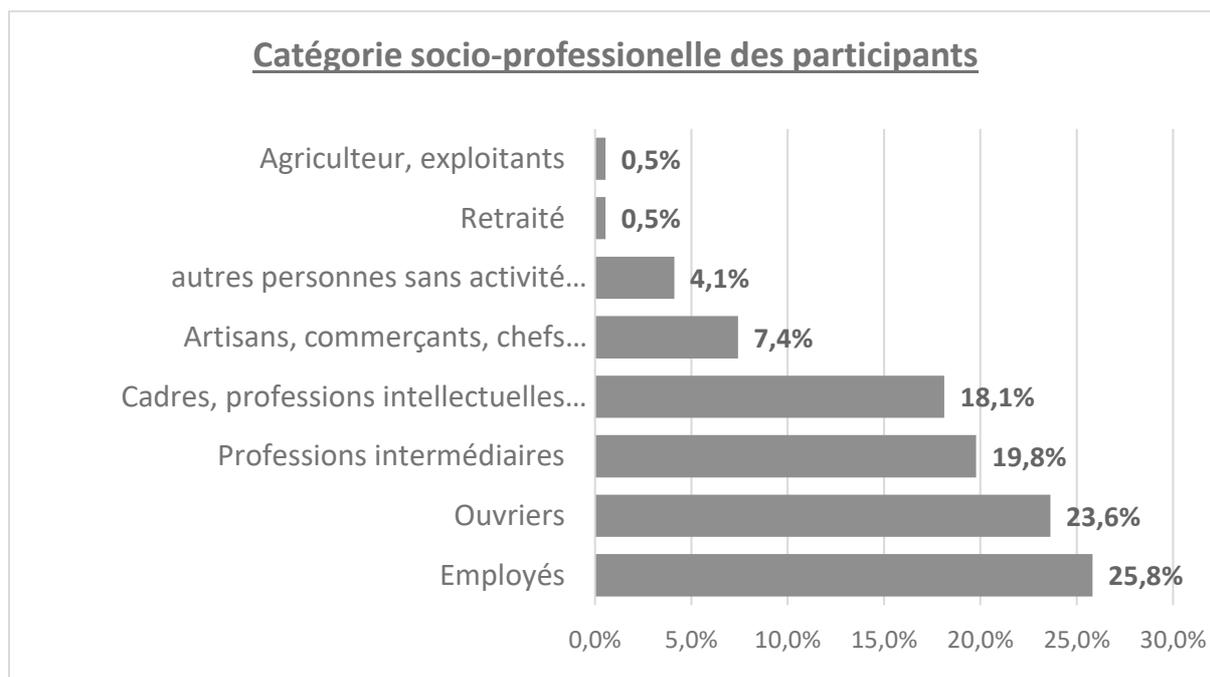
1. Agriculteurs
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions Intermédiaires
5. Employés
6. Ouvriers
7. Retraités
8. Autres personnes sans activité professionnelle.

La répartition des catégories socio-professionnelles de notre échantillon est la suivante :

| <b>PCS INSEE</b>                                       | <b>N (N%)</b> |
|--|---------------|
| <b>Agriculteurs, exploitants</b>                       | 2 (0,5%)      |
| <b>Artisans, commerçants, chefs d'entreprises</b>      | 27 (7,4%)     |
| <b>Cadres, professions intellectuelles supérieures</b> | 66 (18,1%)    |
| <b>Professions intermédiaires</b>                      | 72 (19,8%)    |
| <b>Employés</b>  | 94 (25,8%)    |
| <b>Ouvriers</b>  | 86 (23,6%)    |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b>Retraités</b>                                      | 2 (0,5%)          |
| <b>Autres personnes sans activité professionnelle</b> | 15 (4,1%)         |
| <b>Total général</b>                                  | <b>364 (100%)</b> |

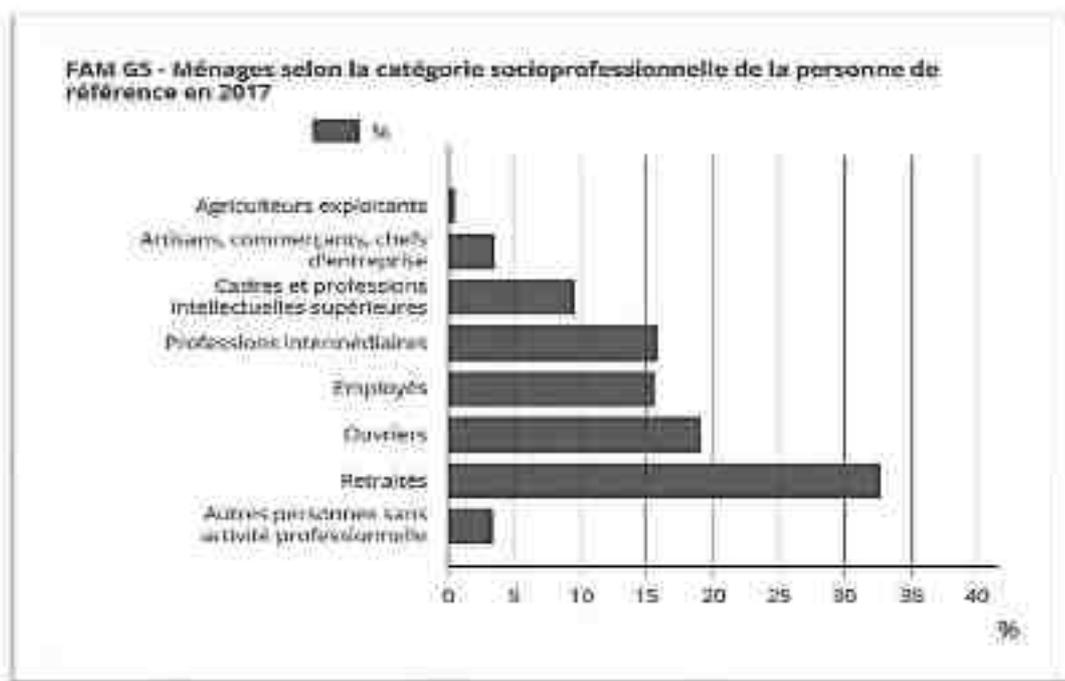
*Tableau 3- Répartition de l'échantillon par CPS en nombre et en pourcentage*



*Figure 6- Répartition de l'échantillon des participants selon la CPS exprimée en pourcentage*

La répartition des catégories socioprofessionnelles montre une prépondérance des ouvriers et employés et des professions intermédiaires (comparable aux données épidémiologiques de 2017 de l'INSEE), bien que la catégorie des employés semble légèrement surestimée.

La proportion de retraités (constituant d'ailleurs la population majoritaire de la CC de Saverne) est forcément drastiquement inférieure car l'étude n'implique de fait que les retraités ayant des adolescent(e)s.



**Figure 7-** Ménages selon la catégorie socioprofessionnelle en 2017 de l'Intercommunalité-Métropole de CC du Pays de Saverne. Source : Insee, RP2017 exploitation principale au 01/01/2020. (69)

La répartition reste comparable à la population avec **3 catégories socioprofessionnelles prépondérantes** : les ouvriers, les employés, et les professions intermédiaires.

## **D. Répartition selon les caractéristiques des Ados :**

a) Répartition de l'échantillon selon le nombre d'Ados par foyer :



**Figure 8-** Répartition de l'échantillon selon le nombre d'ADOS par parents

Sur 364 parents, 202 (56%) étaient parents d'un seul adolescent(e) et 150 (41%) étaient parents de deux adolescent(e)s. Seul 12 parents (3%) avaient trois adolescent(e)s dans leur foyer.

b) Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge des ADOS :

| Tranche d'âge ADOS | N (N%)      |
|--------------------|-------------|
| 11-14 ans          | 184 (50,5%) |
| 15- 18 ans         | 97 (26,7%)  |
| Les deux           | 83 (22,8%)  |
| Total général      | 364 (100%)  |

*Tableau 4- Répartition de l'échantillon selon la tranche d'âge des ADOS.*

184 parents (50%) avaient la charge d'un adolescent(e) entre 11 et 14 ans et 97 parents (27%) un ADO entre 15 et 18 ans. 83 (23%) étaient parents d'enfants parmi les deux tranches d'âge.

Ainsi, plus de la moitié des participants avaient des adolescent(e)s entre 11 et 14 ans.

c) Répartition de l'échantillon selon l'âge des ADOS :

| AGE ADOS | N (N%)     |
|----------|------------|
| 11 ans   | 78 (14,8%) |
| 12 ans   | 81 (15,5%) |
| 13 ans   | 79 (15,0%) |
| 14 ans   | 78 (14,8%) |
| 15 ans   | 71 (13,5%) |
| 16 ans   | 54 (10,3%) |
| 17 ans   | 56 (10,6%) |

|                      |            |
|----------------------|------------|
| <b>18 ans</b>        | 29 (5,5%)  |
| <b>Total général</b> | 526 (100%) |

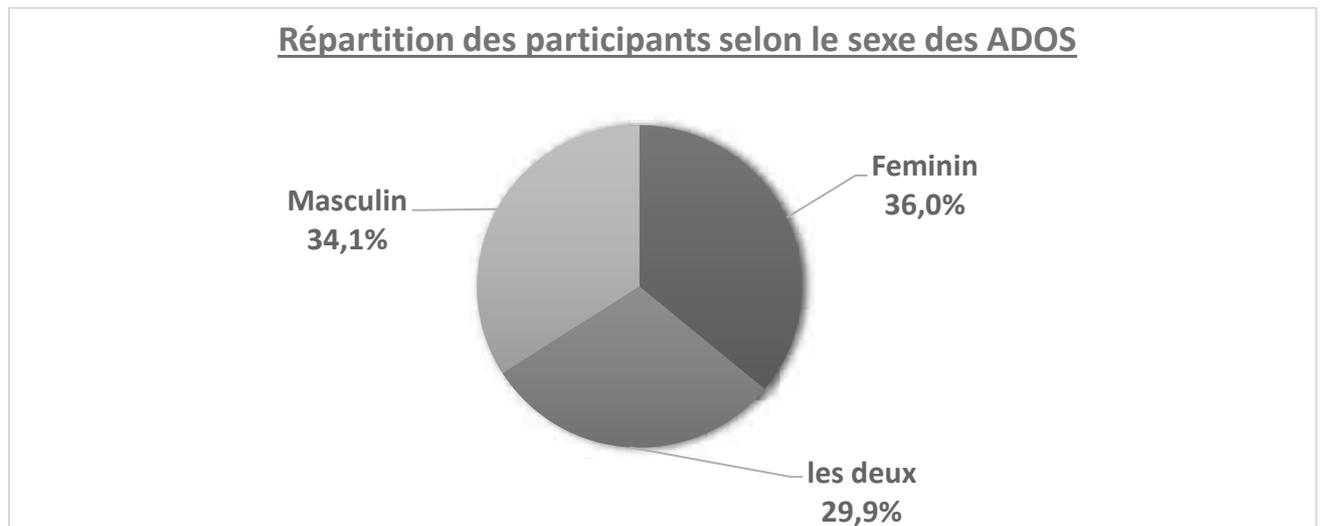
**Tableau 5-** *Distribution des ADOS selon leur âge.*

|     | Moyenne (écart-type) | Médiane [Q25-75]  | min  | max  | n   |
|-----|----------------------|-------------------|------|------|-----|
| Age | 14.0 (2.12)          | 14.0 [12.0; 16.0] | 11.0 | 18.0 | 526 |

**Tableau 6-** *Analyse descriptive de la variable âge des ADOS*

Au total, les participants regroupaient 526 adolescents, **dans toutes les tranches d'âges** et la moyenne d'âge des ADOS ainsi que la médiane était de 14 ans.

d) Répartition de l'échantillon selon le sexe des ADOS :



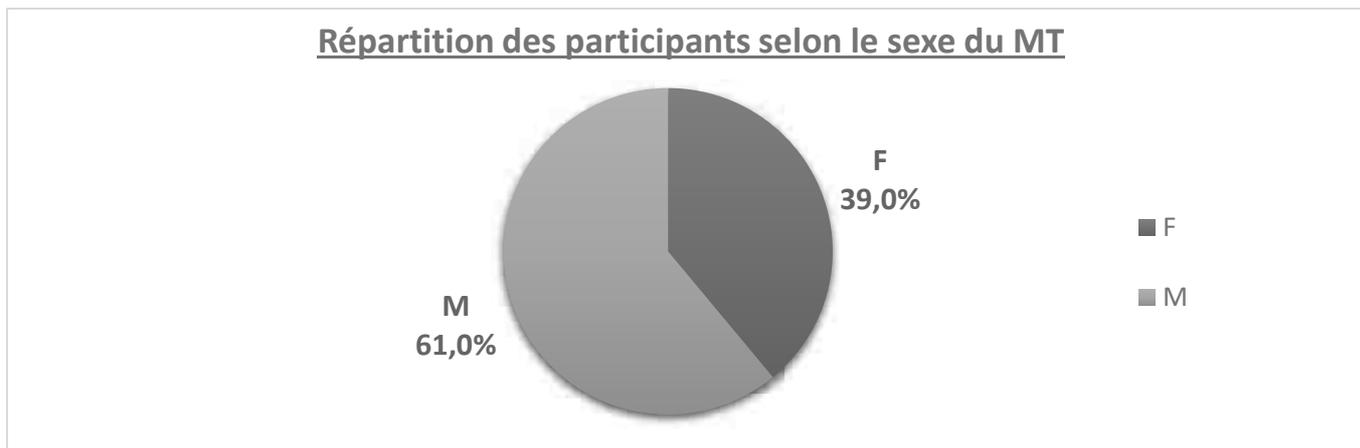
**Figure 9-** *Répartition de l'échantillon selon le sexe des ADOS en pourcentage*

Sur 364 parents, 124 (34%) étaient uniquement parents d'adolescents de sexe masculin et 131 (36%) parents d'adolescents de sexe féminin.

109 parents (30%) avaient à charge des adolescent(e)s des deux sexes.

## **E. Répartition selon les caractéristiques du Médecin traitant**

a) Répartition de l'échantillon selon le sexe du médecin traitant :



*Figure 10- Répartition de l'échantillon selon le sexe du MT en pourcentage*

Les questionnaires révèlent que le médecin traitant est de sexe masculin chez 222 (61%) participants, tandis qu'il est de sexe féminin pour 142 (39%) parents.

b) Répartition selon la tranche d'âge du médecin traitant :

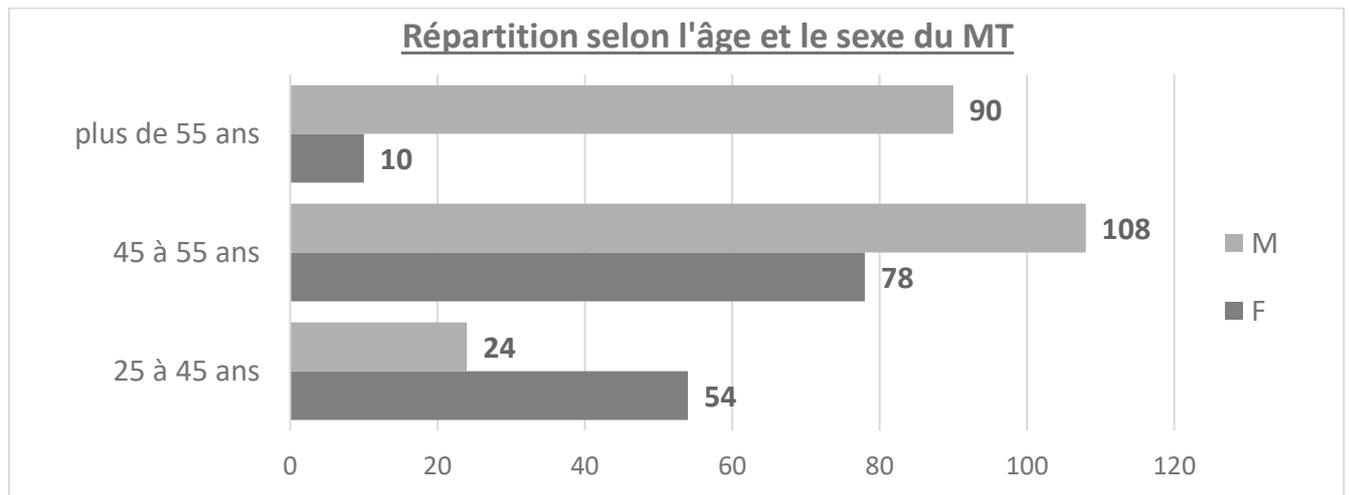
En majorité, les parents avaient un médecin traitant âgé de plus de 45 ans. En effet c'est le cas pour 286 parents soit 79 %.

| <b>Âge du MT</b> | <b>N</b>    |
|------------------|-------------|
| 25-45 ans        | 78 (21,4%)  |
| 45- 55 ans       | 186 (51,1%) |
| Plus de 55 ans   | 100 (27,5%) |

|               |            |
|---------------|------------|
| Total général | 364 (100%) |
|---------------|------------|

**Tableau 7-** Répartition de l'échantillon selon l'âge du MT

c) Répartition selon l'âge et le sexe du médecin traitant :



**Figure 11-** Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe du MT

On constate que les médecins de plus de 55 ans sont majoritairement des hommes, alors que les médecins de moins de 45 ans sont le plus souvent des femmes ce qui est conforme à la démographie médicale locale.

d) Répartition selon le suivi des ADOS par le médecin traitant :

| Âge MT/ suivi ADO | N (N%)    |             |             |
|-------------------|-----------|-------------|-------------|
|                   | Non       | Oui         | Total       |
| Tranches d'âge MT |           |             |             |
| 25-45 ans         | 0 (0,0%)  | 78 (21,4%)  | 78 (21,4%)  |
| 45-55 ans         | 16 (4,4%) | 170 (46,7%) | 186 (51,1%) |
| Plus de 55 ans    | 6 (1,6%)  | 94 (25,8%)  | 100 (27,5%) |
| Total général     | 22 (6,0%) | 342 (94,0%) | 364 (100%)  |

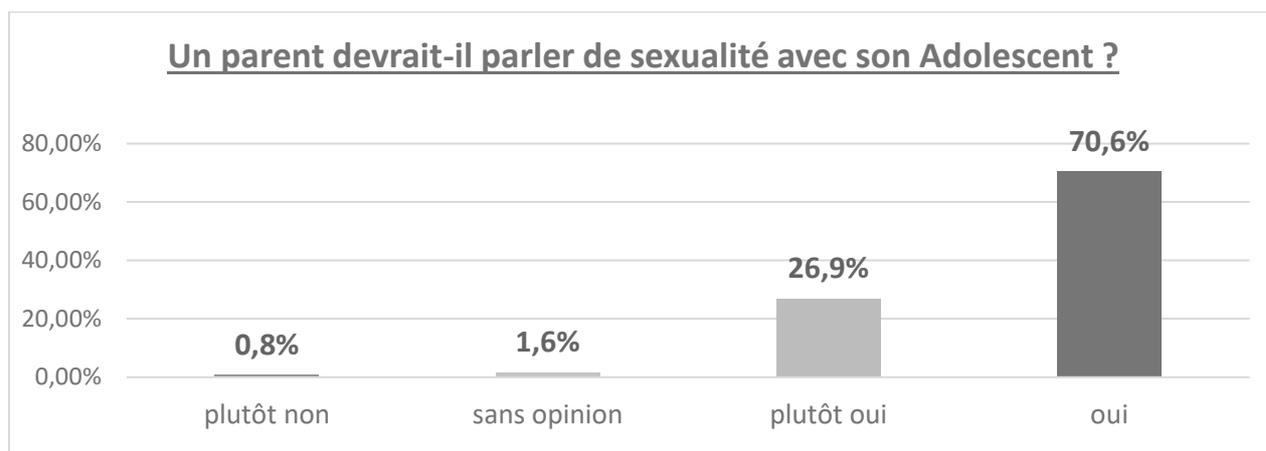
**Tableau 8-** Répartition de l'échantillon selon le suivi de l'ADO par le MT

Dans la très grande majorité des cas (94%), les parents déclaraient que leur médecin traitant suivait également leurs enfants. Ce n'était pas le cas pour seulement 6% d'entre eux.

Par ailleurs, chez ces derniers non suivis, le médecin avait toujours plus de 45 ans.

## 4-3 Abord de la sexualité par les parents

### A. Importance de l'abord de la sexualité



*Figure 12- répartition des réponses en pourcentage à la question :*

*Selon vous, un parent devrait-il parler de sexualité avec son Adolescent?*

Pour la quasi-totalité des parents, (355 parents ; soit près de 98%), un parent se doit d'aborder la sexualité avec son/ses enfant(s).

257 (71%) parents ont répondu un « oui franc » et 98 parents (27%) ont répondu « plutôt oui ».

Le rôle des parents sur ce sujet est vraiment très clair pour eux.

En revanche, aucun parent n'a répondu un « non » franc.

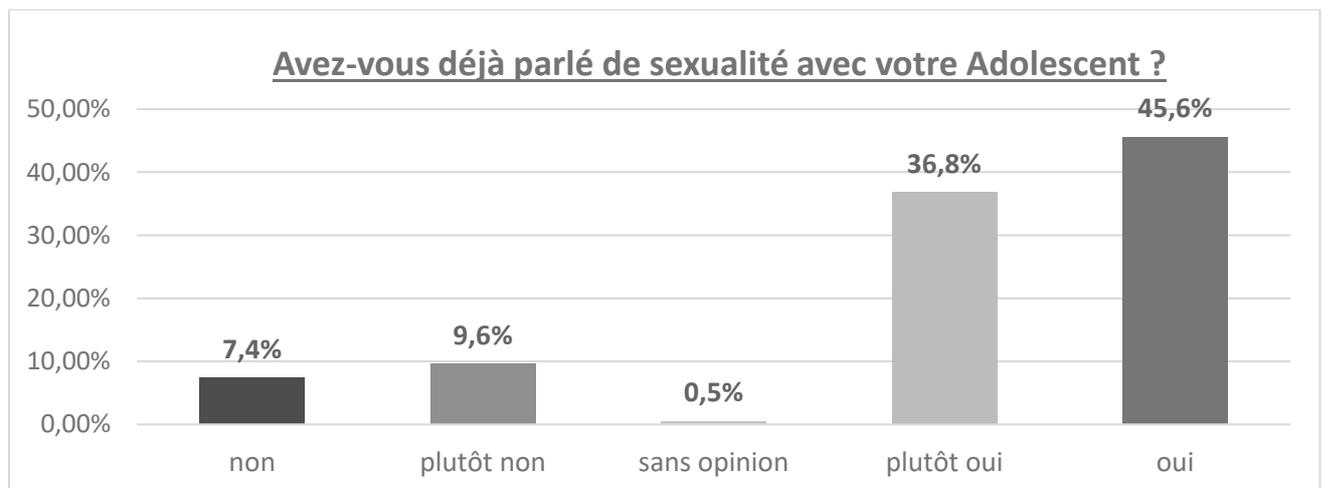
3 parents (<1%), ont répondu « plutôt non » et 6 parents (2%) étaient sans opinion.

## **B. Abord de la sexualité par les parents**

| Les parents parlent-ils de sexualité à l'ado ? | N (N%)      |
|--|-------------|
| Non  | 27 (7,4%)   |
| Plutôt non                                     | 35 (9,6%)   |
| Sans opinion                                   | 2 (0,6%)    |
| Plutôt oui                                     | 134 (36,8%) |
| Oui  | 166 (45,6%) |
| Total général                                  | 364 (100%)  |

*Tableau 9- Répartition des réponses en nombres et en pourcentages de parents répondant à la question : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre ADO ?*

La sexualité est un thème que 82% des parents disent aborder avec leurs adolescent(e)s, quand 17% d'entre eux (62 parents) avouent ne pas le faire, laissant 1% des participants sans opinion sur la question. Le critère principal était la fréquence observée d'abord de la sexualité : celle-ci **est de 82%**.



*Figure 13- effectifs en pourcentage des répondants à la question : Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre Adolescent ?*

Parmi les 300 parents abordant la sexualité avec leurs enfants, 166 parents (46%) l'abordaient de façon certaine quand 134 parents (37%) l'affirmaient de manière plutôt certaine.

### **C. Cotation de la difficulté**

La difficulté pour les parents à aborder le sujet de la sexualité avec leurs Adolescents était cotée de 0 à 10. 0 étant l'absence totale de difficulté et 10 étant une difficulté insurmontable.

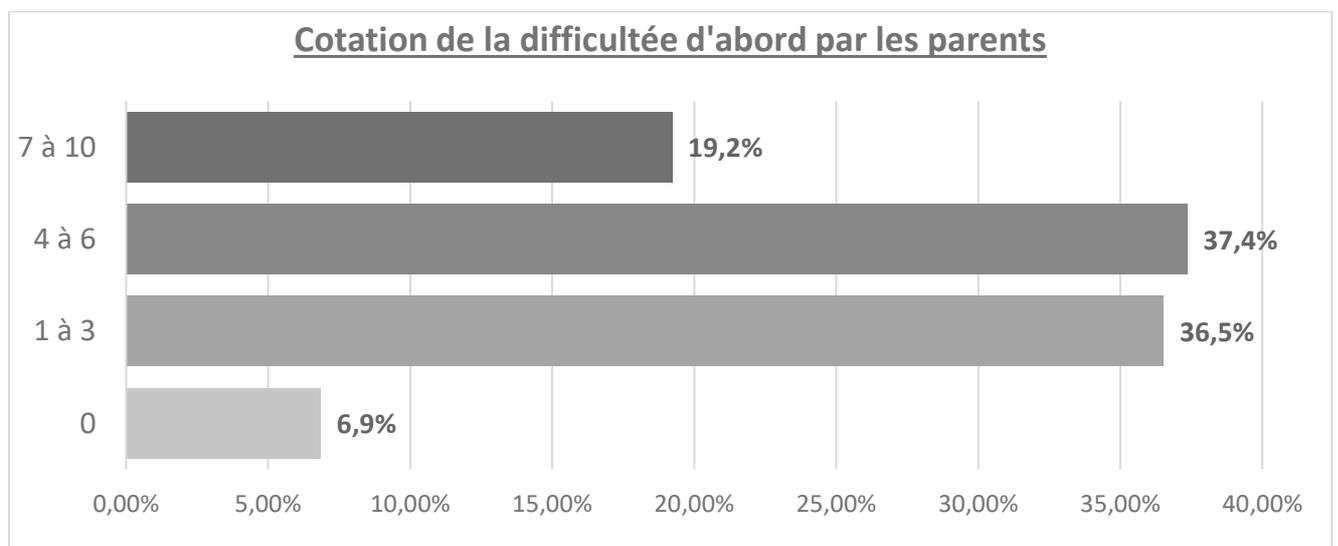
| <b>Cotation de la difficulté d'abord</b> | <b>N (N%)</b>     |
|--|-------------------|
| <b>0</b>                                 | 25 (6,9%)         |
| <b>1</b>                                 | 21 (5,8%)         |
| <b>2</b>                                 | 72 (19,8%)        |
| <b>3</b>                                 | 40 (11%)          |
| <b>4</b>                                 | 26 (7,1%)         |
| <b>5</b>                                 | 66 (18,1%)        |
| <b>6</b>                                 | 44 (12,1%)        |
| <b>7</b>                                 | 33 (9,1%)         |
| <b>8</b>                                 | 27 (7,4%)         |
| <b>9</b>                                 | 8 (2,2%)          |
| <b>10</b>                                | 2 (0,5%)          |
| <b>Total général</b>                     | <b>364 (100%)</b> |

*Tableau 10- cotation de la difficulté à aborder le sujet de la sexualité par les parents*

|   | moyenne (écart-type) | médiane [Q25-75]  | min | max  | n   |
|---|----------------------|-------------------|-----|------|-----|
| F | 4.18 (2.43)          | 4.00 [2.00; 6.00] | 0   | 10.0 | 364 |

**Tableau 11-** Analyse descriptive de la variable cotation de la difficulté

La moyenne de la difficulté à aborder la sexualité pour les parents était de 4,18 avec une médiane à 4,00 [2.00; 6.00].



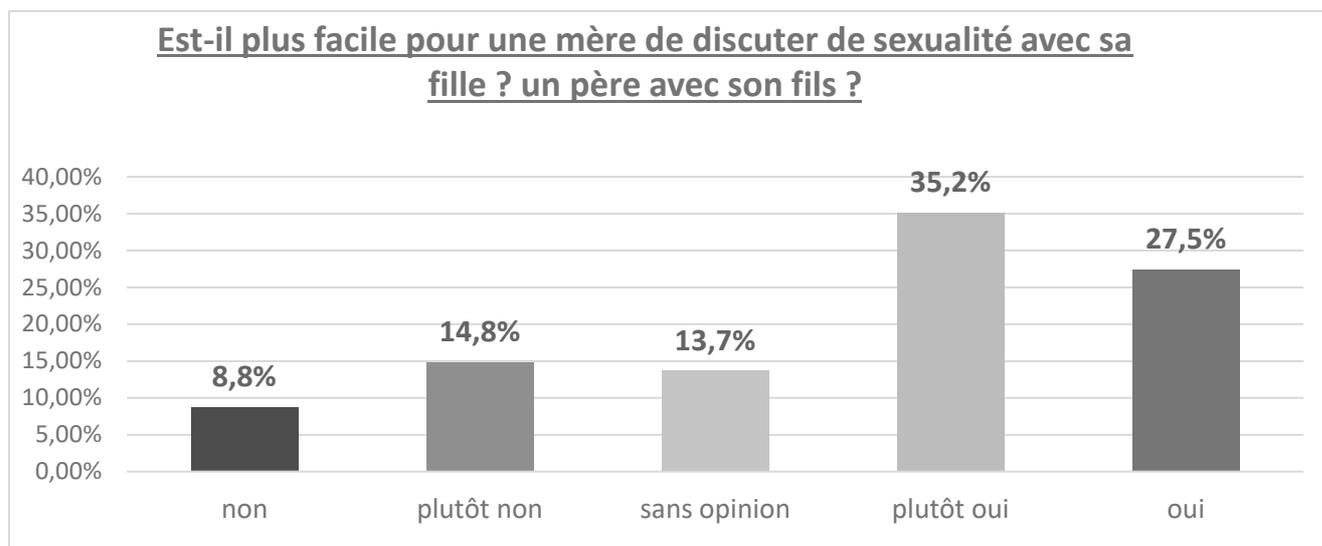
**Figure 14-** Effectifs en pourcentage de cotation de la difficulté à aborder le sujet de la sexualité

Pour 7% des parents (soit 25 parents), aborder la sexualité avec l'ADO ne représente pas de difficulté contrairement au reste des parents. Ainsi, 36% des participants (soit 133 sujets) estimaient qu'il est peu difficile d'aborder la sexualité avec leurs enfants.

En revanche, c'est une difficulté importante ou modérée pour 57% d'entre eux (soit 206 parents): 136 parents (soit 37%) y voyaient une difficulté moyenne, tandis qu'elle devenait majeure pour 70 parents (soit 19%).

Ni le sexe des adolescents ni la catégorie socio-professionnelle n'avaient d'influence sur la cotation de la difficulté ( $p = 0.65$ , test de Welch ;  $p=0,25$ , test de Kruskal-Wallis respectivement).

## **D.Représentations sociales et genrées**



**Figure 15-** Effectifs en pourcentages des répondants à la question : *Est-il plus facile pour une mère de discuter de sexualité avec sa fille ? Et pour un père avec son fils ?*

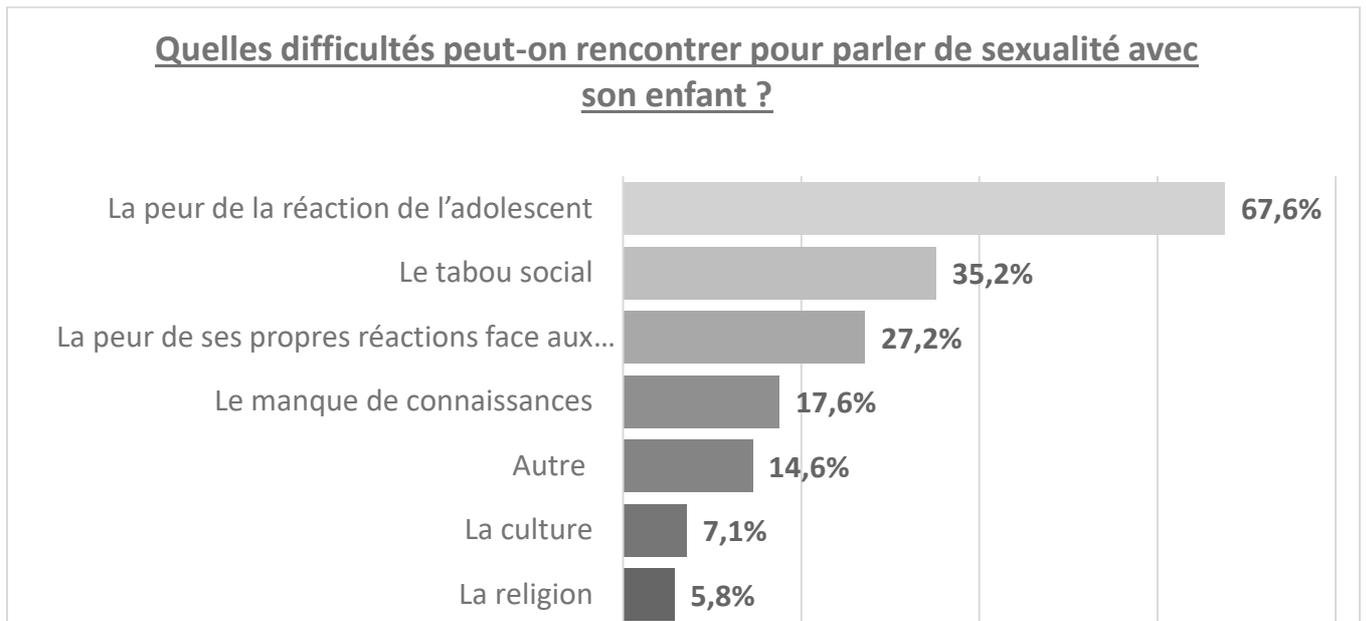
63% des parents estimaient qu'il est plus aisé de parler de la sexualité quand ils sont du même sexe que leurs enfants. Ainsi 128 parents (35%) étaient plutôt d'accord et 100 parents (28%) étaient d'accord avec cette affirmation.

Au contraire, parmi les 24 % de parents en désaccord avec cette affirmation, 32 parents (9%) l'étaient de façon certaine et 54 parents (15%) ne lui donnaient que peu de crédit. En parallèle, 14% des participants n'avaient pas d'avis sur la question soit 50 parents.

Là encore, il n'y avait pas de différence selon le sexe des participants ( $p=0,97$ , test Chi2).

## **E. Difficultés rencontrées**

a) Difficultés rencontrées par les parents lors d'un abord global de la sexualité :



**Figure 16-** effectifs en pourcentage des difficultés rencontrées à l'abord de la sexualité

Pour 68% des parents (soit 246), la principale difficulté que pouvait rencontrer un parent était la peur de la réaction de l'adolescent.

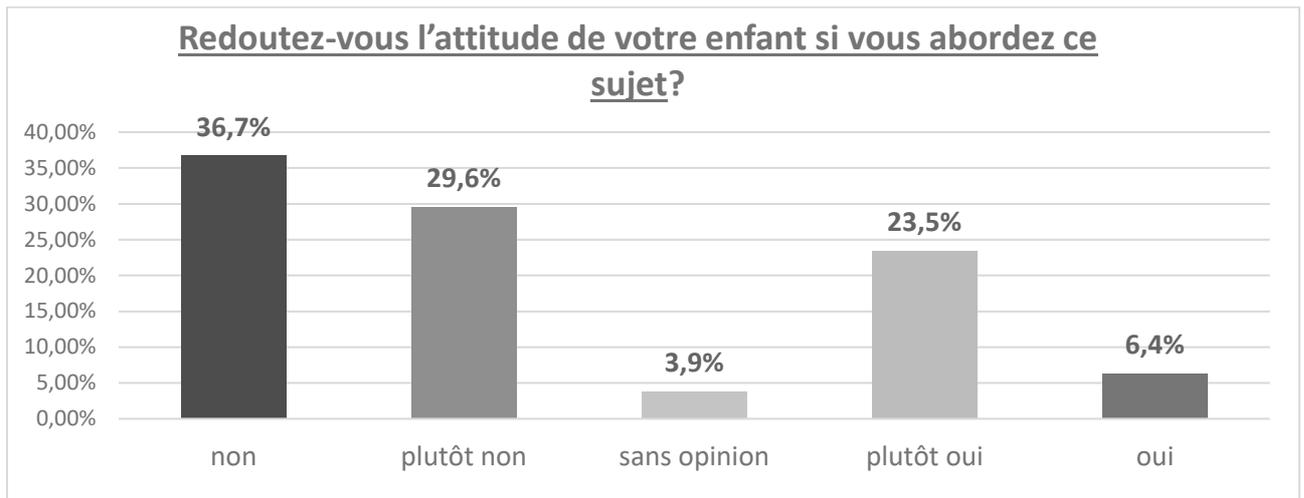
Venait ensuite le tabou social pour 35% d'entre eux (128) et la peur de leurs propres réactions face à l'enfant pour 27% (99). Pour 18% des parents, cela pouvait venir d'un manque de connaissances et 15% d'entre eux rapportaient d'autres causes.

Enfin, 7% des parents y voyaient un blocage culturel, quand 6% le définissaient comme plutôt religieux.

#### b) Evaluation ciblant certaines difficultés :

##### ○ *Peur de la réaction de l'adolescent(e) :*

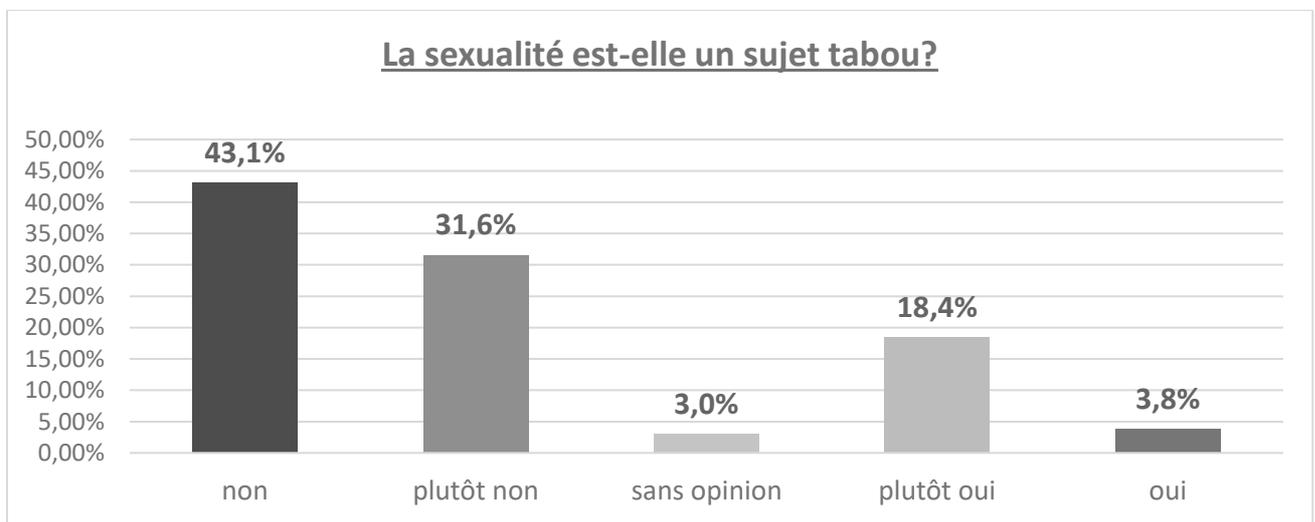
Même si comme nous venons de le voir 68% des parents reconnaissent que la peur de la réaction de l'Adolescent pouvait être un frein, lorsque la question leur était posée individuellement, ils n'étaient plus que 30 % (108) à la redouter eux même.



**Figure 17-** Effectifs en pourcentage des parents en fonction de l'attitude redoutée ou non de leur enfant à l'abord de la sexualité

Ainsi, 85 parents (soit 24%) redoutaient de façon plutôt certaine l'attitude de leur enfant lors de l'abord de la sexualité quand 23 parents (soit 6%) le redoutaient de façon certaine.

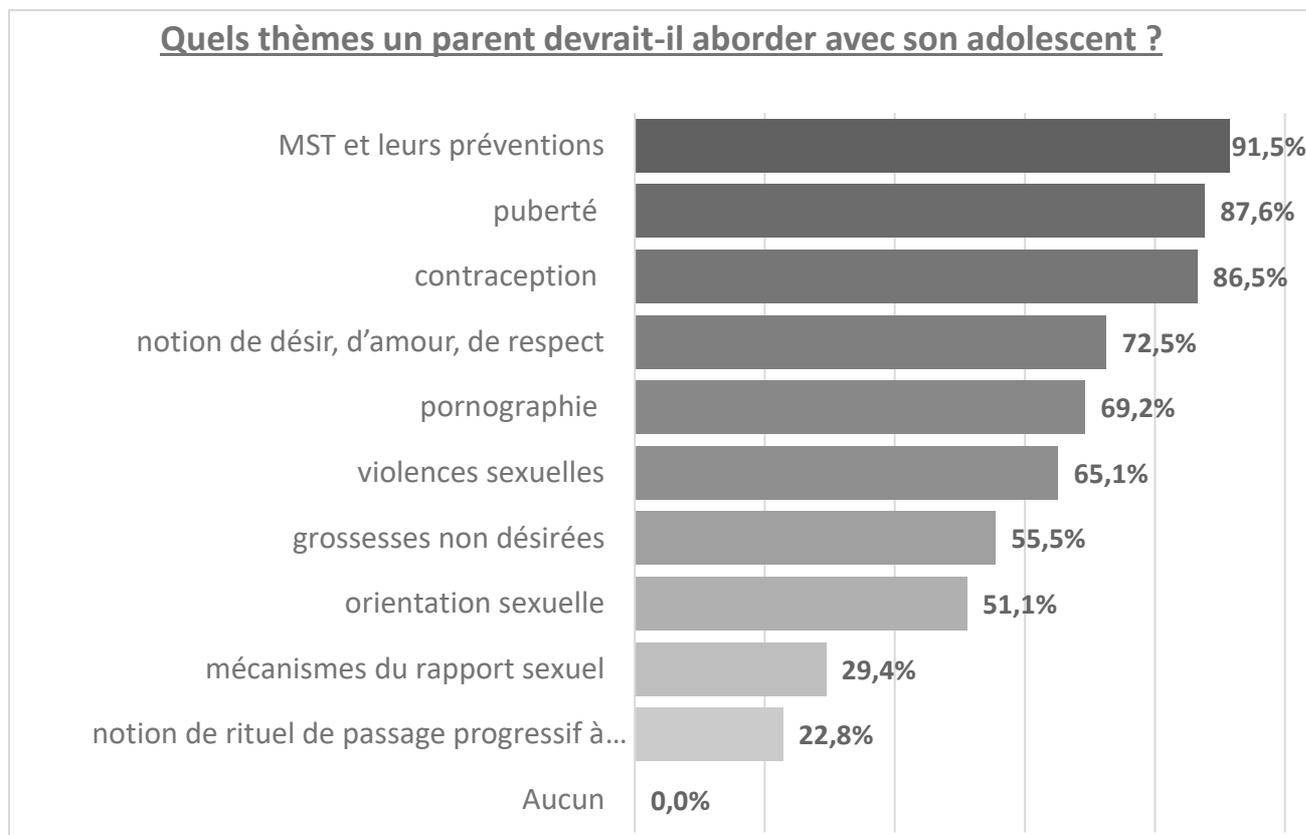
○ *Le tabou :*



**Figure 18-** Effectifs en pourcentage des parents en fonction du tabou de la sexualité

De même, bien que 128 parents (35%) fussent persuadés que le tabou social puisse être considéré comme un frein à la discussion en général, ils n'étaient que 81 (soit 22%) à affirmer que la sexualité était, pour eux, un sujet tabou.

## F. Aspirations des parents sur les sujets à aborder



**Figure 19-** Effectifs des parents en pourcentage en fonction des thèmes à aborder

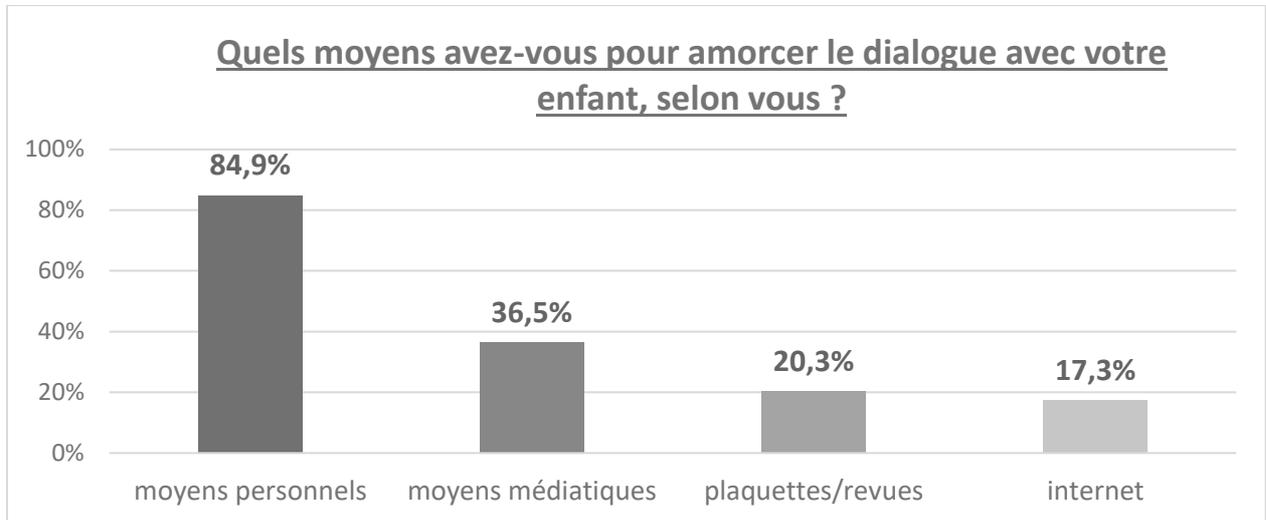
Les thèmes les plus importants à aborder pour les participants sont la puberté pour 87% d'entre eux, les IST pour 92% des parents et la contraception pour 87% également.

Ensuite, 73% identifiaient comme important l'abord des notions de désir/amour/respect, puis la pornographie pour 69% et les violences sexuelles pour 65% d'entre eux.

Pour 1 parent sur 2, les grossesses non désirées et l'orientation sexuelle sont des thèmes majeurs.

Enfin, pour 29% des parents, les mécanismes du rapport sexuel devraient être abordés ainsi que le passage progressif à l'âge adulte pour 23%.

## G. Moyens utilisés par les parents pour dialoguer avec l'ADO



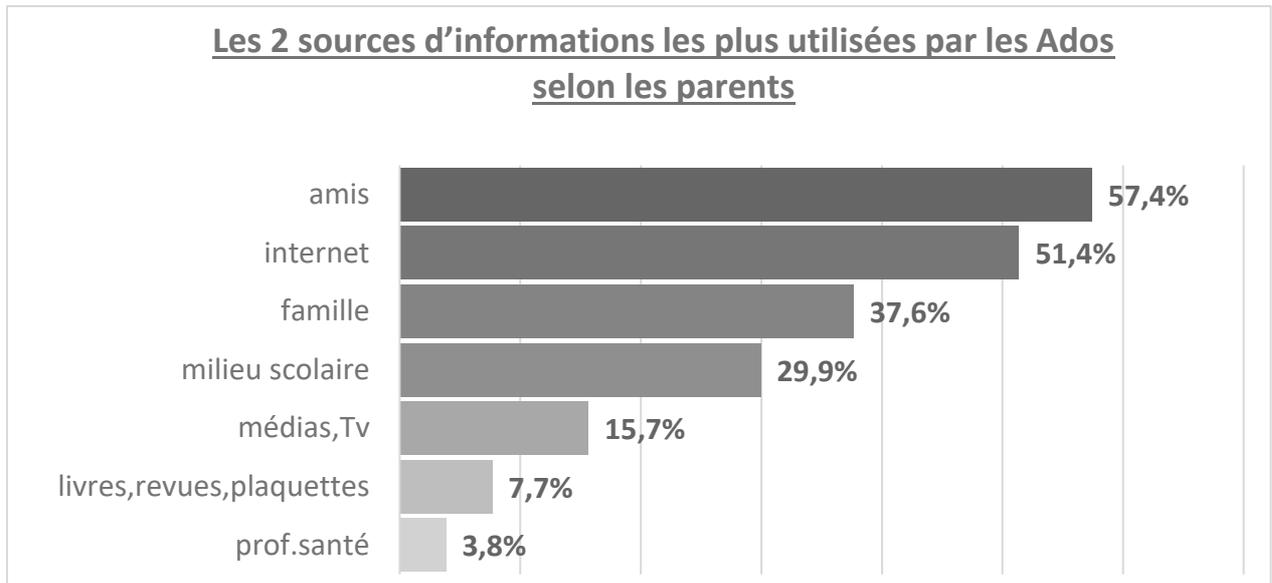
**Figure 20-** Effectifs en pourcentage des parents selon les moyens utilisés pour dialoguer avec l'Ado

Comme nous l'indique la figure précédente, 85% des parents affirmaient utiliser des moyens personnels lors de leurs discussions parents/enfants sur ce thème, soit chez 309 parents.

Ils n'étaient que 37% à utiliser les médias et 20% à s'appuyer sur des plaquettes et des revues.

Enfin, internet était le dernier moyen utilisé pour amorcer le dialogue chez 17% des participants.

## H. Sources d'informations des Ados



**Figure 21-** Effectifs en pourcentage des parents selon les 2 sources d'informations principales de leurs ADOS

Deux supports d'informations se démarquaient en interrogeant les parents sur la principale source d'information sexuelle de leurs adolescent(e)s.

Selon 57% des parents, il s'agissait de leurs amis, alors que pour 51% d'entre eux, Internet était également une source d'information essentielle.

Venaient ensuite les échanges avec sa famille pour 38% des parents. 30% pensaient au milieu scolaire. Pour 16%, il s'agissait des sources médiatiques et télévisuelles recueillaient 16% des suffrages et pour 8% des livres/plaquettes/revues.

Cependant les professionnels de santé étaient en dernière position pour 4% des participants.

## I. Analyse univariée

Il est intéressant de constater une différence notable de l'abord de la sexualité par les parents avec leurs enfants suivant le sexe du participant.

|             |              | SEXE F (n = 265) | SEXE M (n = 99) | n   | p                | test   |
|-------------|--------------|------------------|-----------------|-----|------------------|--------|
| <b>A, n</b> | Total non    | 36 (14%)         | 26 (26%)        | 62  | <b>&lt;0.01</b>  | Fisher |
|             | Sans opinion | 0 (0%)           | 2 (2%)          | 2   | -                | -      |
|             | Total Oui    | 229 (86%)        | 71 (72%)        | 300 | -                | -      |
|             |              | SEXE F (n = 265) | SEXE M (n = 99) | n   | p                | test   |
| <b>A, n</b> | non          | 9 (3.4%)         | 18 (18%)        | 27  | <b>&lt;0.001</b> | Fisher |
|             | Plutôt non   | 27 (10%)         | 8 (8.1%)        | 35  | -                | -      |
|             | Sans opinion | 0 (0%)           | 2 (2%)          | 2   | -                | -      |
|             | Plutôt oui   | 96 (36%)         | 38 (38%)        | 134 | -                | -      |
|             | oui          | 133 (50%)        | 33 (33%)        | 166 | -                | -      |

**Tableau 12** - tables de l'analyse univariée de l'abord de la sexualité en fonction du sexe des participants

En effet, les femmes étaient 15% plus nombreuses à avoir déjà abordé la sexualité avec leurs enfants (86,4% contre 71,7 % des hommes), osant pour 50% d'entre elles, un « oui » ferme. Les pères n'utilisant le « oui » que pour 33% d'entre eux, les autres préférant le « plutôt oui ».

Finalement, ils étaient 26% d'hommes à n'avoir jamais abordé la sexualité contre 14% des femmes.

Nous avons donc testé si les variables sexe et abord de la sexualité par les parents étaient indépendants ou non, et si la différence observée était significative. Pour cela, le test de Fisher a été utilisé (les effectifs des parents sans opinion étant inférieur à 5).

Pour un risque  $\alpha$  de 0,05, il existait un lien entre le sexe et l'abord de la sexualité, la différence observée était statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

De même, il existait un lien et une différence significative entre l'abord de la sexualité et la situation socio-professionnelle. ( $p < 0,001$ ).

Ainsi, on remarquait que toutes les catégories abordaient majoritairement la sexualité sauf celle des agriculteurs. Les catégories qui semblaient le plus aborder la sexualité étaient les artisans, les cadres, les retraités puis les professions intermédiaires et les employés.

En revanche, les catégories en parlant le moins avec leurs enfants étaient les personnes sans activités professionnelles, les agriculteurs et les ouvriers. De plus, la catégorie ouvrière était celle utilisant le plus le « non » ferme après celle des agriculteurs et en parlait de façon plus modérée (ont répondu plutôt oui de façon majoritaire).

| A /PCS            | Empl.<br>n = 94 | Ouv.<br>n = 86 | Pf. Inter.<br>n = 72 | cadres<br>n = 66 | Artis.<br>n = 27 | autres<br>n = 15 | Agri.<br>n = 2 | Retr.<br>n = 2 | n   | p                | test          |
|-------------------|-----------------|----------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|-----|------------------|---------------|
| <b>non</b>        | 4(4.3%)         | 17(20%)        | 0(0%)                | 2(3%)            | 2(7.4%)          | 0(0%)            | 2(100%)        | 0(0%)          | 27  | <b>&lt;0.001</b> | <b>Fisher</b> |
| <b>Plutôt non</b> | 9(9.6%)         | 8(9.3%)        | 8(11%)               | 5(7.6%)          | 0(0%)            | 5(33%)           | 0(0%)          | 0(0%)          | 35  | -                | -             |
| <b>Sans op.</b>   | 0(0%)           | 2(2.3%)        | 0(0%)                | 0(0%)            | 0(0%)            | 0(0%)            | 0(0%)          | 0(0%)          | 2   | -                | -             |
| <b>Plutôt oui</b> | 39(41%)         | 31(36%)        | 28(39%)              | 22(33%)          | 9(33%)           | 5(33%)           | 0(0%)          | 0(0%)          | 134 | -                | -             |
| <b>oui</b>        | 42(45%)         | 28(33%)        | 36(50%)              | 37(56%)          | 16(59%)          | 5(33%)           | 0(0%)          | 2(100%)        | 166 | -                | -             |
| <b>total non</b>  | 13(14%)         | 25(29%)        | 8(11%)               | 7(11%)           | 2(7.4%)          | 5(33%)           | 2(100%)        | 0(0%)          | 62  | <b>&lt;0.001</b> | <b>Fisher</b> |
| <b>sans Op.</b>   | 0(0%)           | 2(2.3%)        | 0(0%)                | 0(0%)            | 0(0%)            | 0(0%)            | 0(0%)          | 0(0%)          | 2   | -                | -             |
| <b>total oui</b>  | 81(86%)         | 59(69%)        | 64(89%)              | 59(89%)          | 25(93%)          | 10(67%)          | 0(0%)          | 2(100%)        | 300 | -                | -             |

*Tableau 13 - table de l'analyse univariée de l'abord de la sexualité statistiquement différente suivant la situation socio-professionnelle*

## 4-4 Rôle du médecin traitant

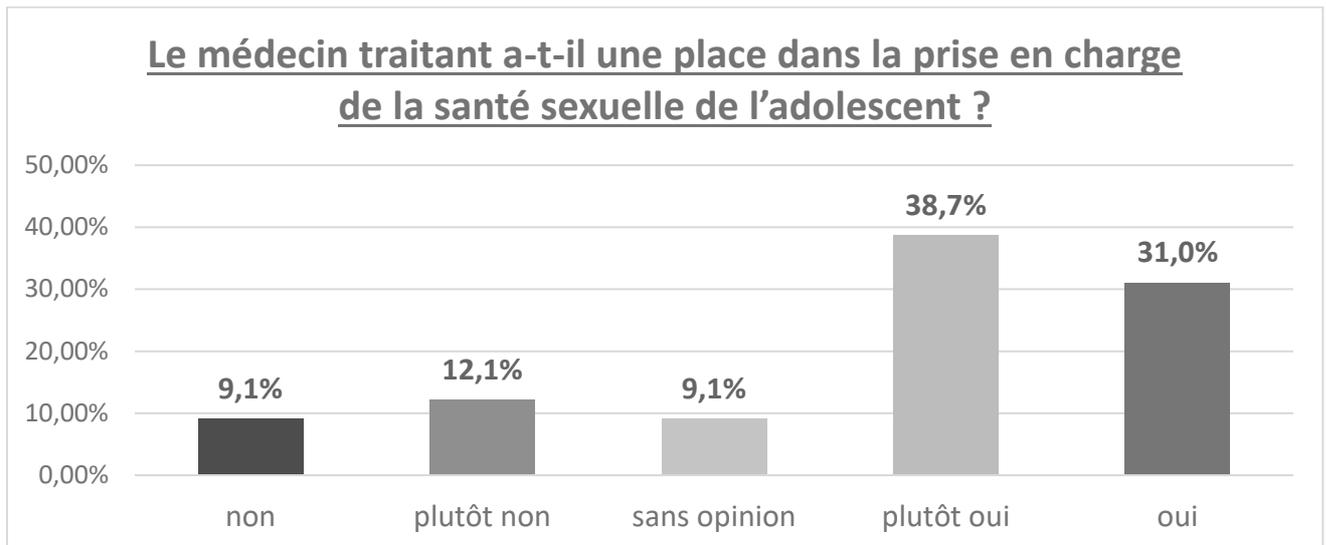
### A. La place du médecin traitant dans la santé sexuelle

| Le MT a-t-il une place dans la PEC<br>de la santé sexuelle de l'ado ? | N (N%)      |
|---|-------------|
| non   | 33 (9,1%)   |
| plutôt non  | 44 (12,1%)  |
| sans opinion  | 33 (9,1%)   |
| plutôt oui  | 141 (38,7%) |
| oui   | 113 (31,0%) |
| Total général   | 364 (100%)  |

**Tableau 14-** Récapitulatif des effectifs en nombre et en pourcentage de parents répondant à la question : Le médecin traitant a-t-il une place dans la prise en charge de la santé sexuelle de l'adolescent ?

La grande majorité des parents, 70%, estimaient qu'il est du rôle du médecin traitant de prendre en charge la santé sexuelle de leurs enfants, alors que seuls 21% d'entre eux pensaient le contraire.

Et, 9% étaient sans opinion sur le sujet.

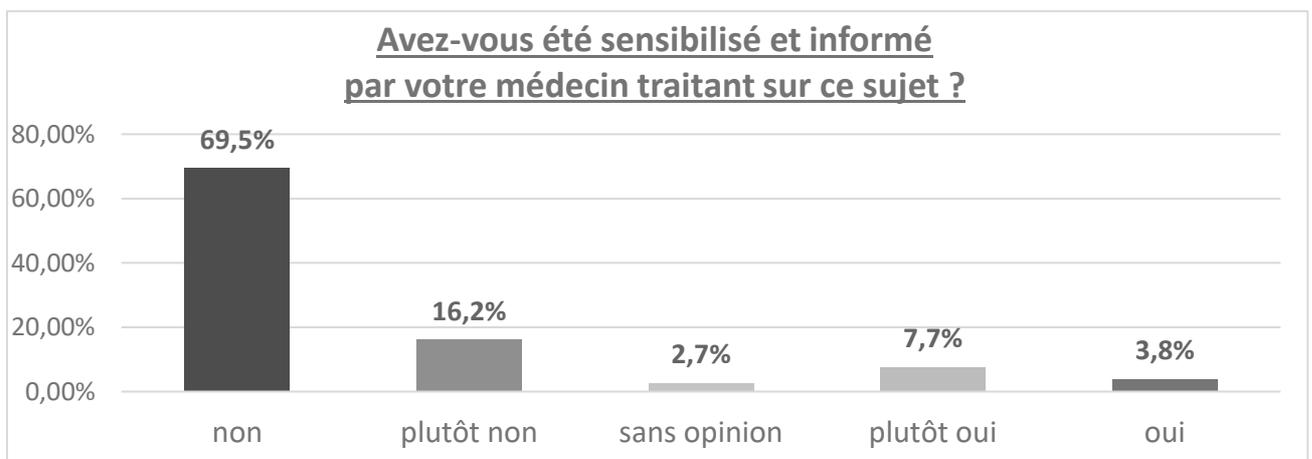


**Figure 22-** Effectifs en pourcentage des parents selon la place du Médecin traitant dans la prise en charge de la santé sexuelle de l'ADO

Parmi ceux qui pensaient qu'il est du rôle du médecin traitant de prendre en charge la santé sexuelle de l'ADO, 113 parents (31%) avaient répondu oui et 141 parents (39%) avaient répondu plutôt oui.

## **B. Sensibilisation à l'éducation sexuelle par le MT**

### *a) Sensibilisation par le médecin :*



**Figure 23 -** Effectifs des parents en pourcentage selon la sensibilisation par leur Médecin traitant

Autre point, 86% des parents affirmaient n'avoir jamais été sensibilisés à cette question par leur médecin traitant soit 312 parents.

Seuls 12% des participants répondaient y avoir été sensibilisés, bien que 8% d'entre eux aient répondu « plutôt oui », laissant supposer une sensibilisation modérée.

3% des parents restaient sans opinion.

*b) Besoin ressenti par le parent à être sensibilisé par le médecin :*

| <b>Avez-vous ressenti le besoin de solliciter votre MT ?</b> | <b>N N(%)</b> |
|--|---------------|
| <b>Non</b>   | 202 (55,5%)   |
| <b>Plutôt non</b>  | 71 (19,5%)    |
| <b>Sans opinion</b>  | 10 (2,8%)     |
| <b>Plutôt oui</b>  | 47 (12,9%)    |
| <b>Oui</b>   | 34 (9,3%)     |
| <b>Total général</b>   | 364 (100%)    |

*Tableau 15- Effectifs en nombre et en pourcentage des parents répondant à la question : Avez-vous pensé ou ressenti le besoin de solliciter votre médecin traitant sur des questionnements concernant la prévention de la santé sexuelle de votre ADO ?*

75% des parents ne ressentait cependant pas le besoin de solliciter leur médecin traitant concernant la prise en charge de la santé sexuelle de leurs adolescents. Ils étaient en revanche 22% à en avoir ressenti le besoin.

La majorité n'avaient pas ressenti le besoin de solliciter leur Médecin traitant concernant la prise en charge de la santé sexuelle de leurs ADOS. Cela concernait 273 parents (soit 75%).

3% n'avaient pas d'opinion sur la question.

Ils étaient cependant 22% à en avoir ressenti le besoin. En effet, 34 parents (soit 9%) avaient répondu oui et 47 parents (soit 13%) avaient répondu plutôt oui.

c) Les parents proposent-ils à l'ADO une consultation chez le MT :

| Conseil donné à l'ado de consulter le MT | N N(%)      |
|--|-------------|
| Non                                      | 244 (67,0%) |
| Plutôt non                               | 42 (11,5%)  |
| Sans opinion                             | 6 (1,7%)    |
| Plutôt oui                               | 28 (7,7%)   |
| Oui                                      | 44 (12,1%)  |
| Total général                            | 364 (100%)  |

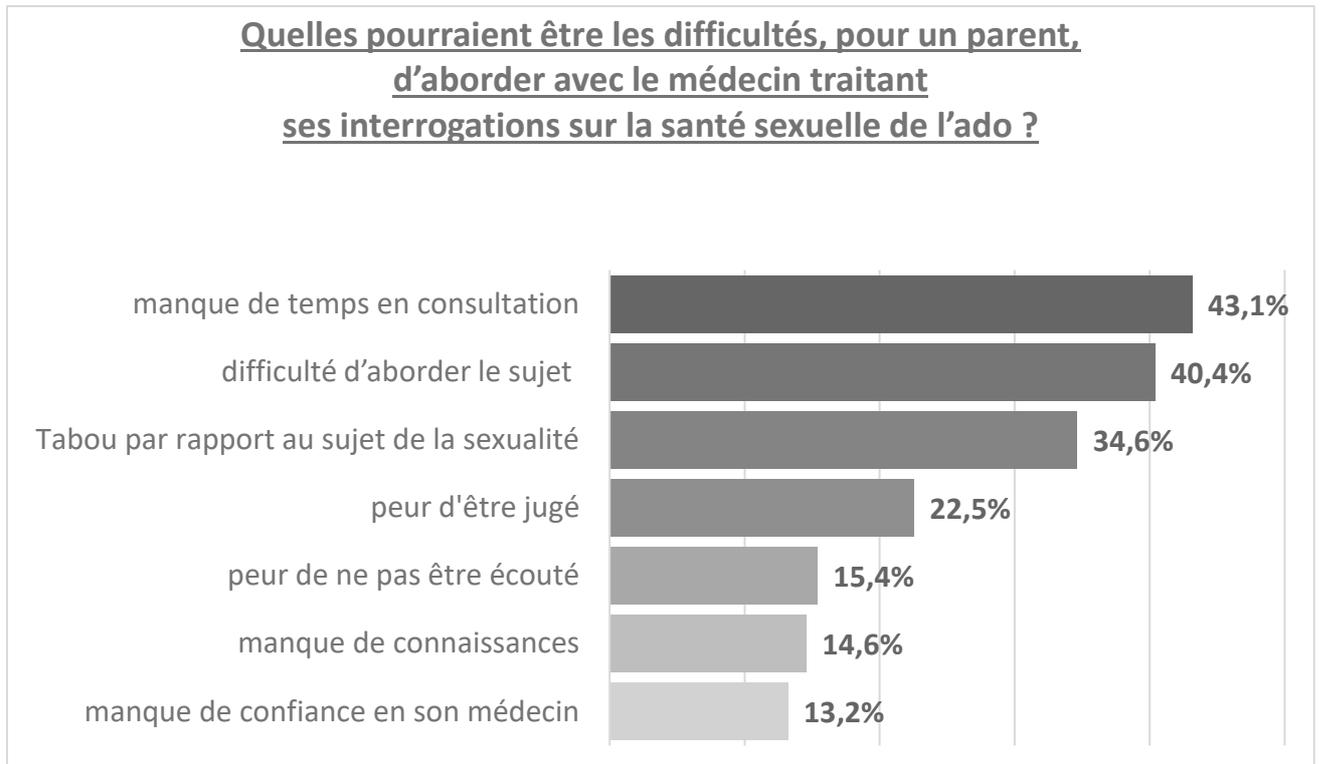
**Tableau 16:** Effectifs en nombre et en pourcentage de parents répondant à la question :

*Avez-vous déjà conseillé à votre enfant de prendre contact avec son médecin traitant ?*

Par ailleurs, 78% des parents avouaient ne pas avoir conseillé à leurs adolescents de consulter leur médecin traitant sur le sujet.

Ils n'étaient que 20% à avoir orienté leurs enfants en ce sens, ne laissant que 2% des participants sans opinion.

## **C. Difficultés rencontrées dans la discussion avec son MT**



*Figure 24- Effectifs des parents en pourcentage selon les difficultés rencontrées pour aborder le sujet avec le MT*

Concernant les difficultés à parler à son médecin, trois causes principales se démarquaient. La première difficulté rapportée par les parents (43% d'entre eux) était le manque de temps en consultation.

Ensuite, 40% des parents, éprouvaient le besoin que le sujet soit initié par le médecin.

La difficulté majeure pour 35% de participants, n'était autre que le tabou lié à la sexualité.

Par ailleurs, 23% des parents rencontraient une peur d'être jugé, 15% d'entre eux estimaient manquer de connaissances et 15% encore redoutaient simplement de ne pas être écoutés. A cela s'ajoutent les 13% de participants ne faisant pas confiance à leur médecin.

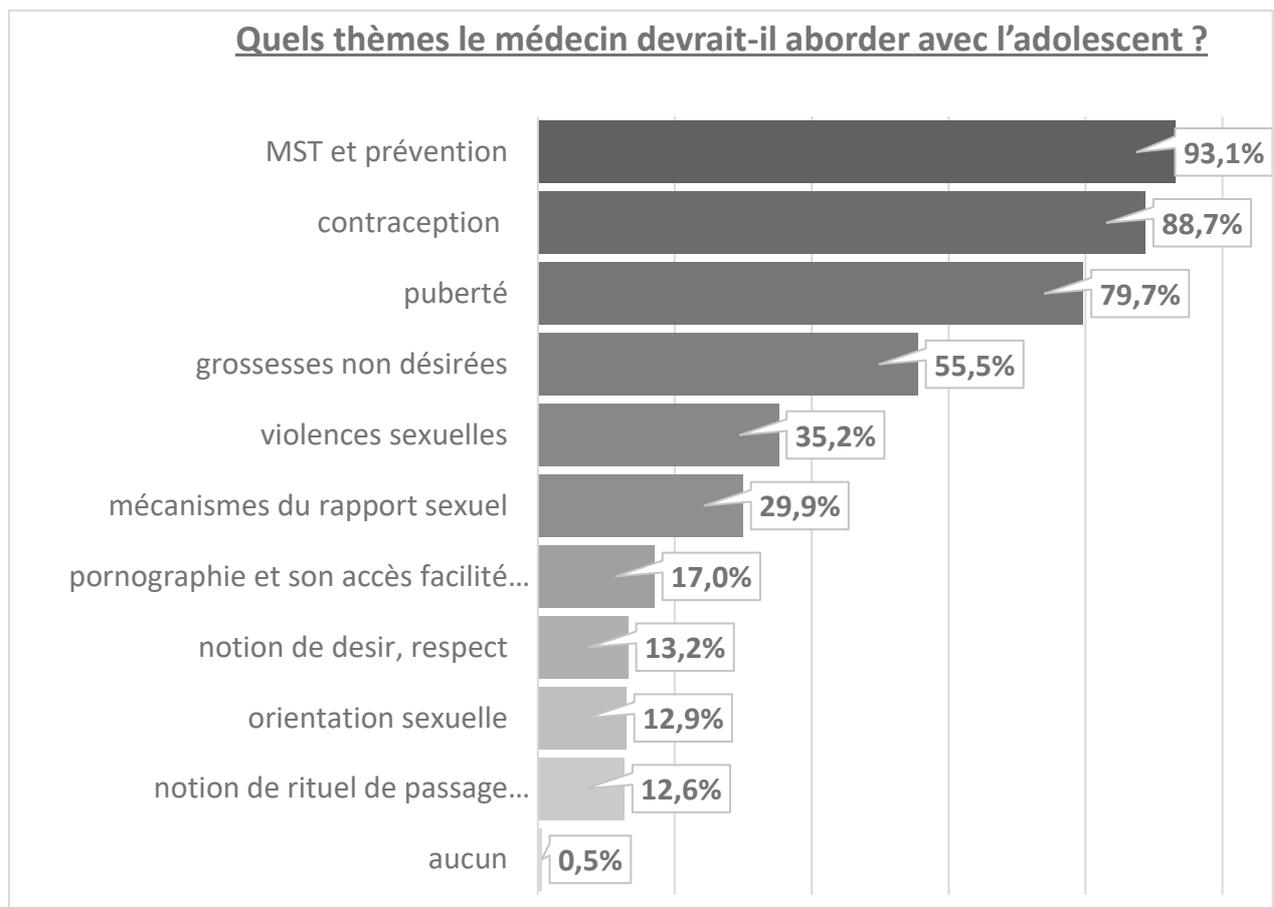
## **D. Thèmes à aborder par le MT selon les parents**

Concernant les thèmes à aborder par le MT selon les parents d'ADOS, 3 thèmes ressortaient et faisaient l'adhésion chez au moins 80% des participants.

Ces 3 thèmes principaux étaient :

- Les MST et leur prévention pour 339 parents (soit 93%),
- La contraception pour 323 parents (soit 89%),
- Et la puberté pour 290 parents (soit 80%).

Ces 3 thèmes faisaient consensus et laissaient entre-apercevoir par quelles voies d'abord sensibiliser les parents.



**Figure 25** - Effectifs des parents en pourcentage selon les thèmes à aborder par le MT avec l'Ado.

Ensuite pour 1 parent sur 2 : il était du rôle du médecin traitant de prévenir les grossesses non désirées. Cela était rapporté par 202 parents (soit 55%).

Près d'un tiers des parents étaient sensibles à une discussion autour des violences sexuelles et du mécanisme du rapport sexuel.

Pour 17 % des participants, la pornographie et son accès facilité via les réseaux sociaux devraient être abordés, lorsqu'ils étaient moins de 15% à plébisciter les thèmes de l'orientation sexuelle, de la notion de désir respect et de rituel de passage progressif à l'âge adulte.

Si précédemment 21% des parents pensaient que le médecin traitant n'avait pas de rôle dans la prise en charge la santé sexuelle de leurs adolescents, ceux-ci ne sont cependant plus que 1% à ne trouver aucun thème à aborder par le médecin lorsque l'on détaille les sujets.

## **E. Information reçue par l'ADO**

| <b>Les Ados ont-ils reçu l'info nécessaire ?</b> | <b>N N(%)</b>     |
|--|-------------------|
| <b>Non</b>                                       | 74 (20,3%)        |
| <b>Plutôt non</b>                                | 61 (16,8%)        |
| <b>Sans opinion</b>                              | 54 (14,8%)        |
| <b>Plutôt oui</b>                                | 137 (37,6%)       |
| <b>Oui</b>                                       | 38 (10,4%)        |
| <b>Total général</b>                             | <b>364 (100%)</b> |

**Tableau 17-** *Effectifs des parents en nombre et en pourcentage répondant à la question : Selon vous, votre ADO a-t-il reçu toute l'information et la prévention nécessaire à sa santé sexuelle ?*

37% des participants pensaient que leurs enfants n'avaient pas suffisamment été informés sur leur santé sexuelle, lorsque 48% d'entre eux rapportaient le contraire.

15% des parents étaient ici sans opinion. Les parents d'adolescents étaient donc plus mitigés concernant l'information et la prévention reçue par leurs enfants.

## **F. Analyse univariée**

La répartition de l'importance du rôle du médecin traitant dans la prise en charge des adolescents n'était pas différente selon le sexe des parents, ( $p=0,072$ ,  $\chi^2$ ) ni selon sexe du MT ( $p=0,3$ ,  $\chi^2$ ) mais variait selon l'âge des participants.

|                     | Moyenne (écart-type) | Médiane [Q25-75]   | min  | max  | n   | p            | test         |
|---------------------|----------------------|--------------------|------|------|-----|--------------|--------------|
| <b>Total non</b>    | 44.5 ( $\pm 5.08$ )  | 45.0 [40.0 - 47.0] | 35.0 | 64.0 | 77  | <b>0.018</b> | <b>Anova</b> |
| <b>Sans opinion</b> | 41.8 ( $\pm 4.91$ )  | 40.0 [40.0 - 47.0] | 30.0 | 52.0 | 33  | -            | -            |
| <b>Total oui</b>    | 43.0 ( $\pm 5.04$ )  | 43.0 [39.2 - 46.0] | 33.0 | 55.0 | 254 | -            | -            |

*Tableau 18 - Table de l'analyse univariée du rôle du médecin traitant en fonction de l'âge des participants*

En effet, la moyenne d'âge de ceux qui pensaient que le MT n'avait pas de rôle dans la santé sexuelle de l'ADO, était de 44,5 ans.

Ceux plaçant le médecin traitant comme ayant un rôle à jouer étaient plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 43 ans.

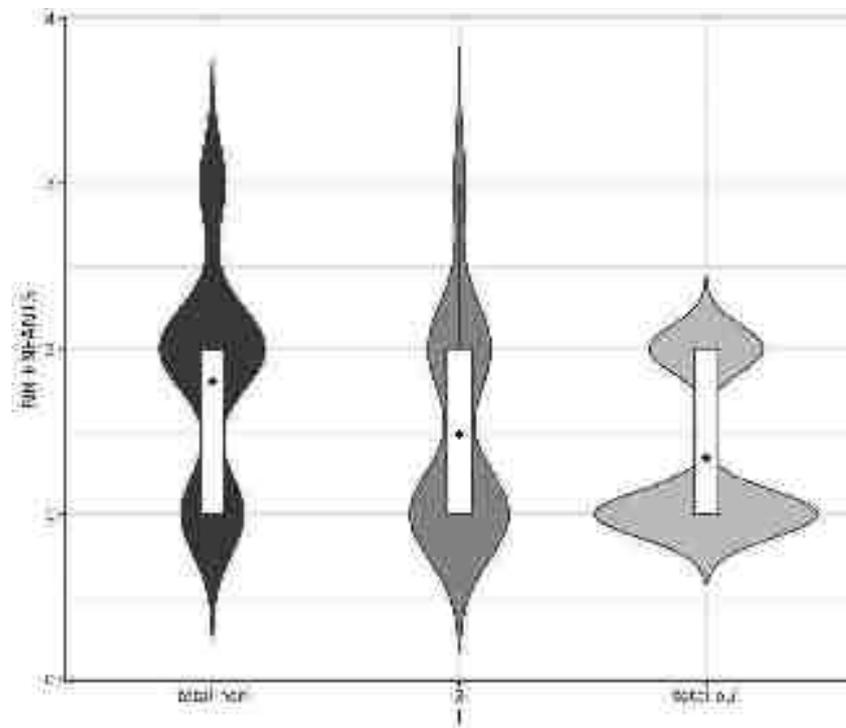
Plus jeunes encore (41,8 ans) étaient ceux répondant « sans opinion ». ( $p=0,018$ ).

L'importance donnée au médecin variait aussi suivant le nombre d'ADOS par foyer.

|                  | moyenne (écart-type) | médiane [Q25-75]   | min  | max  | n   | p                | test         |
|------------------|----------------------|--------------------|------|------|-----|------------------|--------------|
| <b>Total non</b> | 1.81 (±0.650)        | 2.00 [1.00 - 2.00] | 1.00 | 3.00 | 77  | <b>&lt;0.001</b> | <b>Anova</b> |
| <b>Sans op.</b>  | 1.48 (±0.619)        | 1.00 [1.00 - 2.00] | 1.00 | 3.00 | 33  | -                | -            |
| <b>Total oui</b> | 1.34 (±0.474)        | 1.00 [1.00 - 2.00] | 1.00 | 2.00 | 254 | -                | -            |

**Tableau 19** - Table de l'analyse univariée du rôle du médecin traitant en fonction du nombre d'ADOS/foyer des participants

Plus les participants avaient d'ADOS, plus la tendance à minimiser l'implication du médecin traitant était grande. Les parents répondant « sans opinion » se placent à mi-chemin entre ces deux tendances. ( $p < 0,001$ )

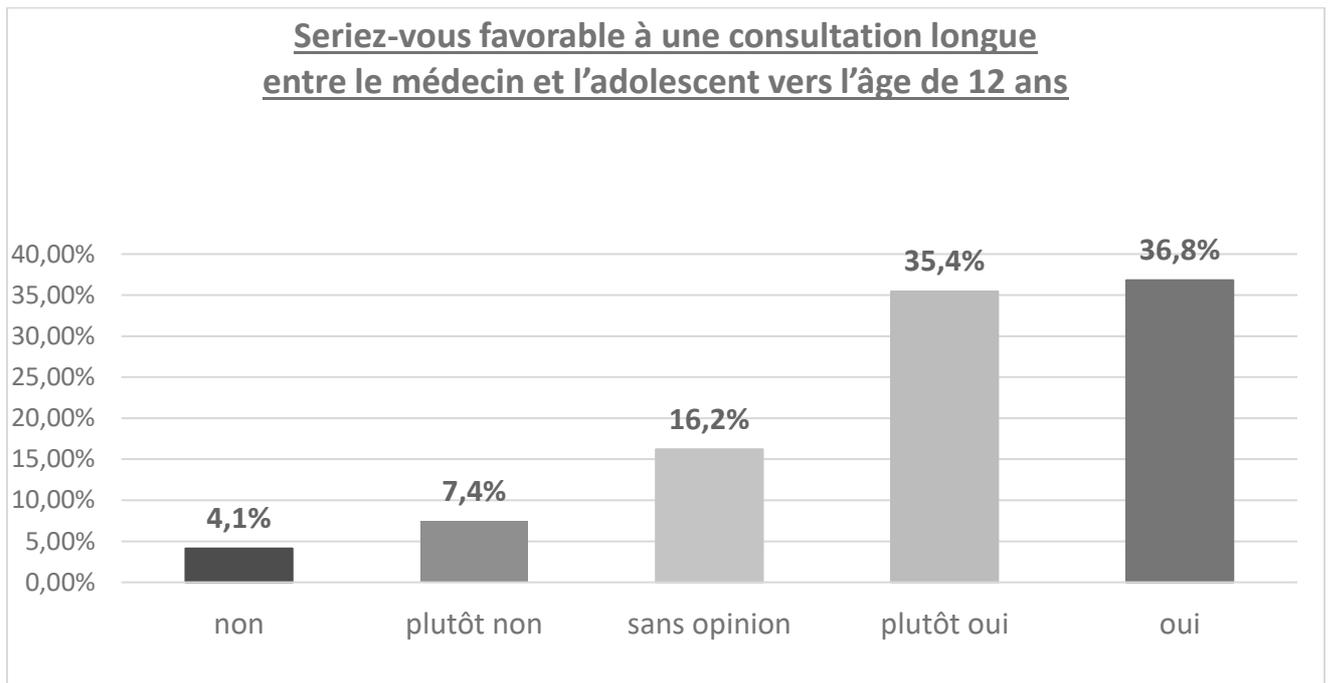


**Figure 26** - Diagramme en violon représentant la répartition du rôle du médecin traitant en fonction du nombre d'ADOS/foyer

## 4-5 Pistes d'amélioration

### A. Consultation dédiée à la prévention

A la question de l'adhésion ou non à une consultation précoce, un âge de 12 ans a été défini lors de l'élaboration du questionnaire. Cet âge pouvait cependant paraître jeune à certains parents.



**Figure 27** - Effectifs des parents en pourcentage selon leur adhésion à une consultation de prévention vers 12 ans entre le MT et l'ADO

72% soit 263 parents, se sont placés favorablement à l'idée d'une consultation précoce.

Seuls 11% des participants n'y étaient pas favorables, alors que 16% restaient sans opinion sur la question.

## **B. Faciliter l'accès à la consultation médicale**

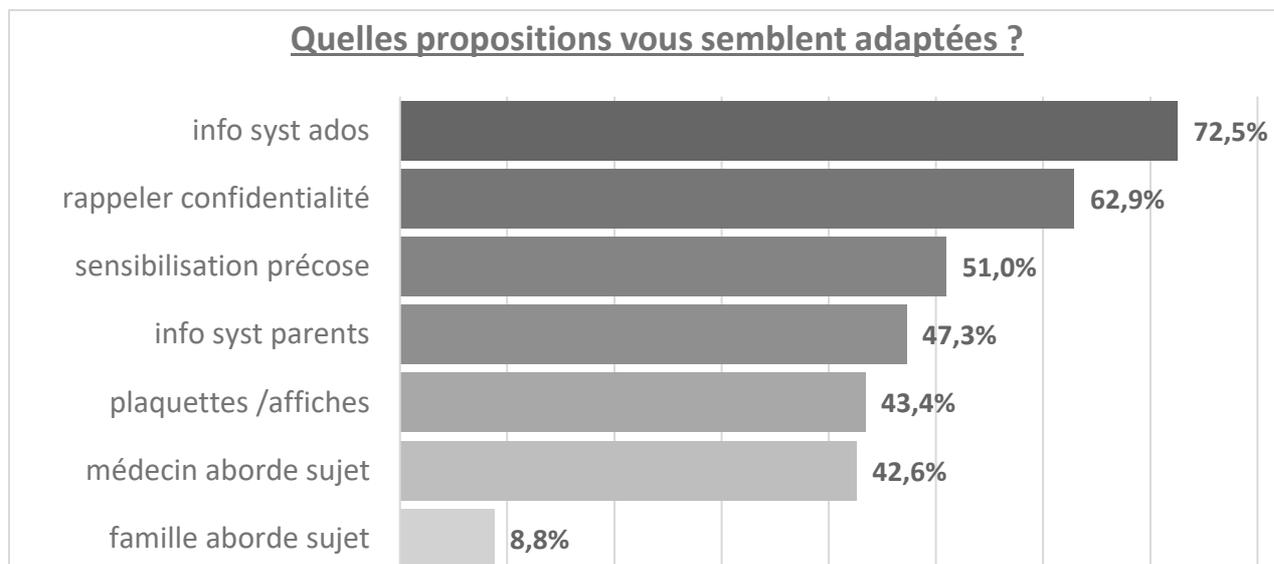
La quasi-totalité des parents, soit 90%, rapportaient pouvoir faciliter la réalisation d'une consultation précoce par un positionnement positif auprès de leurs adolescents et pour plus de la moitié cela l'était de façon certaine.

Seuls 3% pensaient le contraire et 7% d'entre eux n'émettaient pas d'opinion.

| <b>Les parents peuvent-ils favoriser cette consultation une attitude positive ?</b> | <b>N N (%)</b>    |
|---|-------------------|
| <b>Non</b>  | 6 (1,7%)          |
| <b>Plutôt non</b>   | 5 (1,4%)          |
| <b>Sans opinion</b>   | 25 (6,9%)         |
| <b>plutôt oui</b>   | 131 (36,0%)       |
| <b>oui</b>  | 197 (54,1%)       |
| <b>Total général</b>  | <b>364 (100%)</b> |

***Tableau 20** - Effectifs en nombre et en pourcentages des parents répondant à la question : Pensez-vous qu'un parent, par son attitude positive avec son ado, puisse favoriser la réalisation de celle-ci ?*

## C. Attentes des parents du milieu médical



**Tableau 21** - Effectifs des parents en pourcentage selon les propositions de prévention adaptées

73% des parents estimaient qu'il était nécessaire de systématiquement d'informer les adolescents. 63% souhaitaient que le rappel de la confidentialité soit essentiel.

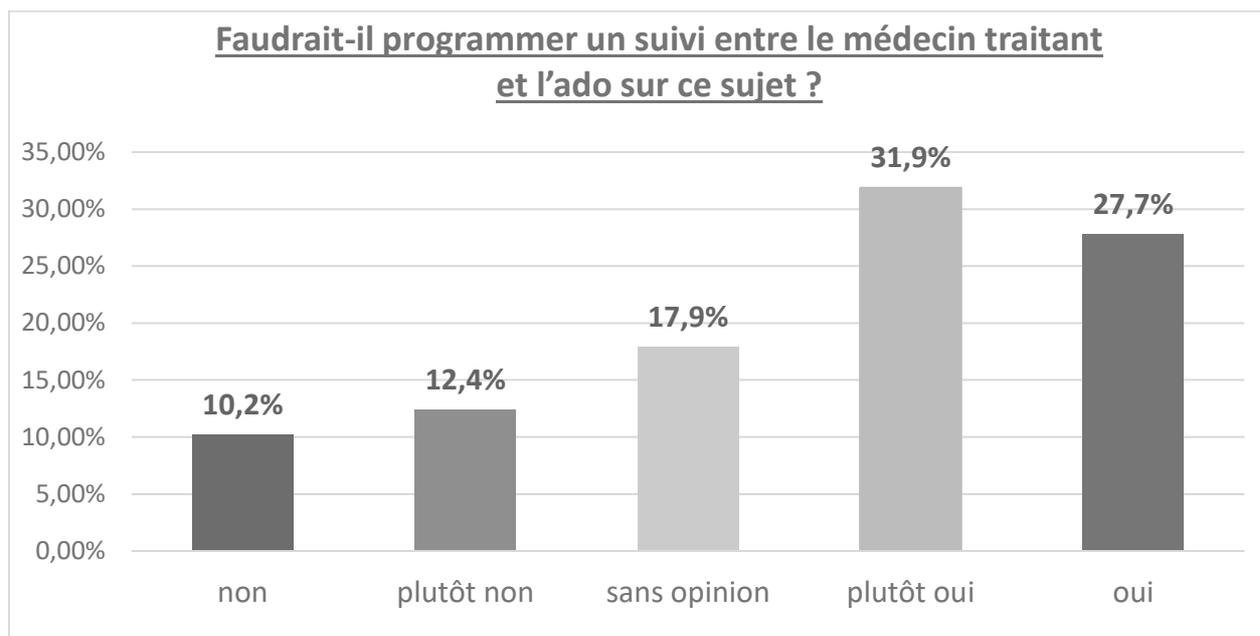
Pour près d'1 parent sur 2 (51%), une sensibilisation précoce dès l'entrée dans l'adolescence semblait nécessaire quand 43% voulaient que le médecin traitant en prenne l'initiative.

47% rapportaient même la nécessité pour les parents d'être informés dans ce domaine par leur médecin traitant. Par ailleurs, 43% des participants soulevaient l'intérêt de supports documentaires sous forme de plaquettes et d'affiches en salle d'attente.

Les parents souhaitant être eux-mêmes à l'initiative de la demande ne représentent que 9%.

## D. Le suivi

Une majorité de parents (60%) s'est dit favorable à la mise en place d'un suivi de leur adolescent sur le thème de la sexualité, soit 117 parents.



**Figure 28** - effectifs des parents en pourcentage selon leur adhésion à un suivi de l'ADO sur ce sujet.

Seuls 23% (82 parents) n'y étaient pas favorables, tandis que 18% (65) ne souhaitaient pas se positionner sur la question.

## **E. Commentaires**

- « En tant que parents, nous ne sommes pas assez proactifs. On ne voit pas son enfant grandir et on ne pense pas que c'est déjà le moment d'en parler. »
- « Les médecins devraient aller en parler dans les écoles »
- « Le problème parfois est que la communication est très difficile avec son ADO. Du coup même si on a envie d'en discuter il y a un rejet de l'adolescence pour les discussions qui lui paraissent gênantes. Du coup une aide extérieure serait parfois la bienvenue car c'est important que l'adolescent soit sensibilisé très tôt sans aucun tabou. »

- « Le plus compliqué étant de trouver le bon moment : pas trop tôt ni trop tard en fonction de l'âge de l'adolescent et de sa maturité. Nous n'avons pas fait de séances à proprement dit mais nous avons saisi les opportunités d'en discuter. L'implication du médecin de manière proactive serait vraiment très bien »
- « Il existe aujourd'hui de nombreux livres et associations, mais malheureusement si le parent n'en informe pas l'enfant il est encore trop peu sensibilisé par d'autres voix. »
- « une chaîne YouTube ludique permettrait aux ADOS d'avoir une information de qualité et en toute intimité. »
- « c'est un sujet qui est difficile à aborder, il faut une grande confiance entre le parent et l'enfant. il faut communiquer régulièrement et ça rend plus facile d'aborder les sujets. »
- « Tous les adolescents ne démarrent pas leur sexualité à 12ans. Leur parler sexualité à l'âge ou cela ne les intéresse pas du tout est plutôt contreproductif. Car c'est leur vie privée. Mais peut-être plutôt vers une gynécologue qu'un médecin traitant. »
- « Je pense également que des professionnels de santé tels que les sages-femmes pourraient avoir des rdvs avec ADOS pour leur expliquer la sexualité. »
- « c'est d'autant plus compliqué quand on est une famille recomposée. »
- « Les médecins généralistes sont toujours pressés et semble pas intéressés par ce sujet. Ils abordent le sujet plutôt vers 16 ans. »
- « Un RDV avec un médecin pour aborder ce sujet de la sexualité, mais autre que traitant normal pour avoir plus de liberté d'expression »
- « La sexualité des adolescents semble être une question à plusieurs volets : certains plutôt médicaux (physiologie, anatomie, questions médicales très précises, etc.) qui selon moi doivent être abordées avec un médecin, d'autres touchant plus aux valeurs humaines et à la relation à l'autre, qui me semblent plus être du ressort des parents. Certaines thématiques comme la protection par rapport aux IST sont à aborder par tous les moyens possibles

(parents, médecins, éducation nationale, associations, campagnes de communication nationales, etc.) »

- « Il est vrai que la médecine comme l'école doivent se substituer à l'éducation parentale lorsqu'elle est défaillante. De futurs parents éduqués sauront en parler avec leurs enfants. Le plus dur me semble-t-il est de trouver le bon moment ou l'accroche. Ce qui n'est pas simple c'est d'établir la limite entre le jardin secret de l'adolescent et la nécessité d'approfondir l'échange. »

Lors de cette étude, 2 participant(e)s ont fait part spontanément dans leurs commentaires de faits de viols subit dans leur enfance avec des témoignages poignants impossible à retranscrire ici.

## **F. Plaquette d'information à destination des médecins**

La plaquette d'information a été réalisée dans le but d'informer les médecins généralistes sur les résultats de l'enquête et ainsi mettre en évidence le point de vue des parents d'adolescents sur la prise en charge de la santé sexuelle de leurs enfants.

Elle se présente en un flyer recto verso au format A4. Le recto rappelle le contexte et le type d'étude, le verso fait part des résultats et suggère des pistes d'améliorations.

Un code couleur bleu a été utilisé pour plusieurs raisons : c'est une couleur facilement imprimable car c'est une couleur primaire et elle permet de créer du contraste. Elle fonctionne très bien dans son adaptation à tous les supports. D'autre part c'est une couleur qui évoque l'assurance, la bienveillance et l'expertise.

La plaquette est visible dans son intégralité en annexe.

# V- Discussion

## A. Choix du questionnaire :

La forme du questionnaire auto administré a été choisie pour deux raisons. Tout d'abord, afin d'éviter la gêne occasionnée par la présence d'un enquêteur dans le cadre d'une étude portant sur l'intime. Ensuite, pour se prémunir des biais d'informations et des biais liés à l'enquêteur.

L'échelle de Likert a été utilisée lorsque cela était possible. C'est un outil psychométrique connu, reproductible et fiable pour la mesure d'opinions, de comportements ou de perceptions (66). Contrairement aux questions binaires, l'échelle de Likert couvre un spectre d'opinions plus large. Selon Alwin et Krosnick, il est possible de prévoir un point neutre, pour plus de fiabilité de l'échelle, ce que nous avons fait. (70) De plus, elle permet d'évaluer en amont la fiabilité du test. (71)

## B. Caractéristiques de l'échantillon :

Nous avons un effectif féminin plus important.

Ce résultat était probablement dû au fait que les mères se sentent généralement plus concernées par le sujet étudié et sont souvent plus impliquées dans la gestion familiale (72).

Cette différence observée nous rendait également attentif à un possible biais d'échantillonnage. Il pourrait être judicieux d'introduire, à l'avenir, des quotas selon le sexe afin de s'assurer d'un échantillon plus représentatif de la population générale.

La répartition socio professionnelle était comparable à la CC de Saverne. Il existait tout de même une légère surestimation de la catégorie des employés. (69)

Cela peut être expliqué par le fait qu'en période d'épidémie de Covid-19, l'organisation professionnelle de cette catégorie ait été particulièrement impactée (télétravail, confinement imposant un arrêt du travail...), les rendant plus disponibles pour répondre au questionnaire en ligne.

### C. *Abord de la sexualité par les parents :*

Il s'agit d'un domaine très peu étudié, fournissant peu de données comparatives.

- *Abord de la sexualité*

Pour 98% des parents, aborder la sexualité est important. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la fréquence d'abord sur ce thème de la sexualité : celle-ci était de 82 % dans la communauté de communes de Saverne. Une thèse réalisée sur 141 parents montrait un abord comparable à notre étude : 82,9% avec une importante majorité de femmes. Cette étude montrait également que la figure maternelle est privilégiée par 87% des adolescent(e)s sans distinction de sexe pour discuter de sexualité.(73)

Même si nous manquions de données chiffrées comparatives supplémentaires, en raison d'un sujet intime générant une majorité de données qualitatives dans la littérature, cette fréquence d'abord de 82% semblait tout de même légèrement surévaluée, probablement en raison d'un échantillon à prédominance féminine. En effet, comme nos comparaisons l'ont démontrées, les hommes abordent moins le sujet de la sexualité que les femmes. Selon une enquête de l'INSEE, les discussions liées à la vie sentimentale entre ADOS et parents sont privilégiées avec une figure féminine. (74) Les femmes se sentent probablement plus concernées et répondent plus aux études

portant sur ce thème. Cela peut s'expliquer par le fait que si elles sont majoritairement sollicitées par les ADOS, elles se sentent de fait plus concernées.

En termes de sources d'informations des ADOS, les parents se voyaient comme une des deux principales sources pour 37% d'entre eux. Ils sont conscients mais sous-estiment leur importance puisque les résultats de la littérature désignaient les parents comme une des sources d'informations principales en matière de santé sexuelle pour 59% des adolescents. (26) (27)

- *Aspirations des parents :*

Les parents donnaient priorité à l'abord sur la puberté et pour 87% à l'ensemble « prévention et risques » (comprenant : IST 91% et contraception 85%), suivi de la dimension sentimentale et psycho affective (le désir/amour/respect) pour 72,5% des participants.

Les parents sont donc conscients du fait que les besoins éducatifs des ados font partie d'un ensemble. La conscience de cette notion de globalité, incluant les aspects cognitifs, émotionnels, physiques et psycho-sociaux de la sexualité se retrouvent dans d'autres études. (73)

Dans notre étude, la position des parents quant aux thèmes à aborder correspond à une situation idéalisée de ce que « devrait faire » un parent. La profondeur de cet abord n'a cependant pas été étudiée. Même si la majorité des parents abordent la sexualité, il semble que ce soit le plus souvent de manière occasionnelle pour 63% des parents.(73) De plus, ce dialogue peut être très variable (plus ou moins approfondi) voire même différent au sein même d'une fratrie. (34)

- *Les freins de discussion entre parents et ados :*

7% des parents ne mentionnaient pas de difficultés à communiquer avec leurs adolescent(e)s sur le thème de la sexualité. Pour les autres, 93%, une difficulté existait. Une enquête

nationale de l'INSEE confirme que l'adolescence est perçue par les parents comme la tranche d'âges la plus difficile à gérer. (75)

Les représentations genrées restent ancrées chez 63% des parents. Ces derniers pensent qu'il est plus facile d'aborder la sexualité avec un enfant du même sexe. Cette représentation des parents sur la congruence des genres dans le dialogue avec leur enfant se retrouve dans une étude qualitative. Il est rapportée une difficulté supplémentaire chez les parents séparés ou dans les familles monoparentales dans lesquelles l'un des sexes n'est pas représenté (34). Ces représentations sont le reflet de stéréotypes de sexes toujours vivaces, dans tous les domaines de la société (famille/travail/association/média/acteur public), et qui aboutissent à hiérarchiser les hommes et les femmes en légitimant les inégalités, comme nous le rappelle le rapport du HCE. (76) Selon le HCE, cela abouti à des inégalités sociétales : pour exemple, seules 16% de femmes occupent un fauteuil de maire dans une commune, parmi les députés 27% de femmes seulement, et 27% également au sein des conseils d'administration. Cette congruence des genres ne se retrouve pas chez les ADOS, qui comme nous l'avons vu plus avant, favorise la figure féminine sans distinction de sexe.

Les difficultés que rencontrent les parents sont principalement la peur de la réaction des ADOS pour 68%, suivi du tabou pour 35% et de la peur de leurs propres réactions face aux ADOS pour 27%. En ciblant et en isolant certaines difficultés (peur réaction Ado, tabou), le pourcentage chutait drastiquement. Ainsi la peur de la réaction de l'ADO ne faisait plus que 30% (soit une chute de la moitié) et le tabou 22%. Cela montrait que les tabous étaient plus présents face à la société que dans la sphère familiale.

Les données de la littérature confirment que les principaux freins de discussion se portent sur l'adolescent (réaction, ressentit et résistance de l'ado, inconfort ou gêne des parents face à ces réactions, etc) (77) ou la peur d'être intrusif dans la vie de son enfant (73) (34).

- *Les moyens utilisés par les parents :*

Pour aborder la sexualité avec leurs ADOS, 85% des parents utilisent leurs propres moyens et non ceux à leur disposition comme les plaquettes, les revues, les livrets, etc. Les parents délaissent également internet ; ils ne sont que 17% à l'utiliser comme moyen d'abord. Leurs moyens ne correspondent donc pas aux sources d'informations utilisées par les ados autres que les parents, comme nous le verrons.

Une étude qualitative réalisée en 2018 révèle que les parents ont conscience d'être une source d'informations de leurs ados sur la sexualité, mais que l'angle d'abord est restreint et se fait par le prisme de leurs moyens propres, de leurs connaissances personnelles imprégnées par leur vécu et leurs expériences (34). Cette subjectivité peut s'avérer être un frein.

Un article de la revue Paediatr Child Health de 2010 prouve la méconnaissance des autres canaux utilisés comme sources par les Ados, comme internet ou la téléphonie (ex : sexto..) (78). Les parents doivent être accompagnés et informés pour s'adapter aux habitudes des ADOS.

- *Sources d'informations des Adolescent(e)s :*

Bien que ne les maîtrisant pas, les parents sont toutefois conscients de la prépondérance d'internet comme source d'information : 51% des parents rapportaient qu'internet est la source principale d'information de leurs enfants en matière de sexualité dans notre étude.

Dans leur discours éducatif, les parents n'utilisent pas les moyens auxquels leurs enfants sont sensibles. Ils méconnaissent, comme nous l'avons vu, les pratiques de leurs ados liées à internet. Il existe donc une perte d'efficacité et une perte de chance en matière d'éducation.

Toutefois, cela préfigure une importante perspective d'amélioration de cette éducation sexuelle via l'accompagnement des parents dans la recherche des sources d'informations et des outils adéquats.

En effet, plusieurs travaux de la littérature avancent le bénéfice à accompagner les parents en ce sens. Une méta-analyse de 2015 montre que des programmes d'accompagnement des parents favorisent l'initiation de la communication et le confort des parents pour parler de sexualité. (79)

Une revue cochrane de 2010 s'est intéressée aux interventions informatiques interactives d'éducation à la sexualité. Les meta-analyses de 15 essais randomisés ont démontrés l'efficacité de ces outils pour améliorer les connaissances en santé sexuelle et les effets positifs vers des pratiques sexuelles plus sûres et un meilleur comportement sexuel. (80)

Internet favorise également les recherches des ados par sa disponibilité 24h/24h et sa facilité d'accès. L'anonymat libère également la parole des jeunes. Une thèse qualitative de 2017 relate qu'en matière de sexualité des ados, internet est décrit comme une source facile d'utilisation, qui diminue la gêne et la peur du jugement, en gardant l'anonymat (81)

Il est par ailleurs à noter que dans notre étude, et sous couvert de l'anonymat d'internet (via le questionnaire en ligne anonyme), deux participant(e)s nous ont fait part d'un viol subi dans leur enfance.

- *Extrapolation :*

Les parents doivent être accompagnés face aux difficultés, pour gagner en confiance.

Cela nécessite un accompagnement dans la compréhension des besoins existentiels et fondamentaux de leurs adolescent(e)s, dans la compréhension des différentes phases d'éducation sexuelle complète dès la petite enfance, comme dans l'acceptation d'adapter leur rôle de guide au mode de vie des Ados.

Cet accompagnement doit avoir lieu au niveau médical mais aussi au niveau sociétal : les parents doivent pouvoir identifier les différentes structures d'aides et de soutien.

En effet, conscient de la nécessité de rendre plus visibles les structures de soutien à la parentalité, le ministère des solidarités et de la santé a élaboré une stratégie nationale de soutien

à la parentalité en 2018-2019.(82) Un outil de géolocalisation des actions de soutien à la parentalité notamment via le site mon-enfant.fr a été mis en place. (83)

### D. Le rôle du médecin traitant

- *Rôle du médecin pour les parents :*

Près de 70 % des parents déclarent que le médecin traitant a un rôle dans la santé sexuelle des adolescent(e)s ; résultat qui corrobore les données de la littérature : ce rôle est clair pour tous, que ce soit pour les parents (34) (73), mais aussi pour les ados (81) et pour les médecins (21).

Il existe une différence significative selon l'âge des parents et le nombre d'ados par foyer. Les parents les plus âgés et ceux ayant plusieurs ados par foyer ont tendance à minimiser le rôle du médecin traitant. L'une des raisons pourrait être qu'avec l'âge, les participants gagnent en maturité et se sentent plus à l'aise, mieux armés. La présence de plusieurs adolescents dans un même foyer peut également favoriser les discussions, ayant également la possibilité d'en parler entre eux, au sein de la fratrie.

- *Sensibilisation par le médecin :*

86% des parents déclarent ne pas avoir été sensibilisés par le MT.

Le baromètre santé MG INPES de 2011, qui s'intéresse aux pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention en France, révèle le fait suivant : 79,7% des médecins soutiennent que la prévention en matière de sexualité fait partie de leur rôle. Cet abord est considéré comme facile pour 58,7% d'entre eux. (84)

Pourtant, la sexualité reste l'un des sujets les moins abordés et ce, de façon trop rapide. Selon une étude américaine sur 253 adolescent(e)s, âgés de 12 à 17 ans, moins de 2/3 des

ADOS évoquent la sexualité dans une consultation de bilan annuel et la discussion avec le médecin prend en moyenne moins d'une minute. (60)

La sensibilisation des ados, en France, par les médecins reste minoritaire : 25% des médecins abordent la prévention de la sexualité systématiquement avec l'ado. (21)

Une étude réalisée sur 110 adolescents de sexe masculin, montre que seulement 9 % d'entre eux ont été sensibilisés sur la sexualité et que 47 % auraient souhaité d'avantage d'informations. (85)

Ces données sont comparables à celles recueillies par notre étude où 14% de parents ont été sensibilisés.

- *Besoin des parents :*

75% des parents ne ressentent pas le besoin de communiquer avec le médecin sur la santé sexuelle de leur ADOS.

Selon une étude de l'INED datant de 2014, 80% des adultes considèrent la sexualité comme importante ou indispensable (86), pourtant peu l'abordent ; alors même que 75% d'entre eux souhaiteraient que le médecin aborde le sujet (87)

Il n'existe donc pas de schéma médical classique de transmission des connaissances sur la santé sexuelle entre MT et parents, ni de culture médicale des parents à aborder la sexualité avec leur médecin. Tout cela rend difficile pour les parents d'identifier leurs besoins et ceux de leurs enfants, les obligeant à s'adapter en permanence, sans feuille de route à suivre.

Cette absence de demande parents/MT sous-entend que le rôle de ce dernier dans la santé sexuelle n'est pas vu comme global, mais qu'il se résume à une fonction de soignant, comme le révèle la littérature. (82)

Parallèlement, ce non ressenti du besoin est transmis et se retrouve chez leurs enfants.

Un travail de thèse mené sur 137 ados en ile de France soutenait que 49% ne ressentait pas le besoin de discuter de sexualité avec le médecin.(88) Le Pr Jeammet décrit ce manque de culture médicale : « les ADOS n'ont pas une activité de protection spontanée de leur santé, ils s'en plaignent mais ne s'en préoccupent pas ». (29)

L'absence de vision globale du rôle sur médecin traitant peut être dû en partie aux représentations et tabous des parents. Parler de la sexualité de leurs ados à un « étranger » fait appel à leur propre histoire et peut être vécu comme une intrusion dans leur intimité. Elle peut également réveiller la crainte de voir bousculer un schéma familial (orientation genre, tabou religieux, tabou social...)

Cela est également dû à une méconnaissance du rôle du médecin traitant, lié à l'absence de sensibilisation et de culture médicale de discussion parents/médecin dans ce domaine.

Cette non-sensibilisation et les craintes de parents peuvent même se voire confortées si l'environnement n'est pas propice (climat calme/ écoute/ temps long/ choix des mots...)

- *Freins de la discussion entre parents et médecin :*

Le principal frein s'avère être le manque de temps pour 43% des parents ; donnée retrouvée dans des études qualitatives. (34)

Ce manque de temps est également avancé par les Ados. (81)

Les médecins expliquent eux aussi le défaut de communication par un manque de temps, et mettent en évidence une gêne liée à un manque d'assurance. Les médecins déplorent de surcroit un manque de formation.(89) Une autre thèse réalisée sur 116 médecins incrimine, elle aussi, le manque de temps pour 62% des praticiens interrogés. (90)

40% des parents se sentent freinés par la difficulté d'aborder eux-mêmes le sujet, et préfère une initiative du médecin.

Cette difficulté d'initiation est présente également chez l'ado dans des proportions encore plus importantes. Dans une étude réalisée sur des garçons seulement, 69% souhaitaient que le MT initie le dialogue.(85) Dans une autre étude portant sur 137 ADOS, 60% d'entre eux le souhaitaient également.(88)

35% des parents identifient le tabou comme un des principaux freins.

Le tabou est également relaté dans une étude qualitative par les médecins comme pouvant engendrer une gêne, liée à une contradiction avec certaines valeurs et croyances profondes. (22) Ils relatent la nécessité de se défaire de leurs propres normes. (24)

Lorsqu'aux tabous et à la difficulté d'initiation s'ajoute un manque de temps, pourtant nécessaire pour surmonter ces mêmes tabous, cela crée un cercle vicieux empêchant d'autant plus la communication avec le médecin.

- *Thèmes à aborder par le MT selon les parents :*

Selon les parents, le rôle du médecin, en sa qualité de soignant, est axé sur la prévention sexuelle, les risques et la puberté. Ces 3 thèmes font l'adhésion de plus de 80% des parents. Cela est comparable aux données de la littérature qui avancent également que 80% des parents attendent du médecin un rôle préventif de la sexualité. (73)

Il apparaît donc que la porte d'entrée aux discussions parents/MT sur la sexualité des ados est la puberté, sujet essentiel pour la majorité des parents.

La recherche du plaisir, de l'amour, du respect n'est pas priorisée par les parents et n'est pas de la compétence du MT pour eux (seulement 13%). Ces données semblent en effet refléter une certaine réalité du terrain ; dans une étude réalisée sur 109 médecins en Midi Pyrénées, 30% d'entre eux déclaraient ne jamais aborder les notions de plaisir et désir, quand 50% d'entre eux déclaraient ne l'aborder que parfois. Seulement 20% en discutaient souvent ou systématiquement. La normalité n'était abordée que par 30% des médecins. (91)

De plus dans notre étude, 21% de parents déclaraient que le médecin n'a pas de rôle. Pourtant, leurs réticences, quand on détaillait divers thèmes possibles à aborder, s'effondraient. En effet, la quasi-totalité de ces derniers attribuaient tout de même certains rôles au médecin. Seuls 0,5% des parents ont répondu que le médecin ne devait évoquer aucun thème avec les ADOS. Cela renforce l'idée d'une méconnaissance du rôle du médecin sur ce sujet et de la nature surmontable des peurs et tabous des parents.

La construction du questionnaire a visiblement également contribué à sensibiliser les parents et favoriser une prise de conscience du rôle du médecin. Il apparaît que porter à la connaissance du parent d'autres rôles possibles du médecin diminue drastiquement le pourcentage de parents réticents. Cela laisse entrevoir une importante possibilité d'amélioration dans l'éducation sexuelle de l'ADO via la sensibilisation des parents.

- *Attentes des parents :*

Ni les parents, ni les Ados ne ressentent le besoin de communiquer avec un médecin sur ce thème, ce qui entre en parfaite contradiction avec leurs fortes attentes, démontrant bel et bien l'existence de ce besoin.

72% des parents sont favorables à une consultation préventive, dès 12 ans, entre le Médecin et l'ADO. Ils sont 60% à souhaiter que la santé sexuelle de leur ADO soit suivie. La perte de 12% de parents, lorsque la notion de suivi est relatée, pourrait être due, là encore, à un sentiment exacerbé d'intrusion dans la vie de l'enfant et de la famille, face à la régularité qui sous-entend un abord plus approfondi.

47% des parents souhaitent que des informations leur soient systématiquement fournies. Ils sont 73% à demander qu'elles soient systématiquement données aux ados ; parfois même de façon précoce (51%). Par ailleurs, 43% des parents aimeraient une sensibilisation par des plaquettes et affiches au cabinet.

Ces fortes attentes des parents se retrouvent chez leurs enfants. C'est ce que confirme une thèse de 2011 réalisé sur 250 collégiens grenoblois : 97,6% d'entre eux avaient une attente envers leur médecin sur le thème de la sexualité. (25)

La confidentialité est claire dans l'esprit des parents. 63% des parents pensent qu'il est important de rappeler la confidentialité de ces échanges MT/ADO. Une thèse montre que 55% des ados venus accompagnés, préfèrent être seuls lors des discussions sur le thème de la sexualité (92). De même, dans une thèse de 2010, 87% des ados déclaraient que sur ce thème, la consultation devrait rester confidentielle. (93) Pourtant seuls 4% des médecins demandent systématiquement à l'accompagnant de bien vouloir quitter la pièce. (92) Les médecins le proposent en général aux ados visiblement très gênés ou en difficulté, mais ces derniers le vivent souvent comme un manque de loyauté (94). Le cadre de la consultation doit être posé par le médecin et il doit prévoir un moment en tête à tête seul avec tout patient adolescent.

Parallèlement à la contradiction constatée chez les parents (le besoin existe mais il n'est pas ressenti ni exprimé), une contradiction similaire existe chez les médecins : pour 58% d'entre eux, aborder la sexualité est aisé, mais seulement 25% le font systématiquement.

Il existe visiblement une difficulté d'identification des attentes et des besoins qui sont souvent non formulés et non-dits par manque de culture médicale des parents et des ADOS dans ce domaine. Pour cela, les médecins peuvent s'appuyer sur des questionnaires d'appui de la relation. (95)

- *Extrapolation :*

Face au manque de culture médicale dans le domaine de la santé sexuelle des parents et des ados, les empêchant parfois d'identifier et de solliciter un accompagnement, le médecin se doit lui-même de sortir de ses propres représentations et tabous pour initier un dialogue.

De façon proactive il identifie, par la discussion, les besoins méconnus des parents et des ados en les sensibilisant à son rôle d'accompagnant, présent lors des différentes étapes du « parcours de vie sexuelle » de l'enfant, et ce dès le plus jeune âge. Cet accompagnement des parents est impératif pour leur permettre de gérer au mieux les phases éducatives à leurs charges, en leur donnant les clés et les repères nécessaires, ainsi que les supports adaptés à la compréhension des besoins de leurs enfants. (55) (96)

A l'adolescence, la prévention implique le rappel des cadres de la consultation de l'ado, que sont la confidentialité et la création d'un moment d'échanges privilégié avec le médecin, permettant d'identifier ses besoins et de l'accompagner dans son individualité. Le message doit reposer sur une approche globale (ne doit pas être centré sur les risques), positive et non isolée de la sexualité, impliquant les sentiments amoureux, la normalité de la puberté et les risques liés à la sexualité. C'est ce que recommande le Haut Conseil de la santé publique et ce dès le plus jeune âge. (98)

Le rôle du médecin implique également le dépistage de défaillances parentales et l'orientation de l'enfant, si cela s'avérait nécessaire, vers des professionnels ou des structures adaptées. Pour cela, il doit connaître les structures et les réseaux à mobiliser : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ; services de Protection maternelle et infantile (PMI) ; réseaux de santé en périnatalité (RSP) ; services de santé en milieux scolaire et universitaire ; comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (Corevih) ; structures associatives, comme le planning familial ; d'autres structures sont axées plutôt sur le soin comme les centres de santé ou les consultations de services spécialisés hospitaliers (maternité, gynécologie, urologie, maladies infectieuses, médecine légale, maladies chroniques, psychologique, etc...)

### *E. Limites de l'étude*

Un possible biais de sélection existe, les participants ayant été sélectionnés sur la base du volontariat. Ce mode de recrutement implique la possibilité d'un nombre plus important de questionnaires remplis par des parents intéressés et sensibilisés au sujet de l'étude. La proportion plus importante de femmes répondantes s'est vu confirmer les données de la littérature, indiquant une sensibilisation plus importante des mères sur ce sujet. (34) (74)

Le protocole s'est également vu modifié en cours d'étude, pouvant induire un éventuel biais de mesure. En effet, en raison de la COVID-19 et de la fermeture des écoles lors des confinements successifs, nous avons dû modifier le protocole pour inclure une version électronique du questionnaire. Pour réduire au maximum ce risque, nous avons créé une version numérique du questionnaire collant au format papier.

Fort de cette expérience, il apparaît que le format électronique soit plus adapté à un sujet sensible tel que celui de la sexualité. Effectivement, lors de la diffusion du format papier, nous nous sommes heurtés aux réticences et tabous des institutions approchées, liés à sa thématique. Les établissements scolaires, malgré la distribution des questionnaires sous enveloppes scellées, par les infirmières scolaires et adressés aux parents, restaient frileux.

Il existe également un possible biais de confusion. Assurément, l'importance donnée au médecin traitant était dépendant de l'âge des participants et du nombre d'ADOS par foyer (dans les deux cas, les parents minimisent son importance). Or, plus le nombre d'ADOS au foyer est important, plus l'âge de leurs parents augmente ; l'une des variables pourrait donc être un facteur de confusion de l'autre.

A la lumière des données recueillies, il apparaît ainsi qu'une analyse multivariée, prenant en compte ces facteurs de confusion, aurait alors un intérêt.

## *F. Intérêt de l'étude*

La dichotomie entre les représentations, les rôles de chacun, supposés et réels, mettent en exergue toute la difficulté de communication entre parents et médecin traitant sur ce thème.

Comprendre ces différences nous permet d'améliorer l'abord de la sexualité et la sensibilisation des parents et des ados en étant plus proactif. Cela permet de prendre en compte le rôle éducatif des parents dès l'enfance, d'identifier leurs besoins, de les associer, les soutenir et les accompagner, en leur donnant les clefs et les outils, adaptées aux ados.

Cette étude pointe la nécessité de mettre en place progressivement une culture médicale de la discussion dans le domaine de la sexualité, pour aider les parents dans leur tâche éducative, mais également favoriser l'adhésion et la compréhension de la globalité du rôle du médecin dans la prise en charge de la santé sexuelle de l'ADO à venir.

De plus la vision parentale n'a été que très peu étudiée ; même si l'UNESCO rappelle l'importance d'inclure et d'avoir le soutien des parents pour mettre en œuvre l'éducation sexuelle complète de l'adolescent. (97) Cela nous montre que les parents sont ouverts à plus de communication sur ce thème mais ne savent souvent pas comment l'aborder avec leur MT.

L'intérêt est aussi d'œuvrer à enrichir la littérature en vue de favoriser une prise en charge de la santé sexuelle de l'ADO la plus globale et la plus complète possible dès l'enfance. A cette fin, il est nécessaire d'étudier la vision parentale, ses craintes et ses attentes du corps médical sur cette question.

# VI- Conclusion

L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence d'abord de la sexualité par les parents avec leurs adolescents. Pour cela, une étude descriptive transversale par enquête quantitative, à l'aide d'un questionnaire auto administré, a été réalisée sur 364 participants. Ces derniers, parents d'adolescents de 11 à 18 ans, ont été sélectionnés sur la base du volontariat, au sein de la Communauté de Communes de Saverne. La fréquence d'abord de la sexualité avec leurs ADOS par les parents était de 82%.

Il existait une différence significative entre l'abord de la sexualité et le sexe des parents.

En effet, au total 86 % de femmes avaient abordé la sexualité avec leur ADO contre 72 % des hommes. Soit un écart de près de 15%. L'abord de la sexualité par les parents était aussi dépendant de la situation socio-professionnelle.

Les résultats indiquent que les parents sont conscients des besoins de leur ados en matière de santé sexuelle. Ils sont 80% à penser qu'un parent doit en priorité aborder la puberté, la prévention et les risques. Les domaines psycho affectif et émotionnel, avec les sentiments amoureux, le désir, le plaisir, sont également à prioriser pour 72% des parents. Ils sont donc conscients de la transversalité du domaine de la santé sexuelle.

La quasi-totalité des participants (93%) avouent rencontrer des difficultés à parler de ce sujet à leurs enfants. La principale difficulté pour initier le dialogue est la peur de la réaction de l'ADO ; ils sont 68% à le penser.

Pour communiquer sur la sexualité les parents utilisent majoritairement des moyens personnels ; c'est le cas pour 85% d'entre eux. Leur abord de la sexualité est imprégné par leur

vécuit, par leurs expériences d'adultes. Leurs moyens sont inadaptés et ne correspondent pas aux supports utilisés par leurs enfants (internet, smartphone ...) que peu d'entre eux utilisent pour sensibiliser leurs ADOS (17% des parents seulement), bien qu'ils soient conscients de leur importance dans la vie de leurs enfants.

Néanmoins, la mise en lumière de ces différences permet de définir une orientation d'amélioration, en accompagnant les parents dans la recherche de sources d'informations et d'outils leur permettant de jouer au mieux leur rôle éducatif.

L'objectif secondaire était d'évaluer l'importance, pour les parents, du rôle du médecin traitant dans la prise en charge de la santé sexuelle de leurs enfants. Ainsi, pour 70% des parents, il est du rôle du médecin traitant de prendre en charge la santé sexuelle des adolescents. Il est d'ailleurs à noter une différence significative selon l'âge des participants et le nombre d'ados par foyer.

86% des parents n'ont pas été informés sur ce sujet par leur médecin. Toutefois, ceux-ci n'interrogent pas leur médecin sur la question. Ils sont 75% à affirmer ne pas en ressentir le besoin. Bien que 47% d'entre eux souhaitent que le médecin évoque le sujet systématiquement et ont de fortes attentes envers les médecins dans ce domaine. Ce besoin est donc malgré tout une réalité..

Notre étude montre qu'il n'existe pas de culture médicale dans le domaine de la santé sexuelle, ni d'automatismes permettant aux parents d'identifier leurs besoins et d'engager facilement le dialogue. D'ailleurs, 40% demandent que celui-ci soit initié par le médecin. Il s'agit en effet d'un sujet intime, susceptible d'entrer en contradiction avec leurs représentations, ce qui nous amène les professionnels de santé à une adaptation spécifique à chaque parent.

Un des freins les plus important dans la discussion parents/médecin est le manque de temps en consultation (43% des parents).

Pour les parents, le rôle du MT dans la prise en charge de la santé sexuelle de leurs enfants, se limite à les accompagner dans la période pubertaire, mais axé sur la contraception et les risques sexuels. Ces thèmes trouvent l'adhésion de plus de 80% des personnes interrogées. En revanche, pour la majorité des parents le plaisir, les sentiments amoureux, le domaine psycho-affectif ne semble pas être de la compétence médicale. Il existe donc une méconnaissance du rôle global du MT par les parents, probablement dû en partie, au manque de sensibilisation de ceux-ci, à l'absence de culture médicale et la difficulté d'identification de leurs propres besoins.

Cela laisse, ici encore, entrevoir d'importantes possibilités de mise en place d'outils d'amélioration, de sensibilisation et d'accompagnement dès l'enfance des enfants et des parents.

**En conclusion,** l'instauration d'un dialogue apparaît donc comme indispensable pour la mise en place d'une dynamique d'accompagnement de façon globale, dans le respect de tous, pour permettre un épanouissement de l'enfant, sexuel et identitaire.

Dans cette approche triangulaire médecin-parents-adolescent, le MT a une place privilégiée qui lui permet de guider, tout en valorisant et en encourageant les parents dans l'accompagnement de l'autonomisation de leurs ADOS. Le médecin se doit de dédier un temps de consultation pour l'adolescent seul, en vue d'une prise en charge globale portant sur les aspects cognitifs, physiques, sociaux, et émotionnels, avec une bienveillance garantissant la confidentialité et l'individualité de celle-ci. Ce qui permettra à l'adolescent de parler de ses préoccupations intimes concernant l'engagement du corps, ses désirs, ses peurs et son besoin de se sentir normal.

Une plaquette à destination des médecins généralistes a été réalisée, pour partager notre expérience, au travers des résultats de l'enquête et montrant l'importance de la place du MT dans

l'abord systématique de la sexualité qui fait partie intégrante de la prise en charge globale de la santé de l'enfant. Ce besoin est conforté par les souhaits des parents.

Pour finir, dans le futur, il serait intéressant de réaliser des études complémentaires permettant, notamment, d'évaluer les connaissances réelles des parents sur ce sujet ainsi que la profondeur de l'abord de la sexualité dans la discussion avec leurs ADOS, ou encore d'étudier la mise en place d'un programme parental éducatif sur ce thème.

VU BLATCHE Laury

Strasbourg, le 14/01/22



Le président du jury de thèse

Professeur ROSSIGNOL Sylvie

VU et approuvé Strasbourg, le 14/12/21

Professeure Sylvie ROSSIGNOL



Strasbourg, le 01 FEV. 2022

Le Doyen de la faculté de  
Médecine, Médiéutrologie et Sciences de la Santé  
Professeur Jean SIBILLA



# Annexes

## Annexe 1: questionnaire et talon épidémiologique



N° anonymat :

### QUESTIONNAIRE de L'ETUDE : « Prise en charge de la santé sexuelle des adolescents : point de vue des parents de Savoie et ses environs »

#### I- TALON EPIDEMIOLOGIQUE

|  |
|--|
| Votre sexe :   |
| Votre âge :  |
| Combien d'enfants entre 11 et 19 ans avez-vous ? :   |
| Quels âges vos enfant(s) ont-ils ?   |
| Quel est le sexe de vos enfant(s) ?  |
| Quel est votre situation socioprofessionnelle ? :<br>a- Agriculteurs, exploitants<br>b- Artisans, commerçants, chefs d'entreprises<br>c- Cadres, professions intellectuelles supérieures<br>d- Professions intermédiaires<br>e- Employés<br>f- Ouvriers<br>g- Retraités<br>h- Autres personnes sans activité professionnelle |
| Avez-vous un médecin ou un médecin traitant ou de famille ?  |
| Si oui, suit-il aussi vos enfants ?  |
| Si oui, est-il ?<br>a- une femme                      b- un homme  |
| Selon vous, quelle est la tranche d'âge votre médecin traitant ?<br>a- De 25 à 45 ans                      b- De 45 à 55 ans                      c- Plus de 55 ans  |

#### II- QUESTIONNAIRE :

Pour chaque question ci-dessous, indiquez le niveau à partir duquel vous le jugez important.

| Question   | Importance |            |              |            |     |
|--|------------|------------|--------------|------------|-----|
|  | Non        | Plutôt Non | Sans opinion | Plutôt Oui | Oui |
| A. Avez-vous déjà parlé de sexualité avec votre Adolescent ?   | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| B. Selon vous, un parent devrait-il parler de sexualité avec son Adolescent ?                                | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| C. Est-il plus facile pour une mère de discuter de sexualité avec sa fille ? Et pour un père avec son fils ? | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| D. Redoutez-vous l'absence de votre enfant si vous abordez ce sujet ?  | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| E. Selon vous, la sexualité est-elle un sujet tabou ?  | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |



N° anonymat :

**F- Sur une échelle de 0 à 10, combien coteriez-vous la difficulté de parler de sexualité avec son adolescent ? (Entourer le chiffre correspondant)**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

0 = pas de difficulté

10 = Insurmontable

**G- Quelles difficultés peut-on rencontrer pour parler de sexualité avec son enfant :**

(Entourer la ou les réponses. Plusieurs réponses possibles)

1. Le tabou social
2. La religion
3. La culture
4. Le manque de connaissances
5. La peur de la réaction de l'adolescent
6. La peur de ses propres réactions face aux questionnements de l'adolescent
7. Autre : Préciser .....

**H- Quels thèmes un parent devrait-il aborder avec son adolescent ?**

(Entourer la ou les réponses. Plusieurs réponses possibles)

1. La puberté (Les hormones, les signes pubertaires)
2. La notion de désir, d'amour, de respect
3. La notion de rituel de passage progressif à l'âge adulte
4. Les mécanismes du rapport sexuel
5. L'orientation sexuelle
6. La contraception
7. Les grossesses non désirées
8. Les risques des Maladies sexuellement transmissibles (MST) et leurs préventions (préservatifs, vaccinations)
9. Les violences sexuelles
10. La pornographie et son accès facilité via internet et les réseaux sociaux
11. Aucun

| Question   | Importance |            |              |            |     |
|--|------------|------------|--------------|------------|-----|
|  | Non        | Plutôt Non | Sans opinion | Plutôt Oui | Oui |
| I. Le médecin traitant a-t-il une place dans la prise en charge de la santé sexuelle de l'adolescent ?   | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| J. Avez-vous été sensibilisé et informé par votre médecin traitant sur ce sujet ?  | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| K. Avez-vous pensé ou ressenti le besoin de solliciter votre médecin traitant sur des questionnements concernant la prévention de la santé sexuelle de votre Ado ? | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| L. Avez-vous déjà conseillé à votre enfant de prendre contact avec son médecin traitant s'il avait des questionnements sur ce sujet ?                              | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |
| M. Selon vous, votre Ado a-t-il reçu toute l'information et la prévention nécessaire à sa santé sexuelle ?   | 1          | 2          | 3            | 4          | 5   |

**N- Quelles pourraient être les difficultés, pour un parent, d'aborder avec le médecin traitant ses interrogations sur la santé sexuelle de l'ado ?**

(Entourer la ou les réponses. Plusieurs réponses possibles)

1. Tabou par rapport au sujet de la sexualité
2. La difficulté d'aborder le sujet (préfère que le médecin traitant en parle de lui-même)
3. Le manque de connaissances
4. Le manque de confiance en son médecin
5. La peur de ne pas être écouté
6. La peur d'être jugé



N° anonymat :

**N- Quels moyens avez-vous pour amorcer le dialogue avec votre enfant, selon vous ?****(Plusieurs réponses possibles)**

- 1- moyens personnels
- 2- moyens médiatiques (TV livres documentaires)
- 3- internet
- 4- plaquettes d'information et réseaux

**D- Quels thèmes le médecin devrait-il aborder avec l'adolescent ?****(Entourer la ou les réponses. Plusieurs réponses possibles)**

1. La puberté (Les hormones, les signes pubertaires)
2. La notion de désir, d'amour, de respect
3. La notion de rituel de passage progressif à l'âge adulte
4. Les mécanismes du rapport sexuel
5. L'orientation sexuelle
6. La contraception
7. Les grossesses non désirées
8. Les risques des Maladies sexuellement transmissibles (MST) et leurs préventions (préservatifs, vaccinations)
9. Les violences sexuelles
10. La pornographie et son accès facilité via internet et les réseaux sociaux
11. Autre :

**F- Selon vous, quelles sont les 2 sources d'informations les plus utilisées par votre Ado pour trouver les informations nécessaires à sa santé sexuelle ?****(Attention 2 réponses maximum possibles. Entourer la ou les réponses possibles)**

1. La famille
2. Ses amis
3. Les médias, le milieu télévisuel
4. Les livres, revues, plaquettes d'informations
5. Le milieu scolaire (séance prévention, intervenant en milieu scolaire)
6. Les professionnels de santé (médecins, infirmières scolaires...)
7. Internet et les réseaux sociaux

| Question   | Importance |     |       |          |     |
|--|------------|-----|-------|----------|-----|
|  | Non        | Peu | Moyen | Beaucoup | Oui |
| D. Seriez-vous favorable à une consultation longue entre le médecin et l'adolescent vers l'âge de 12 ans, où serait abordée la sexualité dans son ensemble ? | 1          | 2   | 3     | 4        | 5   |
| R. Pensez-vous qu'un parent, par son attitude positive avec son ado, puisse favoriser la réalisation de celle-ci ?   | 1          | 2   | 3     | 4        | 5   |
| S. Faudrait-il programmer un suivi-entente médecin traitant et l'ado sur ce sujet ?  | 1          | 2   | 3     | 4        | 5   |

**T- Pour faciliter la prise en charge de la sexualité de l'adolescent, quelles propositions vous semblent adaptées ? (Plusieurs réponses possibles)**

1. La sensibilisation et l'information systématique des parents
2. La sensibilisation et l'information systématique des adolescents
3. Rapeler la confidentialité à l'adolescent
4. Attendre que le sujet soit abordé par l'adolescent ou sa famille ?
5. Que le médecin prenne l'initiative d'aborder le sujet
6. Avoir des plaquettes d'informations et affiches dans les salles d'attente
7. Une prise en charge et sensibilisation précoces vis l'enfance dans l'école/scolaire
8. Autre : précisez :

**Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser vos commentaires ou idées ci-dessous :**


---



---

**Nous vous remercions de votre participation à cette étude.**

## Annexe 2: lettre d'information aux parents et consentement



N° anonyme :

## Lettre d'information

(Exemplaire à conserver par le participant)

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une étude sur la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents par le médecin traitant. Vos interrogations et vos questionnements en qualité de parents sur ce sujet nous intéressent.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'abord de la question de la sexualité avec vos adolescents ainsi que leur prise en charge.

Cela nous permettrait d'améliorer la prévention et la promotion de la santé sexuelle des adolescents et futurs adultes (violences sexuelles, infections Sexuellement Transmissibles, contraception) en cabinet de ville, par le médecin traitant.

Pour ce faire, nous réalisons une enquête à l'aide d'un questionnaire sur la base du volontariat. Cela ne prendra que quelques minutes. La participation est volontaire et facultative. Vous êtes libre de refuser.

Si vous acceptez d'y participer, vous êtes libre de vous rétracter à n'importe quel moment et sans aucune justification. Cette étude est anonyme. Ces données seront identifiées par un code, dans le respect de la confidentialité, en accord avec les lois sur la préservation et la protection des personnes.

Conformément aux dispositions des lois relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Pour tout renseignement, vous avez la possibilité de nous contacter afin de vous voir exposer plus en détail la méthode et l'objectif de l'étude ainsi que les questions posées ([thresemgbarhin2019@outlook.fr](mailto:thresemgbarhin2019@outlook.fr)).

Si vous acceptez de participer, merci de bien vouloir compléter et signer le formulaire de consentement ci-joint. Nous vous remercions pour votre confiance et nous vous prions de croire, Madame, Monsieur en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

**Je déclare avoir lu et compris la note d'informations concernant l'étude « Prise en charge de la santé sexuelle des adolescents : point de vue des parents de Savoie et ses environs »**

**J'accepte de participer librement et volontairement à cette recherche.**

Je soussigné(e) : NOM..... PRÉNOM.....

COMMUNE de résidence : .....

Accepte participer à l'étude dans les conditions précisées dans la note d'information ci-dessus.

Fait à ..... LE ..... Signature :

adresse officielle de l'étude : [thresemgbarhin2019@outlook.fr](mailto:thresemgbarhin2019@outlook.fr), adresse de l'adresse postale, université de savoie, 73000 Chambéry, 04 77 12 34 56 78  
 Médecin référent de l'étude : Docteur THÉRESE EMGBARHIN, Pédiatre, Praticienne hospitalière, CH Savoie

Annexe 3- capture d'écran du questionnaire en ligne

Image 1: capture d'écran du message d'information

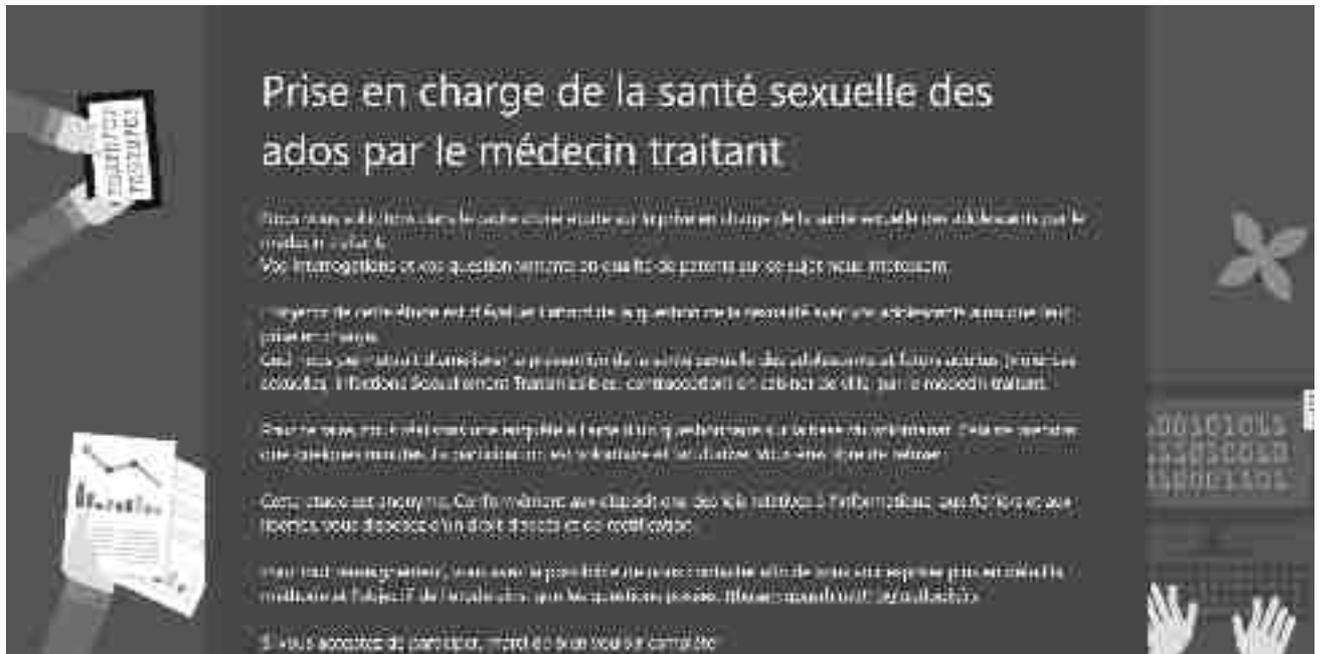


Image 2- exemple de question avec échelle de Likert

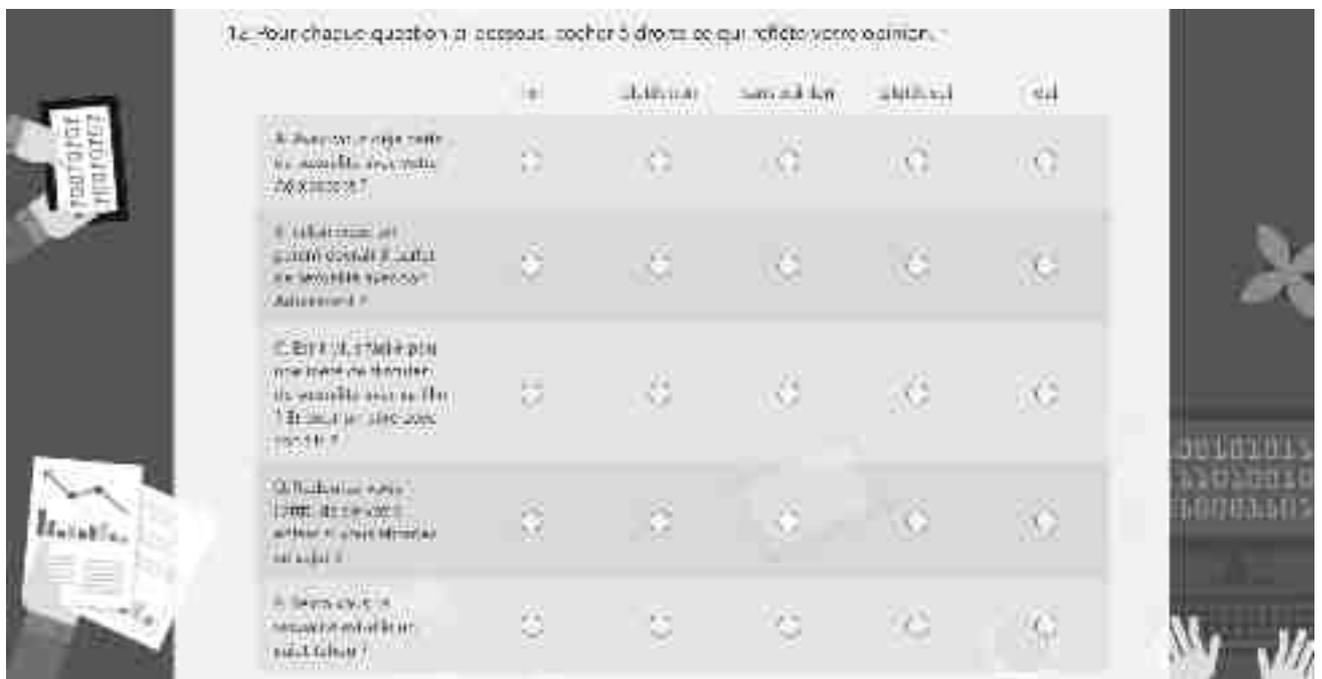


Image 3- Exemple de questionnaire à choix multiples et de l'échelle analogique

13. Sur une échelle de 0 à 10, comment trouvez-vous la difficulté de parler de sexualité avec ton adolescent ?

0 (très difficile) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très facile)

14. Quelles difficultés souffrez-vous pour parler de sexualité avec son enfant : (plusieurs réponses possibles)

Il n'a rien dit

Il n'est pas intéressé

Il n'a pas le temps de s'entretenir

Il n'a pas de connaissances suffisantes

Il n'a pas de connaissances suffisantes et n'a pas le temps de s'entretenir

Autre

Image 4- Exemple du questionnaire sur téléphone mobile

7. Seriez-vous favorable à une consultation lorsque votre médecin et l'adolescent vers l'âge de 12 ans, du moment qu'il a abordé la sexualité dans son établissement ?

non

plutôt non

sans opinion

plutôt oui

oui

8. Pourquoi, vous qu'un parent, par son attitude peut nuire avec son ado, pensez-vous favoriser la réalisation de celle-ci ?

## Annexe 4- plaquette d'information

## Prise en charge de la santé sexuelle des Adolescents en Médecine générale



### POINT DE VUE DE PARENTS D'ADOLESCENTS — RESULTATS D'ENQUETE—

En France, 25% des généralistes abordent la sexualité avec l'ado. Dans une étude menée en 2000 par Sarrailh et Paulson, près de 79% d'adolescents se sont dit influencés sur ce que leurs parents leur racontent concernant au sujet de la sexualité.

La conscience d'une santé sexuelle et l'acquisition d'une « vie sexuelle » épanouie à l'âge adulte sont le résultat de plusieurs facteurs : les facteurs intrinsèques (l'adolescence), les parents, les pairs, le juridique et le médical.

L'adolescence est caractérisée par un décalage entre la puberté et la maturité cérébrale plus tardive.

Les parents sont la première source d'information en santé sexuelle de l'ado. Ils l'abordent selon leur conviction socio-culturelle et leur histoire. Une communication positive joue un rôle protecteur sur les comportements sexuels à risque et l'impact négatif des réseaux sociaux sur la construction identitaire et l'image de soi.

Les pairs ont un rôle d'appartenance à un groupe et une fonction d'expérimentation. L'exposition à certains réseaux sociaux peuvent avoir un impact négatif sur la santé sexuelle de l'ado (pornographie, violences sexuelles, ralentissement personnel scolaire, estime de soi...).

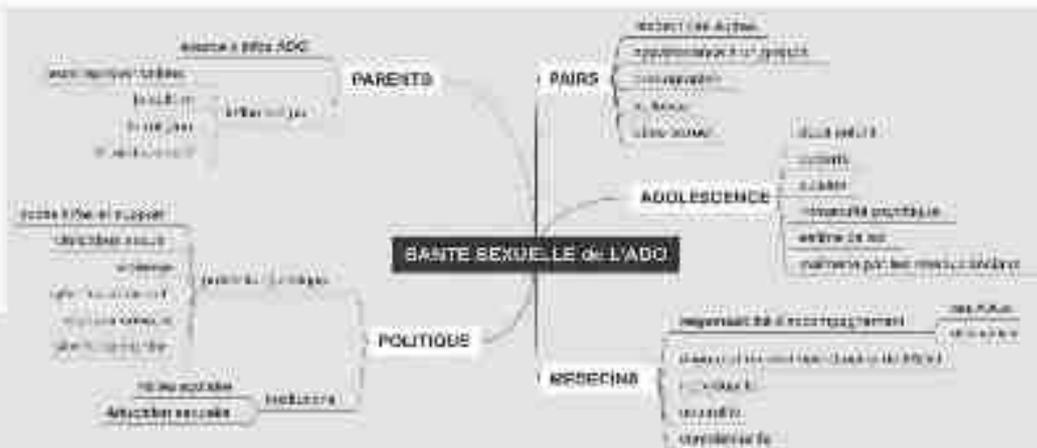
Le juridique qui protège les droits de l'ado et se repose sur les institutions. L'éducation nationale en matière d'éducation sexuelle et la justice pour la protection des mineurs en de ses droits.

Le médical prend en charge l'ado dans son individualité. Il écoute les représentations et les besoins de l'ado en toute neutralité, en respectant la confidentialité. Le MT a un rôle de prévention, de repérage des souffrances et des violences subies, et un rôle de soin. Il organise la prise en charge et fait appel au spécialiste lorsqu'il détecte des troubles.

Si l'adolescence n'est pas accompagnée globalement, cela peut engendrer des conduites négatives, de l'insécurité, des violences, sur soi ou sur autrui, et se fixent. Les conséquences sont individuelles et sociales.

Nous posons le postulat qu'identifier et comprendre les représentations, les croyances et les attentes du milieu médical des parents, permettra au MT de prendre en charge globalement, en gardant sa neutralité, la santé sexuelle de l'ADO dans son individualité.

Pour cela une étude descriptive transversale, par enquête quantitative, à l'aide d'un questionnaire auto-administré, sur la base du volontariat de parents d'adolescents de 11 à 18 ans, a été réalisée sur 364 participants dans la communauté de communes de Gavarnie. Des analyses descriptives simples et une analyse en valées ont été utilisées.



5. L'impact des différentes influences (environnement, famille, école, médias, etc.)



## LE RÔLE EDUCATIF DES PARENTS

*Le médecin garant de la prise en charge globale dans l'individualité de chacun*

**82% des parents discutent de sexualité avec leurs enfants.**

La principale difficulté pour initier le dialogue est la peur de la réaction de l'ado pour 88%.

Les moyens le plus fréquemment utilisés pour amorcer le dialogue sont leurs propres moyens.

Ces moyens imprégnés de leurs vécu et leurs représentations sont inadaptés aux sources d'informations des ados.

Pourtant les parents ont à l'esprit qu'une de leurs principales sources d'information est l'élève (51% des parents).

Les parents sont conscients de la transversalité du domaine de la santé sexuelle. Selon 80%, un parent doit en priorité aborder la puberté, la prévention et les risques, mais également la dimension psychoaffective et émotionnelle pour 72% (sentiments amoureux, désir, plaisir...).

**70% des parents pensent que le médecin traitant a un rôle dans la prise en charge de la santé sexuelle des ados.**

Bien que 86% n'ont pas été sensibilisés sur ce thème par leur médecin.

Les 3 principales difficultés évoquées par les parents pour échanger avec le MT sont : le manque de temps en consultation pour 43%, la difficulté à aborder le sujet pour 40% et le tabou pour 38%.

Il existe une méconnaissance de la globalité du rôle du MT dans ce domaine. Pour les parents, ce rôle est axé sur la puberté, la prévention et les risques.

Les parents sont favorables à plus de communication :

90% pensent pouvoir influencer positivement les ados pour améliorer la prévention de la santé sexuelle.

72% sont favorables à une consultation dédiée à la prévention dès l'entrée dans l'adolescence.

73% pensent qu'il faudrait informer systématiquement les ados sur leur santé sexuelle.

En conclusion, les parents échangent sur la sexualité avec leurs enfants. Ils sont convaincus du rôle important du médecin traitant dans la promotion de la santé sexuelle de leurs ados.

En revanche, ils n'ont pas de culture médicale de communication avec le MT dans le domaine de la sexualité. Il existe une méconnaissance du rôle global du MT, probablement en partie dû au manque de sensibilisation.

C'est pourquoi, le soutien du médecin aux parents dans leur rôle éducatif, dans la compréhension des besoins de l'ado, ainsi que dans la compréhension des différentes phases d'éducation sexuelle complète dès la petite enfance, est nécessaire pour aider les parents dans leur tâche éducative.

Dans cette approche triangulaire médecin-parents-adolescent, le MT a une place privilégiée qui lui permet de guider, tout en valorisant et en encourageant, les parents dans l'accompagnement de l'autonomisation dans de leur adolescent, et de dédier un temps de consultation pour l'adolescent seul, en vue d'une prise en charge globale portant sur les aspect cognitifs, physiques, sociaux, et émotionnels, avec une surveillance garantissant une confidentialité et individualité.

Ce qui permet à l'adolescent de parler de ses préoccupations mêmes concernant l'engagement du corps, ses désirs, ses peurs et son besoin de se sentir normal.

On peut s'appuyer pour cela sur des outils de dépistage ou des questionnaires pour amorcer le dialogue.

Tout cela, pour doter les ados de connaissances factuelles, d'aptitudes, d'attitudes et de valeurs qui leur donnent les moyens de s'épanouir, de développer des relations sociales et sexuelles respectueuses, de comprendre leurs droits et de les défendre tout au long de leur vie.

**86%**  
des parents n'ont pas été sensibilisés par le médecin traitant



**« L'éducation est l'arme la plus puissante qu'on puisse utiliser pour changer le monde »**

*(Nelson Mandela)*

Source : Enquête « Santé sexuelle des adolescents » menée par le Centre National de Médecine Préventive et de Santé Publique (CNMSP) en collaboration avec le Centre National de Santé Publique (CNSP) et le Centre National de Santé Préventive et de Santé Publique (CNSPP) en 2014. Les données sont issues de l'enquête « Santé sexuelle des adolescents » menée par le Centre National de Médecine Préventive et de Santé Publique (CNMSP) en collaboration avec le Centre National de Santé Publique (CNSP) et le Centre National de Santé Préventive et de Santé Publique (CNSPP) en 2014. Les données sont issues de l'enquête « Santé sexuelle des adolescents » menée par le Centre National de Médecine Préventive et de Santé Publique (CNMSP) en collaboration avec le Centre National de Santé Publique (CNSP) et le Centre National de Santé Préventive et de Santé Publique (CNSPP) en 2014.

# Bibliographie

1. Freud S, Koeppel P. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard ; 2014.
2. OMS | Santé sexuelle. Disponible sur : [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/)
3. UNESCO. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle, aperçu - UNESCO Bibliothèque Numérique. 2017. Disponible sur: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_fre)
4. Santé publique France : données de couverture vaccinale ; couverture vaccinale HPV en 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees/#tabs>
5. Drolet M, Bénard É, Boily M-C, Ali H, Baandrup L, Bauer H, et al. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes : a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* mai 2015;15(5):565-80.
6. Haute autorité de Santé ; vaccination contre le Papillomavirus humains (HPV) chez les garçons ; 2019, dec , 6p. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche\\_synthese\\_de\\_la\\_recommandation\\_vaccinale\\_vaccination\\_contre\\_les\\_papillomavirus\\_chez\\_les\\_garcons.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/fiche_synthese_de_la_recommandation_vaccinale_vaccination_contre_les_papillomavirus_chez_les_garcons.pdf)
7. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 [Internet]. DRESS - direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; 2018 sept p. 6. (Etudes et résultats). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1081.pdf>
8. Portail européen d'information sur la santé ; Avortements pour 1000 naissances vivantes, moins de 20 ans - European Health Information Gateway. Disponible sur : [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_588-7020-abortions-per-1000-live-births-age-under-20-years/visualizations/#id=19683](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_588-7020-abortions-per-1000-live-births-age-under-20-years/visualizations/#id=19683)
9. Ndeikoundam N, Viriot D, Fournet N, De Barbeyrac B, Goubard A, Dupin N et al. Les infections sexuellement transmissibles bactériennes en France : situation en 2015 et évolutions récentes ; *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(41-42):738-44. [cité 6 janv 2019]; Disponible sur: [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016\\_41-42\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_1.html)
10. Sitbon A. Pensées suicidaires, tentatives de suicide et violences subies chez les populations sourdes et malentendantes en France. Résultats du Baromètre santé Sourds et malentendants, 2011-2012. :7.
11. Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(39-40):510-6. [cité 15 janv 2021]; Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2013/39-40/2013\\_39-40\\_3.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2013/39-40/2013_39-40_3.html)
12. Compte rendu intégrale 40<sup>ème</sup> séance du Sénat de 1973-1974, avis de la commission des affaires culturelles sur le projet de la loi de finances pour 1974, adopté par l'Assemblée nationale, Annexe III. 40 A. N. juin 6, 1973 p. 16. Disponible sur: [https://www.senat.fr/rap/1973-1974/i1973\\_1974\\_0040\\_07.pdf](https://www.senat.fr/rap/1973-1974/i1973_1974_0040_07.pdf)

13. Loi n°73-639 du 11 juillet 1973 portant création d'un conseil supérieur de l'information sexuelle de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. 73-639 juill 11, 1973.
14. Circulaire n° 73-299 du 23 juillet 1973 aux Recteurs, aux Inspecteurs d'académie, aux Chefs d'établissement, aux Inspecteurs départementaux de l'éducation nationale. 73-299 juill 23, 1973
15. Loi n°85-97 du 25 janvier 1985 dite Chevènement modifiant et complétant la Loi 83663 du 22-07-1983 et portant disposition diverses relatives aux rapports entre l'Etat et les collectivités territoriales. 85-97 janv 25, 1985.
16. Ministère de l'Education nationale : Bulletin Officiel de l'Education Nationale BO N°46 du 10 décembre 1998 - enseignement élémentaire et secondaire. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/1998/46/ensel.htm>
17. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.
18. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo-texte/bo030227/MENE0300322C.htm>
19. Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021 relatif à l'éducation à la sexualité ; 2016, juin. Disponible sur : [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_rapport\\_education\\_a\\_la\\_sexualite\\_2016\\_06\\_15-4.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_rapport_education_a_la_sexualite_2016_06_15-4.pdf)
20. Bulletin officiel de l'Education nationale, circulaire n° 2018-111 du 12-9-2018, Enseignements primaire et secondaire, l'éducation à la sexualité. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Disponible sur: [https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin\\_officiel.html?cid\\_bo=133890](https://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=133890)
21. Ipsos, Wyeth F, Ipsos. Médecins face aux adolescents : quels enjeux ? Quelles difficultés ? Quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? Résultats d'une enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth Adolescents en 2006 : malgré l'inquiétude, la positive attitude. Résultats d'une enquête quantitative Fondation Wyeth/Ipsos Santé. Paris: Fondation Wyeth; 2006. 9 p. 9 p.
22. Compagnon J, Lespourci M. Comment les médecins généralistes de Haute-Garonne abordent-ils la sexualité avec les adolescents ? Quelles suggestions ont-ils pour améliorer cet abord ? [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 . Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1938/>
23. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ?. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2012, dec : 52. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/18/>
24. Leveque J, Jego P. Les freins à l'abord de la sexualité en consultation de médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.2016, nov :45.
25. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise; 2011, mars : 47

26. Ipsos France. De l'éveil de la sexualité à la rencontre de l'autre : des adolescents amoureux et plutôt sérieux [Internet]. Ipsos. 2014. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/de-leveil-de-la-sexualite-la-rencontre-de-lautre-des-adolescents-amoureux-et-plutot-serieux>
27. Somers CL, Paulson SE. Students' perceptions of parent-adolescent closeness and communication about sexuality: relations with sexual knowledge, attitudes, and behaviors. *J Adolesc.* oct 2000;23(5):629-44.
28. Dolto F, Dolto C, Percheminier C. Paroles pour adolescents ou Le complexe du homard. 2014.
29. Jeammet P. Adolescences: repères pour les parents et les professionnels. 2013.
30. Siegel DJ, Rolland S. Le cerveau de votre ado: comment il se transforme de 12 à 24 ans. Paris: Les Arènes; 2018.
31. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci.* oct 1999;2(10):861-3.
32. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Arch Pédiatrie.* mai 2011;18(5):579-88.
33. UNESCO. Education sexuelle complète: nouveaux éléments d'information, enseignements et pratiques: une étude mondiale, 2015. UNESCO Publishing; 2017. 47 p.
34. Querol Y. Éducation à la sexualité au sein du noyau familial: étude qualitative auprès de parents d'adolescents de 10 à 18 ans. 2018;152.
35. Grossman JM, Jenkins LJ, Richer AM. Parents' Perspectives on Family Sexuality Communication from Middle School to High School. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2018;15(1):107.
36. Jacob-Hargot T. Une jeunesse sexuellement libérée (ou presque). Paris: Albin Michel; 2016.
37. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. *JAMA Pediatr.* janv 2016;170(1):52-61.
38. De Vries DA, Vossen HGM, van der Kolk – van der Boom P. Social Media and Body Dissatisfaction : Investigating the Attenuating Role of Positive Parent–Adolescent Relationships. *J Youth Adolesc.* mars 2019;48(3):527-36.
39. Braconnier A. L'adolescence aujourd'hui. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2009.
40. Brown E, Debauche A, Mazuy M, Delage P, Lieber M. L'enquête VIRAGE (VIolences et RAports de GENre). *Cah Genre.* 2019; n°66(1):37.
41. Chein J, Albert D, O'Brien L, Uckert K, Steinberg L. Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry: Peer influence on risk taking. *Dev Sci.* mars 2011;14(2):F1-10.

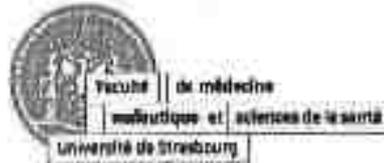
42. Hernandez L, Oubrayrie-Roussel N, Prêteur Y. Relations sociales entre pairs à l'adolescence et risque de désinvestissement scolaire. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2012;60(2):87-93.
43. Smaniotto B, Melchiorre M. Quand la construction de la sexualité adolescente se confronte à la violence du voir pornographique. *Sexologies.* oct 2018;27(4):177-83.
44. Kraus F, Rohmer T. Les adolescents et le porno : vers une « Génération Youporn » ? 15 mars 2017;34.
45. Delmotte S. Le sexting chez les adolescents : modalités, conséquences, rapports avec la pornographie et leur sexualité : étude prospective chez 337 adolescents de 13 à 17 ans dans le Nord de la France [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016, avr. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-6297>
46. Juillard M, Timbart O. Les condamnations pour violences sexuelles. sept 2018 ;8.
47. Patterson SP, Hilton S, Flowers P, McDaid LM. What are the barriers and challenges faced by adolescents when searching for sexual health information on the internet? Implications for policy and practice from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* sept 2019;95(6):462-7.
48. Uhls YT, Ellison NB, Subrahmanyam K. Benefits and Costs of Social Media in Adolescence. *Pediatrics.* nov 2017 ;140(Supplement 2):S67-70.
49. O'Reilly M, Dogra N, Whiteman N, Hughes J, Eruyar S, Reilly P. Is social media bad for mental health and wellbeing? Exploring the perspectives of adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* oct 2018 ;23(4):601-13.
50. Association génération numérique. Enquête sur les jeunes et les propos choquants sur internet. 2018 mars p. 7.
51. Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN, Crum RM, Young AS, Green KM, et al. Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. *JAMA Psychiatry.* 1 déc 2019 ;76(12):1266.
52. Viner RM, Gireesh A, Stiglic N, Hudson LD, Goddings A-L, Ward JL, et al. Roles of cyberbullying, sleep, and physical activity in mediating the effects of social media use on mental health and wellbeing among young people in England: a secondary analysis of longitudinal data. *Lancet Child Adolesc Health.* oct 2019 ;3(10):685-96.
53. Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité/ HCE [Internet]. 2016 juin : p. 136. Report No. : 2016-06-13-SAN-021. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/164000367.pdf>
54. Amsellem-Mainguy Y, Vuattoux A. Sexualité juvénile et rapports de pouvoir : réflexions sur les conditions d'une éducation à la sexualité. *Mouvements.* 2019;(99):12.
55. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. cologne: OMS, bureau régional pour l'Europe, BZgA; 2010] p. 70. Disponible sur: [https://old.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS\\_fr.pdf](https://old.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf)

56. Sexual & Reproductive Health and Rights for All. 2020 : p. 96. Disponible sur : <https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/Rutgers%20Annual%20Report%202019-kleiner.pdf>
57. Corpart I. Protection des mineurs : droit civil. Paris : Dalloz; 2020. 250 p.
58. De Maximy M. Les droits et la protection des mineurs. *Enfances Psy.* 2002 ;17(1):70.
59. LOI n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste (1). 2021-478 avr 21, 2021.
60. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Østbye T, et al. Sexuality Talk During Adolescent Health Maintenance Visits. *JAMA Pediatr.* 1 févr 2014 ;168(2):163.
61. Jeammet P. Pour nos ados, soyons adultes. Paris : O. Jacob; 2010.
62. Sarah-Jayne Blakemore : The mysterious workings of the adolescent brain | TED Talk [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur : [https://www.ted.com/talks/sarah\\_jayne\\_blakemore\\_the\\_mysterious\\_workings\\_of\\_the\\_adolescent\\_brain/transcript?language=en#t-787365](https://www.ted.com/talks/sarah_jayne_blakemore_the_mysterious_workings_of_the_adolescent_brain/transcript?language=en#t-787365)
63. Intercommunalité-Métropole de CC du Pays de Saverne (200068112) – COG | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/epci/EPCI200068112-cc-du-pays-de-saverne>
64. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques. Disponible sur : [https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=765205,6256890,112387,59377&c=indicateur&i=rp.repart\\_men\\_composition&i2=rp.pt\\_fammonop&s=2015&s2=2015&sel-codgeo=200068112&view=map4](https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=765205,6256890,112387,59377&c=indicateur&i=rp.repart_men_composition&i2=rp.pt_fammonop&s=2015&s2=2015&sel-codgeo=200068112&view=map4)
65. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, CNIL. Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/la-loi-informatique-et-libertes>
66. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes [Internet]. *Archives of Psychology* ; 1932. (A Technique for the Measurement of Attitudes). Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=9rotAAAAYAAJ>
67. Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique.
68. Classification des catégories socio-professionnelle de 2003, Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/1?champRecherche=true>
69. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CC du Pays de Saverne (200068112), INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200068112>
70. Alwin DF, Krosnick JA. The Reliability of Survey Attitude Measurement: The Influence of Question and Respondent Attributes. *Sociol Methods Res.* août 1991;20(1):139-81.
71. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1 sept 1951;16(3):297-334.

72. institut Ipsos entreprise O. Les Français et la charge mentale : enquête O2/IPSOS sur 501 hommes et 501 femmes [Internet]. 2018 févr [cité 1 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/charge-mentale-8-femmes-sur-10-seraient-concernees>
73. Boudet C. Sexualité : le dialogue parents - adolescent est-il possible ? 2016. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01366324>
74. Galland O. Parler en famille : les échanges entre parents et enfants. *Econ Stat.* 1997;304(1):163-77.
75. enquête parentalité 2016 : Les attentes et besoins des parents en matière d'accompagnement à la parentalité [Internet]. Caisse nationale des Allocations familiales Direction des statistiques, des études et de la recherche; 2016 juill. Report No.: 165-2016. Disponible sur: <https://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/essentiel/essentiel%20-%20Parentalit%C3%A9.pdf>
76. Rapport relatif à la lutte contre les stéréotypes : « Pour l'égalité femmes-hommes et contre les stéréotypes de sexe, conditionner les financements publics » - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Commission « Lutte contre les stéréotypes et la répartition des rôles sociaux » du HCEfh; 2014 oct p. 140. Report No. : 2014-10-20-STER-013. Disponible sur : <https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/stereotypes-et-roles-sociaux/travaux-du-hce/article/rapport-relatif-a-la-lutte-contre-935>
77. Sinikka E. Talking to Teens about Sex: Mothers Negotiate Resistance, Discomfort, and Ambivalence | SpringerLink. *Sexuality Research and Social Policy* [Internet]. [cité 10 mai 2021]; Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-010-0023-0>
78. Katzman D. Les sextos : Assurer la sécurité et la responsabilité des adolescents dans un monde adepte de technologie. *Paediatr Child Health.* janv 2010 ;15(1):43-5.
79. Santa Maria D, Markham C, Bluethmann S, Mullen PD. Parent-Based Adolescent Sexual Health Interventions And Effect on Communication Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Perspect Sex Reprod Health.* mars 2015 ;47(1):37-50.
80. Bailey JV, Murray E, Rait G, Mercer CH, Morris RW, Peacock R, et al. Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 ; (9). Disponible sur : <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD006483.pub2>
81. Escande J, Fortoul L. Comment améliorer l'abord de la sexualité des adolescents en consultation de médecine générale : point de vue des adolescents. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1721/>
82. CAB\_Solidarites, CAB\_Solidarites. Stratégie nationale de soutien à la parentalité 2018 - 2019. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/strategie-nationale-de-soutien-a-la-parentalite-2018-2019>
83. Je suis un parent - monenfant.fr. Disponible sur: <https://monenfant.fr/>
84. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. :5.

85. Artur MY, Duvillard ML, Ortega MP, Maynadie MM. Aborder la sexualité avec un adolescent : Recherche d'une question d'ouverture auprès de garçons adolescents et de médecins généralistes en Bourgogne. 2016.
86. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Popul Sociétés. 2014; N° 511(5):1.
87. Freedman E. Sexual health problems managed in Australian general practice : a national, cross sectional survey. Sex Transm Infect. 1 févr 2006 ;82(1):61-6.
88. GRAND A. parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ANS Enquête en Ile-de-France 2010-2011 [Internet]. Paris 17ème ; 2011 [cité 6 janv 2019]. Disponible sur : [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3593\\_These\\_GRAND\\_Alice\\_avec\\_resume.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3593_These_GRAND_Alice_avec_resume.pdf)
89. Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A, et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. Patient Educ Couns. déc 2010 ;81(3):332-7.
90. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale : d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73).
91. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2012.
92. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale.
93. Emmanuelle P. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale. [S.l.] : [s.n.]; 2010. 1 vol. (50 f.).
94. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Médicale Suisse. 11 juin 2008;(161).
95. INPES. Les supports d'appui à la relation/ Entre nous Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Supports.pdf>
96. UNFPA. Évaluation des programmes d'éducation complète à la sexualité : une approche centrée sur les résultats en matière d'égalité des genres et d'autonomisation.. fonds des Nations Unies pour la population ; 2015. Disponible sur : [https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluation\\_FR.pdf](https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPAEvaluation_FR.pdf)
97. Une étude mondiale révèle l'importance de l'éducation sexuelle complète pour l'égalité des genres et la santé reproductive.. UNESCO. 2016. Disponible sur : <https://fr.unesco.org/news/etude-mondiale-revele-importance-education-sexuelle-complee-egalite-genres-sante-reproductive>
98. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux ; le Haut Conseil de la santé publique formule des recommandations à l'issue de son rapport consacré à la santé sexuelle et

reproductive. [Internet]. Haut Conseil de la santé publique ; 2016 déc p. 4. (la santé en action). Report No.: 438. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/article/sante-sexuelle-definitions-concepts-droits-fondamentaux>



### DECLARATION SUR L'HONNEUR

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : BLATCHE Prénom : LAUREY

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L.335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A Sommerieu, le 10-8-21

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**