UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 024

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marie RIQUET
née le 16 novembre 1984 à Toulouse

Présentée et soutenue publiquement le 26 mai 2015

LES BESOINS D'EDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE EXPRIMES PAR LES ADOLESCENTS : UNE REVUE DE LA LITTERATURE

Président :	Monsieur le Professeur Patrice LOPES
Directeurs de thèse :	Madame le Docteur Bénédicte BONNET
	Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET
Membre du jury :	Madame le Professeur Christèle LE GUEN GRAS

Remerciements

En préambule de cette thèse, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur soutien et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

A Monsieur le Professeur Patrice LOPES,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt que vous portez à ce sujet. Je vous prie d'accepter l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A Madame le Professeur Christèle LE GUEN GRAS,
Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour vos enseignements riches aux urgences pédiatriques qui me sont utiles chaque jour dans ma pratique. Veuillez accepter toute ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET,
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour vos conseils précieux tout au long de ce travail et votre disponibilité. Veuillez croire à ma sincère gratitude et à mon profond respect.

A Madame le Docteur Bénédicte BONNET,
Je te remercie de me faire l'honneur de juger ce travail et d'être présente ce jour. Je te sais gré de tes conseils, ton écoute et ton soutien durant ce travail. Vois ici l'expression de mes plus sincères remerciements et de ma profonde reconnaissance.

A mes maîtres, merci de m'avoir guidée dans l'enseignement et la pratique de la médecine.

De mes pratiques valenciennes au service des maladies infectieuses et tropicales de Toulouse, vous m'avez enseigné les bases de la médecine.

Merci aux médecins qui ont partagé leurs expériences et leurs savoirs durant mon internat. Merci pour vos enseignements et votre confiance. Merci aux équipes soignantes qui ont partagé mes moments d'inquiétude et de joie durant les heures passées dans les services.

Merci tout particulièrement aux Docteurs Abdou Founini et Armand Joguet qui ont su faire briller le plaisir d'exercer en milieu libéral. Merci pour votre disponibilité et votre accompagnement durant la fin de mon internat et mon départ dans le Finistère.

Enfin, merci à tous ceux qui sont présents aujourd'hui. Merci de vous joindre à moi, merci de votre confiance et de votre soutien.
Mais aussi merci à ceux qui m'ont soutenue et accompagnée durant ces douze dernières années, qui ont partagé ma vie pour mon plus grand bonheur.

Merci aux amis. Vous êtes auprès de moi tous les jours malgré la distance et je ne vous oublie pas. Merci à ceux qui ont été mes colocataires. J'ai eu la chance de vous découvrir dans la simplicité de la vie quotidienne !
Gracias a los amigos que están tan lejos y que fueron mi familia durante un año. Aunque la vida nos ha alejado, os quedaréis en mi corazón para siempre.

Merci infiniment à mes chers parents et mes chers frères. Ma famille toulousaine, qui m'a accompagnée et encouragée chacun à sa manière durant ces années.
Merci à ma famille, à ma marraine et sa famille, et à Marjolaine.

Un merci immense à Romain pour ce qu'il est. Merci pour toute la patience, et le soutien qu'il m'a offert ces derniers mois. A nos projets futurs.

Je dédie ce travail à ce petit être à venir. J'ai hâte de faire ta connaissance.

Sommaire

INTRODUCTION 7
MATERIEL ET METHODE 9
1. Stratégie de recherche : la revue de la littérature 9
- Mots-clés 9
- Equations de recherche et opérateurs booléens 11
- Bases de données 11
- Critères de sélection des articles 12
2. Analyse des articles 13
RESULTATS 14
1. Diagramme de flux 14
2. Etudes incluses 15
- Objectifs 15
- Domaines 15
- Echantillons 15
- Méthodologie 16
3. Besoins exprimés par les adolescents en terme d'éducation à la vie affective et sexuelle 16
- Sources d'EVAS 16
- Amis 17
- Famille 17
- Milieu scolaire 18
- Médecin généraliste 21
- Planning familial et gynécologue 22
- Médias 22
DISCUSSION 24
1. Limites de ce travail 24
- Faiblesses de la revue 24
- Critiques méthodologiques des études incluses 24
2. Principaux résultats 25
- Caractéristiques des études incluses 25
- Caractéristiques des échantillons 26
- Besoins en éducation à la vie affective et sexuelle 26
CONCLUSION 32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 33
ANNEXES 38

Liste des illustrations

Tableau 1 : Termes de recherche 10
Tableau 2 : Bases de données ou moteurs de recherche consultés 11
Tableau 3 : Critères de sélection 12
Tableau 4 : Freins au dialogue identifiés par les adolescents 21

Figure 1 : Diagramme de flux 14
Figure 2 : Objectifs par étude 15
Figure 3 : Domaines des études 15
Figure 4 : Répartition des classes d'âge 16

Liste des abréviations utilisées

BDSP : Banque de Données de Santé Publique

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CRIPS : Centre de Ressources et d'Information en Prévention Santé

EVAS : Education à la Vie Affective et Sexuelle

FG : *Focus Group*

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : *Health Behavior School-Aged Children*

HON : *Health On Net*

HPV : *Human Papilloma Virus*

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé et la Recherche Médicale

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IREPS : Instance Régionale d'Education et Promotion de la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBT : Lesbienne, Gay, Bisexuel et Transsexuel

MeSH : *Medical Subject Heading*

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de Santé

PRISMA : *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*

SF : Sage-femme

SIDA : Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise

SIS : Sida Info Service

SMS : *Short Message Service*

UNESCO : *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

VAS : Vie Affective et Sexuelle

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'émergence d'une nouvelle définition de la santé sexuelle par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) en 2002 a permis de considérer la sexualité comme une part intégrante de la santé. Elle est définie comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité et non simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Elle « requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres ».
En France, l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) se met en place à partir des années 1920 (2,3). Cependant elle ne s'officialise et ne prend une réelle place au sein des programmes scolaires qu'en 1973 suite à la circulaire de Fontanet (4). Elle correspond à ce moment-là à une information sur la sexualité. Les législateurs n'auront ensuite de cesse de modifier son rôle et sa portée sous l'influence de l'histoire du pays (émancipation des femmes, légalisation de la contraception puis de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), création des centres de planification familiale, dépénalisation de l'homosexualité et épidémie du SIDA).
La circulaire du 17 février 2003, relative à l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées, représente le dernier volet législatif de l'EVAS (5,6). Selon cette dernière, l'EVAS vise principalement à apporter aux personnes, « en partant de leurs représentations et de leurs acquis, les informations objectives et les connaissances scientifiques qui permettent de connaître et de comprendre les différentes dimensions de la sexualité ; elle doit également susciter leur réflexion à partir de ces informations et les aider à développer des attitudes de responsabilité individuelle, familiale et sociale ».
Cette circulaire définit le cadre de celle-ci, ses modalités d'application au sein des établissements (du primaire au lycée) avec notamment trois séances annuelles par groupe de tranches d'âges homogènes. Elle se doit d'être une « réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques [...]. Cette éducation se fonde sur les valeurs humanistes de tolérance et de liberté, du respect de soi et d'autrui ». Plus globalement, on peut noter que les dernières législations sont fortement empreintes des dimensions de promotion de la santé mise en avant dans la charte d'Ottawa (7).

La sexualité se développe et évolue tout au long de la vie de l'être humain, de sa naissance à sa mort en passant par différents stades. Le développement psychosexuel, décrit pour la première fois par Freud en 1882, (8) met en évidence le moment charnière de l'entrée dans la sexualité génitale, concomitant de la période adolescente.
L'adolescence est une phase entre l'enfance et l'âge adulte dont les limites sont floues et mouvantes. Elle peut être caractérisée par des modifications physiques comme la puberté, des changements psychiques comme le développement psychosexuel, ou encore par des modifications sociologiques telle l'émancipation et l'autonomisation nécessaire à la vie adulte.

Le thème de la sexualité chez l'adolescent est vaste et ne manque pas de problématiques touchant la santé publique. Les sujets de questionnement sont nombreux : la contraception, la grossesse et le taux d'IVG chez la personne mineure (9), la couverture vaccinale pour l'infection par *Human Papilloma Virus* (HPV) (10), la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) (11), les violences sexuelles (12), les difficultés liées à l'orientation sexuelle…
Le caractère propre de l'adolescent entraîne une période de doute, notamment face aux modifications qu'il subit. Elle devient une période de test de ses capacités mais aussi de son intégrité physique, entraînant une prise de risque.

Les informations apportées aux enfants en général et aux adolescents en particulier peuvent être entendues comme un discours normatif, moralisateur et représenter une nouvelle barrière à franchir.

L'évolution de la norme de la profession médicale tend à dépasser une posture paternaliste usant de l'argument d'autorité, et s'attache à créer une relation de confiance et d'échange avec le patient. Celle-ci aura pour but d'accompagner le jeune patient dans la découverte de sa sexualité, en lui évitant les écueils de cette période et en lui donnant les ressources suffisantes pour préserver sa santé sexuelle.
Le faible taux de consultation médicale dans cette tranche d'âge, des motifs de consultation souvent cachés et le caractère tabou de la sexualité sont autant de facteurs qui rendent cette mission délicate.
Pour le médecin généraliste, la consultation avec l'adolescent est par bien des aspects une consultation riche mais difficile (13,14). Le médecin généraliste est le soignant le plus consulté durant cette période, pourtant il n'est pas l'interlocuteur privilégié des jeunes pour les questions de sexualité (15,16).

L'UNESCO fait un état des lieux des connaissances et des comportements des adolescents en terme de santé sexuelle (17). Sur la base de ces travaux, l'OMS recommande la nécessité d'une éducation sexuelle comme principal moyen de prévention (17,18).

L'EVAS est, de fait, une éducation pluridisciplinaire. Bien qu'elle soit régie et définie par le Ministère en charge de l'Education Nationale, elle touche aussi bien le milieu familial, le milieu communautaire, les soignants, les professeurs et les pouvoirs publics.
Pour les établissements scolaires, la législation ne définit qu'un cadre et leur laisse ainsi la liberté de la forme et des intervenants proposés. Cette absence d'uniformité rend l'évaluation de ces différentes pratiques difficile (5,19) et l'efficacité des programmes questionne la communauté scientifique.

Au niveau international, les recommandations de l'OMS se basent sur des études dont les programmes d'intervention et d'éducation sexuelle ont comme objectif principal la réduction des risques (17). Il en ressort que peu d'études bénéficiaient d'un programme de prévention basé sur un modèle de promotion de la santé favorisant l'adhésion des participants. De plus, bien que l'efficacité de ces programmes n'ait pas été clairement démontrée pour l'ensemble des populations étudiées, ils n'ont pas engendré une augmentation des comportements à risques (avancée de l'âge du premier rapport par exemple). On peut se demander comment ces programmes pourraient être améliorés.

Considérant, conformément aux expertises de l'OMS, que les programmes sont plus efficaces et attrayants quand les jeunes sont impliqués dans leur élaboration (18), il est nécessaire, dans la perspective de futurs programmes de promotion de la santé sexuelle, de mieux connaitre les attentes exprimées par les adolescents concernant leur santé sexuelle et plus particulièrement leur éducation à la vie affective et sexuelle.
Pour répondre à cette question, une revue systématique de la littérature a été menée dans l'objectif de recenser les productions scientifiques qui tentent de décrire les besoins en éducation affective et sexuelle exprimés par les adolescents français qu'il s'agisse des contenus, des acteurs ou des outils de cette éducation.

MATERIEL ET METHODE

1. Stratégie de recherche : la revue de la littérature

La revue de la littérature est une démarche scientifique de revue critique des articles présents dans la littérature. Cette analyse permet de rassembler, évaluer et synthétiser les données pertinentes sur un thème donné. Habituellement, on a recours à cette technique de recherche dans le cadre de méta-analyse ou d'évaluation quantitative d'un procédé, d'une prise en charge ou d'un traitement.
Dans cette étude, le but était de recueillir l'ensemble des publications rapportant des enquêtes décrivant ou analysant les besoins d'éducation en santé sexuelle exprimés par la population adolescente française. La définition retenue de l'éducation à la vie affective et sexuelle concernait ici l'ensemble des acteurs de l'éducation à savoir le milieu scolaire, familial, soignant mais aussi les médias.
La collecte des données a été réalisée comme pour une revue systématique mais l'analyse en a été différente. Cette revue de la littérature a été menée selon la méthode décrite par les recommandations internationales de *« PRISMA statement* » (« *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses »)* et de la collaboration Cochrane (20,21).
Les recherches ont été effectuées de septembre 2014 à janvier 2015.
Initialement la recherche portait sur les besoins des adolescents en santé sexuelle de façon générale. Cette première recherche a donné un nombre de résultats très important et ne pouvait être réalisable dans le cadre d'un projet de recherche. Il a alors été décidé de recentrer la recherche sur le thème de l'éducation à la vie affective et sexuelle au sens large (comprenant ainsi les différentes sources d'éducation dont les médias). Ce recadrage permettait de la rendre possible tout en préservant sa pertinence.
La recherche bibliographique s'est donc déroulée en deux temps. Les équations de recherche portant sur la santé sexuelle ont été gardées puisque des résultats appropriés avaient été trouvés. Des équations plus spécifiques sur l'éducation ont été reformulées et associées aux résultats

➢ Mots-clés

Un ensemble de mots-clés a été défini pour cibler la recherche en s'appuyant sur le site du CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue française) (22) et en étant guidé par des bibliothécaires universitaires de Brest et de Nantes.
L'ensemble des mots-clés correspondait pour les bases de données anglophones à des termes MeSH (« *Medical Subject heading »*).
Pour les bases de données francophones, les mots-clés ont été définis en fonction de l'existence ou non d'un thésaurus sur la base de données. La troncature (représentée par le sigle « * ») a été utilisée quand cela était possible afin d'élargir les recherches pour des termes ayant la même racine (ex : « adol* » pour « adolescence/adolescents/adolescente/etc. »).
Dans chacune des bases de données, les domaines des « besoins », d' « éducation », de « santé sexuelle » ainsi que des « thèmes de la santé sexuelle » ont été systématiquement recherchés.

Le tableau suivant présente les termes retenus, par domaine.

Tableau 1 : Termes de recherche

Domaines	Termes anglais MeSH	Termes français
Besoins	➢ [Attitude to health] *Attitudes/comportements du public envers la santé, la maladie et le système de soins* ➢ [Health Behavior] *Comportements des personnes envers leur état de santé* ➢ [Health services needs and demand] *Besoins et demandes en service de santé* ➢ [Needs assessment] *Evaluation des besoins* ➢ [Patient acuity] *Sensibilité au besoin du patient* ➢ [Patient satisfaction] *Satisfaction du patient* ➢ [Social perception] *Perception de caractéristiques, comportements d'un groupe social*	➢ [Besoins] ➢ [Besoins de santé] ➢ [Besoins en information] ➢ [Comportement] ➢ [Demande de soins] ➢ [Evaluation des besoins] ➢ [Représentation]
Education	➢ [Health education] *Education pour la santé* ➢ [Health promotion] *Promotion de la santé*	➢ [Education en santé] ➢ [Promotion de la santé]
Santé sexuelle	➢ [Reproductive health] *Santé sexuelle* ➢ [Sexology] *Sexologie* ➢ [Sexuality] *Sexualité*	➢ [Santé sexuelle] ➢ [Sexologie] ➢ [Sexualité]
Thèmes de la santé sexuelle	➢ [Contraception] *Contraception* ➢ [Disability] *Handicap* ➢ [Legal abortion] *Interruption légale de grossesse* ➢ [Mass-Medias] *Média* ➢ [Sex education] *Education sexuelle* ➢ [Sex offense] *Violences sexuelles* ➢ [Sexually transmitted disease] *Infections sexuellement transmises* ➢ [Vaccination] *Vaccination*	➢ [Avortement] ➢ [Contraception] ➢ [Education à la sexualité] ➢ [Handicap] ➢ [Interruption volontaire de grossesse] ➢ [IST] ➢ [Média] ➢ [Vaccination] ➢ [Vie affective et sexuelle] ➢ [VIH] ➢ [Violences sexuelles]
Popu-lation		➢ [Adolescent] ➢ [Pré-adolescent]

➢ Equations de recherche et opérateurs booléens

Des équations de recherche ont été créées à partir des mots-clés retenus et des opérateurs booléens (« AND », « OR », « NOT » et « ET », « OU », « SAUF »).
Ces opérateurs permettent d'associer différents termes entre eux de façon à créer des algorithmes de recherche. Ces équations explorent ainsi des ensembles de résultats formés par des intersections, des associations ou des exclusions.
Un algorithme de recherche a été créé pour les bases de données anglophones et adapté ensuite aux bases de données francophones en fonction de leur langage spécifique.
Les équations de recherche utilisées pour chaque base de données sont détaillées en annexe 1.

➢ Bases de données

La recherche a été réalisée sur dix bases de données différentes.
Ces bases de données sont reconnues pour leur valeur scientifique et ont une portée sur différents domaines tel que le biomédical, la santé publique et les sciences humaines et sociales.

Tableau 2 : Bases de données ou moteurs de recherche consultés

Nom de la base ou du moteur de recherche	Langue	Caractéristiques
Pubmed ou MedLine	Anglophone	Essentiellement du domaine biomédical.
Cochrane Library	Anglophone	Travaux de revues systématiques, de méta-analyses d'essais randomisés d'interventions en santé.
Persée	Francophone	Revues scientifiques en sciences humaines et sociales.
Cairn	Francophone	Pluridisciplinaire avec une prédominance des domaines des lettres, des sciences sociales et des sciences humaines.
Francis et Pascal	Francophone	Alimentée par l'institut de l'information scientifique et technique, elle couvre le domaine des sciences humaines et sociales, des lettres mais aussi les sciences, technologies et la médecine, particulièrement au niveau européen. Elle a cessé d'être alimentée et consultable le 31 décembre 2014.
Banque de données de santé publique (BDSP)	Francophone	Gérée par l'école des hautes études en santé publique. Elle offre une couverture multidisciplinaire de la santé publique à destination des professionnels en exercice et en formation.
Centre de ressources et d'information en prévention santé (CRIPS)	Francophone	Documents sur les thèmes liés au VIH/SIDA, aux hépatites, aux IST, aux addictions et aux comportements présentant des risques pour la santé des jeunes.
Google Scholar	Anglophone	Service de Google permettant la recherche d'articles scientifiques. Lancé fin 2004, il inventorie des articles approuvés ou non par des comités de lecture, des thèses de type universitaire, des citations ou encore des livres scientifiques.
Planning familial	Francophone	Documents nationaux et internationaux sur toutes les questions concernant les femmes.
Instance régionale d'éducation et promotion de la santé (IREPS) et l'observatoire régional de santé (ORS)	Francophone	Publications qui permettent d'appréhender les problématiques liées à la santé et à la promotion de la santé au niveau national et plus particulièrement en Pays de Loire.

➢ Critères de sélection des articles

La sélection des articles s'est basée sur quelques critères permettant de limiter le champ de recherches. Elle s'est déroulée en plusieurs étapes et a été effectuée par une seule personne.

▪ Critère temporel

L'objet de recherche est un sujet qui évolue au fil des changements sociétaux. Il est question d'identifier les demandes des adolescents et les résultats apportés doivent être adaptables aux adolescents actuels. Les modifications sociétales sur les dix dernières années sont telles que l'on peut identifier des différences majeures notamment sur les modes de communication (ex. : Internet, réseaux sociaux, téléphonie, etc.) qui sont devenus omniprésents dans la vie de nombre d'adolescents.
La revue de la littérature a ainsi été limitée aux cinq dernières années (publications entre 2009 et 2014) afin d'obtenir des résultats actualisés les plus adaptés à la question de recherche.

▪ Critère spatial

La France a été choisie comme pays d'étude puisque le but est de faire un état des lieux des besoins exprimés par les adolescents français. Bien que la culture européenne puisse être identifiée comme commune, chaque pays de l'Union Européenne a gardé une gouvernance propre avec un système éducatif et de santé particulier. Un travail à l'échelle communautaire aurait rendu les résultats illisibles pour la France.

▪ Critère d'âge

L'âge de la population d'étude retenu s'est basé sur la définition de l'OMS à savoir entre 10 et 19 ans (23).
Pour les études concernant des classes d'âge plus larges, elles pouvaient être incluses à condition qu'un sous-groupe de la population d'étude corresponde à cette définition et soit individualisable dans l'étude.

L'ensemble des critères de sélection des articles figure dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Critères de sélection

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
➢ Date de publication entre 2009 et 2014 ➢ Pays d'étude : France ➢ Population d'étude : adolescents entre 10 et 19 ans ➢ Etude menée de façon quantitative ou qualitative auprès des adolescents (questionnaires ou entretiens en groupe ou individuel) ➢ Etude recueillant les besoins des adolescents sur les thèmes de l'éducation en santé sexuelle que ce soit en objectif principal ou non	➢ Etude hors sujet ➢ Date de publication hors période ➢ Pays d'étude autre que la France ➢ Population d'étude dont l'âge ne correspondait pas à la définition de l'OMS

Les articles ont été sélectionnés en différentes étapes :
- lecture du titre ;
- lecture du résumé ;
- lecture de l'article complet si les étapes précédentes n'avaient pas été discriminantes.

A chaque étape, les articles ne correspondant pas aux critères d'inclusion ont été éliminés. De plus, après la lecture du titre puis du résumé les doublons ont aussi été éliminés.
A noter également que certains articles ont été recherchés de façon manuelle (références trouvées dans les références bibliographiques des articles lus sur le sujet). Ils ont ensuite subi le même parcours de sélection.
Tous les articles ont été entrés dans un tableur avec leur titre, auteur, année de publication, revue de publication et base de données source.

2. Analyse des articles

Les articles inclus ont été analysés de manière qualitative. L'intérêt de cette démarche est multiple. Elle permet à la fois une intégration de toutes les données ayant un sens, une meilleure compréhension du contexte et de ce que souhaitait exprimer la population d'étude.
Le texte intégral de chaque article a été lu à plusieurs reprises et son contenu a été analysé de façon sémantique (découpage des idées et des thèmes clés).
Chaque *verbatim* se rapportant à l'EVAS ou aux médias a été répertorié selon une procédure de codage ouvert et une approche inductive (24).
Ainsi tous les éléments de texte pertinents ont été traduits sous forme de codes, en restant le plus fidèle au sens employé dans le texte.
Par la suite, les codes ont été regroupés sous différentes thématiques ce qui a permis l'interprétation des résultats.
Cette codification a été réalisée par une seule personne.

RESULTATS

1. Diagramme de flux

Le diagramme ci-dessous présente les différentes étapes ayant permis de sélectionner les articles inclus dans cette revue à partir des bases de données interrogées mais aussi via des recherches manuelles.

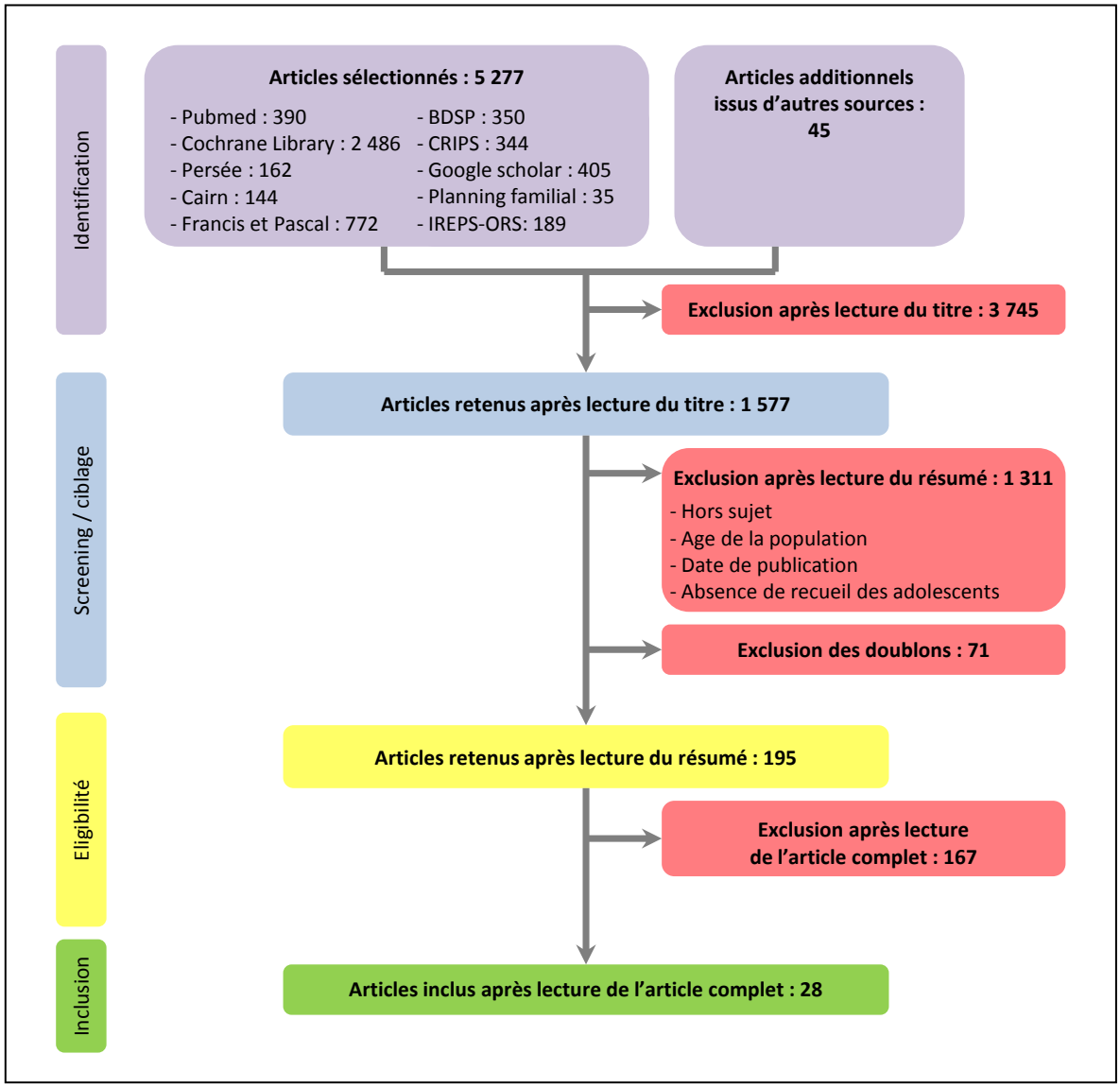

Figure 1 : Diagramme de flux

Il est à noter que trois articles n'ont pas pu être récupérés, soit par absence de réponse des auteurs de l'article ou indisponibilité de celui-ci auprès des bibliothèques universitaires. Ils n'ont donc pas pu faire l'objet d'une lecture pour juger de leur inclusion définitive.
Au final, 28 études ont été retenues.

2. Etudes incluses

Parmi les 28 études sélectionnées, une a été incluse et analysée seulement à partir de son résumé (article complet non disponible). Un tableau récapitulatif présente ces études en annexe 2.
Les études incluses différaient sur de nombreux points.

➢ Objectifs

Tout d'abord, sur les 28 études, 13 études avaient pour objectif principal une évaluation des besoins des adolescents concernant l'éducation à la vie affective et sexuelle, qu'elle soit scolaire, médicale ou par Internet.
4 études avaient comme objectifs secondaires d'évaluer leurs attentes toujours dans le cadre d'EVAS.
Enfin, 11 études ont été incluses alors que ni leur objectif principal ni leur objectif secondaire ne traitaient de l'évaluation des besoins des adolescents en terme d'EVAS. Cependant ce thème était considéré au cours de l'étude.
Devant ces résultats, il a semblé pertinent de retenir celles qui abordaient le sujet même si celui-ci n'était pas explicitement dans leur objectif.

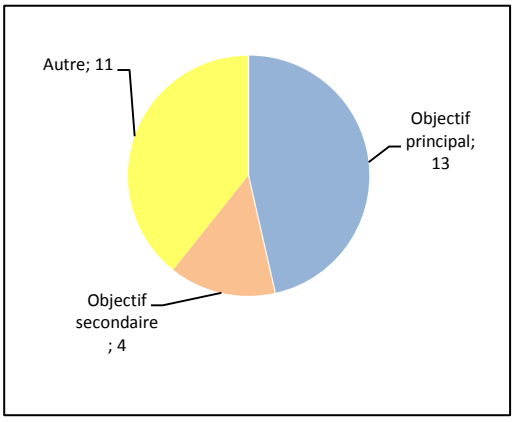

Figure 2 : Objectifs par étude

➢ Domaines

Concernant les caractéristiques des études, elles avaient été réalisées par différentes spécialités. Elles pouvaient émaner d'une étude réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, d'un mémoire de fin d'études de sage-femme mais aussi dans le cadre d'une étude de santé publique ou de sexologie. Enfin, une d'entre elles entrait dans le domaine du droit et deux autres dans le cadre d'un travail associatif.
On peut noter que les sciences de l'éducation et la sociologie étaient absentes des domaines d'étude.

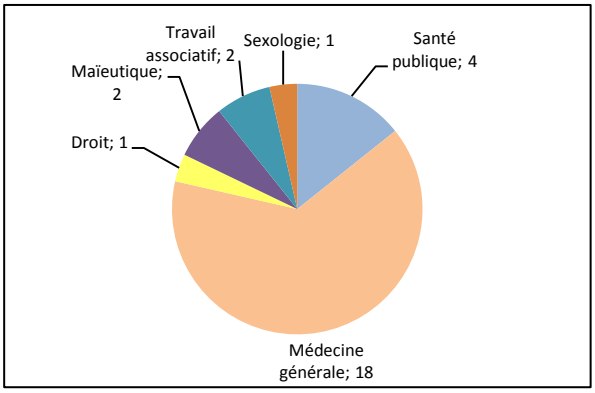

Figure 3 : Domaines des études

➢ Echantillons

Les échantillons de population choisis pour les études n'étaient pas uniformes concernant l'âge et le sexe. Le recrutement des échantillons s'est fait de façon majoritaire dans des établissements scolaires (22 études sur 28).
23 études sur 28 avaient un échantillon mixte et 5 études avaient un échantillon uniquement féminin.
La figure suivante présente les classes d'âge des échantillons de l'ensemble des études.

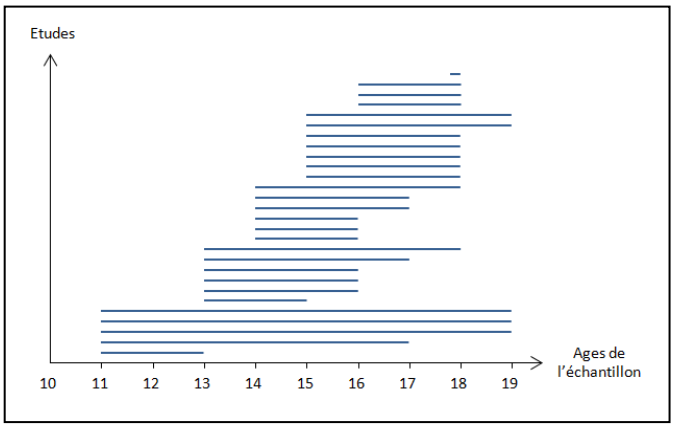

Figure 4 : Répartition des classes d'âge

Les études portaient de façon largement majoritaire sur des adolescents de plus de 13 ans.
La majorité des études faisaient part d'un consentement éclairé avant la participation de l'adolescent et une demande d'accord parental écrit.

➢ Méthodologie

Au niveau méthodologique :

- Les protocoles d'étude n'étaient pas toujours décrits avec le même niveau de précision. La méthode employée était variable, adaptée aux objectifs de l'étude. Il ressort ainsi que :
  - 9 études correspondaient à des enquêtes qualitatives par entretiens individuels semi-directifs ou entretiens en groupes (*Focus group*) ;
  - 15 études étaient quantitatives, descriptives, transversales ou longitudinales ;
  - 4 études utilisaient une méthode mixte avec l'association d'une évaluation quantitative et qualitative.
- Les études quantitatives incluses comportaient de nombreux biais. Leur validité scientifique était parfois réduite par manque de puissance (taille de l'échantillon), défaut de représentativité de l'échantillon de la population d'étude ou encore par une analyse statistique limitée.
- Les études qualitatives pouvaient présenter des limites comme l'absence d'arrivée à saturation des données, le manque d'exhaustivité des profils de l'échantillon choisi, le biais de sélection (sur la base du volontariat et/ou sur accord parental) ou encore une analyse imparfaite (introduction de données statistiques dans les résultats ou analyse par un seul enquêteur). Cependant, l'objectif des études qualitatives ne concerne pas la représentativité ni la reproductibilité mais plutôt la diversité de l'échantillon visant à comprendre les différentes modalités de comportements ou phénomènes.

3. Besoins exprimés par les adolescents en terme d'éducation à la vie affective et sexuelle

Les thématiques sont présentées ci-dessous de façon synthétique. Chaque étude dont les *verbatim* sont exposés ici, est citée comme tel : pour l'étude 1 : E1, pour l'étude 2 : E2 et ainsi de suite. L'analyse complète est consultable en annexe 3.

➢ Sources d'EVAS

On retrouvait des résultats assez similaires dans les différentes études concernant les sources d'information et les personnes ressources sur le thème de la vie affective et sexuelle.
Les amis étaient la source la plus citée, ils étaient identifiés comme des personnes avec lesquels les adolescents discutent régulièrement de la sexualité, de la contraception et de leurs expériences.
La famille était, elle aussi, considérée comme l'une des sources potentielles d'informations et de conseils sur la sexualité.

Le milieu scolaire pouvait être une source d'éducation. Bien que les adolescents identifiaient plusieurs acteurs (Infirmier diplômé d'Etat (IDE) scolaire, professeur, médecin scolaire, mais aussi les intervenants extérieurs), ils ne souhaitaient pas parler avec tous de sexualité.
Le personnel soignant extérieur (médecin généraliste, médecin du planning familial, médecin gynécologue, sage-femme) était plus souvent identifié comme faisant partie du domaine du soin que du domaine de l'éducation.
Enfin les médias étaient eux aussi cités, notamment Internet, la télévision, les lignes d'appels mais aussi les livres, les magazines et les campagnes de prévention.
Malgré toutes ces ressources possibles, une étude faisait apparaître que certains adolescents n'abordaient ce sujet avec personne (E14).
Plusieurs études mettaient en avant des faits contradictoires. Par exemple, des adolescents avaient d'une part le sentiment d'être bien informés et ne souhaitaient pas discuter de la sexualité ; et d'autre part ils manquaient de connaissances générales sur les thèmes de prévention, sur les personnes ou lieux ressources (modalités d'accès notamment) et ils avaient déjà été confrontés à des problèmes en lien avec la sexualité nécessitant une aide extérieure (E1, E2, E3, E4, E6, E9, E13, E14, E16, E17, E22, E26).

➢ Amis

Les amis étaient souvent cités comme source d'information (E1, E2, E3, E5, E6, E9, E10, E12, E13, E14, E17, E18, E19, E20, E21, E22, E27).
Concernant cette source préférentielle, elle pouvait être appréciée pour différents motifs : confidentialité, absence de jugement (E2, E3, E16), plaisanteries (E2), mais aussi pour partager leurs expériences et leurs savoirs sur les lieux ressources (localisation, nom de site, fiabilité de l'information (E3, E5)) et enfin pour leur rôle de soutien (E13).
Les adolescents avaient tendance à privilégier les conversations en tête à tête mais aussi avec un ami du même sexe (E2, E3, E12).
Ils pouvaient être à l'origine d'une demande de soins (E2, E27).
Les thèmes abordés étaient distincts entre les filles et les garçons (E13, E18). Ainsi les filles avaient tendance à parler de façon autocentrée sur leur sexualité, en abordant le sujet de façon intimiste et en échangeant plutôt sur les modifications physiques, les sentiments et les questions de santé. Elles étaient critiques vis-à-vis des adolescents garçons du même âge (manque de maturité, les qualifiant d' « obsédé sexuel », etc.).
Les garçons quant à eux, abordaient surtout les sujets concernant leurs pratiques, la performance, le plaisir et les filles (anatomie et leurs ressentis). Le sujet paraissait omniprésent, avec un abord moins intimiste.
Certains adolescents mettaient en avant le manque de fiabilité des informations délivrées par leurs amis (E9, E26).
Certains déclaraient pouvoir aborder des sujets particuliers au sein du couple : les IST, la contraception, les préférences sexuelles ou le refus (E9, E12).
Ils exprimaient une vision ambivalente des pairs, en soulignant la confiance et l'absence de jugement entre eux mais aussi la pression exercée par ses derniers pour leur ressembler (apparence physique, 1er baiser, 1er rapport sexuel, etc.) (E5, E16, E18).

➢ Famille

Les parents, la fratrie ou encore la famille au sens large (cousins, oncles et tantes, grands-parents) étaient fréquemment cités comme personnes ressources (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E10, E13, E14, E16, E18, E19, E20, E21, E22, E27).
Les adolescents qualifiaient le dialogue de possible ou d'impossible.
Lorsqu'il était possible, ils pouvaient le trouver facile (E2, E13), gênant du fait de leur pudeur ou de l'inquiétude qui émanait de leurs parents (E6, E9, E18). Ils considéraient que l'échange était facilité lorsque leurs parents paraissaient intéressés et disponibles. Les adolescents précisaient qu'ils étaient en attente que le dialogue soit

initié par leurs parents (E3, E7). Les séances d'EVAS scolaire pouvaient d'ailleurs permettre d'initier le sujet en famille (E7).
Ces relations dépendaient de leur histoire de vie (E21) et de leur entente dans la famille (E7, E13). Bien que le dialogue puisse exister, certains adolescents n'identifiaient pas leurs parents comme une réelle ressource (E18).

Lorsque le dialogue était jugé difficile voire impossible pour les adolescents, ces derniers évoquaient l'absence de dialogue familial en général, le caractère tabou du sujet, le respect des valeurs parentales, la perception d'interdits familiaux, les croyances religieuses ou le manque d'intérêt des parents (E2, E3, E7, E13). Les adolescents avaient peur du jugement de leurs parents (E3, E7) et cherchaient à éviter le sujet volontairement (E6, E7, E9).

La famille pouvait aussi apporter des conseils (E27) ou servir de moteur à l'initiation des soins (prise de rendez vous, conseil d'un professionnel de santé, etc.) (E26, E27).
Elle était considérée comme une source fiable (E3, E9) mais parfois mise en doute (E3).
Les filles avaient tendance à privilégier les sources familiales féminines (E6).

Les adolescents regrettaient que les parents abordent le sujet de façon uniquement préventive, de manière répressive et centrée sur les risques (E6, E16, E18, E28). Ils les trouvaient moralisateurs ou inquisiteurs (E3, E6, E11).
Les adolescents jugeaient également hypocrite la position adoptée par la société et leurs parents (E6). En effet, cette attitude décrie d'une part l'entrée précoce des adolescents dans la vie sexuelle et cautionne d'autre part une société hyper-sexualisée.

En terme de besoin, les adolescents attendaient de la part des parents de l'affection mais aussi de l'autorité. Ils espéraient un dialogue possible avec une confiance réciproque. Le respect de leur vie privée à partir de 12 ans leur semblait important. Ils souhaitaient que leurs familles les informent sur les risques mais sans que cela ne devienne un sujet permanent de discussion ou de soupçons. Ils attendaient de leurs parents qu'ils soient formés à l'usage d'Internet, qu'ils puissent ainsi être guidés sur ce média et qu'ils les aident à protéger leur vie privée. Enfin, ils aimeraient que des séances d'informations parents-enfants existent afin de promouvoir le dialogue (E16).

➢ Milieu scolaire

▪ Perceptions des adolescents

Tout d'abord, les séances d'EVAS en milieu scolaire étaient jugées de façon majoritaire comme bénéfiques (E2, E5, E6, E7, E10, E15, E17, E18, E21, E23, E24, E28).
Les adolescents trouvaient qu'elles pouvaient favoriser l'apprentissage de nouvelles notions. Ils les qualifiaient d'intéressantes et instructives et qu'elles apportaient l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire. (E2, E7, E15, E17, E18, E21, E24). Pour certains, elles permettaient de pallier une carence de l'environnement familial (E7). Elles pouvaient être valorisantes avec un gain de confiance en soi (E7, E9).
Ils étaient satisfaits des séances reçues, considéraient qu'elles étaient suffisantes et qu'elles avaient répondu à leurs attentes et à leurs préoccupations (E5, E6, E7, E23). Elles étaient aussi appréciées pour la fiabilité des informations reçues. Certains adolescents critiquaient le fait de ne pas en avoir eu (E7, E27) et d'autres conseillaient l'EVAS de façon large (E1, E3, E5) et trouvaient important qu'elle fasse partie du programme scolaire.
Les adolescents qui trouvaient que les séances n'étaient pas bénéfiques émettaient les critiques suivantes (E2, E5, E15, E16, E23) :

- inadéquation des séances d'éducation ou des campagnes de prévention avec leurs attentes (entraînant l'absence de modification de leurs comportements) ;

- désuétude des séances ;
- absence d'apport de nouvelles connaissances et redondance des thèmes abordés (à mettre en lien avec l'âge où elles avaient été réalisées) ;
- âge inadapté ;
- absence de préparation du sujet ;
- caractère embarrassant du sujet ;
- fait que ce sujet soit réservé uniquement à la famille ;
- informations délivrées incomplètes ;
- abord négatif du sujet ;
- absence d'intérêt pour le sujet (par exemple dans la prévention contre l'homophobie).

Quand il leur était demandé d'évaluer les séances reçues antérieurement, on notait une inégalité dans le nombre de séances reçues au même âge, dans les formats des séances proposées, dans les intervenants impliqués et dans les sujets abordés. Certains adolescents n'avaient même jamais eu de séances (E5, E6, E8, E20, E23). Les adolescents ruraux se trouvaient défavorisés quant à cet accès à l'information mais aussi aux soins (E16).

- Intervenants

Concernant les intervenants, les adolescents déclaraient préférer les intervenants extérieurs à l'établissement, plus particulièrement les professionnels de santé (médecin, IDE, planning familial, sage-femme (SF)) (E1, E5, E9, E21, E23, E28). Deux études mettaient en avant les pairs extérieurs à l'établissement (E16, E21).
Les qualités attendues n'étaient pas que morales mais aussi physiques. Ainsi, les adolescents préféreraient un intervenant jeune et plutôt de sexe féminin pour les adolescentes (E5, E21). D'autres disaient préférer que les intervenants soient plusieurs, qu'ils aient des âges et sexes différents (E 15, E28). Les adolescents attendaient de cet acteur qu'il soit professionnel mais aussi sympathique, compréhensif, et ayant le sens de la répartie (E5, E7, E21, E28).
Il était souhaité que son discours soit basé sur l'ouverture d'esprit afin de permettre un climat de confiance et une liberté d'expression des adolescents. Ses propos devraient aussi être ludiques, adaptés à l'âge, aux préoccupations et aux questions des adolescents. De façon générale, ils attendaient un discours positif sur la sexualité (E2, E7, E15, E16, E18, E28).
Cela paraissait d'autant plus important qu'une étude (E6) décrivait d'ailleurs que certains adolescents ne comprenaient pas l'information délivrée durant ces séances.

- Thèmes

Les thèmes abordés étaient souvent les mêmes. Ils étaient parfois adaptés à l'âge des adolescents (E7, E28). On retrouvait régulièrement les principaux axes de prévention : la contraception, l'IST, le préservatif, l'IVG, la grossesse mais aussi la puberté, la physiologie, le respect de soi et les relations filles-garçons. (E1, E2, E4, E10, E21, E23, E24).
Ces sujets bien que connus des adolescents n'étaient pas parfaitement maîtrisés (E2, E4).
Les thèmes qu'ils aimeraient voir abordés étaient (E1, E2, E4, E12, E15, E16, E24) :

- le premier rapport sexuel (la douleur, la découverte du corps de l'autre) ;
- la consultation médicale gynécologique ;
- les personnes et lieux ressources (avec mention de la gratuité et de l'anonymat) ;
- la législation ;
- les effets indésirables des contraceptifs ;
- la communication « parents-enfants » ;
- l'orientation sexuelle et l'homosexualité.

Ils souhaitaient que le contenu des informations soit concret, adapté aux connaissances qu'ils ont déjà acquises. Il devrait porter sur des sujets qui les concernent tout en respectant leur intimité (E28).

Deux études mentionnaient le manque concernant les informations sur l'homosexualité et l'orientation sexuelle (E24 et E15).
Une étude (E23) mettait en avant le manque concernant les informations sur les violences.

- Formats

Les adolescents émettaient des préférences sur le format employé lors des séances d'EVAS. Ils jugeaient que tout outil pouvant rendre la séance interactive et facilitant l'aisance de la prise de parole était apprécié. Les discussions autour d'une vidéo, d'un objet, d'une situation problématique ainsi que les jeux de rôle, les jeux de société, les boîtes à questions, le théâtre, les témoignages étaient des outils suggérés ou appréciés (E1, E7, E9, E16, E24, E 26, E28).
Ils préféraient des séances en petit groupe ou sous forme d'ateliers pour favoriser l'expression (E16, E17, E21, E28).
La mixité des séances était en question. On peut retenir que les filles étaient plus intéressées que les garçons par des séances non mixtes justifiant une maturité psycho-affective différente, la pudeur ou la timidité. Cela pouvait dépendre de l'âge des adolescents et de l'ambiance du groupe (E1, E5, E7, E28).
La majorité des études faisaient état que les adolescents préféraient la non mixité.
Cependant ils étaient aussi ouverts à la réalisation d'un schéma associant une séance non mixte puis une séance mixte afin de favoriser le partage, la connaissance de l'autre et la pluralité des opinions (E5, E7, E9, E16, E17, E21, E28).
Certains souhaitaient une journée dédiée à ce thème au sein de l'établissement (E17) et d'autres, l'instauration de forum santé (E16). Ils appréciaient qu'un support écrit (guide) soit remis en fin de séances (E7, E24, E28).
Les adolescents trouvaient que l'établissement scolaire était un lieu adapté aux séances (lieu de rassemblement, site sécurisant, ambiance propice à l'apprentissage), surtout si celles-ci étaient prévues dans l'emploi du temps (E5, E6, E7, E24, E28). Quant à la durée des séances, certains adolescents exprimaient le fait que des sessions de 2h pouvaient être trop courtes.

- Moyens mis à disposition de façon pérenne

Au long cours, les adolescents aimeraient trouver au sein de l'établissement différents dispositifs (E1, E4, E7, E16, E17, E27, E28) :

- des séances d'EVAS qui débuteraient entre 10 et 14 ans (âge variable en fonction des sujets abordés) ;
- une fréquence minimale d'une fois par an (mais souhaiteraient plus de 3 séances par an) ;
- un médecin et un IDE scolaire présents à temps plein pour les consulter de façon individuelle ;
- des distributeurs de préservatifs ;
- un dispositif d'affichage reprenant les personnes et lieux ressources, et diverses informations sur ce thème.

Ils ne souhaitaient pas de pairs référents sur la sexualité dans chaque classe afin de préserver leur intimité (E1).
Ils étaient aussi ouverts à la mise en place d'une consultation annuelle dédiée à ce thème. Elle pourrait se dérouler au sein de l'établissement afin d'en faciliter l'accès mais elle ne devrait pas être obligatoire (E3, E8, E22).

- Autres acteurs

Les professeurs et IDE scolaires étaient cités comme source d'informations possibles (E1, E2, E3, E4, E6, E9, E13, E14, E28). Cependant les professeurs n'étaient pas envisagés comme des confidents, certains voyaient en eux la figure parentale (E3, E6). Quant à l'IDE scolaire, il manquait parfois de visibilité au sein de l'établissement. Dans plusieurs études, il n'est même pas cité parmi les personnes ressources possibles (E12, E14, E17, E22).

Seules trois études issues de la recherche (E4, E7 et E15) faisaient un bilan de la séance reçue au cours de l'enquête.

L'étude E4 réalisait une étude d'efficacité qui ne paraît pas pertinente ici (l'objectif était d'évaluer l'amélioration des connaissances et non les besoins des adolescents).
L'étude E7 mettait en avant les points positifs et négatifs de la séance que l'on retrouvait de façon générale dans les autres études.
L'étude E15 réalisait une étude d'efficacité et de satisfaction sur l'intérêt de la prévention du sexisme et de l'homophobie.

➢ Médecin généraliste

▪ Perceptions des adolescents

Les adolescents évoquaient le médecin traitant comme ressource possible sur la sexualité en général et en particulier sur les thèmes de prévention. Ils considéraient que le dialogue était possible surtout s'ils se sentaient en confiance, écoutés, que le médecin avait une attitude compréhensive et qu'il était ouvert à la discussion (E3, E4, E5, E6, E10, E14, E20, E22, E25). Ils attendaient du médecin traitant qu'il ait des réponses adaptées à leurs questions (E8) et ils préféraient que le médecin soit de même sexe (surtout pour les adolescentes) (E25).
Certains adolescents faisaient référence au médecin traitant comme une personne de confiance, fiable, qui les connaissait bien et vers qui ils n'hésitaient pas à se tourner lors de problèmes personnels (E3, E4, E20, E22, E27).
Les freins au dialogue identifiés étaient de trois types comme le présente le tableau ci-dessous (E3, E9, E10, E11, E13, E16, E17, E20, E21, E25).

Tableau 4 : Freins au dialogue identifiés par les adolescents

Freins dépendants de l'adolescent	Freins dépendants du médecin	Freins extrinsèques
➢ âge de l'adolescent pour aborder la sexualité ➢ sentiment d'être suffisamment informé ➢ absence de désir d'être suivi ➢ caractère tabou du sujet ➢ timidité ➢ peur du jugement ➢ peur du non respect de la confidentialité	➢ perception d'indisponibilité ou de gêne du médecin ➢ discours du médecin difficilement compréhensible ➢ âge du médecin ➢ sexe du médecin ➢ proximité relationnelle du médecin (excessive ou insuffisante) ➢ doute sur les compétences du médecin dans le domaine de la sexualité	➢ coût de la consultation ➢ gestion de la prise de rendez-vous ➢ durée passée en salle d'attente ➢ présence parentale

Les adolescents préféraient que le médecin initie le dialogue sur les sujets de la vie affective et sexuelle (E3, E4, E10, E11, E19, E21, E22, E25, E27). L'âge pour initier la conversation était variable, certains disaient entre 14 et 16 ans (E4, E22) et d'autres plutôt entre 12 et 17 ans (E20, E11). Certains spécifiaient qu'il serait pertinent d'avoir cet échange avant leurs premières relations sentimentales (E11).

▪ Thèmes

Les thèmes qu'ils souhaitaient voir abordés étaient divers (E8, E10, E11, E19, E22) :
- La gestion de la prise de pilule et de l'oubli ;
- les IST et leurs moyens de prévention ;
- les effets indésirables des contraceptifs ;
- les changements pubertaires ;
- les premiers rapports sexuels ;
- les relations affectives ;
- la masturbation ;

- la vaccination.

Certains adolescents émettaient des réserves sur le fait que le médecin aborde des sujets personnels comme les relations amoureuses ou la sexualité (E8, E11, E19).

Les adolescents auraient aussi aimé bénéficier en fin de consultation ou en salle d'attente de supports papiers, de brochures informatives, des coordonnées des lieux ressources mais aussi des préservatifs ou des plaquettes de pilules (E8, E10, E22).

➢ Planning familial et gynécologue

Le planning familial était peu cité en terme de ressources (E2, E3, E8, E10, E12, E22, E27).

Le gynécologue était cité uniquement comme ressources pour les soins et ciblé pour la population féminine (E3, E9, E21, E27). Les centres de dépistage n'étaient pas cités comme ressource.

Ceux qui connaissaient le planning familial, le considéraient comme un lieu propice aux confidences et aux soins (E2, E5, E8). Il était apprécié pour sa facilité d'accès, la gratuité des soins et la délivrance immédiate d'éventuels contraceptifs (E27, E8).

Les attentes des adolescents étaient les suivantes (E8) :

- une réponses adaptées à leurs questions ;
- des conseils personnalisés ;
- des informations sur les effets indésirables des contraceptifs notamment ;
- des informations sur les IST ;
- un examen physique réalisé par un médecin qu'il percevait comme un « spécialiste » (E8).

Certains émettaient des critiques comme la surabondance d'explications, des thèmes abordés trop intimes durant la consultation, ou encore la peur de l'examen gynécologique (E8).

Plusieurs études notaient que les adolescents ne connaissaient pas ou mal les lieux ressources (planning familial, pharmacie, cabinet de l'IDE scolaire) et les modalités d'accès aux soins (gratuité, anonymat, etc.) (E2, E3, E6, E13, E16, E26).

➢ Médias

Les médias étaient largement cités comme ressource potentielle. Internet et la télévision étaient les médias les plus nommés (E1, E3, E5, E13, E10, E14, E17, E18, E19, E21, E22, E26, E27). Les autres sources mentionnées étaient les campagnes de prévention, la radio, les livres ou magazines, les centres d'appel téléphonique et les guides d'information.

Ils étaient considérés comme une source accessible et fiable, permettant la responsabilisation des jeunes face aux sujets de prévention et l'initiation de dialogue avec les parents (E9, E26).

▪ Internet

Internet était perçu comme une source d'information à part entière. Les adolescents appréciaient (E2, E13, E18, E26) :

- sa facilité d'accès ;
- leur autonomie dans leur recherche ;
- l'anonymat ;
- l'asynchronisme (réponse de façon différée) ;
- l'accès à des témoignages mais aussi à des images pornographiques.

Ils consultaient les sites spécialisés (planning familial, Doctissimo par exemple), les forums, les blogs, les réseaux sociaux (E5, E13, E18).

Les critiques qu'ils émettaient vis-à-vis d'Internet étaient :

- la crainte que leur famille ne découvre les sites consultés ;
- l'exposition à des mauvaises expériences (notamment la visualisation d'images pornographiques de façon involontaire, la perte d'anonymat) ;
- les difficultés à faire une recherche ciblée par manque de vocabulaire (mots-clés non connus) ;
- la dépendance ;

- et surtout le manque de fiabilité des sites consultés.

Ils prenaient d'ailleurs des précautions comme effacer leur historique, ne pas dévoiler leur intimité et leur vie privée sur Internet, éviter les contacts réels avec des personnes rencontrées dans le monde virtuel et ils utilisaient certains critères pour repérer des sites plus fiables (vocabulaire utilisé, ton sérieux, caution de l'Etat) (E3, E16, E18).

Dans l'étude E18, les adolescents évaluaient le site Internet « onsexprime.fr ». Bien qu'il ait été modifié depuis cette étude, certains points paraissaient importants. Le site était apprécié pour différentes caractéristiques :

- le caractère complet répondant aux questions de façon concrète et adaptée aux jeunes ;
- l'esthétique du site, distincte des sites de prévention habituels ;
- le caractère fiable ;
- le ton employé décontracté et humoristique, dédramatisant la sexualité ;
- la reprise de sujets abordés avec les parents sur une tonalité plus légère.

Ils ne se voyaient pas interagir pour autant sur le site et ils pouvaient trouver certains textes trop longs.

- Pornographie

Une majorité des adolescents avaient été exposés à de la pornographie, de façon volontaire ou non, sous forme de films ou d'images (E2, E3, E12, E13, E17, E19).

Certains considéraient (plutôt la population masculine) que la pornographie pouvait servir d'initiation et d'excitation (E2, E12). D'autres avaient été choqués, ils exprimaient de la honte ou de l'incompréhension (E2, E13, E18).

Enfin, ils critiquaient facilement la pornographie en notifiant que même s'ils la regardaient, elle n'était pas le reflet de la réalité (E2, E3, E12).

- Radio et télévision

Les émissions de radios étaient critiquées pour leur manque de fiabilité et leurs horaires tardifs donc inadaptés aux jeunes (E3).

La télévision paraissait être une source d'informations sur la sexualité omniprésente pour certains adolescents via les spots publicitaires, les informations et les films. Elle était parfois jugée comme embarrassante (E3).

- Téléphone

Les lignes téléphoniques et *chat* telles que Sida Info Service (SIS) étaient sollicitées pour des renseignements suite à des prises de risque (IST et grossesse surtout mais aussi sur des renseignements physiologiques (E26)). Elles étaient souvent consultées hors délais.

- Campagnes de prévention

Les campagnes de prévention étaient elles aussi critiquées. De par la multitude d'informations, des formats inadaptés à la jeunesse (moralisantes, éloignées de la vie réelle) et le sentiment qu'elles n'avaient aucun impact sur leur comportement, ils les considéraient comme inefficaces (E9, E16).

- Besoins

Enfin, les adolescents émettaient des souhaits concernant les médias. Internet et la télévision pourraient émettre des messages de prévention adaptés avec diffusion des numéros gratuits et des lieux ressources. Les campagnes de prévention devraient contenir des images fortes et les sensibiliser par des moyens actualisés comme les SMS ou des messages Internet.

Ils étaient en attente d'une régulation des propos sur les sites Internet par un adulte ou une autorité et de la création d'un label par l'Etat pour officialiser certains sites. Enfin, ils souhaitaient bénéficier d'informations spécifiques sur les risques d'Internet et les moyens de prévention délivrés par un expert (E5, E14, E16, E18).

DISCUSSION

1. Limites de ce travail

➢ Faiblesses de la revue

Certains points de cette revue sont à discuter. Les bases de données interrogées ont livré des résultats variables. En effet, les bases BDSP et Francis-Pascal ont été celles qui ont fourni la quasi-totalité des études incluses. De plus, on peut s'interroger sur l'intérêt d'avoir questionné la base de données Cochrane. Bien qu'elle n'ait donné aucun résultat pertinent, cette recherche permet de savoir que la littérature scientifique française n'a publié aucun article ayant suffisamment de rigueur méthodologique pour être publié sur cette base.

Malgré une recherche systématique sur les bases de données, certains articles ne sont pas apparus dans les résultats de recherche mais ont été trouvés par recherche manuelle. Il est légitime de penser que d'autres articles auraient pu être inclus mais que la recherche n'a pas pu les mettre en évidence.

Les études ayant pour objectif principal l'évaluation des besoins ne représentent qu'à peine la moitié des études incluses. Le choix de conserver l'ensemble des études traitant du sujet, bien que ce ne soit pas leur objectif principal, est lié à deux éléments :

- l'analyse des données collectées se veut être qualitative ; ainsi, toute donnée a du sens même si elle est extraite de différents types d'études ;
- malgré un grand nombre de données à traiter initialement, la revue a donné peu de résultats et donc il a semblé intéressant de tous les prendre en compte.

La recherche et l'interprétation des études ont été effectuées par une seule personne. Ainsi les étapes d'inclusion/exclusion ont pu être source de biais de sélection. Effectivement, il a parfois été difficile de fixer de façon nette ce qui touche au domaine de l'éducation en santé et ce qui concerne le domaine du soin. De plus certaines études ont été exclues à la seule lecture du titre. Elles auraient peut être pu être retenues si l'on avait disposé d'éléments complémentaires.
Les études concernant les besoins des adolescents infectés par le VIH, ou encore les besoins des adolescents délinquants sexuels n'ont pas été incluses puisqu'elles concernaient la prévention secondaire.

Malgré ces points de faiblesse, cette revue souligne que, bien que le thème de l'EVAS ait suscité de nombreux travaux, très peu d'entre eux visent à évaluer les besoins des adolescents. Effectivement, les études sur l'EVAS sont systématiquement centrées sur les risques en lien avec la VAS et très peu abordent le sujet sous l'angle du bien-être affectif et sexuel. Ces études reflètent la vision essentiellement préventive des séances d'EVAS témoignant de la difficulté inhérente à la définition de l'OMS qui situe la santé sexuelle dans le champ du bien-être. Ainsi elle déborde du champ d'intervention médical, induisant en permanence la question de la limite entre ce dernier, l'intime et le sociétal.

➢ Critiques méthodologiques des études incluses

Les études incluses sont hétérogènes en termes de domaine de recherche, d'objectif, de méthode et d'échantillon (âge et sexe). Le manque de validité scientifique de certaines études incluses est à regretter. Cette revue présente les limites de ces études. Les résultats ne peuvent donc être discutés qu'avec une certaine réserve.

Par exemple, deux études (E7, E15) avaient comme objectifs de réaliser une évaluation de la satisfaction des élèves concernant une intervention. Bien que les critiques émises par les adolescents soient plutôt positives, les protocoles d'études ne permettaient pas de conclure et surtout de prévoir la reproductibilité des séances.

2. Principaux résultats

➢ Caractéristiques des études incluses

Concernant les domaines des études incluses, on constate que les thèses de médecine générale ont été la principale source de ce travail. La prévention étant au cœur de notre métier, il est tout à fait compréhensible qu'on s'y intéresse. On peut se demander ce qu'il en est des autres spécialités médicales. En particulier, on peut s'interroger sur l'absence d'enquête de grande ampleur sur ce thème. Les enquêtes nationales et internationales comme le baromètre santé (16) ou encore l'étude HBSC (*Health Behavior School-aged Child*) (25) s'intéressent seulement depuis peu aux ressentis des populations. L'apparition récente des notions de bien-être et de qualité de vie dans les questionnaires en est notamment la preuve. Cependant, elles restent des études épidémiologiques avant tout, recensant des données comme l'âge du premier rapport, l'usage du préservatif, etc.
Aucune étude de sociologie n'a été incluse. D'une part ces études traitent de population dite « jeune » comprenant à la fois adolescents et jeunes adultes. D'autre part, comme le précise M. Bozon et M. Gelly (26,27), les travaux sociologiques récents concernant l'éducation à la sexualité sont rares et trois domaines restent encore inexplorés selon eux : « la sociologie des contenus des programmes, celle des mises en œuvre locales et enfin celle de la réception des intéressés » qui correspond à notre point d'intérêt.
Enfin, le domaine des sciences de l'éducation n'est pas du tout ressorti.

Les protocoles des études étaient soit quantitatifs, qualitatifs ou mixtes. On peut s'interroger sur les besoins que ces études cherchaient à explorer et si elles ne répondaient pas avant tout aux besoins estimés par les adultes et scientifiques.
Devant le manque de connaissance des adolescents sur certaines thématiques ou leurs comportements inadaptés aux risques, il apparaît comme évident la nécessité de les éduquer. Mais que ce soit en France ou au niveau international, les adolescents font part de l'inadéquation des séances d'éducation avec leurs besoins et de l'absence de modification comportementale (E16) (28).
L'éducation pour la santé est pluridisciplinaire. Chacune des disciplines qui s'y attache (médecine, pédagogie, psychologie ou sociologie) bénéficie de sa vision, de ses méthodes et de ses propres perspectives. Les services de santé publique tels que l'INSERM se sont intéressés au développement de ces différentes méthodes. Leur constat est qu'il ne faudrait pas se contenter d'une vision uniquement préventive qui ne s'attacherait qu'à la réduction des risques. La définition de l'OMS de la santé la définit comme un état de bien-être et non plus comme la seule absence de maladie. Dans le cas de l'éducation à la sexualité, le concept de promotion de la santé est certainement plus approprié. Celui-ci s'élabore autour des intérêts et aspirations de la population (ici adolescente) et vise ainsi une approche plus participative (19). Elle permet aux adolescents de s'exprimer sur le choix des thèmes à aborder mais aussi sur la manière de le faire. Les approches conventionnelles sont le plus souvent préventives. Elles présentent l'inconvénient d'entraîner un rejet de la population cible et une inefficacité du message. L'apport de la promotion de la santé (sur un modèle biopsychosocial) valorise l'acquis et donne les moyens aux adolescents de maintenir ou d'améliorer leur santé. Le concept d'*empowerment* décrit bien cette prise de conscience et cette participation qui offre à l'adolescent la possibilité d'être acteur de sa santé. Cependant il est encore difficile d'avoir recours à de réels programmes de promotion de la santé. Ils nécessitent une réelle coopération au niveau politique et des méthodes d'évaluation fiables.

➢ Caractéristiques des échantillons

La tranche d'âge la plus étudiée se situe entre 14 et 17 ans. Le choix de cet âge est souvent relatif à l'âge médian du premier rapport sexuel (estimé en 2010 à 17,4 ans pour les garçons et 17,6 ans pour les filles (29)). Cependant, l'étude HBSC (25) retrouve un âge médian aux alentours des 15 ans pour la population française et le dernier baromètre santé fait état qu'un élève sur cinq avait initié des rapports sexuels avant ses 15 ans quel que soit son sexe (16). Ainsi, il n'est pas question de discuter d'une avancée significative de l'âge du premier rapport (30) mais de souligner les variabilités interindividuelles sur ce point. Il est donc important d'aborder les thèmes de la vie affective et sexuelle le plus tôt possible. De plus, il serait intéressant de réaliser des études complémentaires sur les tranches d'âge les plus jeunes pour adapter les séances au plus près de leurs besoins.
La population féminine est sensiblement plus représentée dans les études incluses (5 études portant uniquement sur la population féminine, 23 mixtes et aucune strictement sur la population masculine). Comme le souligne l'étude E1 et deux études nord américaines (31,32), la place de l'homme et de l'adolescent plus particulièrement est très réduite dans la promotion de la santé sexuelle. Le discours préventif est fortement sexué et axé sur les comportements féminins. Il existe une nette inégalité sociale concernant l'entrée dans la vie sexuelle de la femme et celle de l'homme. Bien que la place de la femme ait évolué dans nos sociétés depuis moins de cinquante ans, il persiste comme le précisent N. Bajos et M. Bozon (33) que les femmes sont les garantes du bon déroulement de la vie affective et sexuelle, intériorisant les normes en matière de sentiments, de protection et de contraception. Ainsi, les politiques de santé publique mises en place sont à destination essentiellement des femmes (accès à la contraception notamment). Les risques inhérents à la sexualité sont plus facilement identifiables par les femmes et il est plus facile de présenter les victimes de violences sexuelles comme étant uniquement des femmes.

Les échantillons étudiés étaient essentiellement des populations d'adolescents scolarisés. Cela semble approprié puisque l'EVAS était visée et que cette dernière se déroule en partie en milieu scolaire. Mais il faut souligner que même si une majorité des adolescents continue leur scolarité au delà de la troisième, une partie d'entre eux arrête leur scolarité à la fin du collège et ne participe pas à ces séances. Comme le rappelle Y. Ansellem-Mainguy, les inégalités sociales de santé débutent dès l'enfance (34). Ainsi les jeunes défavorisés se verront renoncer aux soins de façon plus importante que leurs congénères et auront une espérance de vie moindre (35). Ces adolescents déscolarisés représentent une population dite « à risque » que ce soit au niveau de la consommation de toxiques ou des conduites à risque, et doivent donc bénéficier d'une attention particulière de la part des éducateurs.

De la même façon, les jeunes des milieux ruraux se disent défavorisés quant à l'accès à la prévention mais aussi aux soins (E6, E16). En effet, le milieu rural surexpose les adolescents à la dépendance financière et à celle des transports. Il s'agit d'être particulièrement vigilant pour ces populations et de veiller à ce que les dispositifs garantissant l'anonymat et la gratuité soient accessibles.

Pour finir, les minorités sexuelles font elles aussi partie des populations vulnérables. En effet, un lien a été retrouvé entre l'orientation sexuelle et le risque suicidaire chez les adolescents (36). Cependant les questions autour de l'orientation sexuelle sont peu explorées. L'étude E15 montre à quel point les adolescents peuvent être intéressés par ce sujet. Il serait important d'intégrer cette question aux séances d'éducation mais aussi de développer les recherches sur ce sujet.

➢ Besoins en éducation à la vie affective et sexuelle

▪ Thèmes et âge d'initiation

Les thèmes évoqués par les adolescents étaient variables d'une étude à l'autre. Que ce soit dans le cadre d'EVAS scolaire ou au sein du cabinet médical, les demandes n'étaient pas identiques. Ainsi, on peut en déduire

que les adolescents ne souhaitent pas toujours aborder les mêmes sujets. Leur volonté dépend de leur histoire personnelle, de leur degré de maturité, de leur développement pubertaire et du moment de questionnement. Comme les études incluses ont été réalisées dans des tranches d'âges différents, il est normal de constater que ces thèmes pouvaient être variables. Plutôt que de considérer les thèmes pour chaque tranche d'âge, il paraît alors approprié de retenir cette variabilité et de prévoir une façon d'adapter les programmes d'éducation aux plus proches des besoins actualisés des adolescents. La « boîte à question » ou la concertation en groupe semblent être des moyens appropriés.

L'âge pour initier le dialogue ne peut être fixé de façon claire pour des raisons analogues. Comme il était précisé précédemment, il semble important de retenir que les jeunes souhaitent débuter cette éducation avant leur entrée dans la vie sexuelle. Ainsi ils auraient le temps d'assimiler l'information avant d'être confrontés à une situation à risque.

Si l'initiation de l'éducation est trop tardive, les adolescents la trouvent alors inappropriée ou dépassée. Par contre si elle aborde des sujets trop éloignés de leurs préoccupations (de façon trop précoce), ils ne sentent pas concernés. L'information délivrée devrait donc être adaptée à l'âge.

Au niveau européen, certains programmes d'éducation débutent dès le primaire. C'est notamment le cas pour l'éducation faite au Royaume-Uni, en Belgique, au Portugal ou encore en Suède (37). La France fait partie des pays qui d'un point de vue législatif initie l'EVAS dès l'enseignement primaire. Dans les faits, l'application de la loi est loin d'être effective. Il existe quelques initiatives nationales, par exemple un programme dans la région toulousaine de la maternelle au lycée (38). Cette intervention est jugée prometteuse car elle permet une action plus globale et une participation des différents acteurs. Mais elle n'a pas été évaluée et les difficultés rencontrées pour sa mise en place ont été jugées trop importantes pour la pérenniser.

- EVAS par les pairs

Les adolescents se livrent principalement à leurs amis. Ils préfèrent des intervenants jeunes auxquels ils peuvent s'identifier plus facilement. L'éducation par les pairs apparaît alors comme un moyen de sensibilisation adéquat. Les études, que ce soit dans le cadre de l'EVAS ou plus largement dans le cadre de l'éducation en santé, montrent des résultats encourageants mais aussi des limites (39,40). Les pairs sont les plus grands bénéficiaires de ce type d'intervention, ils gagnent en confiance, en estime de soi et améliorent leurs connaissances. De plus, ils élargissent leurs capacités sociales, relationnelles et professionnelles. Les jeunes ciblés quant à eux, adhèrent plus facilement au projet éducatif. Ce dernier peut améliorer l'accessibilité et l'utilisation des ressources et services et nettement augmenter le dialogue entre adolescent et adulte (41). Concernant les professionnels, ils mettent en place des dispositifs qui sont en accord avec les codes culturels des jeunes. Cependant, ce type d'intervention est très exigeant et son évaluation reste encore très difficile. Les pairs peuvent vivre ces actions comme des actes de « militantisme » ou encore considérer cet engagement comme une nouvelle performance scolaire. Enfin, le risque pour eux est de perdre leur place au sein des jeunes et d'être exclus de la communauté. De leur côté, les adultes peuvent se tromper sur l'intérêt de cette formation et avoir des difficultés entre une simple supervision et une instrumentalisation, définissant par exemple les actions à la place des pairs. L'étude ESPAIR (42) revient sur quatre interventions menées en France dans des cadres scolaires ou non. Elle évoque l'intérêt d'une transférabilité de ces pratiques mais souligne une fois de plus les difficultés de mise en place et la nécessité d'un soutien politique, institutionnel et financier. Elle place l'éducation par les pairs comme une stratégie complémentaire et non comme une fin en soi.

- EVAS par la famille

Les parents sont eux aussi des interlocuteurs privilégiés. Si les relations interfamiliales, les valeurs et les tabous familiaux peuvent être des freins, la proximité de ces acteurs avec les adolescents leur donne une place de choix. Plusieurs des études (E5, E7, E16) (43) font état que les adolescents sont demandeurs d'une implication plus importante de la part de leurs parents dans cette éducation. Par contre, la majorité critiquait l'information qui leur était délivrée, parlant de « bourrage de crâne », d'information moralisante et inquisitrice. Cette ambi-

valence souligne le travail qui pourrait être mené auprès des parents afin d'améliorer leur qualité d'éducateur mais aussi le message délivré. Différentes études ont été menées aux Etats-Unis sur l'influence parentale et sur la possibilité d'aider les parents. Ainsi, les adolescents de famille où la sexualité était abordée présentaient moins de comportements à risque que ceux de familles où l'on n'abordait pas le sujet (44). Deux études prometteuses ont montré qu'un programme d'aide à la communication enseigné aux parents (soit une intervention brève lors de consultations médicales, soit un programme sur plusieurs séances sur le lieu de travail des parents) permettait d'améliorer la communication et de diminuer les comportements à risques (45,46).

- EVAS scolaire

L'EVAS scolaire reste l'EVAS la plus étudiée en France. L'absence d'uniformité des séances dans les différents établissements entraîne des évaluations régulières de l'efficacité de celle-ci. Même s'il n'est pas possible de les recenser, trop d'études encore ne traitent que de l'acquisition des connaissances. Cette acquisition n'est en réalité qu'un des facteurs du changement comportemental et les adolescents sont très critiques sur l'approche professorale de l'éducation. En effet, comme évoqué précédemment, la promotion de la santé se base sur une approche biopsychosociale permettant une approche plus globale et participative (19).
Une revue de la littérature sur les interventions dites validées ou prometteuses en matière de prévention des IST ou de grossesse non prévue a montré qu'une grande partie de ces interventions se déroulait en milieu scolaire, associant ou non la communauté (47–49). Ces interventions étaient positives, surtout lorsqu'elles avaient une approche globale et qu'elles développaient les compétences des jeunes. Les critères communs à ces interventions étaient : l'aspect ludique, la présence d'intervenants formés, le nombre de séances (plus que la durée de chacune des séances), un contenu multiple permettant d'augmenter les compétences relationnelles, les capacités de négociation et de décision. Les interventions améliorant l'accessibilité, la disponibilité et l'acceptabilité des préservatifs bénéficiaient elles aussi de bons résultats.
Ainsi, cette revue permet de constater une certaine concordance entre ces critères et les besoins exprimés par les adolescents.
Enfin la présence d'un médecin et d'un IDE scolaire peut paraître particulièrement pertinente pour des milieux isolés comme le milieu rural. La visibilité du rôle de l'IDE scolaire doit être aussi discutée et valorisée. Il semble que peu d'adolescents soient au courant qu'elle peut délivrer des conseils de prévention en santé sexuelle mais aussi des soins dans les établissements.
Aux Etats-Unis, des services de médecines scolaires dédiés à la santé sexuelle ont été mis en place mais leur efficacité n'est pas encore prouvée. Cependant, il est intéressant de voir que ces services sont populaires auprès des jeunes et qu'ils peuvent avoir un intérêt à court et long termes sur la diminution des inégalités sociales de santé en améliorant l'accessibilité à l'information et aux soins (50).
Par ailleurs, une intervention réalisée aux Pays-Bas alliant l'éducation en milieu scolaire, l'utilisation des médias et la mise en place de service de médecine scolaire, apparaît comme novatrice. Elle comprend un développement sur plusieurs étapes. Partant des besoins des adolescents, elle établit des objectifs en fonction des acquis de la science et de la confrontation des besoins et planifie sa mise en œuvre puis son évaluation (51). Les résultats complets ne sont pas encore disponibles.

- EVAS médicale

Les médecins généralistes, les médecins du planning familial et les gynécologues font partie de la communauté médicale identifiée par les adolescents comme ressource.
Chacun est apprécié pour une qualité spécifique (proximité, anonymat ou encore spécialisé) mais tous sont vus plus comme des ressources de soins que comme des recours informatifs.
Bien que les adolescents évoquent un certain nombre de freins en consultation (52), il est certain que les soignants identifient eux mêmes des obstacles pour aborder ce sujet. Le médecin généraliste est bien plus confronté à ces freins que les médecins « spécialisés » dans la vie affective et sexuelle. Ainsi les facteurs limitants

identifiés par les médecins généralistes sont le manque de temps, la sensation de résistance de la part du patient, de la part de sa famille ou encore les résistances propres au médecin.
Le fait de devoir initier la conversation ou encore de penser à évoquer ce sujet auprès des jeunes sont des limites que le médecin met en avant (53–55). La présence parentale, le sexe du patient et du médecin, la formation du médecin dans ce domaine sont des freins identifiés par les deux parties.
La mise en place d'un outil d'aide à la communication (logiciel informatique) a été testée auprès des médecins généralistes du Royaume-Uni. Les résultats mettent en évidence une augmentation de l'abord du sujet en consultation et une satisfaction de la part des patients (56).
Par ailleurs, les compétences du MG sont à réaffirmer. Bien qu'il soit le soignant de premier recours et le deuxième prescripteur de contraception (57), les adolescents et lui même peuvent mettre en doute ses capacités à discuter et informer correctement sur les problèmes en lien avec la VAS.
Ainsi, il apparaît indispensable de donner un temps de consultation à l'adolescent sans ses parents afin d'aborder tout sujet sensible, dont la santé sexuelle, et de dépister d'éventuelles difficultés ou conduites à risques (13,52). Ce temps pourrait être l'occasion de préciser à l'adolescent le caractère confidentiel de la consultation. L'examen gynécologique doit lui aussi être expliqué notamment avant toute première prescription de contraceptif. Cela éviterait que cet examen limite l'abord du sujet de la sexualité.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a réalisé un rapport sur la place occupée par les centres de planification familiale tant en matière d'éducation que de soins. Il souligne que les centres proposent une offre adaptée aux besoins mais qui est largement insuffisante en terme de couverture. Ainsi les centres ne peuvent faire face aux demandes d'intervention en milieu scolaire et sont inégalement répartis sur le territoire. Les zones rurales et péri-urbaines sont nettement défavorisées en terme d'accès aux centres. Les plages horaires d'ouverture ne sont pas nécessairement adaptées au public, ainsi les horaires tardifs ou le week-end ne sont pas couverts. Enfin, la revue de la littérature effectuée montre que la visibilité de la structure auprès des jeunes demeure faible (58).

- EVAS par les médias

Les médias sont devenus des outils d'échanges au quotidien depuis une dizaine d'années. La place d'Internet, des réseaux sociaux et de la téléphonie mobile, notamment dans la vie des adolescents, est croissante comme l'indiquent des enquêtes sur le sujet (59–61). Ainsi en 2011, seuls 15% des adolescents de plus de 12 ans n'étaient pas joignables sur un mobile ou encore plus de 80% des 12-17 ans avaient à leur domicile accès à un mobile et à un ordinateur.

Le téléphone en tant que tel est très peu cité dans les enquêtes auprès des adolescents. Dans l'étude E26, le Sida Info Service fait un point sur leur intervention et déclare plus de 9000 appels sur une année émanant de la population adolescente. Ceux-ci sont souvent en lien avec les conduites à tenir suite à une prise de risque. Il existe donc une demande pour ces centres d'appels. Ils permettent un accès à distance (24h sur 24h), une information fiable, une orientation vers les services ressources et surtout un anonymat et une gratuité. Ces centres comme le SIS association, le Fil santé jeune ont une faible visibilité qu'il serait nécessaire d'améliorer.
Par ailleurs, l'usage des SMS pour des campagnes préventives pourrait être pertinent. Effectivement, les jeunes sont nombreux à posséder leur propre téléphone mobile et ils sont demandeurs d'outils nouveaux. Les études montrent du reste que les campagnes larges de prévention par SMS ont des résultats prometteurs (48,62). Les campagnes télévisées ou radiophoniques sont rarement adaptées à la population adolescente alors qu'elle est en attente de messages plus ciblés sur ces médias qu'elle écoute régulièrement.

Finalement, Internet est le média de référence. Sa large diffusion et ses différents supports (réseaux sociaux, blog, forum, sites référencés) en font l'outil de choix des adolescents pour poursuivre leurs interactions sociales en dehors de la sphère scolaire. Bien que les adolescents identifient certains risques, ils reconnaissent

être particulièrement vulnérables face aux dangers d'Internet et sont en attente de formations délivrées par des experts. En effet, ils sont souvent bien mieux formés que leurs parents et contournent facilement les mesures de contrôle mises en place par ces derniers. Ils apprécient les sites pour la fiabilité et la simplicité de leur information, leur esthétique et la tonalité humoristique de leur propos (E18).

Dans cette revue, ils identifient deux obstacles essentiels pour l'accès à des informations sur la vie affective et sexuelle (VAS). Le premier concerne le vocabulaire puisqu'ils manquent de connaissance sur les mots-clés. Le deuxième est la fiabilité des sites consultés.
L'HAS travaille actuellement sur le projet de créer un label HON (HEALTH on net) pour permettre à la population de distinguer les sites officiels et de donner une crédibilité aux contenus (63). De plus, il serait pertinent que les sites à l'attention des populations les plus jeunes soient référencés par des mots-clés mais aussi par du vocabulaire utilisé par ces populations.
Depuis une dizaine d'années, deux sujets suscitent le débat au sein des communautés scientifiques françaises et internationales. Le premier est l'hyper-sexualisation qui est soulevé dans l'étude E6. Le deuxième est la place de la pornographie dans la société et son influence sur les comportements sexuels des jeunes.
La société canadienne et les Etats-Unis, précurseurs dans ces préoccupations ont réalisé plusieurs études sur le sujet (64). L'hyper-sexualisation est définie comme un ensemble de pratiques qui sexualise la société au travers de la publicité, la mode vestimentaire et la culture en général conduisant à une banalisation de la sexualité. Les études nord-américaines dégagent une inquiétude concernant la place donnée à la femme qui est plus souvent la cible de l'hyper-sexualisation. La pornographie quant à elle, transmet une vision très sexiste, traitant la femme comme un objet sexuel. L'acte sexuel est centré sur une certaine norme : la nécessité de performance, l'obligation de plaisir masculin et une certaine violence. Ainsi, le double standard (à savoir que les garçons sont avides d'expérience sexuelle et respectés pour cela ; que les filles ont des relations amoureuses et ne doivent afficher leur expérience sexuelle sous peine d'être jugée négativement), la banalisation de l'acte sexuel (du sexe oral en particulier) l'avènement des *fucking friends* (partenaire proche avec lequel il est entretenu des relations basées uniquement sur l'attirance physique et les besoins sexuels), ou encore la pression normative des pairs et de la société sont autant d'éléments qui préoccupent les sociétés nord-américaines.
Côté français, la communauté scientifique est beaucoup plus pragmatique. Bien que les opinions soient divergentes, elle souligne de façon unanime que l'absence de réelles études sur le sujet empêche de conclure (33). En France, il est appliqué à l'égard de la pornographie le principe de précaution sans qu'il soit fondé sur de quelconques preuves. Pour autant cela ne semble pas être efficace (nombre des jeunes ont été exposés à des images pornographiques sans le souhaiter). Bien qu'y ayant recours comme initiation ou parfois comme rite de passage, les adolescents français paraissent critiques à l'égard de la pornographie. Ils reconnaissent l'aspect irréel de ces images.

Concernant les pratiques sexuelles des jeunes au travers des réseaux sociaux ou de leur mobile, il est intéressant de s'arrêter sur les avis des sociologues et psychiatres (65,66). L'utilisation des mobiles et d'Internet redéfinit les modalités de rencontre et l'expression des sentiments. Les images envoyées à connotation sexuelle peuvent servir à débattre au sein du groupe de pairs mais aussi à susciter le regard de l'autre. L'image est alors là comme gage de confiance dans la relation. Elle représente un désir de reconnaissance mais est aussi un risque de jugement. Ce concept d'extimité est bien défini par S. Tisseron (67). Le problème essentiel n'est plus alors ces nouveaux moyens de séduction mais plutôt la gestion de l'après comme par exemple la rupture amoureuse.
Bien que l'usage d'Internet soit de plus en plus fréquent et que la société soit hyper-sexualisée, on ne peut constater une précocité dans les rapports sexuels. Il est à regretter que le double standard existe mais il est manifestement présent dans nos sociétés depuis bien plus de cinquante ans. Internet représente bien une source d'informations pour la plupart des adolescents. L'anonymat et la disponibilité qu'il offre sont appréciés par les adolescents. Il permet une forme d'auto-apprentissage au travers d'échanges mais il construit aussi des normes comportementales comme le bon âge pour le premier baiser ou le premier rapport. Il semble alors

important d'axer les préoccupations sur comment éviter les attitudes sexistes, renforcer les connaissances et l'analyse critique des adolescents plutôt que de tenter de limiter l'accès à Internet.

- Besoins contradictoires

Ces résultats doivent être considérés avec une certaine prudence. Comme il a été souligné plus tôt, nombre des réponses des adolescents sont empreintes d'une ambivalence, voire d'une contradiction. Par exemple, ils attendent beaucoup de leur famille mais ils souhaitent avoir plus d'autonomie et expriment de multiples craintes pour aborder ce sujet. Ils considèrent leurs amis comme des personnes ressources mais ils doutent de leur fiabilité. Ils souhaitent que l'EVAS débute avant leur initiation à la VAS, cependant, ils souhaitent que celle-ci soit en adéquation avec leurs pratiques.
Ces ambivalences, caractéristiques de l'adolescence, pointent les limites d'une intervention éducationnelle qui ne sera jamais en exacte adéquation avec les attentes des individus.

CONCLUSION

Cette revue de la littérature a permis de constater que les besoins exprimés par les adolescents sur la VAS représente un domaine d'étude peu exploré. De plus, parmi le faible nombre d'études sur ce sujet, peu d'entre elles ont une validité scientifique forte. Malgré cela, ce travail a mis en évidence qu'il existait une adéquation entre une partie des besoins exprimés par les adolescents et les caractéristiques des programmes d'éducation ayant démontré leur efficacité. Il apparaît pertinent de continuer à s'intéresser à ce sujet et d'approfondir toutes les dimensions de ces besoins.

Les principaux thèmes abordés sont centrés sur des adolescents entre 14 et 17 ans, scolarisés, vivant en milieu urbain et plutôt de sexe féminin. Il pourrait être intéressant de poursuivre les recherches avec des échantillons plus représentatifs mais également avec des populations plus vulnérables.
La promotion de la santé sur le modèle biopsychosocial apparaît comme la méthode la plus prometteuse. Cependant, il est nécessaire de continuer la recherche dans l'évaluation de ces méthodes et d'explorer quels sont les critères de validité scientifique.

On remarque que les adolescents ont plusieurs sources d'informations à leur disposition. Cette multiplicité est un atout d'autant que ces sources ont chacune un attrait différent pour les adolescents. Elles sont toutes à considérer pour améliorer leur éducation à la vie affective et sexuelle, et ce à plus forte raison que les adolescents se sentent concernés et sont demandeurs de nouvelles interactions.

En effet, des outils et des formations pour aider les acteurs de cette éducation sont à l'étude et peuvent être envisagés comme des pistes sérieuses. Les programmes communautaires alliant les différents acteurs sont à développer. Pour cela, la transmission aux acteurs des données validées par la littérature scientifique devrait être améliorée. De façon analogue, les remontées des constats du terrain devraient bénéficier à la recherche.

Concernant les structures ressources, cette revue souligne le manque de visibilité de la plupart d'entre elles (IDE scolaire, planning familial, association, service hospitalier spécifique tel que centre de dépistage, centre d'appel ou site Internet officiel). Les adolescents quant à eux sont demandeurs de supports écrits (contacts des ressources et bonnes pratiques) qui sont souvent déjà existants. L'accès à ces supports pourrait être perfectionné en les distribuant de façon plus systématique dans les établissements scolaires et cabinets médicaux. Leur distribution pourrait également être l'occasion de rappeler le caractère gratuit et anonyme de certaines structures.

Enfin, les médias et les nouvelles technologies sont particulièrement attirants pour les jeunes générations. Leur place dans leur environnement ne cesse de progresser. Les adultes peuvent apparaître encore peu armés contre certains dangers qu'ils présentent. De leur côté, les adolescents souhaitent une aide et une formation pour mieux utiliser ces outils et éviter les risques. Des efforts sont menés par les instances publiques à ce sujet. Le travail sur le label HON par l'HAS ou les sites tels que « onsexprime.fr » sont des exemples intéressants de programmes émanant en partie d'une demande de la population.

En définitive, si les adolescents peuvent apparaître comme distants et détachés, ils sont encore demandeurs d'aide de la part des adultes. Ils attendent du monde des adultes et des professionnels des réponses cohérentes et adaptées à leurs questionnement. En tant que médecins, nous sommes des interlocuteurs privilégiés auprès de ces jeunes, de leur famille mais aussi de la société en général. Les méthodes d'accompagnement des adolescents et de leur entourage reste un champ de recherche à explorer, et plus particulièrement dans ces périodes de questionnement, afin d'améliorer leur bien-être affectif et sexuel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. [page consultée le 6 juillet 2014]. Santé sexuelle, [en ligne]. http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2.
3. Groupe de travail vie affective et sexuelle d'Ille-et-Vilaine. [page consultée le 20 mars 2015]. Guide de travail sur l'EVAS, [en ligne]. 2013. http://www.cirdd-bretagne.fr/fileadmin/publications/PCPPS/Guide_VAS/Principes_d_intervention_juillet_2013.pdf

4. Centre de documentation du Planning Familial. [page consultée le 15 avril 2015]. Aide-mémoire législatif. [en ligne]. 2014. http://doc.leplanningfamilial38.org/GEIDEFile/2014_08_aide_memoire_legislatif_MFPF.pdf?Archive=191714691999&File=2014_08_aide_memoire_legislatif_MFPF_pdf

5. Poutrain V. [page consultée le 15 octobre 2014]. L'évolution de l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires. Éducation Social Cah CERFEE (36), [en ligne]. http://edso.revues.org/951

6. Ministère en charge de l'Education Nationale. [page consultée le 16 mars 2015]. Circulaire N°2003-027 du 17-2-2003. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées, [en ligne]. http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm

7. Ministère en charge de la Santé. [page consultée le 16 mars 2015]. Charte d'Ottawa, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

8. Sigmund F. La sexualité infantile. Ed. 2011. Paris : Payot & Rivages. 1905.

9. Vilain A, Mouquet MC, Gonzalez L, De Riccardis N. [page consultée le 18 octobre 2014]. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011, [en ligne]. http://www.drees.sante.gouv.fr/les-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2011,11149.html

10. INVS. [page consultée le 10 juin 2014]. Couverture vaccinale en France, [en ligne]. http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiques-de-presse/2013/La-couverture-vaccinale-en-France

11. INVS. [page consultée le 10 juin 2014]. Bulletins des réseaux de surveillance des IST, [en ligne]. 2012. file:///C:/Users/Marie/Downloads/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST.pdf

12. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. [page consultée le 10 avril 2015]. Violences au sein du couple et violences sexuelles : les principales données, [en ligne]. La lettre de l'observatoire. 2004 Nov.;4 http://stop-violences-femmes.gouv.fr/La-lettre-de-l-Observatoire-No4.html

13. OMS. [page consultée le 24 mars 2015]. Guide pratique pour les soins aux adolescents, [en ligne]. 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242599961_fre.pdf

14. Binder P, Chabaud F. [page consultée le 15 juin 2014]. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel, [en ligne]. http://www.medecin-ado.org/docs/Accueil_Ado-MG_referentiel.pdf

15. Rouzier E. [page consultée le 9 juin 2014]. Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant : impacts sur la contraception et la sexualité. [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine Générale]. Université de Rouen, [en ligne]. 2012. http://www.sudoc.abes.fr//DB=2.1/SET=2/TTL=1/CMD?ACT=SRCHA&IKT=1016&SRT=YOP&TRM=Les+adolescentes+seinomarines%2C+leur+milieu+environnant%2C+leur+m%C3%A9decin+traitant

16. Beck F, Richard JB. [page consultée le 7 juillet 2014]. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010, [en ligne]. http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-

2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf

17. Unesco. [page consultée le 6 juillet 2014]. Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle, [en ligne]. 2010 ; Volume 1. http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf

18. OMS. [page consultée le 6 juillet 2014]. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe, [en ligne]. https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/11/Standards-OMS_fr.pdf

19. INSERM. [page consultée le 13 avril 2015]. Education pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution, [en ligne]. Editions INSERM. 2001;15-39p. http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=notice_display&id=42192

20. Prisma Statement. [page consultée le 23 avril 2014]. Transparent reporting of systematic reviews and meta-analysis, [en ligne]. http://www.prisma-statement.org

21. Cochrane Qualitative and Implementation Methods Group. [page consultée le 23 février 2015]. Supplemental Handbook Guidance, [en ligne]. http://cqim.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance

22. Leroy Cism BT, [page consultée le 25 mars 2015]. [en ligne]. http://www.chu-rouen.fr/cismef/

23. OMS. [page consultée le 30 mars 2015]. Santé de l'adolescent, [en ligne]. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/

24. Andreani JC, Conchon F. [page consultée le 23 février 2015]. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives, [en ligne]. http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf

25. Godeau E, Navarro F, Arnaud C, INPES. [page consultée le 23 septembre 2014]. La santé des collégiens en France en 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), [en ligne]. http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1412.pdf

26. Bozon M. L'éducation à la sexualité, entre psychologie des différences, santé sexuelle et protection de la jeunesse. L'égalité introuvable ? : Commentaire. Sci Soc Santé. 2013;31(4):97.

27. Gelly M. Les inégalités sociales, objet invisible pour l'éducation sexuelle ? Enquête ethnographique sur l'éducation sexuelle dans les collèges. Sci Soc Santé. 2013;31(4):73.

28. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV Education Programs : Their Impact on Sexual Behaviors of Young People Throughout the World. J Adolesc Health. 2007 Mar;40(3):206-17.

29. Institut national d'études démographiques. [page consultée le 11 avril 2015]. L'âge au premier rapport sexuel, [en ligne]. https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/

30. Romano H. École, sexe et vidéo. Ed. 2014. Paris: Dunod ; 256.

31. Collins JL, Champion JD. Male adolescent sexual behavior : what they know and what they wish they had known. West J Nurs Res. 2009 Oct;31(6):748-71.

32. Saewyc EM. What About the Boys? The Importance of Including Boys and Young Men in Sexual and Reproductive Health Research. J Adolesc Health. 2012 Juil 1;51(1):1-2.

33. Bozon M. Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Agora Débats jeunesses. 2012 Feb 7;60(1):121-34.

34. Labadie F, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. [page consultée le 3 mars 2015].

Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la Jeunesse 2012, [en ligne]. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110090904/

35. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [page consultée le 9 avril 2015]. L'état de santé de la population en France, [en ligne]. 2015. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf

36. Beck F., Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et Perspectives. [Nouvelle édition 2014]. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action. 2014:140.

37. IPPF European Network. [page consultée le 30 mars 2015]. Sexuality education in Europe - a reference guide to policies and practices, [en ligne]. http://www.ippfen.org/resources/sexuality-education-europe-reference-guide-policies-and-practices

38. Castéran G et Lasserre C. [page consultée le 23 octobre 2014]. Académie de Toulouse : l'éducation affective et sexuelle, de la maternelle au lycée. Santé Homme, [en ligne]. 2011;(415). http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-415.pdf

39. Inserm. [page consultée le 14 avril 2015]. Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes. Synthèse et recommandations, [en ligne]. Les éditions Inserm. 2001. http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/176

40. UNESCO. [page consultée le 15 mars 2015]. Peer approach in adolescent reproductive health education: some lessons learned. [en ligne]. 2003. http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001305/130516e.pdf

41. Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs. [page consultée le 10 novembre 2014]. La santé de l'homme, [en ligne]. 2012;421:012. http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf

42. Le Grand E. Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, [page consultée le 10 avril 2015]. ESPAIR: rapport d'évaluation 2012, [en ligne]. http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_AP2_Evaluation_par_les_pairs.pdf

43. IPSOS. [page consultée le 5 mars 2015]. Regards croisés adolescents/adultes. Résultats d'une étude qualitative réalisée par Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth, [en ligne]. 2010. http://62.23.26.243/sites/default/files/attachments/2199-0-Resultatsdeletudequalitative-97.pdf

44. Aspy CB, Vesely SK, Oman RF, Rodine S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behaviour. J Adolesc. 2007 Juin;30(3):449-66.

45. Guilamo-Ramos V, Bouris A, Jaccard J, Gonzalez B, McCoy W, Aranda D. A Parent-Based Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior in Early Adolescence: Building Alliances Between Physicians, Social Workers, and Parents. J Adolesc Health. 2011 Fév;48(2):159-63.

46. Schuster MA, Corona R, Elliott MN, Kanouse DE, Eastman KL, Zhou AJ, et al. [page consultée le 15 février 2015]. Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial. BMJ, [en ligne]. 2008 Juil 10;337. http://www.bmj.com/content/337/bmj.39609.657581.25

47. Lamboy B. Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes. 2013 Fév 1;S1(HS1):9-11.

48. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. Santé Publique. 2013 Fév 1;S1(HS1):13-23.

49. Kersaudy-Rahib D, Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature. Santé Publique. 2013 Fév 1;S1(HS1):25-35.

50. Mason-Jones A, Crisp C, Momberg M, Koech J, Koker P, Mathews C. A systematic review of the role of school-based healthcare in adolescent sexual, reproductive, and mental health [Structured abstract]. Syst Rev. 2012;1:49.

51. Wolfers M, de Zwart O, Kok G. The systematic development of ROsafe: an intervention to promote STI testing among vocational school students. Health Promot Pract. 2012;13(3):378-87.

52. Rutishauser C, Esslinger A, Bond L, Sennhauser FH. Consultations with adolescents: the gap between their expectations and their experiences. Acta Paediatr Oslo Nor 1992. 2003 Nov;92(11):1322-6.

53. Mauroy O. Impact du médecin généraliste dans l'éducation sexuelle des jeunes filles à Marseille (1970-2011, France) [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine Générale]. Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine. 2010.

54. Brian L, Vidal M. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse de Doctorat d'Université de Médecine Générale]. Toulouse, France: Université Paul Sabatier, Toulouse 3. 2013.

55. Merzel CR, VanDevanter NL, Middlestadt S, Bleakley A, Ledsky R, Messeri PA. Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. 2004 Août;35(2):108-15.

56. 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. 2010 Déc;81(3):332-7.

57. Aubin C, Jourdain Menninger D, IGAS. [page consultée le 12 mars 2015]. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence, [en ligne]. 2009. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000049/0000.pdf

58. Inspection générale des affaires sociales. [page consultée le 3 avril 2015]. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan, [en ligne]. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000405/

59. TNS Sofres. [page consultée le 14 mars 2015]. L'usage des réseaux sociaux chez les 8-17 ans, [en ligne]. 2011. http://www.tns-sofres.com/sites/default/files/2011.07.04-reseaux-sociaux.pdf

60. TNS Sofres. [page consultée le 14 mars 2015]. Les adolescents, leur téléphone portable et l'Internet mobile, [en ligne]. 2009. http://www.tns-sofres.com/etudes-et-points-de-vue/les-adolescents-leur-telephone-portable-et-lInternet-mobile#

61. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie CREDOC. [page consultée le 10 février 2015]. La diffusion des technologies de l'information et de la communication dans la société française, [en ligne]. 2011. http://www.arcep.fr/fileadmin/uploads/tx_gspublication/rapport-credoc-diffusion-tic-2011.pdf

62. Lim MSC, Hocking JS, Aitken CK, Fairley CK, Jordan L, Lewis JA, et al. Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2012 Jan;66(1):69-74.

63. HAS. [page consultée le 25 mars 2015]. Vers une évolution de la certification des sites santé, (en ligne). 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1590507/fr/vers-une-evolution-de-la-certification-des-sites-sante

64. Duquet F, Quéniart A. [page consultée le 5 février 2015]. Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation, [en ligne]. 2009. http://www.hypersexualisationdesjeunes.uqam.ca/Recherche.htm

65. Hayez J-Y. Pratiques et intérêts sexuels des jeunes « normaux » sur Internet. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2009 Mai;57(3):231-9.

66. INPES. [page consultée le 27 janvier 2015]. Education à la sexualité, du social à l'intime: l'émergence d'Internet et des réseaux sociaux. La santé de l'Homme, [en ligne]. 2012;418. http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/418.asp

67. Tisseron S. Intimité et extimité. Communications. 2011;88(1):83-91.

ANNEXES

Annexe 1 : Algorithmes de recherche par base de données 39
Annexe 2 : Etudes incluses 42
Annexe 3 : Analyse des études 52

Annexe 1 : Algorithmes de recherche par base de données

Pubmed et Cochrane

Filtres : 5 ans

N.B. : les termes [Adolescent] et [Child] n'ont pas été utilisés car la classe d'âge ne correspondait pas au critère d'inclusion

Equations de recherche :

- (([Sexology] OR [Sexuality] OR [Reproductive health] OR [Sexual behavior]) AND ([Attitude to health] OR [Health Behavior] OR [Health Education] OR [Health promotion] OR [Health services needs and demand] OR [Needs assessment] OR [Patient acuity] OR [Patient satisfaction] OR [Social perception]))
- (([Sexually transmitted disease] OR [Legal abortion] OR [Contraception] OR [Sex offense] OR [Disability] OR [Vaccination] OR [Health education]) AND ([Attitude to health] OR [Health Behavior] OR [Patient acuity] OR [Patient satisfaction] OR [Social Perception]))

Persée

Filtres : 5 ans

Thésaurus : inexistant

Troncature : possible

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- « Vie sexuelle et affective » ET Adol*
- Sexualité ET Média ET Adol*

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle », « Thèmes de la santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations A	Termes du domaine des « thèmes de la santé sexuelle »	Termes du domaine « Population »	
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

CAIRN

Filtres : 5 ans, recherche uniquement dans les résumés

Thésaurus : inexistant

Troncature : possible

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- « Vie sexuelle et affective » ET Adol*
- Sexualité ET Média ET Adol*

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle », « Thèmes de la santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations A	Termes du domaine des « thèmes de la santé sexuelle »	Termes du domaine « Population »	
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

Francis-Pascal et BDSP

Filtres : 5 ans

Thésaurus : existant

Troncature : possible

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- [Vie sexuelle et affective] ET [Adol*]
- [Sexualité] ET [Média] ET [Adol*]

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle », « Thèmes de la santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations A	Termes du domaine des « thèmes de la santé sexuelle »	Termes du domaine « Population »	
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

N.B. : les équations C n'ont pu être recherchées sur la base de données Francis-Pascal car celle-ci a cessé d'être consultable à partir du 1er janvier 2015

CRIPS

Filtres : 5 ans et limités aux études, ouvrages, articles, rapports et thèses

Thésaurus : existant

Troncature : possible

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- [Vie sexuelle et affective] ET [Adol*]
- [Sexualité] ET [Média] ET [Adol*]

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle », « Thèmes de la santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations A	Termes du domaine des « thèmes de la santé sexuelle »	Termes du domaine « Population »	
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

Google Scholar

Filtres : 5 ans et exclusion des brevets et citations

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- [Sexualité] ET [Média] ET [Adol*]

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

Planning familial

Filtre : 5 ans et limités aux revue, article, mémoire et ouvrage

Mots-clés : [adol*] et [France]

IREPS

Filtres : 5 ans et limité aux articles, revues, rapports et ouvrages

Thésaurus : existant

Troncature : possible

Equation de recherche : réalisation d'associations simples de 2 à 3 termes.

Par exemple :

- [Vie sexuelle et affective] ET [Adol*]
- [Sexualité] ET [Média] ET [Adol*]

Les termes des domaines « Besoins », « Education », « Santé sexuelle », « Thèmes de la santé sexuelle » et « Population » ont été associés ainsi :

Equations	Associations simples effectuées		
Equations A	Termes du domaine des « thèmes de la santé sexuelle »	Termes du domaine « Population »	
Equations B	Termes du domaine « Besoins »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »
Equations C	Termes du domaine « Education »	Termes du domaine « Population »	Termes du domaine « Santé sexuelle »

NB : sur cette base, le terme [pré-adolescent] n'a pas été recherché car il n'était pas disponible

Annexe 2 : Etudes incluses

Titre de l'étude	Auteur(s)	Pays	Date de réalisation	Date de publication	Type d'étude (détails du questionnaire)	Domaine	Sources	Echantillon (nombre, âge et sexe)	Recrutement (milieu scolaire, médical, social et géographique)
ETUDE 1. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de 3ème.	F. Verdure, A. Rouquette, M. Delori, F. Aspeele et S. Fanello	FR	2007	2010	Etude quantitative descriptive transversale par auto-questionnaire (contenu non renseigné)	Santé Publique	PubMed/BDSP/Francis Pascal/Crips	96 élèves	3ème de 4 collèges du Maine et Loire. Représentation des populations rurales, urbaines et semi urbaines et enseignement privé/public.
ETUDE 2. Sexualité et contraception : le point de vue des adolescents. Etude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région toulousaine.	V. Noves	FR	2012	2012	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal/Google Scholar/BDSP	Jeunes de 14 à 17 ans. 7 garçons et 8 filles	Collège et lycée de l'agglomération toulousaine
ETUDE 3. Comment les adolescents s'informent-ils sur la sexualité : étude qualitative exploratoire par focus groupe auprès d'une classe de 3ème en 2011.	V. Jalley	FR	2011	2012	Enquête qualitative par *focus group*	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	Adolescents de 14 à 16 ans. 10 filles et 10 garçons	Classe de 3ème dans un collège de la ville de Besançon
ETUDE 4. Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale.	S. Tortuyaux-Juliac	FR	/	2011	Etude quantitative descriptive longitudinale (questionnaire avec 19 questions fermées et 2 ouvertes, délivré et rempli en pré séances et post séances d'EVAS 1 mois et demi après une intervention en milieu scolaire)	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	529 adolescents de 14 à 17 ans	3 lycées différents de Nancy et sa banlieue. Orientation publique/privée et orientation filière générale et filière technique en classe de seconde

Titre de l'étude	Type d'intervention	Objectif principal	Objectifs secondaires	Biais méthodologiques
ETUDE 1. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de 3ème.	/	Identifier les connaissances, attentes et besoins en terme d'ESAV	/	1/Echantillon non représentatif au niveau géographique. 2/Echantillon de petite taille sans calcul de puissance préalable
ETUDE 2. Sexualité et contraception : le point de vue des adolescents. Etude qualitative auprès de collégiens et de lycéens en région toulousaine.	/	Recueillir le ressenti des adolescents sur la contraception et la sexualité	1/Repérer ce qui peut améliorer les contenus des messages délivrés lors de séances d'éducation à la sexualité. 2/Repérer ce qui peut améliorer les aspects de prévention primaire et d'éducation à la santé, en particulier dans les domaines de la contraception et de la sexualité, dans notre exercice de médecin généraliste.	1/Biais de sélection : inclusion des adolescentes basée sur le volontariat et l'accord parental (adolescente nécessairement plus intéressée ou disposée à parler du sujet que d'autre ainsi que ses parents). 2/Biais d'interprétation : entretien et codage réalisés par une seule personne
ETUDE 3. Comment les adolescents s'informent-ils sur la sexualité : étude qualitative exploratoire par focus groupe auprès d'une classe de 3ème en 2011.	/	Cerner les habitudes et les besoins des adolescents concernant les sources d'informations relative à leur sexualité	1/Quelles critiques les adolescents sont-ils capables de formuler concernant ces sources ? 2/Evaluer l'intérêt des adolescents pour une consultation annuelle gratuite.	1/Biais de sélection: inclusion d'un groupe de filles et d'un groupe de garçons. 2/Biais d'analyse: pas d'arrivée à saturation des données. 3/Biais d'interprétation : les adolescents ont utilisé des phrases courtes, difficilement interprétables
ETUDE 4. Evaluation des connaissances sur les IST, des adolescents du Grand Nancy. Propositions d'actualisation des messages de prévention primaire, délivrés en Médecine Générale.	Intervention par un médecin ou une sage femme accompagné d'un professeur ou d'un infirmier scolaire. L'intervention consistait à leur faire remplir le test puis à répondre de façon collégiale et orale à chacune des questions.	Connaître les sources d'informations des adolescents concernant les IST les plus fréquentes	1/Evaluer les connaissances des adolescents sur les IST suite à une intervention ciblée. 2/Connaître la place et le rôle du MT dans la prévention sur IST.	1/Biais d'analyse : pas de réalisation d'analyse statistique sur les pré et post tests possibles. 2/Possible biais de réponse lors du remplissage des questionnaires.

Titre de l'étude	Auteur(s)	Pays	Date de réalisation	Date de publication	Type d'étude (détails du questionnaire)	Domaine	Sources	Echantillon (nombre, âge et sexe)	Recrutement (milieu scolaire, médical, social et géographique)
ETUDE 5. Quelle éducation à la sexualité pour la prévention des IVG chez l'adolescente ? Analyse qualitative de 15 entretiens menés auprès de jeunes femmes mineures consultant en pré-IVG : place et missions des médecins généralistes.	E. Martinez	FR	2008-2009	2009	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	15 adolescentes de moins de 18 ans	Femmes mineures consultant au centre d'orthogénie de Montpellier entre octobre 2008 et juin 2009 pour une IVG
ETUDE 6. L'éducation à la sexualité chez les adolescents en milieu rural : état des lieux et place des médecins généralistes dans le Bocage Virois.	T. Raginel	FR	2010	2012	Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire (54 questions)	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	333 adolescents entre 13 et 16 ans	5 collèges de la région rurale Viroise
ETUDE 7. Évaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent (étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise).	S. Cutarella et B. Meslé	FR	2011-2012	2013	Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire (non renseigné)	Médecine Générale	Francis Pascal/Google Scholar	972 élèves sous forme de petits groupes (7 à 15 élèves), de 11 à 17 ans, mixtes ou non	Etablissements scolaires de collèges et de lycées, filières générale et professionnelle
ETUDE 8. Consultation contraception : les attentes des adolescentes. Etude qualitative auprès de 14 adolescentes venant consulter au centre de plannification et d'éducation familiale Flora Tristan d'Angers.	D. Loquin	FR	2013	2014	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	14 adolescentes âgées de 13 à 18 ans	Adolescentes ayant consulté au centre de planification d'Angers
ETUDE 9. Facteurs déterminant la demande de contraception chez les adolescents : étude qualitative par la méthode des entretiens individuels.	D. Boucharlat et J.M. Lagarde	FR	2011	2012	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	46 élèves, ayant entre 16 et 18 ans, mixtes	2 lycées professionnels de la région PACA
ETUDE 10. Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant.	E. Rouzier et J.C. Yrles	FR	2011	2012	Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire (9 questions)	Médecine Générale	Francis Pascal	486 adolescentes de 15 à 18 ans	Lycées généraux, techniques et professionnels dans des milieux urbains, semi-urbains et ruraux en Seine-et-Marne

Titre de l'étude	Type d'intervention	Objectif principal	Objectifs secondaires	Biais méthodologiques
ETUDE 5. Quelle éducation à la sexualité pour la prévention des IVG chez l'adolescente ? Analyse qualitative de 15 entretiens menés auprès de jeunes femmes mineures consultant en pré-IVG : place et missions des médecins généralistes.	/	Définir les déterminants d'une éducation à la sexualité adaptée à la prévention des grossesses non prévues à l'adolescence	1/Rendre compte de la diversité des parcours amenant une adolescente à consulter au centre IVG. 2/Appréhender le monde actuel des adolescentes (préoccupations-interactions)	1/Biais d'interprétation et d'analyse (inexpérience de l'enquêteur et analyse réalisé seul). 2/Limites liées au moment où les jeunes femmes passaient l'entretien (avant la réalisation de l'IVG).
ETUDE 6. L'éducation à la sexualité chez les adolescents en milieu rural : état des lieux et place des médecins généralistes dans le Bocage Virois.	/	Réaliser un état des lieux des ressources à disposition et des besoins des adolescents en terme d'éducation à la sexualité	Emettre des recommandations locales et pour les milieux ruraux	1/Possible manque de puissance (nombre minimal d'adolescents non calculés). 2/Biais de réponses lors du remplissage du questionnaire. 3/Biais de sélection : population masculine sous représentée, échantillon dit non représentatif
ETUDE 7. Évaluation d'une campagne d'éducation à la vie sexuelle et affective chez l'adolescent (étude sur 792 élèves de collèges et lycées de la région nantaise).	Intervention sollicitée par les établissements scolaires sous forme d'une séance de 2h/ organisée sous forme d' animation-débat selon les interrogations des adolescents	Evaluer une campagne d'éducation (objectif principal non exposé clairement)	/	1/Objectif principal non clairement détaillé. 2/Biais de sélection : peu d'établissements ont accepté la démarche, les résultats ne sont pas représentatifs de l'EVAS délivrée en région nantaise
ETUDE 8. Consultation contraception : les attentes des adolescentes. Etude qualitative auprès de 14 adolescentes venant consulter au centre de plannification et d'éducation familiale Flora Tristan d'Angers.	/	Analyser les attentes des adolescentes concernant la consultation pour une contraception	/	1/Guide d'entretien non testé au préalable. 2/Biais d'interprétation : les adolescents donnaient des réponses courtes. 3/Biais de sélection : basée sur le volontariat (adolescente intéressée par le sujet). 4/Saturation des données n'est pas précisée
ETUDE 9. Facteurs déterminant la demande de contraception chez les adolescents : étude qualitative par la méthode des entretiens individuels.	/	Evaluer les connaissances et identifier les barrières à la bonne utilisation de la contraception	/	1/Biais d'interprétation et d'analyse (enquêteur seul lors des entretiens et de l'analyse. 2/Biais de réponses (sujet tabou). 3/Biais de sélection : sur la base du volontariat (adolescents intéressés par le sujet)
ETUDE 10. Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant.	/	Etudier la place et le rôle que donnent les adolescentes à leur MT en terme de sexualité	Etudier le parcours contraceptif des adolescentes	Pas de biais méthodologique constaté

Titre de l'étude	Auteur(s)	Pays	Date de réalisation	Date de publication	Type d'étude (détails du questionnaire)	Domaine	Sources	Echantillon (nombre, âge et sexe)	Recrutement (milieu scolaire, médical, social et géographique)
ETUDE 11. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? (étude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines).	V. Mortain et A. Landry-Chassot	FR	2013	2013	Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire (12 questions)	Médecine Générale	Francis Pascal	264 adolescents	Collèges et lycées (4ème, seconde et terminale) publics d'enseignement général dans les Yvelines
ETUDE 12. Représentations et vécus de la sexualité des adolescents d'après une enquête réalisée auprès de jeunes de 14 à 18 ans.	C. Knipping	FR	2009-2010	2010	Etude quantitative descritpive transversale par questionnaire (39 questions)	Sexologie	Google Scholar	207 adolescents entre 14 et 18 ans	Adolescents consultant en centre de planification dans la région nantaise
ETUDE 13. La vie affective et sexuelle des jeunes de classe de troisième des quartiers Flandre et Danube-Solidarité, 19ème arrondissement de Paris.	J. Bettinger et C. Giles	FR	/	2012	Méthode mixte : étude quantitative par questionnaire (60 questions fermées, 15 questions ouvertes) et enquête qualitative par entretien semi-directif	Santé Publique	Crips	218 adolescents de 14 à 16 ans pour le questionnaire / 14 adolescents pour l'entretien de 13 à 16 ans (population d'étude mixte)	Adolescents scolarisés pour le questionnaire. Atelier-santé ville dans Paris
ETUDE 14. Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie.	M. Flamand, G. Mazure et H. Villet	FR	2008	2009	Méthode mixte : étude quantitative par questionnaire et enquête qualitative par entretien semi-directif (2ème partie non incluse)	Santé Publique	Crips/BDSP	Population de 15 à 18 ans (2251 élèves et 82 jeunes non scolarisés) / 25 jeunes femmes de 13 à 25 ans (étude non incluse du fait de l'âge de l'échantillon)	Adolescents scolarisés dans des lycées (filière générale, technologique, agricole, et professionnelle) et jeunes en formation de la région Haute-Normandie
ETUDE 15. La perception de l'homosexualité, la bisexualité et la transidentité chez les jeunes d'Île-de-France : 2014.	G. Roustant	FR	2012-2013	2014	Etude quantitative descriptive, longitudinale, questionnaire avant et après intervention et commentaires de l'intervention	Travail associatif	Crips	Adolescents (1732 avant et 2324 après)	9 collèges et 13 lycées de la région Ile-de-France

Titre de l'étude	Type d'intervention	Objectif principal	Objectifs secondaires	Biais méthodologiques
ETUDE 11. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? (étude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines).	/	Comment les adolescents souhaitent être informés sur la contraception par leur MG ?	/	1/Biais de réponse lors du remplissage du questionnaire
ETUDE 12. Représentations et vécus de la sexualité des adolescents d'après une enquête réalisée auprès de jeunes de 14 à 18 ans.	/	Etudier les représentations et le vécu de la sexualité des adolescents	/	1/Biais de sélection (adolescents concernés par un besoin de contraception). 2/Biais d'analyse : pas d'analyse des questions ouvertes et certaines questions fermées semblaient avoir été mal comprises.
ETUDE 13. La vie affective et sexuelle des jeunes de classe de troisième des quartiers Flandre et Danube-Solidarité, 19ème arrondissement de Paris.	/	Etudier les représentations de la sexualité des adolescents de 2 quartiers du 19ème arrondissement de Paris et les influences de leur contexte familial, social, et religieux	1/Etudier leurs pratiques. 2/Adapter les actions de prévention dans ces 2 quartiers	1/Biais de réponse : réponses déclaratives obtenues sur un sujet tabou. 2/Echantillon de faible taille et possiblement non représentatif de la population de ces deux quartiers.
ETUDE 14. Contraception et IVG chez les jeunes 15-18 ans en Haute-Normandie.	/	Réaliser un état des lieux des connaissances et représentations des jeunes sur pratiques contraceptives et les IST dans la région	1/Evaluer leur connaissances sur les lieux ressources et déterminer si des actions ciblées par sexe seraient pertinentes. 2/Explorer les trajectoires de vie d'adolescentes ayant subi IVG ou poursuivi grossesse avant 19 ans	Pas de biais méthodologique constaté
ETUDE 15. La perception de l'homosexualité, la bisexualité et la transidentité chez les jeunes d'Île-de-France : 2014.	Intervention par MAG LGBT pendant 2h sur sollicitation de l'établissement: support saynètes et vidéo pour initier un débat	Bilan de l'action menée par MAG LGBT sur l'année 2012-2013, notamment évaluer l'impact des séances menées par l'association contre le sexisme et les LGBT phobies	/	Méthodologie non détaillée

Titre de l'étude	Auteur(s)	Pays	Date de réalisation	Date de publication	Type d'étude (détails du questionnaire)	Domaine	Sources	Echantillon (nombre, âge et sexe)	Recrutement (milieu scolaire, médical, social et géographique)
ETUDE 16. 200 propositions pour construire ensemble leur avenir. Livre d'or de la consultation nationale "Parole aux jeunes".	D. Versini	FR	2008-2009	2009	Enquête qualitative (méthodologie non précisée)	Droit	BDSP	2383 adolescents	Collègiens et lycéens de différentes région de France
ETUDE 17. Connaissances et croyances des 13-15 ans sur la contraception.	C. Grima-Jourdrain	FR	2013	2013	Etude quantitative, descriptive transversale par questionnaires (31 questions)	Médecine Générale	BDSP	430 adolescents de 13 à 15 ans	Collégiens de 4 et 3èmes dans 5 collèges publics de l'agglomération lyonnaise
ETUDE 18. Place et rôle d'Internet dans l'éducation par les pairs : l'exemple Onsexprime.fr.	L. Bluzat, D. Kersaudy-Rahib, J.M. Foures et N. Faget	FR	2013	2014	Enquête qualitative par *Focus group*	Santé Publique	Crips	41 jeunes entre 15 et 18 ans. 20 filles et 21 garçons	4 villes distinctes (Lyon, Marseille, Dijon et Lille)
ETUDE 19. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième.	H. Roger	FR	2007	2009	Méthode mixte : étude descriptive par questionnaires puis enquête qualitative par entretien semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal	202 adolescents de 13 à 16 ans et 8 adolescents de 14 à 15 ans. 5 filles et 3 garçons	Collégiens de Haute-Normandie
ETUDE 20. Attentes des adolescents concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste.	M. Monnot-Courtois	FR	2011-2012	2012	Etude descriptive transversale par auto-questionnaire (22 question fermées)	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	369 adolescents entre 13 et 17 ans	Elèves scolarisés dans 8 établissements du Rhône
ETUDE 21. La place du médecin généraliste dans la première demande de contraception (étude qualitative auprès d'adolescentes bretonnes).	L.A. Cotta-Bregent et S. Huge-Lafaye	FR	2011	2012	Enquête qualitative par *focus group*	Médecine Générale	Francis Pascal	18 adolescentes de 18 ans	Elèves de terminale (filère générale ES ou professionnelle)
ETUDE 22. Rôle du MG dans la communication sur la sexualité : freins et attentes des collégiens de 3ème de l'agglomération grenobloise.	M. Potey et J. Torres	FR	2010	2011	Enquête descriptive prospective par questionnaire (contenu non renseigné)	Médecine Générale	Francis Pascal	250 adolescents entre 12 et 16 ans	Elèves de 3ème de 3 collèges de l'agglomération grenobloise (en milieu urbain, collège public et en filière générale)

Titre de l'étude	Type d'intervention	Objectif principal	Objectifs secondaires	Biais méthodologiques
ETUDE 16. 200 propositions pour construire ensemble leur avenir. Livre d'or de la consultation nationale "Parole aux jeunes".	/	Etablir des constats sur différentes thématiques du domaine publique et réaliser des propositions en vue d'améliorer leur situation	/	Méthodologie non détaillée
ETUDE 17. Connaissances et croyances des 13-15 ans sur la contraception.	/	Déterminer le niveau de connaissances des 13-15 ans sur la contraception	Réfléchir sur le rôle du MG	1/Questionnaire non testé au préalable. 2/Echantillon non représentatif. 3/Possible biais de réponse lors du remplissage des questionnaires
ETUDE 18. Place et rôle d'Internet dans l'éducation par les pairs : l'exemple Onsexprime.fr.	/	Explorer leurs recherches d'information sur la sexualité	Donner leurs avis sur le site "onsexprime.fr"	Méthdologie non clairement détaillée
ETUDE 19. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième.	/	Explorer les attentes des adolescents en matière d'information sur la sexualité par leur MT	Explorer les freins à la communication médecin-adolescent	1/Taille de l'échantillon trop faible et manque de puissance de l'étude. 2/Biais de sélection (demande d'accord parental). 3/Biais d'analyse (enquêteur seul). 4/Saturation des données non précisée
ETUDE 20. Attentes des adolescents concernant l'abord de la sexualité avec leur médecin généraliste.	/	Explorer les attentes des adolescents en matière d'information sur la sexualité par leur MT	1/ Etudier les personnes ressources sur ce thème pour les adolescents. 2/Connaître les freins à la communication médecin-adolescent	1/Echantillon plus petit que le nombre nécessaire calculé initialement (manque de puissance). 2/Echantillon non représentatif (plus de filles et moins de collégiens que la population source, uniquement scolarisés)
ETUDE 21. La place du médecin généraliste dans la première demande de contraception (étude qualitative auprès d'adolescentes bretonnes).	/	Analyser la trajectoire et les attentes des adolescentes en matière de contraception	Etablir un protocole de prise en charge d'une demande de contraception	1/Biais de sélection (basée sur le volontariat). 2/Saturation des données non précisée (seulement 2 *focus group*)
ETUDE 22. Rôle du MG dans la communication sur la sexualité : freins et attentes des collégiens de 3ème de l'agglomération grenobloise.	/	Explorer les sources d'information sur la sexualité et les freins à la communicaton avec le MT	/	Pas de biais méthodologique constaté

Titre de l'étude	Auteur(s)	Pays	Date de réalisation	Date de publication	Type d'étude (détails du questionnaire)	Domaine	Sources	Echantillon (nombre, âge et sexe)	Recrutement (milieu scolaire, médical, social et géographique)
ETUDE 23. Impact de l'éducation à la sexualité chez les adolescents du pays voironnais.	M. Dilas	FR	2010- 2011	2011	Etude descriptive transversale par questionnaire (contenu non renseigné)	Maïeutique	*Recherche manuelle*	410 adolescents de 16,5 ans d'âge moyen	Elèves de 1ère du Pays voironnais dans 2 lycées distincts (général et professionnel)
ETUDE 24. Quand l'étudiant sage-femme retourne au lycée.	C. Ripp	FR	2011	2012	Etude transversale descriptive par questionnaire (contenu non renseigné)	Maïeutique	*Recherche manuelle*	196 adolescents de 14 à 19 ans. 71% des élèves étaient de sexe masculin.	Elèves de 1ère d'un lycée technique de Metz
ETUDE 25. Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile-de-France 2010-2011.	A. Grand	FR	2010- 2011	2011	Etude quantitative descriptive transversale par questionnaire (7 questions)	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	122 adolescents de 15 à 18 ans	Adolescents ayant consulté un MG exerçant en Ile-de-France (9 cabinets)
ETUDE 26. Santé sexuelle des jeunes et e-prévention : des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse, pour une approche préventive globale.	SIS association	FR	2013	2014	Etude quantitative descriptive	Travail associatif	Crips	Adolescents de 15 à 19 ans (âge déclaré)	9000 appels ou chats reçus
ETUDE 27. Représentations des adolescentes en matière de contraception (étude qualitative par *focus group* dans le nord Finistère).	S. Cann	FR	2010	2011	Enquête qualitative par *focus group*	Médecine Générale	Francis Pascal/BDSP	5 *focus group* d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans (5-8 personnes)	Elèves des lycées de Brest, Landerneau ou Plounévez (Finistère)
ETUDE 28. Evaluation des préférences des préadolescents sur l'organisation, le contenu et les modalités de l'information sur la sexualité (analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 jeunes adolescents âgés de 11 à 13 ans).	C. Hummel et V. Tranchée-Vergé	FR	2013	2013	Enquête qualitative par entretiens semi-directifs	Médecine Générale	Francis Pascal	15 adolescents de 11 à 13 ans	Milieu rural et urbain

Titre de l'étude	Type d'intervention	Objectif principal	Objectifs secondaires	Biais méthodologiques
ETUDE 23. Impact de l'éducation à la sexualité chez les adolescents du pays voironnais.	/	Evaluer ce que les adolescents du Pays Voironnais avaient retenu de leur éducation à la sexualité en milieu scolaire	1/Evaluer la satisfaction des élèves concernant l'éducation reçue. 2/Evaluer les attentes des adolescents	1/Biais de réponses (lors du remplissage des questionnaires). 2/Echantillon non représentatif.
ETUDE 24. Quand l'étudiant sage-femme retourne au lycée.	/	Evaluer l'efficacité des séances d'EVAS fournies par les étudiants SF	1/Adapter les séances pour les besoins des adolescents mais aussi les rendre attractives.	Les biais de l'étude n'étaient pas discutés.
ETUDE 25. Parler de sexualité avec son médecin généraliste : un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile-de-France 2010-2011.	/	Etudier les freins à l'abord de la sexualité avec le MG	/	1/Objectif non atteint en nombre d'adolescents inclus. 2/Limites concernant le questionnaire : absence de questions ouvertes permettant une meilleure exploration des freins.
ETUDE 26. Santé sexuelle des jeunes et e-prévention : des risques de transmission du VIH/IST aux risques de grossesse, pour une approche préventive globale.	/	Bilan des appels et "chats" reçus au cours de l'année 2013	/	Méthodologie non détaillée
ETUDE 27. Représentations des adolescentes en matière de contraception (étude qualitative par *focus group* dans le nord Finistère).	/	Explorer les représentations des adolescentes en matière de contraception	Identifier les sources d'informations	1/Biais d'analyse (réalisée par une seule personne)
ETUDE 28. Evaluation des préférences des préadolescents sur l'organisation, le contenu et les modalités de l'information sur la sexualité (analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 jeunes adolescents âgés de 11 à 13 ans).	/	Déterminer quelles sont les préférences concernant l'information sur la sexualité	/	1/Possible arrivée à saturation artificielle du fait d'un biais de réponse. 2/Biais d'analyse

Annexe 3 : Analyse des études

1- <u>Perception de l'EVAS scolaire par les adolescents</u>

- EVAS importante

Etudes	Verbatim
Etude 1	une majorité des adolescents interrogés (88%) estime qu'il est important que l'EVAS fasse partie du programme scolaire
Etude 3	les filles pouvaient considérer que c'était leur première source d'information. Les garçons pouvaient considérer que c'était une source privilégiée avec notamment l'IDE scolaire et le professeur de SVT
Etude 5	jugée importante, intéressante ou utile à tous, nécessaire "plus on est informé mieux c'est"
Etude 27	Certaines critiquaient le fait de ne pas y avoir eu accès, et décrivaient un manque. D'autres étaient en demande de plus d'informations disponibles dans l'établissement.

- EVAS bénéfique

Etudes	Verbatim
Etude 2	séances jugées comme étant bénéfiques car elles favorisent l'apprentissage de nouvelles notions («J'avais appris des choses»)
Etude 5	EVAS "suffisante" pour certaines, il n'existait pas d'information manquante selon les adolescentes (cependant au cours de l'entretien, elles étaient plusieurs à avoir des informations erronées ou encore à ignorer des informations importantes)
Etude 6	71% des élèves se déclaraient satisfaits des séances d'ESAV
Etude 7	52% des 12-13 ans considèrent cette séance utile et 73% l'a trouvé intéressante 53% des 13-14 ans considèrent la séance utile et 76% l'ont trouvé intéressante et 66% des 16-17 ans l'ont trouvé utile 84% des élèves de 5ème/ 87% de 4ème/ 66% des 3ème / 78% des 1ères générales et 75% des 1ères professionnelles déclarent avoir appris de nouvelles informations durant la séance
Etude 15	84% des élèves ont trouvé le débat intéressant
Etude 17	55% déclaraient avoir trouvé les séances d'EVAS en SVT intéressantes
Etude 18	ils mentionnaient les cours organisés dans les établissements comme très instructifs.
Etude 21	Elles se disaient satisfaites des notions apprises, cependant elles déploraient de ne pas pouvoir s'exprimer plus- Elles déclaraient que les séances faites par des intervenants extérieurs étaient intéressantes.
Etude 23	80% des élèves trouvaient que les séances avaient répondu à leurs attentes (instructif, réponse aux questions, parler ouvertement d'un sujet sans tabou, apports sur la contraception, informations sur les personnes ressources). 70% estimaient que les séances leur avaient apporté de nouvelles informations.
Etude 24	33% les avaient jugées intéressantes ou très intéressantes et 25% utiles. 15% déclaraient que son comportement avait été modifié par ces séances.

- EVAS non bénéfique

Etudes	Verbatim
Etude 2	séances jugées comme inutiles car désuètes («Enfin, tout ce qu'elle nous disait on le savait déjà»), ont dit les trouver peu intéressantes car arrivées trop tardivement
Etude 15	Avant débat : 12% des élèves sont contre une intervention pour lutter contre l'homophobie
Etude 23	Les raisons données par ceux qui trouvaient que les séances n'avaient pas répondu à leurs attentes (sujet embarrassant, pas de nouvelles connaissances, informations incomplètes, répétition des sujets, abord négatif de la sexualité.

- EVAS inappropriée

Etudes	Verbatim
Etude 5	informations à délivrer par la famille et non par des personnes extérieures/ âge inadapté/ redondante (médias, IDE scolaire, dépliants..) et donc perte d'intérêt

Etude 24	5,6% avaient trouvé les séances superflues

- Evaluation de la séance en cours

Etudes	Verbatim
Etude 4	De façon significative (p égal ou inférieur à 0,001) les adolescents se sentaient plus concernés par le sujet des IST suite à l'intervention. La séance avait permis aux élèves de mieux connaître les risques liés au rapport non protégé, de mieux connaître le nom des IST et les modes de transmission du VIH. Par contre la séance n'avait pas permis d'améliorer les connaissances en termes de moyen de prévention de façon générale mais avait amélioré les connaissances concernant les vaccins. La séance avait permis de mieux connaître le comportement adapté suite à une prise de risque et les lieux de dépistage.
Etude 7	96% des élèves ont trouvé l'échange avec l'intervenant intéressant. Les commentaires concernant cette séance d'EVAS étaient plutôt positifs (sentiment de gain de confiance, apprentissage de nouvelles notions, intérêt, agréable, amusant, ou encore trop court) mais aussi quelques commentaires négatifs (abords des risques plus que des joies)
Etude 15	Avant débat: 37% des élèves considèrent qu'une intervention contre l'homophobie dans leur établissement est une bonne idée, 50% des élèves n'ont pas d'avis sur la question. Après débat 71% des élèves considèrent qu'il est important de lutter contre homophobie et le sexisme et 67% des élèves considèrent que le débat permet de déconstruire des préjugés homophobes. 84% des élèves ont trouvé le débat intéressant. 74% des élèves déclarent avoir appris les droits des LGBT. 66% disent avoir appris de nouvelles choses. 54% disaient que ce débat les avait fait réfléchir sur le rapport homme/femme. 85% se disaient plus tolérants.

- Evaluation de la séance antérieure

Etudes	Verbatim
Etude 5	Les adolescentes déclaraient avoir reçu les 1ères informations entre 10 et 13 ans (par leur famille, l'école ou leurs amis). Il existait une inégalité dans les séances reçues : aucune à plusieurs sous différentes formes (mixité ou non), séances données sous forme de cours, établissant des recommandations pratiques, quelques activités pratiques. Les adolescentes exprimaient comme principales critiques : une notion de redondance, une limitation de l'expression orale et du dialogue (pudeur- timidité- désintérêt- connaissances des sujets- mixité- âge lors de l'intervention). Le déroulement se faisait souvent en cours de SVT par un professeur/ IDE scolaire/ intervenant extérieur/ plusieurs personnes.
Etude 6	94% des élèves déclaraient avoir reçu une EVAS scolaire réalisées essentiellement par les professeurs de SVT, l'infirmier ou le médecin scolaire. Ils avaient bénéficié d'1 à 30 séances depuis leur entrée en 6ème.
Etude 7	85% des élèves de 5ème déclaraient en avoir bénéficié antérieurement et 42% d'entre eux déclaraient qu'elle avait été utile (OUI : importance du sujet- acquisition de savoir faire, NON : absence de nouvelle connaissance, âge inadapté) / en 4ème: 73% n'avaient pas eu de séance antérieure et la moitié déclaraient l'éventuelle séance inutile (OUI : adaptées aux 1ère questions sur le sujet, apprentissage des risques et moyens de prévention - éliminer les fausses croyances- se rassurer- acquisition de connaissances- regret de ne pas avoir bénéficié de plus , NON : absence de nouvelles connaissances- absence d'intérêt pour ces sujets- âge inadapté (trop jeune, puberté non réalisée)- absence d'utilité- manque d'approfondissement- manque de maturité) 90% des élèves de 3ème ont bénéficié d'une séance antérieure et 70% l'ont jugée utile (OUI : puberté en cours- acquisition de nouvelles informations- prévention des risques- utilité- lever le tabou- sentiment de préoccupation par le sujet- NON adapté à l'âge (manque de préoccupation pour le sujet). 94% des élèves de 1ère en avaient eu une et 74% l'avait trouvé utile (OUI : confrontations à certains problème- interrogations adaptées à son âge- acquisition de nouvelles connaissances- utilité NON : absence de préoccupation pour le sujet- âge inadapté - absence de souvenir) et pour les professionnelles: seulement 4 individus avaient eu une séance antérieure et la moitié d'entre eux la jugeait utile (OUI : préparation à la vie d'adulte, expression des questions- acquisition de nouvelles connaissances- utilité NON; manque d'aisance sur le sujet- manque de réflexion sur le sujet- pas de nouvelles acquisitions)
Etude 8	disparité dans les intervenants- disparité dans le nombre de séances reçues/ peu approfondi pour certains - suffisants pour d'autres
Etude 9	Cours de SVT en 4ème: qualité mitigée (positif : évocation du sujet/ négatif: non adapté à l'âge ou en format (trop scolaire, pas assez personnalisés- lieu inadapté)- Certains décrivaient des formats (théâtre- jeux de rôles- stand éducatif) qui leurs avaient plu car s'étaient sentis impliqués.
Etude 14	9 jeunes sur 10 déclarent avoir reçu une information sur la contraception à l'école (86% au collège)
Etude 17	72% des élèves se déclarent suffisamment informés sur la contraception, ce sentiment augmentait après avoir reçu une séance d'EVAS.

Etude 20	69% des élèves avaient déjà participé à une séance d'EVAS (avec d'importante disparité des réponses en fonction des établissements)
Etude 23	1/4 des élèves n'avaient pas reçu de séance d'EVAS au lycée, et 12% n'en avaient pas reçu au collège non plus. Aucun n'avait reçu les 3 séances annuelles recommandées. 80% des élèves trouvaient que les séances avaient répondu à leurs attentes.(Instructif, réponse aux questions, parler ouvertement d'un sujet sans tabou, apports sur la contraception, informations sur les personnes ressources). 70% étaient satisfaits du nombre de séances.
Etude 24	58% n'avaient eu qu'une seule séance d'EVAS dans leur scolarité. 49% des séances étaient animées par des SF ou étudiants SF et le reste par du personnel scolaire (enseignants, IDE). 63% trouvaient la séance dispensée l'année dernière de durée adaptée. 80% s'étaient dit à l'aise pour parler avec l'intervenant. Techniques utilisées étaient le débat et les questions anonymes.

- Commentaires généraux sur l'EVAS scolaire

Etudes	Verbatim
Etude 5	palliative à une carence de l'environnement familial/ notion de sérieux- fiabilité dans l'information reçue/
Etude 7	intéressant - ludique - ambiance agréable- délivrance d'un guide appréciable - notions bien expliquées- réponses adaptées aux sujets de préoccupation- gain de confiance en soi - initiation du dialogue en famille- honte du sujet persistante - jugée trop courte- besoin de séance individuelle pour aborder sujets personnels
Etude 15	85% se disent plus tolérants après le débat
Etude 16	les jeunes des milieux ruraux se disent défavorisés car l'accès à l'information, aux soins est plus difficile et que le problème de la confidentialité est plus important- discours souvent moralisateurs sans réellement informer
Etude 22	6% n'ont pas eu de séances d'EVAS, la majorité en ont eu une en classe de 4ème.
Etude 24	Seulement 15 propositions avaient été formulées pour améliorer: séances avec groupe non mixte, réduire le nombre de participants par groupe augmenter la durée des séances, ajouter de la pratique, inclure les séances dans l'emploi du temps scolaire

2- <u>Intervenant de l'EVAS scolaires</u>

- Intervenant souhaité

Etudes	Verbatim
Etude 1	interlocuteur privilégie pour EVAS : amis/ étudiants en médecine /intervenant extérieur dans le collège
Etude 3	Certains garçons estimaient que le personnel du collège n'était pas compétent pour parler de sexualité. D'un autre côté, un élève à souligner que pour lui, il n'était pas nécessaire d'avoir une qualification particulière.
Etude 5	Professionnels de santé- Planning familial (avec délivrance de guides et matériel) - IDE scolaire- Professeurs (discutable car pourrait freiner la liberté d'expression- manque de crédibilité)
Etude 9	intervenant extérieur possible
Etude 16	disent préférer s'adresser aux jeunes: confiance, absence de jugement, confidentialité- préfère un intervenant extérieur à l'établissement- pour les IST et la contraception/IVG: favoriser l'intervention des associations extérieures
Etude 21	Plutôt des intervenants extérieurs
Etude 23	Les 4 intervenants les plus souhaités sont : IDE scolaire, médecin, conseiller conjugal, étudiants dans une professions de santé
Etude 28	favorables à l'intervention de plusieurs personnes afin de multiplier les avis et les explications. Ils accordent une crédibilité particulière aux professionnels de la Santé

- Apparence physique de l'intervenant (vestimentaire, sexe, âge)

Etudes	Verbatim
Etude 2	il apparait que l'apparence physique des intervenants peut à elle seule influer sur la crédibilité accordée («Les femmes, elles étaient assez vieilles, on ne savait pas vraiment si c'était...»)
Etude 7	appréciation de l'intervenante sur ses qualités physiques mais aussi sur ses qualités humaines (mise en

	confiance- discours adapté- bonne répartie- humoristique)
Etude 21	jeunes équivalents de pairs (sexe féminins pour les filles)
Etude 28	Dans l'idéal, ces séances doivent être animées par des personnes d'âges et de sexes différents, en présence de l'infirmière de l'établissement.

- Qualité de l'intervenant

Etudes	Verbatim
Etude 5	personnes d'expérience/ jeunes/ à l'écoute/ absence de jugement/ compréhensif
Etude 7	intervenant sympathique et professionnel
Etude 28	personnes qui leur apportent ces informations soient disponibles, dignes de confiance et pédagogues (habituées aux adolescents)

- Nature du discours souhaité

Etudes	Verbatim
Etude 3	adolescents ont besoin de se sentir en confiance pour parler de leur intimité !: «En nous mettant en confiance, en nous rassurant dès le début.»
Etude 7	92% trouvaient l'échange entre intervenant et les élèves intéressant (acquisition ou amélioration de connaissances (dont la physiologie)- réponses adaptées aux préoccupations- liberté d'expression- intervenant sympathique et professionnel- bonne conception de l'intervention- apprentissage des risques -association ludique et instructif- intéressant- utilité pour l'heure actuelle et future- confiance envers l'intervenant- absence de dialogue avec les parent ou autres adultes- confiance en soi (dont savoir dire non)- échanges de points de vue et ouverture d'esprit-)
Etude 15	78% des élèves ont considéré qu'ils avaient pu s'exprimer librement -
Etude 16	parler juste- confidentialité- discours adapté à l'âge
Etude 28	information de qualité, respectueuse de leur intimité, progressive et adaptée à leur âge insistent également sur le respect de l'anonymat. Ils soulignent que la façon d'aborder la sexualité conditionnera l'image qu'ils en garderont et sont donc favorables à un discours positif sur la sexualité

3- <u>Thèmes de l'EVAS scolaire</u>

- Thèmes intéressants selon les adolescents

Etudes	Verbatim
Etude 1	thèmes intéressants: pour les garçons: pornographie (acte sexuel en général, et le 1er rapport)/ thèmes intéressants pour les filles: grossesse, avortement, IST filles et garçons: souhaitent des informations supplémentaires sur IVG/Consultation médicale ou gynécologique / personnes ressources/droits sur la sexualité à l'étranger
Etude 2	les craintes en lien avec le 1er rapport sexuel : peur de la douleur! ; «On dit que ça fait mal» / crainte d'un problème de contraception! ; «Ça fait un peu peur qu'il y ait des problèmes vis-à-vis de la contraception»/ «Ça m'a pas repoussé ni rien!!!», sous-entend la crainte de la découverte du corps de l'autre. La contraception est un sujet qui les intéresse par peur de la grossesse («Oui, oui, un peu, surtout que je veux pas avoir d'enfant!!») mais aussi de façon plus confuse («Ben oui, en étant jeune c'est important de se protéger») Ils aimeraient aussi être mieux informés sur les différentes IST et pas seulement sur le VIH, comme par exemple dans l'E1!: «Plus sur les maladies et tout ce qu'elles peuvent provoquer». Ils sont également demandeurs d'adresses de lieux où ils peuvent se rendre de manière anonyme et gratuite près de chez eux. Cette idée est soulignée dans l'E14!:!«Faut dire que tu peux aller là toi tout seul, t'as aucun papier à signer.»
Etude 12	risques de grossesse et IST pour 43% d'entre eux, plutôt le 1er rapport pour 13% et la relation amoureuse pour 21% et la relation amoureuse et les 1ers rapports pour 33%
Etude 15	les commentaires avant débat étaient centrés sur différentes thématiques: origine de l'homosexualité, la réaction des proches, la religion, le mariage et la parentalité, la maladie, la définition de l'homophobie, et les relations sexuelles. Après l'intervention, 71% considéraient qu'il était important de lutter contre l'homophobie et sexisme. 85% déclaraient ne pas avoir été gênés par les thèmes abordés.
Etude 16	aborder les lieux ressources, dispositifs spécifiques dédiés aux jeunes et moyens d'accès, lieux de consulta-

	tion anonyme et gratuit- faire connaître les numéros d'appel gratuit- questions relationnelles entre filles et garçons- orientation sexuelle
Etude 24	Thèmes qu'ils auraient aimé aborder ou davantage : sexualité, homosexualité, obésité et pilule, législation, anatomie, ivg, tabac et pilule, contraception, parler sexualité avec ses parents et IST
Etude 28	Ils s'accordent sur le fait que le contenu des informations doit être concret, adapté aux connaissances qu'ils ont déjà acquises et porter sur des sujets qui les concernent

- Thèmes sans intérêts selon les adolescents

Etudes	Verbatim
Etude 1	se désintéressent des cas particuliers (prostitution), les différentes attirances, la communication avec parents

- Thèmes déjà abordés mais non maîtrisés

Etudes	Verbatim
Etude 2	La physiologie féminine a déjà été abordée mais le sujet n'est pas complètement maîtrisé, certains sont pris au dépourvus lorsqu'on leur demande d'en parler, d'autre ne maîtrise pas le vocabulaire les menstruations deviennent «les mensualités», et l'ovulation, «la trémulation». Certains ont encore des préjugés notamment sur les règles «C'est quelque chose qui signifie que ton corps va bien»
Etude 4	Concernant les IST, ils étaient une majorité à connaitre le VIH, l'herpès et la syphilis comme étant des IST (entre 60% et 90% des élèves les reconnaissent comme étant des IST) mais une part importante (entre 50 % et 66% des élèves) ne reconnaissaient pas le chlamydiae et le gonocoque comme des IST. Les modes de protection étaient mal identifiés (seul le préservatif était cité par 98% des élèves, la vaccination (contre le papillomavirus ou l'hépatite B) n'était connue que par 2/3 des élèves). Les modes de contaminations pour le VIH étaient connus par plus de 87% des élèves mais il persistait de fausses croyances (17% des élèves pensaient que le virus peut être transmis par piqûre de moustique). Seuls 60% des élèves auraient recours au service des urgences en cas de risque de contamination, 30% consulteraient leur MG sans urgence ou encore 24% attendraient 6 semaines pour faire un test de dépistage. Le traitement post exposition, les moyens de dépistages étaient mal connus.
Etude 6	30% déclaraient ne pas connaître ou ne pas comprendre l'information délivrée sur l'IVG.

- Thèmes déjà abordés ou connus

Etudes	Verbatim
Etude 1	thèmes déjà connus des 2 genres : contraception, respect de soi et l'autre, la découverte du corps, la puberté, les relations copains/copines
Etude 2	La physiologie féminine est connu de certains : ils maîtrisent le vocabulaire et sont plus à l'aise «C'est la couche superficielle qui s'évacue» ou encore utilise une allégorie pour retenir la fonctionnalité de l'utérus : «Ben c'est du sang qui coule de la poche».
Etude 4	88% des élèves déclaraient avoir déjà eu des informations sur les IST via l'EVAS. 97% des élèves avaient conscience qu'un seul rapport non protégé peut être source d'infection. 98% des élèves avaient conscience qu'une personne porteuse du VIH peut être asymptomatique. Le traitement pour le VIH était reconnu comme un traitement à vie et améliorant l'espérance de vie par plus de 75% des élèves.
Etude 6	Physiologie de la reproduction/ développement de la sexualité/ contraception/ IST
Etude 21	Elles abordaient à l'école la contraception via la physiologie, et les intervenants extérieurs présentaient les différents moyens de contraception. Le médecin abordait plutôt la prise de la contraception, les conduites en cas d'oubli et les éventuels EI. Avec l'entourage, elles cherchaient à se rassurer quant à des situations d'incertitude sur la contraception ou la sexualité.
Etude 23	Thèmes abordés durant ces séances d'EVAS : puberté, relation fille garçon, sexualité, violences sexuelles, contraception, grossesses non désirées, IVG, IST, VIH mais souhaitent que ce soit abordés à un certain âge pour certains sujets. Les violences étaient peu abordées.
Etude 24	Thèmes abordés avec étudiants SF : contraception, la sexualité, les IST et la contraception d'urgence, mais aussi l'IVG et l'anatomie, les autres thèmes étaient peu abordés.

4- Format de l'intervention d'EVAS

- Outils de communication intéressants selon les adolescents

Etudes	Verbatim
Etude 1	moyens qu'ils souhaiteraient utiliser pour les séances d'EVAS scolaires : discussion après diffusion d'une vidéo/jeux de rôles/ jeux de société/ discussion autour d'un objet (contraception, photo) / discussion autour d'une situation qu'ils auraient imaginé et qui leur pose problème
Etude 7	dialogue questions- réponses/ délivrance d'un livret -guide en fin de séances
Etude 9	théâtre- jeux de rôles- stand éducatif
Etude 15	58% des élèves ont déclaré avoir apprécié l'utilisation du support vidéo et des saynètes.
Etude 16	atelier en petit groupe- information efficace et adaptée- Ils peuvent s'y exprimer à partir de leur vécu et non sur un modèle académique noté - développer des forums santé dans les établissements- favoriser les activités non évaluées- arrêter de diffuser des images dévalorisantes de la femme- boite à questions anonymes - témoignages en direct ou vidéos- favoriser le dialogue parents- enfants -
Etude 17	journées dédiées à ce thème- visionnage de vidéos
Etude 21	Petit groupe- Ateliers pratiques comme la mise du préservatif
Etude 24	42% aimeraient des vidéos et 27% des jeux de rôles, 18% souhaiteraient des séances supplémentaires et 15% de la documentation.
Etude 28	souhaitent des séances d'information interactives avec des animations ludiques qui serviraient de support de réflexion et leur permettraient de mémoriser les messages plus efficacement

- Mixité du groupe souhaitée

Etudes	Verbatim
Etude 1	La majorité des élèves disait préférer être en groupe mixte durant les séances (plus les garçons que les filles). Les filles désiraient plus significativement être entre elles (35 %) que les garçons entre eux (23,5 %) (p = 0,001).
Etude 5	plutôt favorable : acte sexuel se déroule à 2. rajout d'un tabou. Pb des adolescents homosexuels- en fonction de l'ambiance dans la classe
Etude 7	au collège, 71% pour la séparation Fille Garçon, 15% contre, et au lycée: 54% pour et 27% contre (POUR la séparation : confidentialité - être plus à l'aise/sentiment de honte- sentiment de jugement - sujets abordés différents -différences entre sexe - visions différentes des choses- moindre expression du sexe féminin- respect de l'intimité - manque de maturité des garçons- CONTRE la séparation: meilleure connaissance et compréhension de l'autre sexe- partage de savoirs- intérêt de connaître l'opinion de l'autre- absence de confidentialité nécessaire entre les 2 sexes- pluralité des opinions)
Etude 24	réponse non interprétable dans l'étude
Etude 28	favorables à ce que la séance soit préparée (évaluation de leurs connaissances, de leurs attentes, préparation des questions à poser) puis organisée en plusieurs parties : en classe entière et en petits groupes mixtes ou non. souhaiteraient constituer eux-mêmes les groupes en fonction de leurs affinités pour favoriser la prise de parole des élèves

- Non mixité du groupe souhaitée

Etudes	Verbatim
Etude 5	plutôt défavorable à la mixité: intérêt "apparent" différent/ décalage dans la maturité psycho affective/ génératrice d'inhibitions (honte, timidité) / facilite l'acquisition de connaissances et compréhension de l'autre sexe. Séances séparées intéressantes si réalisation de séances mixtes dans 2ème temps. Séances unisexes en fonction de l'âge des élèves-
Etude 9	majore la liberté d'expression- différence de maturation psycho sexuelle.
Etude 17	souhaiteraient être séparés en petits groupes non mixtes
Etude 21	plutôt non mixte

- Intérêt du schéma "1 séance genrée et 1 séance mixte"

Etudes	Verbatim
Etude 7	53% au collège et 67% au lycée sont POUR

Etude 16	sont partisans d'une séance non mixte puis un échange entre groupes

- Aisance de la prise de parole pour les élèves

Etudes	Verbatim
Etude 7	82% des collégiens se disent à l'aise et 88% des lycéens se disent à l'aise pour prendre la parole (taille du groupe (petit)- absence de mixité- aisance générale -intervenant a mis en confiance/ extérieure à l'établissement- hors du cadre scolaire- connaissance des personnes du groupe- confiance ds le groupe)
Etude 15	85% déclarent ne pas avoir été gêné par les sujets abordés
Etude 21	en privilégiant le dialogue entre les intervenants et les élèves
Etude 24	Age, son discours (mettre à l'aise, ouverture d'esprit) extérieur au milieu scolaire ou du milieu médical sont des facteurs d'aisance de prise de parole

- Non aisance de la prise de parole

Etudes	Verbatim
Etude 7	sujet tabou- caractère pudique/ timide de la personne

- Durée

Etudes	Verbatim
Etude 7	2h environ, jugée trop courte par certains

- Lieu

Etudes	Verbatim
Etude 5	école car lieu de rassemblement des jeunes, sentiment de lieu sécurisant, confiance dans les autres élèves, ambiance studieuse propice/ PF par démarche personnelle/ prévue dans l'emploi du temps
Etude 16	en milieu scolaire

- Intérêt d'un support papier en fin de consultation

Etudes	Verbatim
Etude 8	intérêt pour support papier pour les informations concernant la contraception et CU, les IST
Etude 10	66% aimeraient trouver des dépliants et affiche en salle d'attente
Etude 28	en fin de séance, il est important de les aider à identifier les différents interlocuteurs ultérieurs (infirmière scolaire, médecins traitants et associations locales) afin de pouvoir aborder le sujet de façon plus personnelle en entretiens individuel

5- <u>Moyen mis en œuvre sur une longue durée pour la santé sexuelle au sein de l'établissement</u>

- Pair référent sur la santé sexuelle dans la classe

Etudes	Verbatim
Etude 1	non intéressé pour avoir un élève référent santé sexuelle dans chaque classe

- Age de début souhaité

Etudes	Verbatim
Etude 1	66% des élèves désiraient que les séances débutent entre 10 et 14 ans (sans différence significative pour le sexe ou l'établissement d'origine)
Etude 5	âge distinct pour chacune mais semble qu'il doit être réparti tout au long du développement psycho-sexuel

	des ados

- Nombre de séances par an

Etudes	Verbatim
Etude 5	fréquence minimale d'une fois par an- certaines souhaitaient bénéficier de plus (2 à 3 par an à 1 fois par semaine pour une répétition des comportements préventifs)
Etude 7	minimum 1 séance par an/ diffusion de ce type de séance au niveau national voire international
Etude 17	souhaiteraient bénéficier de plus de séances d'EVAS

- Dispositif d'affichage

Etudes	Verbatim
Etude 27	Certaines adolescentes exprimaient le besoin de plus d'informations accessibles au sein de l'établissement, comme des panneaux d'affichage.

- Consultation annuelle de l'adolescent

Etudes	Verbatim
Etude 3	Les avis concernant une consultation annuelle gratuite dédiée à la sexualité étaient divergents (certains pensaient que cela pouvait être utile, d'autres n'avaient pas d'avis sur la question ou encore se trouvaient trop jeune)
Etude 8	avis plutôt favorable des adolescentes: par un professionnel de santé neutre- à réaliser plutôt en milieu scolaire pour en faciliter l'accès- sans obligation
Etude 11	1/3 des élèves aimeraient qu'il existe une consultation dédiée
Etude 16	souhaiteraient bénéficier d'IDE et Médecin scolaires dans chaque établissement
Etude 22	58% étaient pour une consultation annuelle dédiée à ce sujet vers 14ans

- Distributeur de préservatif au sein de l'établissement

Etudes	Verbatim
Etude 16	augmenter le nombre de distributeurs au sein des lycées/ envoi de préservatifs par la poste en milieu rural
Etude 21	Elles jugeaient inacceptable la présence d'un distributeur au sein de l'établissement (car elles considéraient qu'elles n'avaient pas la tête à ça

6- <u>Communication autour de la sexualité - Demande de communication</u>

- Demande de communication sur ce sujet

Etudes	Verbatim
Etude 1	la majorité des élèves (68%) ne ressente pas le besoin de parler à quelqu'un de sexualité Les élèves filles étaient plus demandeuses de parler de la sexualité à quelqu'un (50% des filles, vs 16% des garçons, p inf. à 0,05)
Etude 3	Les filles préféraient chercher l'information par elle-même et évitaient d'aborder le sujet avec leur entourage personnel
Etude 9	certains déclaraient avoir un manque de connaissance sur la contraception
Etude 11	La majorité des élèves étaient en demande de communication avec leur MG sur ce sujet et pensaient qu'il serait utile d'en parler régulièrement (au moins une fois par an)
Etude 16	Les adolescents réclament donc une information efficace, adaptée qui leur parle réellement.
Etude 18	Ils étaient à la recherche d'informations et conseils sur le mode témoignage ou vécu. Ils avaient des questions de vocabulaire.
Etude 22	91% des ados attendaient que leur MT les informent et 86% qu'ils les écoutent.
Etude 25	40% déclaraient ne pas avoir besoin d'information sur la sexualité

- Initiation du dialogue dans la famille

Etudes	Verbatim
Etude 5	Les adolescentes considéraient que c'étaient aux parents d'initier le dialogue

- Initiation du dialogue avec le médecin généraliste

Etudes	Verbatim
Etude 4	57% des élèves préféraient que ce soit eux qui initient la discussion sur le sujet des IST
Etude 10	aimerait qu'il initie le sujet durant la conversation sur la sexualité ou la contraception
Etude 11	La majorité préférait que ce soit le MG qui initie la conversation
Etude 21	Souhaitaient que ce soit le MG qui initie le dialogue en abordant différents thèmes
Etude 25	59% considéraient que c'était au médecin d'initier le dialogue

- Age pour initier la conversation en consultation

Etudes	Verbatim
Etude 4	entre 14 et 16 ans selon 70% des élèves.
Etude 11	Ils pensaient que le sujet pouvait être abordé entre 12 et 16 ans dans tous les cas, avant leurs premières relations sentimentales
Etude 20	14, 4 ans, 86% le situaient entre 12 et 17 ans
Etude 22	Age médian autour duquel ils pensaient que le MG pouvait aborder le sujet: 14 ans
Etude 25	22% pensaient que c'était parce qu'ils étaient trop jeunes que le MG n'abordait pas le sujet

7- <u>Communication autour de la sexualité - Personnes ressources</u>

- Personnes ressources sur la communication autour de la sexualité

Etudes	Verbatim
Etude 1	les amis sont les personnes avec lesquels ils discutent et souhaitent discuter sur la sexualité et EVAS. 20% des élèves en ont déjà parlé avec leurs parents. Moins de 10% des élèves aimeraient en parler un interlocuteur comme leur parent, leur professeur, un membre de l'établissement ou non, un soignant, un site Internet spécialisé ou un centre d'appel spécialisé.
Etude 2	les amis se révèlent être d'excellents confidents pour parler de sexualité : «Ça nous fait rire alors on en parle!!» «À mes amies surtout!!». Ceux qui connaissent la structure du Planning Familial disent en avoir eu connaissance par un ami «Comme ça parce que j'ai des copines qui y vont».
Etude 3	Les intervenants extérieurs étaient identifiés comme des ressources possibles, ainsi que l'assistante sociale ou le planning familial.
Etude 5	environnement familial, l'école et les amis, Ide scolaire
Etude 6	amis (67,5% déclaraient discuter souvent ou très souvent avec leurs amis de la sexualité)
Etude 10	Les sources d'informations autour de la sexualité citées étaient par ordre de préférence: amis, milieu scolaire, parents, Internet, médecin généraliste, médias, centre de planification, fils jeunes. Pour la contraception, les places étaient identiques sauf pour le MG qui arrivait avant Internet. Sa place variait de façon significative en fonction de la connaissance de l'anonymat par les adolescentes ou non.
Etude 12	70% citaient un ami du même sexe, 44% un ami du sexe opposé, 72% citaient le PF, 34% citaient le médecin et 27% citaient les parents et Internet pour trouver réponses à leurs question
Etude 14	la moitié des jeunes interrogés déclaraient avoir reçu une information sur la contraception en dehors de l'école (significativement plus nombreux au sein des jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels)- 78% déclaraient avoir reçu une information individuelle- 2/3 déclaraient avoir reçu l'information au domicile, 1/3 chez le médecin traitant- 12, 6% par la pharmacie- centres sociaux, MJC entre 2et 3% - 9 jeunes sur 10 déclaraient avoir eu une information sur les IST (par IDE, parents et enseignants (46%, 30% et 28%) - 1 jeune sur 10 ne parlait avec personne sur le thème de la sexualité (quelque soit son âge ou origine)
Etude 16	Les adolescents expriment un besoin d'aide adaptée, qui, selon leur point de vue, n'est pas forcément dispensée par un médecin ou un psychologue. Ils préfèrent nettement s'adresser aux autres jeunes qu'ils connaissent auprès desquels ils se sentent en confiance et non jugés. Les adolescents sont en effet très

	attachés à ce que leurs propos restent confidentiels
Etude 17	69% déclaraient avoir eu comme source d'information, les cours de SVT. 65% déclaraient avoir leurs amis comme ressource sur ce sujet (contraception)- 55% citaient la télévision ou la radio- 43% citaient leur mère-
Etude 18	Globalement, ils identifiaient 3 sources d'information: les discussions, les supports écrits mais aussi Internet. Les filles abordaient ce sujet avec des personnes très proches, quant aux garçons, ils abordaient ce sujet assez librement (avec cousins, copines, amis). Les pairs (amis, cousins/cousines, personnes de leur entourage un peu plus âgées) apparaissent comme la principale source d'information en terme de santé sexuelle. Les professionnels de santé en dehors d'un problème médical sont rarement identifiés comme des interlocuteurs. Les parents n'apparaissent pas comme de vrais interlocuteurs.
Etude 19	L'école arrive en 4ème position comme interlocuteur sur la sexualité. Les amis sont les 1ers interlocuteurs des adolescents concernant la sexualité
Etude 20	87% des jeunes avaient déjà parlé de sexualité avec un interlocuteur autre (en majorité 83% avec leurs amis ou petits amis, 46% avec leurs parents, 43% avec leur frère ou sœur, 7% avec un professeur et 6% avec IDE scolaire- 12% n'ont jamais parlé sexualité avec personne
Etude21	Les adolescentes avaient identifiées comme ressource : l'école, le médecin, l'entourage et Internet. Concernant l'entourage, cela pouvait être une amie ou leur mère en fonction de leur histoire de vie
Etude 22	97% des adolescents cherchaient des informations sur la sexualité : 84% auprès des copains/copines, 60% auprès de la TV ou radio, 52% auprès d'Internet, 51% auprès des parents, 45% auprès de l'école, 34% auprès des frères ou sœur, 30% auprès de la pornographie et seulement 17% auprès des médecins.
Etude 26	9000 appels ou sollicitations par *chat* au cours de l'année 2013 pour les 15-19 ans. 2/3 par téléphone (Sida info service ligne verte) et 1/4 par *chat*.
Etude 27	Les sources citées étaient leurs familles (elles avaient souvent consulté un membre féminin de la famille avant de consulter) puis leurs amies et les professionnels de santé (médecin généraliste, planning familial, gynécologue ou encore pharmacien).

- Adultes - Sentiment sur l'information délivrée par les adultes de façon générale

Etudes	Verbatim
Etude 5	Les adolescentes trouvaient que les adultes délivrent une information dans un sens unique du dialogue-thèmes abordés sous forme préventive uniquement (recommandations) - elles avaient le sentiment de "bourrage de crâne". Les adolescentes déclaraient que le discours de leur parent était essentiellement préventif, sous forme de "consignes", associant la sexualité à la notion de risque et de danger (permettant ainsi de garder une distance avec l'intimité de leur enfant). Certaines adolescentes faisaient part d'un langage double des adultes et de la société : d'un côté tout est sexualité, tout est permis et il leur faut se débrouiller seul, de l'autre, un discours moralisateur ou rempli d'interdits et de culpabilité.
Etude 14	8 jeunes sur 10 se sentent suffisamment informé. Sur les jeunes se déclarant mal informé: la moitié souhaiterait avoir des discussions sur les méthodes contraceptives, et 30% par vidéo ou par la télévision. Seulement 25% souhaiteraient recevoir de l'info par des tracts, prospectus ou Internet.
Etude 16	Les jeunes filles déplorent le discours uniquement répressif des adultes sur ce thème, le fait qu'ils moralisent sans informer.

- Médecin traitant - Problème de confidentialité

Etudes	Verbatim
Etude 2	le médecin généraliste n'est pas l'interlocuteur privilégié : trop proche des parents!: «Je me vois mal dire ça à un médecin surtout qu'il connait ma mère et tout! !».
Etude 3	Certains considéraient avaient peur que la consultation ne soit pas confidentielle.
Etude 8	peur que le contenu de la consultation soit divulgué
Etude 13	43% déclarent ne pas être à l'aise pour discuter sexualité avec MT, peur de manque de confidentialité
Etude 16	Peu d'adolescents se déclaraient prêts à consulter le MT pour des problèmes autres que physiques. La crainte d'être jugés, mal compris, ou que la confidentialité à l'égard des parents ne soit pas respectée motive cette réserve.
Etude 28	Elles étaient inquiètes quant à la confidentialité des consultations et la mettaient en doute.

- Médecin traitant - Problème de jugement

Etudes	Verbatim
Etude 2	véritable peur du jugement «J'aurais peur qu'il ait une mauvaise image de moi ou un truc comme ça !!»

Etude 21	Parfois elles n'osaient pas aborder certains sujets par peur d'être jugées, n'osaient pas rappeler le professionnel en cas d'oubli de pilule.
Etude 27	Même s'il était perçu comme un professionnel de santé, elles le voyaient comme un être de sexe masculin (elles pouvaient l'assimiler à un côté pervers, ou à la peur du jugement)

- Médecin traitant - Fiabilité

Etudes	Verbatim
Etude 9	Le médecin traitant n'était pas vu comme une ressource possible sur tous les aspects de la contraception
Etude 11	La majorité le considérait comme fiable concernant la contraception

- Médecin traitant - Dialogue possible

Etudes	Verbatim
Etude 3	Ils étaient enclins à répondre aux questions si le médecin initiait la conversation sur ce thème. Certains considéraient le médecin comme une ressource possible en cas de problème avec une fiabilité des informations délivrées.
Etude 4	70% des élèves déclaraient qu'ils pouvaient aborder le sujet des IST avec leur MT (source fiable 10%, sujet important 8%, secret médical protège la consultation 3%)-
Etude 5	ressource possible en dernier lieu
Etude 6	32% des élèves déclaraient en avoir discuté avec le MT
Etude 8	attentes de réponses adaptées à leurs questions
Etude 10	Plus de 25% aimerait que leur MT aborde le sujet, plus la relation est considérée comme bonne entre MT et adolescentes, plus celles ci est prête à le considérer comme une source d'informations
Etude 14	20% des filles discutent de sexualité avec son MT et seulement 6 9% des garçons.
Etude 19	Seuls 5% des adolescents avaient abordés leur vie amoureuse avec le MG, il était en 5ème position au niveau des interlocuteurs possible sur la sexualité
Etude 20	Ceux ayant déjà abordé le sujet de la sexualité avec leur MG en était satisfait à 87%, 59% avaient été à l'aise lors de la consultation- 89% trouvaient que c'était normal que leur MG aborde ce thème en consultation, 35% se diraient intéressés par le fait qu'il aborde le sujet, 14% soulagé et 44% gêné ou choqué et 86% des adolescents ne consulteraient pas spécialement pour ça. 56% préféraient discuter avec un MG du même sexe, 43% avec un médecin jeune et 40% avec un de l'âge de leur parent
Etude 21	Le MG représente le référent, elles disaient avoir confiance en lui et il leur offrait un cadre rassurant et était souvent le praticien de premier recours privilégie. Freins éventuels: le coût de la consultation
Etude 22	18% ne savaient pas que leur médecin pouvait les informer sur la sexualité. Attendent qu'il soit compréhensif, qu'il les soigne, qu'il parle des relations affectives de la masturbation ou encore du vaccin contre HPV.
Etude 25	Motifs de consultation souvent autre que la sexualité, 68% trouvaient qu'il n'était pas plus facile d'aborder le sujet avec un autre prof de santé (IDE scolaire, PF, gynéco). 84% disaient avoir confiance en lui.
Etude 27	Elles décrivaient leur relation avec leur MG de type paternaliste, les connaissant bien avec un contact de proximité et de confiance. Elles aimeraient pouvoir discuter avec un médecin femme jeune, sans a priori (pour leurs expériences personnelles. Elles appréciaient le médecin généraliste pour sa facilité d'accès de façon comparative à d'autres soignants.

- Médecin traitant - Dialogue non possible

Etudes	Verbatim
Etude 3	Certains reconnaissaient des freins à aborder ce sujet : sexe opposé, caractère tabou, âge adulte, médecin peu connu
Etude 4	20% des élèves disent avoir déjà eu des informations via le MT
Etude 10	66,5% déclaraient ne pas avoir parlé de sexualité avec leur MT, et 51% de contraception. Une majorité ne réalisait pas son suivi chez le MG car mal à l'aise, peur du manque de confidentialité, pas de désir de suivi ou frais trop important.
Etude 13	82,5% déclarent ne pas vouloir dialoguer de sexualité avec leur MT (gêne)
Etude 17	62% déclaraient ne pas souhaiter parler contraception avec leur MT.
Etude 18	Les professionnels de santé sont peu cités comme source d'informations, parfois les filles citaient l'IDE scolaire pour quelques conseils
Etude 19	Les freins identifiés par les adolescents étaient l'âge (trop jeune), le sentiment de gêne, sujet tabou, confidentialité, attendent que le MG fasse le 1 er pas, sexe opposé du médecin pour les filles, sentiment d'être

	suffisamment informé
Etude 20	78% des élèves n'avaient jamais abordé le sujet de la sexualité avec leur MG (les filles en parlaient plus de façon significative)- Obstacles identifiés: parents accompagnants (49%), mal à l'aise (38%), n'a pas choisi son MG (30%), confidentialité, peur du jugement, ne souhaite pas border le thème, ne comprend pas son MG, médecin non disponible ou gêné)
Etude 22	Freins exprimés par les adolescents : 94% des adolescents considéraient qu'il existait un obstacle à parler de sexualité avec leur MT : MT homme (50%), connaître pas assez (42%), anticipation et prise de RDV (38%), confidentialité (35%), accès au soin CV (33%), âge trop âgé (28%), pas le temps durant la consultation (27%), connaître trop bien (24%), accès au soins coût, (23%) MT femme (23%), vocabulaire non compréhensible (21%), non capable de répondre au question (20%), gêne à évoquer le sujet (13%)
Etude 25	La majorité (77%) n'avait pas parlé sexualité avec leur MG. Les freins identifiés de la part des ados: présence parentale, médecin de famille, peur du jugement, peur du manque de confidentialité, timidité, sexe opposé du médecin. Freins identifiés par les ados pour les médecins: trop jeune, connaît leur parent, non à l'aise, pense qu'ils n'en ont pas besoin

- Planning familial

Etudes	Verbatim
Etude 2	L'existence de ces centres est totalement ignorée par quelques adolescents «Le Planning Familial, c'est un endroit où on va en famille!?» Ceux qui connaissent la structure disent qu'ils en ont eu connaissance par un ami «Comme ça parce que j'ai des copines qui y vont»
Etude 5	Les adolescentes déclaraient le PF comme une ressource possible pour accès à l'information et aux soins
Etude 8	avoir des renseignements/ ressource d'informations mais aussi ressources de soins (demande de contraception- effets secondaires- urgences- adaptation traitement)
Etude 27	Globalement, elles le décrivaient de façon positive, elles appréciaient la rapidité d'accès, la gratuité des soins et la délivrance immédiate de la pilule. Elles étaient confiantes dans la confidentialité des soins. Elles décrivaient un personnel soignant disponible et à l'écoute mais critiquaient le côté impersonnel.

- Médecin du planning - Ressource possible

Etudes	Verbatim
Etude 2	Parfois, ils sont reconnus comme étant le lieu propice à la confession de problèmes personnels et à la demande d'aide : «On est allé au Planning Familial tout ça, ils nous ont tout expliqué et après elle a avorté»
Etude 8	attentes de réponses adaptées à leurs questions et de conseils personnalisés- information claire- informations sur les EI- sur les IST- intervention uniquement s'il y a un problème- étaient en demande d'un examen par un médecin spécialiste.

- Médecin du planning - Mauvaise ressource

Etudes	Verbatim
Etude 8	trop d'explications données/ médecin ne doit pas aborder la sexualité de façon générale (pudeur, rôle des parents)

- Médecins - Thèmes à aborder de façon prioritaire lors d'une consultation

Etudes	Verbatim
Etude 8	gestion de la prise de pilule et son oubli/ les IST et moyens de prévention/ effets secondaires / tout/ les changements pubertaires/ les premiers rapports/ examen physique et gynécologique.
Etude 10	65% aimeraient que le médecin donne le numéro et les coordonnées du PF
Etude 11	Ils aimeraient aborder par ordre de préférence : IST, utilisation pilule, IVG, RS, infertilité, hygiène, grossesse, physiologie et puberté, les différents moyens contraceptifs et moins tout ce qui concernait les relations sentimentales.
Etude 19	54, 7% seraient favorables à aborder le thème des IST en consultation. Les adolescents avouaient le fait d'aborder plutôt des thèmes médicaux (puberté, IST) que personnels.
Etude 20	interroge sur les connaissances sur la sexualité (87% étaient d'accord), sur leur expérience affective (57% non d'accord), envisage d'avoir des rapports (53% non d'accord), 63% attendaient des conseils pratiques, 59% une attitude décontractée (expérience personnelle)- trois thèmes les plus cités: MST, inquiétude sur le

	corps, examen gynécologique (différaient en fonction de l'âge et du sexe)
Etude 22	MST (75%), contraception (68%), IVG (44%), acte sexuel (42%), physiologie (42%), mettent à disposition : préservatifs (47%), brochures informatives (38%), plaquettes de pilule (34%), site Internet fiable (31%), coordonnées du PF (24%), préservatif féminin (21%)
Etude 25	51% pensaient que le MG abordait les mêmes thèmes que l'école
Etude 26	Thèmes abordés durant ces échange s: IST-VIH et hépatites, demande des conseils sur des situations potentiellement à risque (conditions de transmission, modalités de dépistage…) souvent après les 48h. Mais aussi sexualité, risque de grossesse.
Etude 27	Les adolescentes étaient en attente de conseils, d'informations plus précises notamment sur les effets secondaires possibles, les autres moyens de contraception.

- Médecins - Thèmes à ne pas aborder

Etudes	Verbatim
Etude 8	sexualité en général
Etude 19	83,% des élèves déclaraient ne pas souhaiter aborder le sujet des relations sexuelles avec leur MG, 54, 5% disaient ne pas vouloir aborder le sujet de la contraception (les filles étaient plutôt pour à 60% p=0,00) enfin 93% ne souhaitaient pas aborder le thème des relations amoureuses. OBSTACLES identifiés: 55% déclarent se sentir suffisamment informés, et 49, 5% citaient la présence des parents durant la consultation, et 51% des filles citaient le sexe opposé du MG

- Médecins - Présence parentale durant une consultation sur sexualité

Etudes	Verbatim
Etude 3	La présence d'un tiers pouvait être considérée comme un frein à la discussion autour de la sexualité
Etude 4	plus de 85% des élèves préféraient que leur parent ne soit pas présent (sujet intime)
Etude 10	67% aimeraient que leurs parents sortent durant la consultation
Etude 11	Si le sujet était abordé, ils préféraient en majorité être seuls.
Etude 19	De façon générale seulement 1/4 des adolescents étaient seuls en consultation avec leur MG
Etude 20	72% préféraient être seul pour aborder le sujet
Etude 22	52% souhaitaient être seuls, 26% avec un ami et 14% avec un parent.

- Médecins autres que médecin traitant

Etudes	Verbatim
Etude 3	Les garçons identifiaient le gynécologue comme une ressource possible pour les filles.
Etude 9	La gynécologue était reconnue comme une médecin de confiance pour les questions de contraception
Etude 21	Le gynécologue pouvait aussi être un professionnel qu'elle consultait (car médecin moins intime et la distance facilitait la consultation ou choix maternel qui adressait leur fille voir le spécialiste)
Etude 27	Le gynécologue était perçu comme le médecin spécialiste et le discours des adolescentes pouvait être empreints de la crainte de l'examen gynécologique. Elles évoquaient les délais pour les rendez vous et le coût de la consultation

- Famille - Dialogue possible

Etudes	Verbatim
Etude 2	Parler de sexualité peut sembler facile dans certaines familles: «Je demande à mes parents!!» «Souvent mon frère ou ma sœur» avec un rôle préventif «Quand ils savent que je suis avec quelqu'un, ils viennent me voir, ils me disent faut faire attention, t'es jeune!!!»
Etude 3	Les garçons s'informaient en écoutant parler leur entourage, les parents étaient disponibles et préoccupés par la sexualité de leur enfant. Pour certaines filles, il leur semblait normal d'en parler avec leur mère. Parfois le dialogue peut être initié ou souhaité par leur parent. Les garçons parlaient facilement de ce sujet avec leur frère. Les filles déclaraient ou non en parler avec leur sœur.
Etude 5	Certaines adolescentes savaient le dialogue avec leurs parents possible mais elles étaient limitées par la gêne. Pour d'autres, le dialogue était possible sans tabou. Pour les jeunes femmes interrogées, la mère était une interlocutrice privilégiée au sein de la famille bien que l'une d'entre elle déclarait discuter avec ses 2 parents de façon non préférentielle.

Etude 6	28% déclaraient le dialogue fréquent avec leur mère et 12% avec leur père
Etude 7	51% des élèves disent avoir abordé le sujet de la séance avec leurs parents (initiation du dialogue sur la sexualité- intérêt des parents- information des parents- partage- connaissance de leur point de vue- acquisition de connaissances non abordées en famille)
Etude 9	pour certains le dialogue était possible même s'il persistait une gêne (pudeur de l'ado/ inquiétude parentale)
Etude 13	seulement 11% disaient pouvoir en discuter facilement avec les parents et 13% les désignaient comme interlocuteurs/ les frères, sœurs, cousins sont citées comme source potentielle
Etude 14	40% déclarent discuter avec leur parent de la sexualité, 25% avec leur frère ou sœur
Etude 16	Parce qu'ils voient leurs parents comme un socle rassurant, les jeunes attendent d'eux affection et autorité, sens du dialogue et confiance réciproque. Ils émettaient comme proposition notamment que 1/Respecter l'intimité de l'enfant à partir de 12 ans et protéger la vie privée de son enfant de manière adaptée 2/ Prévenir les enfants des dangers et risques potentiels liés à l'usage de l'alcool, de la drogue, des rapports sexuels, d'Internet, sans que ce soit l'objet de discussions et de soupçons permanents. et 3/Se former à Internet pour pouvoir aider et protéger les enfants à ses usages et à ses risques.
Etude 19	Les parents occupent la 3ème place en tant qu'interlocuteurs des adolescents sur la sexualité (26%)

- Famille - Dialogue non possible

Etudes	Verbatim
Etude 2	Ce dialogue est en revanche impossible à envisager dans d'autres familles! : «S'il y a un gros souci comme ça, certainement pas aux parents, parce que les parents sont pas tellement ouverts sur ce genre de sujet"
Etude 3	Les filles jugeaient le dialogue difficile et l'évitaient. Pour les garçons, dans certaines familles, le sujet n'était pas abordé et les garçons pouvaient être mal à l'aise à l'idée d'en parler.
Etude 5	Certains adolescents décrivaient un dialogue inexistant ou difficile avec leur parent concernant la sexualité. D'autres décrivaient un évitement du sujet pour ne pas en discuter avec leur parent.
Etude 6	39% déclaraient le dialogue très rare avec leur mère et 24% avec leur père
Etude 7	38% des élèves disent ne pas avoir abordé les sujet de la séance avec leurs parents (absence d'intérêt des parents- manque de temps- sujet personnel et tabou- peur des questions des parents- oubli- absence de dialogue sur ce thème dans la famille- absence de dialogue sur tout- peur des croyances parentales sur l'EVAS (initiation plus précoce des rapports)- pas d'utilité- pas d'entente entre enfant et parent
Etude 13	39% disaient que le dialogue était difficile avec les parents sujet tabou- respect des parents-majoré par les croyances religieuses
Etude 18	Les parents n'apparaissaient pas comme une source d'information principale du fait de la gêne, le respect des valeurs familiales (si sujet tabou), un message parental centré sur les risques.

- Famille - Source fiable

Etudes	Verbatim
Etude 3	Une adolescente considérait ses parents comme une source d'information fiable
Etude 9	jugée comme fiable
Etude 16	souhaitent favoriser le dialogue parents enfants en créant des séances pour informer les parents

- Famille - Source non fiable

Etudes	Verbatim
Etude 3	Une adolescente considérait que ce n'était pas une bonne source d'information

- Famille - Jugement

Etudes	Verbatim
Etude 3	Les filles trouvaient leur parent moralisateurs, trop inquiets trop inquisiteurs ou encore trop indiscrets. Les garçons percevaient des interdits familiaux (comme aller sur des sites sexuels ou parler de sexualité)
Etude 18	Les adolescents sont gênés d'aborder ce sujet avec leurs parents mais trouvent que leur discours est focalisé sur les risques

- Amis

Etudes	Verbatim
Etude 2	se révèlent être d'excellents confidents pour parler de sexualité : «Ça nous fait rire alors on en parle!!» «À mes amies surtout!!»
Etude 3	Les filles déclaraient privilégier une discussion avec une amie plutôt qu'en groupe par peur des indiscrétions, et elles ne déclaraient pas de discussion avec un pair de sexe opposé. Les garçons parlaient peu de sexualité avec leurs amis surtout concernant leur propre problème, par contre, ils abordaient ensemble les lieux ressources (notamment sites Internet) et certains s'interrogeaient sur la fiabilité des informations transmises.
Etude 5	Les adolescentes déclaraient préférer en parler avec les amies (initiation commune- partage d'expériences). Certaines adolescentes déclaraient aussi ressentir une rivalité ou malveillance entre amis, de plus elles citaient l'existence d'une pression des pairs à l'uniformité (par exemple sur l'âge du 1er rapport). Les adolescentes déclaraient la communication autour de la contraception et de la sexualité avec leur partenaire comme étant globalement satisfaisante.
Etude 6	amis (67, 5% déclaraient discuter souvent ou très souvent avec leurs amis de la sexualité)
Etude 9	possibilité de dialogue mais restait une source considérée comme peu fiable/ parfois source d'expérience. Le/ la partenaire se sentait concerné par la contraception du partenaire et les risques encourus par eux deux.
Etude 12	Plus de 83% des adolescents interrogés disaient discuter avec leur partenaire de leur préférence sexuelle ou encore de leur réticence ou leur refus. Plus de 75% abordaient la contraception et les IST avec leur partenaire.
Etude 13	67% déclarent qu'ils choisiraient leurs amis pour parler amour et sentiments et 44% seraient prêts à discuter sexualité- 23% déclarent que ce sont les seuls interlocuteurs possibles. Dans les entretiens, les garçons faisaient part de ce soutien entre amis sur les discussions autour de la sexualité. Les filles parlaient plus des sentiments. Avec leur partenaire, 29% déclaraient avoir déjà parlé de contraception mais seulement 4% avaient parlé d'IST.
Etude 14	8 jeunes sur 10 déclarent parler avec leurs copains de la sexualité
Etude 18	Ainsi les filles avaient une vision assez sévère des garçons sur le sujet de la sexualité en les trouvant immatures et obsédés. Les garçons trouvaient eux que les filles étaient secrètes et mystérieuses et avaient une grande curiosité.

- Famille et amis

Etudes	Verbatim
Etude 4	41,6% des élèves déclarent avoir déjà eu des informations sur les IST via leur famille ou ami

- IDE scolaire - Rôle de soutien

Etudes	Verbatim
Etude 2	rôle de soutien ou un rôle explicatif! : «Je sais qu'à l'infirmerie on peut en parler"
Etude 3	IDE scolaire était considéré par les filles et les garçons comme une ressource possible, aucun n'a évoqué le médecin scolaire
Etude 5	lieu d'information
Etude 6	16% déclaraient discuter avec l'IDE
Etude 9	pris en consultation individuelle: très apprécié/ source qui apparaissait accessible et fiable
Etude 13	l'infirmier scolaire est décrit par la majorité comme une personne ressource
Etude 14	IDE scolaire ou autre professionnel de santé est une source de dialogue par 5 et 4% des adolescents qui discutent sexualité
Etude 16	sont réticents à aborder ce sujet avec une personne proche d'eux (IDE scolaire ou professeurs)- Pourtant aimerait avoir un IDE et médecin scolaire à temps plein dans les établissements.

- Professeur

Etudes	Verbatim
Etude 3	Le professeur de SVT pouvait être considéré comme un interlocuteur privilégié pour les connaissances mais pas pour évoquer leur problème personnel.

Etude 6	32% déclaraient discuter avec un professeur

- Milieu scolaire

Etudes	Verbatim
Etude 3	Certaines considéraient le milieu scolaire comme producteur d'interdits en matière de sexualité.

8- Communication autour de la sexualité - Outils ressources

- Médias

Etudes	Verbatim
Etude 2	Certaines adolescentes ont accès à des informations, par exemple sur la contraception d'urgence, via des guides d'information, la télévision, les campagnes d'information.
Etude 3	Certains garçons déclaraient les médias comme une source d'information complémentaire (par exemple la publicité faite autour des préservatifs) mais aussi omniprésente voire embarrassante. Les filles trouvaient que la télévision n'était pas une source d'information sur la sexualité. De leur côté, les garçons analysaient que la télévision pouvait correspondre à une source d'information (pornographie, publicité préservatif, journaux télévisés et violences sexuelles). Concernant la radio, les filles déclaraient qu'elles ne la prenaient pas comme source d'information. Les garçons quant à eux, déclaraient écouter la radio avec des émissions sur la sexualité mais critiquaient le contenu (considéré comme inadapté, non fiable voire malsain), l'horaire de diffusion (trop tard).
Etude 4	69% des élèves déclarent avoir déjà eu des informations sur les IST via les médias
Etude 5	TV pourraient diffuser des informations de prévention sur la contraception ou encore les IST ainsi qu'Internet.
Etude 9	source accessible et fiable/ permettait la sensibilisation et la responsabilisation face aux sujets de prévention/ permettait d'initier le dialogue avec les parents/ livres et magazines pouvaient être source de renseignements
Etude 14	affiches concernant la contraception ont été vues par 2/3 des jeunes, 58% ont cité la télévision, 56% ont eu des informations via des discussions, plus de 20% ont consulté Internet
Etude 16	pourraient servir à la diffusion des numéros gratuits et des lieux ressources/ les numéros spécifiquement destines aux adolescents s'avèrent très peu connus : ainsi de Fil Santé Jeunes, pour les 12-25 ans, (numéro vert créé en 1995 par le ministère de la Santé) associé à un site Internet. Lorsqu'ils en connaissent l'existence, les adolescents n'y ont pas recours
Etude 18	Web-série PuceauX: ton employé (décontracté et humoristique) inspire confiance aux usagers et est apprécié des jeunes interrogés- permet une bonne façon d'entrer sur le site Onsexprime
Etude 19	ils sont en 6ème position comme interlocuteur possible sur la sexualité, ils sont cités (magazines, émissions de radios, Internet)
Etude 26	9000 appels ou sollicitations par *chat* au cours de l'année 2013 pour les 15-19 ans. 2/3 par téléphone (Sida info service ligne verte) et 1/4 par *chat*. 8/10 jeunes ont eu connaissances du service via Internet, 1/10 via des brochures et 2% via des services éducatifs. 72% appelaient pour la 1ère fois, parfois l'appel passait par le biais d'un tiers (parent, fratrie, amis). répartition de 70% de filles et 30% de garçons. Thèmes abordés IST-VIH et hépatites.

- Campagne de prévention

Etudes	Verbatim
Etude 9	peu sensibilisé par les campagnes de prévention (multitude d'informations)
Etude 16	considèrent les campagnes de prévention ou d'éducation inadaptées à la jeunesse et sans influence sur leurs comportements- moralisantes - éloignées de la vie réelle- aimeraient des campagnes d'information avec images fortes et utilisant les SMS (rendre les campagnes plus humaines et plus proches des jeunes)

- Pornographie - Initiation, excitation

Etudes	Verbatim
Etude 2	S'agissant des garçons, regarder des éléments à caractère pornographique pour la première fois est une source de plaisir sexuel : «Ben je me suis dit que c'était cool, que c'était ça!!!»
Etude 12	19, 3% des ados interrogés trouvaient le porno excitant et 27, 5% trouvaient que c'était un bon moyen d'apprendre

- Pornographie - Honte, incompréhension

Etudes	Verbatim
Etude 2	En revanche pour les filles, on retrouve un sentiment de honte associé à une incompréhension! : «Je trouve que ça se fait pas, c'est sale de faire ce genre de chose»
Etude 13	45% déclarent avoir été choqués par le visionnage d'images porno

- Pornographie - Visionnage

Etudes	Verbatim
Etude 2	L'ensemble des adolescents interrogés ont déjà été confrontés à la pornographie, que ce soit par l'intermédiaire de films, ou simplement d'images. Les adolescents semblent avoir conscience de la distance qui existe entre les relations montrées dans les films pornographiques et les relations sexuelles dans la vie réelle («Je pense qu'avant j'en regardais beaucoup, maintenant je trouve ça un peu nul, il vaut mieux s'intéresser aux vraies filles»). Elle peut jouer le rôle de rite initiatique («C'était une soirée entre copines, une fois».)
Etude 3	Les garçons déclaraient avoir visionné des images pornographiques parfois sans le souhaiter (en "zappant"). Certains garçons reconnaissaient que ce n'était pas le reflet de la réalité.
Etude 12	85% des adolescents avaient déjà eu l'occasion de voir des images pornographiques, 91% des adolescents pensaient que cela ne reflétait pas la réalité
Etude 13	63% des jeunes déclarent y avoir été confrontés (volontairement ou accidentellement). Le fait d'avoir vu des images pornographiques était associé au fait de considérer que la masturbation était naturelle et inversement associé au fait d'affirmer qu'une fille était moins respectable si elle avait plusieurs partenaires.
Etude 17	48% déclaraient avoir déjà visionné de la pornographie
Etude 18	Ils regardaient du porno sur Internet certains plus âgés par choix et d'autres involontairement, étaient plus choqués.

- Internet - Utilisation Internet pour des questions de santé

Etudes	Verbatim
Etude 2	Une source d'information: «De manière sérieuse, je vais voir sur Google d'abord»
Etude 3	Certaines filles considéraient Internet comme ressource possible concernant la sexualité, d'autres trouvaient le contenu inadapté aux filles, enfin elles ne communiquaient pas sur des problèmes personnels. Certains garçons reconnaissaient utiliser Internet comme source d'information sur la sexualité (moteurs de recherche ou sites pornographiques)
Etude 5	accès au site Internet du PF, site type doctissimo
Etude 13	1/3 des adolescents déclaraient utiliser Internet comme source d'informations sur la sexualité (ressource infinie). Le fait de s'informer par Internet sur la sexualité était associé au fait de moins juger l'homosexualité comme inacceptable ou encore de juger la masturbation comme naturelle.
Etude 16	déclarent utiliser peu les sites web pour s'informer- méfiance sur la qualité et la pertinence des informations- crainte que la famille soit informée des sujets consultés- aimeraient des sites labellisés par les pouvoirs publics
Etude 18	Outil Internet intervient en complément des échanges oraux sur la santé sexuelle, permet de dépasser une éventuelle gêne ressentie auprès des pairs- à la recherche de témoignage de pairs mais réticence à se livrer eux-mêmes.
Etude 27	Internet était cité comme ressource mais critiquée pour sa faible fiabilité.

- Internet - Support utilisé

Etudes	Verbatim
Etude 13	sites spécialisés (doctissimo, fil santé jeune) blog ou forum
Etude 18	pages de forum étaient principalement consultées notamment pour leur aspect "vécu/témoignage"- mais étaient réticents à interagir sur les forums (peur de la perte anonymat- peur du jugement- difficultés à formuler une question- manque de confiance dans les réponses)- réseaux sociaux pouvaient attirer leur attention (jugés peu pertinents)- ils consultaient aussi les pages vidéos (essentiellement du porno)- enfin, ils citaient peu les sites de prévention associés au site de santé. Les jeunes n'avaient pas de site de référence.

- Internet - Fiabilité

Etudes	Verbatim
Etude 3	Certaines filles considéraient Internet comme une ressource fiable. Certains garçons trouvaient les informations délivrées peu fiables et la présentation inaccessible (texte plutôt qu'image)
Etude 13	Certains adolescents critiquaient la fiabilité des informations trouvées sur Internet, certains évitaient les forums pour avoir des informations fiables et allaient plutôt vers des sites spécialisés.
Etude 16	Ils aimeraient que soit créé un site Internet sérieux et labellisé par les pouvoirs publics pour informer les jeunes sur la santé et la sexualité incluant un forum spécialisé et des adresses.
Etude 18	De façon générale, il était constaté que les adolescents ne tenaient pas compte de la source des sites consultés (manque de pratique d'Internet ou pratique trop récente, ou jugées peu importantes du moment que le contenu était intéressant) Enfin, ils avaient des critères de fiabilité: mots techniques, ton sérieux, le nom d'un médecin ou la caution de l'Etat. ont un manque de confiance dans les réponses proposées sur les forums- jugent le contenu des réseaux sociaux peu pertinents- attendent une régulation des propos par un adulte ou une autorité sur les sites consultés
Etude 21	Les adolescentes critiquaient la fiabilité des informations retrouvées

- Internet - Problèmes rencontrés

Etudes	Verbatim
Etude 16	La plupart des adolescents connaissent - disent-ils - les dangers d'Internet pour avoir vécu une « mauvaise expérience ». Un danger qu'ils décrivent presqu'exclusivement comme la vision involontaire d'images (entendre ici des images pornographiques mais jamais pédopornographiques) obtenues en cliquant sur un mot banal ou lors de téléchargements illégaux. On peut être dépendant d'Internet. Tous savent que la meilleure façon de se protéger consiste à contrôler eux-mêmes les contenus qu'ils diffusent. Ils ont appris qu'il faut éviter d'entrer en contact réel avec un inconnu qui a pu se faire passer pour un adolescent au cours d'échanges virtuels / Les adolescents réclament d'être informés par de véritables experts en nouvelles technologies sur les risques réels : pornographie, pédophilie, dépendance et vie privée.
Etude 18	soucieux d'effacer leur historique de recherche - difficulté dans la maitrise de l'outil et les mots-clés mal identifiés (vocabulaire fait défaut)- peur de rompre l'anonymat ou perdre leur intimité en intervenant sur des forums. La discrétion n'était pas toujours garantie avec Internet. Ils exprimaient des difficultés à trouver des réponses à des questions précises (absence de site de référence)

- Internet - Thèmes recherchés

Etudes	Verbatim
Etude 2	Internet correspond à un accès plus facile à la pornographie

- Internet - Rôles de ce média

Etudes	Verbatim
Etude 2	Une source d'information : «De manière sérieuse, je vais voir sur Google d'abord» / Un accès plus facile à la pornographie «J'étais sur l'ordi sur un site et j'ai reçu une image, j'ai cliqué!!» /Un outil de séduction
Etude 13	anonymat, accessibilité et a-synchronisation (possibilité de différer la réponse)
Etude 16	pourrait servir de diffusion pour numéro d'appel et lieux de consultation gratuit - créer un site Internet labellisé pour informations sur VAS avec forum et adresses

Etude 18	Internet représentait une façon de répondre à des questions précises, et constituait un canal d'informations important. Les garçons l'utilisaient moins pour s'informer mais plutôt pour poursuivre le dialogue avec leurs pairs ou encore regarder des vidéos (blaguer ou plaisir). Les filles elles aussi favorisaient les conversations sur les forums mais avaient du mal à trouver l'information recherchée. Les avantages étaient d'aborder leurs questions de façon intime et autonome. Le site on exprime était apprécié pour son nom (évoque la possibilité du dialogue) pour son caractère complet, répondant de façon concrète, claire et accessible aux questions des jeunes, avec une grande variabilité des thèmes abordés, pour son caractère fiable, mais avec parfois trop de texte à lire. Mais aussi, le ton employé (décontracté et humoristique) souligné par la série web puceaux avec un niveau de langage franc sans être vulgaire, permettant de dédramatiser la sexualité. la reprise d'informations données habituellement par les adultes, de façon légère permet une meilleure diffusion du message.

- Livres

Etudes	Verbatim
Etude 3	Les filles déclaraient ne pas utiliser de livres pour s'informer sur la sexualité. Les garçons pouvaient y avoir recours (livres non pornographiques tel le dictionnaire ou des livres instructifs mais aussi le Kama Sûtra).
Etude 18	Les livres (manuels scolaire, livres du CDI…) étaient citées comme ressource potentielle pour découvrir différents aspects mais ne répondaient pas nécessairement à leurs questions précises.

- Magazines

Etudes	Verbatim
Etude 3	Les filles déclaraient ne pas utiliser les magazines. Les garçons pouvaient utiliser les magazines pornographiques.

9- <u>Vécu autour de la sexualité</u>

- Confrontation à un problème lié à la vie affective et sexuelle

Etudes	Verbatim
Etude 1	50% des élèves déclaraient avoir déjà aidé une personne proche confrontée à un problème en lien avec la vie affective et sexuelle.
Etude 2	Une adolescente connaissait la contraception d'urgence car elle avait été confrontée à un problème de contraception
Etude 3	Les filles étaient amenées à discuter avec leurs amies si elles étaient confrontées à un problème. Les garçons ne parlaient pas nécessairement aux pairs lors de confrontation à des difficultés de l'ordre de la VAS.
Etude 5	Lors d'un rapport à risque, les adolescentes pouvaient être plus inquiètes concernant le risque du SIDA que celui d'être enceinte.
Etude 21	Parfois n'osaient pas recontacter un professionnel de santé connu par peur du jugement mais s'adresser à un professionnel inconnu ou un centre anonyme

- Connaissance des lieux et modalités de soins (accès contraception - IVG - informations - dépistage)

Etudes	Verbatim
Etude 2	Les voies d'accès et modalités à la prescription du contraceptif et contraceptif d'urgence, ainsi qu'à leur délivrance, semblent peu maitrisées par les adolescents («Peut-être une pharmacie! ? Mais je sais pas s'ils en donnent sans ordonnance...» «Je crois que c'est gratuit.» «On dit la pilule du lendemain, mais on m'a dit qu'il faut la prendre au bout de 2 jours...»).
Etude 6	68, 8% des élèves considéraient connaître un lieu où se procurer une contraception mais ils citaient en priorité les lieux de délivrance non anonyme et non gratuit.
Etude 9	certains considéraient que le pas contraception leur permettrait de dépasser les freins à la contraception
Etude 13	50% des jeunes connaissaient certaines structures comme l'antenne jeunes ou l'espace 19, 20% d'entre eux ne connaissaient aucune des structures ressources et seuls 19% d'entre eux y avaient déjà eu recours.
Etude 14	8 jeunes sur 10 disaient connaître au moins 1 lieu pour obtenir une contraception (3/4 citaient la pharma-

	cie, 1/5 la PMI, idem le médecin, 10% citent les centres commerciaux et 5% les distributeurs de préservatifs). Avec une différence significative entre garçons (plus préservatifs) et filles (plus contraception prescrite)/ 78% disaient connaître un lieu de délivrance de la contraception d'urgence et 1/5 n'en connaître aucun (la pharmacie était la mieux identifiée (84%) pour seulement 14% pour la PMI, 7% pour l'IDE scolaire et moins encore pour les autres lieux)
Etude 16	beaucoup ignorent qu'elles peuvent consulter un médecin sans leurs parents et recevoir un traitement sans l'accord de leurs parents.
Etude 26	Thèmes abordés durant ces échanges : IST-VIH et hépatites, demande des conseils sur des situations potentiellement à risque (conditions de transmission, modalités de dépistage…) souvent en s'adressant à eux hors délai (après 48h)

- Le sentiment sur les IST

Etudes	Verbatim
Etude 4	2,5% des élèves disent n'avoir jamais été informés sur les IST au préalable. Les élèves se sentent partiellement concernés par le sujet (plus après une intervention scolaire qu'avant, 44, 2% avant et 65% après des élèves se disent concernés)
Etude 14	Plus d'un jeune sur 10 déclaraient ne pas avoir eu d'information sur les IST
Etude 21	ne se sentaient pas assez informés sur les IST, mode de transmission, elles n'osent pas forcément demander une analyse sérologique à l'arrêt du préservatif.

- Le sentiment sur la sexualité

Etudes	Verbatim
Etude 3	L'ensemble se considérait comme bien informés (sauf un élève se considérant mal informé), considérait ce sujet comme embarrassant voire tabou, certains pensaient être trop jeunes pour aborder ce sujet. Les garçons évoquaient 2 composantes à la sexualité: le plaisir charnel et les sentiments.
Etude 5	Les adolescents définissaient la sexualité comme une preuve d'amour, de bien-être dans le couple, comme une concrétisation d'une relation, un lâcher prise, une forme d'universalité, d'engagement corporel dans une relation, ou encore en avaient une vision mitigée / expression d'une certaine influence(pair, société, famille...) sur l'entrée dans la sexualité pour certains adolescents
Etude 12	55% des adolescents interrogés n'étaient pas d'accord avec l'idée que l'on puisse avoir des rapports sans sentiments pour le partenaire. Plus de 80% d'entre eux pensaient qu'une relation sexuelle réussie était synonyme de plaisir partagé par les 2 partenaires ou encore de se sentir en confiance avec l'autre.
Etude 13	La masturbation était considérée comme sale par 45% des adolescents déclarant avoir une pratique religieuse. 29% des adolescents attendaient d'une relation sexuelle la fonction procréatrice. 76% des adolescents pensaient que pour avoir une relation il fallait être amoureux. 85% des adolescents étaient contre l'idée que les sentiments soient justes une histoire de filles. 1/4 des adolescents n'exprimaient pas leur sentiment en public, durant les entretiens, les adolescents faisaient part d'une réticence à afficher dans le quartier leur vie affective. Les jeunes femmes revendiquaient une égalité entre filles et garçons concernant la sexualité.
Etude 17	72% des élèves se déclarent suffisamment informés sur la contraception
Etude 18	Les filles avaient tendance à s'exprimer sur la sexualité en ayant peur du jugement, la sexualité relevait du domaine de l'intime et du secret, sujet dont elles ne parlaient que de temps en temps (comme tout autre sujet de conversation). Leur questionnement portait plutôt sur les aspects physiques, les questions de santé et les relations sociales (sentimentales). La notion de plaisir n'était que peu abordée par les filles contrairement aux garçons. Au final, elles avaient une attitude auto centrée. Les garçons avaient une attitude plus enthousiaste sur le thème de la sexualité. Elle était considérée comme LE sujet de conversation, ils en parlaient beaucoup (pour se faire mousser, pour en rire, pour avoir des conseils). Deux dimensions dans leurs discours étaient importantes pour eux: la performance et le plaisir. Leur questionnement portaient sur les modifications physiques, les aspects pratiques et l'orientation sexuelle Ils se préoccupaient aussi des filles, de leur anatomie et leurs ressentis. Ils avaient une approche moins intimiste.
Etude 19	La sexualité était déclarée comme un sujet d'intérêt par les adolescents. Ils en discutaient essentiellement avec leurs amis plutôt sur le ton de la plaisanterie, parfois de prévention.
Etude 21	Elles se sentaient suffisamment informées et satisfaites des informations reçues.
Etude 22	21% se sentaient suffisamment informés sur la sexualité

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

NAME : RIQUET FIRST NAME : Marie

Title :

EDUCATIONAL NEEDS FOR EMOTIONAL AND SEXUAL LIFE EXPRESSED BY TEENAGERS : A REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT

INTRODUCTION : In France education for emotional and sexual life has existed since the 1920s. Current programs are varied due to their multidisciplinary approach . However few of them have shown a real impact. As interventions are more attractive and efficient when young people are involved in their development, it would be useful to understand their expectations on this topic better.

OBJECTIVES : The purpose of this study is to conduct a review of literature on educational needs for emotional and sexual life expressed by French teenagers.

METHODS : The literature review was conducted in ten databases (PubMed , Cochrane Library, Persee, Cairn, Francis and Pascal BDSP , CRIPS , Google Scholar , Family Planning and IREPS) and manual research , from September 2014 to January 2015. Inclusion criteria were: study in France from January 2009 to December 2014, population between the age of 10 and 19, expression of needs in educational emotional and sexual life. Analysis of the results was performed qualitatively by verbatim coding then categorization. The selection and analysis were performed by a single person.

RESULTS: Of the 5322 articles identified, only 28 were included. These studies vary in terms of fields of study, objectives, samples and methods. Their scientific validity is heterogeneous. Adolescents are concerned by the subject and their requests vary depending on the sources of information. According to them, this education should begin early, but in a manner appropriate to their age, gender and psychosexual development. They complain about the fact that information provided by adults is moralizing and risk-focused. They would rather it focuses on emotional and sexual well-being. Friends are the source of reference though their reliability is questionable. At school, they expect interventions in smalls groups not mixed, playful, allowing dialogue, conducted by experienced people and several sessions a year. In their institution, they want access to condom distributors and billboards on the subject. About their family or the medical community, they want adults to initiate the dialogue and be attentive to their questions. They also desire written materials and information about resource structures which do not seem visible enough. As for the media, they want broadcast prevention campaigns to be targeted to their age group. Specifically for Internet, they request the creation of label as well as the training of the dangers of this media.

CONCLUSION : This review of literature shows that views of teenagers on the subject is hardly studied in France. However, it seems retlevant to be interested since the characteristics of efficient programs match the teenagers' needs. The research could be extended to samples that would be more representative or orientated to vulnerable populations (dropouts children, sexual minorities and adolescents living in isolated areas). Finally, asset visibility (structures and resources) available should be improved.

KEY WORDS

Adolescent, attitude to health, France, health promotion, needs assessment, patient acuity, reproductive health, sex education

NOM : RIQUET PRENOM : Marie

Titre de Thèse :
LES BESOINS D'EDUCATION A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE EXPRIMES PAR LES ADOLESCENTS : UNE REVUE DE LA LITTERATURE

RESUME

INTRODUCTION : En France l'éducation à la vie affective et sexuelle (EVAS) existe depuis les années 1920. Les programmes d'EVAS actuels sont variés du fait de sa pluridisciplinarité. Cependant peu d'entre eux ont montré une réelle efficacité. Compte-tenu que les interventions sont plus attrayantes et efficaces lorsque les jeunes sont impliqués dans leur élaboration, il serait pertinent de mieux connaître les attentes des adolescents sur ce thème.

OBJECTIFS : Le but de cette étude est de réaliser une revue de la littérature sur les besoins en éducation à la vie affective et sexuelle exprimés par les adolescents français.

METHODE : La revue de la littérature a été menée sur dix bases de données (Pubmed, Cochrane library, Persée, Cairn, Francis et Pascal, BDSP, CRIPS, Google Scholar, Planning familial et IREPS) et par recherche manuelle, de septembre 2014 à janvier 2015. Les critères d'inclusion étaient : étude réalisée en France entre janvier 2009 et décembre 2014, population entre 10 et 19 ans, expression de besoins en EVAS au sens large par des adolescents. L'analyse des résultats a été réalisée de façon qualitative par codage des *verbatim* puis catégorisation. La sélection et l'analyse ont été effectuées par une seule personne.

RESULTATS : Sur 5322 articles retrouvés, seuls 28 ont été inclus. Ces études diffèrent en terme de domaines d'étude, d'objectifs, d'échantillons et de méthodes. Leur validité scientifique est hétérogène. Les adolescents se sentent concernés par le sujet et leurs demandes sont variables en fonction des sources d'information. Selon eux, cette éducation doit débuter tôt mais de façon adaptée à leur âge, leur sexe et leur développement psychosexuel. Ils déplorent que l'information apportée par les adultes soit moralisante et centrée sur les risques. Ils préféreraient que celle-ci porte sur le bien-être affectif et sexuel. Les amis sont la source de référence bien que leur fiabilité soit remise en question. En milieu scolaire, ils attendent des interventions en petits groupes non mixtes, ludiques, laissant place au dialogue, menées par des personnes expérimentées et des séances pluriannuelles. Au sein de leur établissement, ils souhaitent avoir accès à des distributeurs de préservatifs et à des panneaux d'affichage sur le sujet. Concernant leur famille ou le milieu médical, ils désirent que ce soit les adultes qui initient la conversation et qu'ils soient à l'écoute de leurs questions. Ils sont également demandeurs de supports écrits et de renseignements sur les structures ressources qui ne leur paraissent pas assez visibles. Quant aux médias, ils souhaitent que les campagnes de prévention diffusées soient plus ciblées pour leur tranche d'âge. Pour Internet spécifiquement, la création d'un label pour officialiser les sites de confiance et une formation aux dangers de ce média sont demandées.

CONCLUSION : Cette revue de la littérature met en évidence que le point de vue des adolescents sur ce sujet est peu étudié en France. Cependant il semble pertinent de s'y intéresser puisque les caractéristiques des programmes efficaces correspondent aux besoins exprimés par les adolescents. Les recherches pourraient être étendues sur des échantillons plus représentatifs ou orientées vers des populations vulnérables (enfants déscolarisés, minorités sexuelles ou adolescents vivant en milieu isolé). Enfin, la visibilité des ressources (structures et moyens) à disposition devrait être améliorée.

MOTS-CLES

Adolescents, éducation à la vie affective et sexuelle, promotion de la santé, besoins, bien-être, santé sexuelle.