

**Université de Poitiers**  
**Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2016

Thèse n°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 12 janvier 2016 à Poitiers  
par **Mme Anne-claire Puchau**

**Etat des pratiques des médecins généralistes de Charente concernant  
l'éducation à la santé de leurs patients adolescents en matière de prévention  
sexuelle**

**Composition du Jury**

**Président** : Monsieur le Professeur José Gomes

**Membres** : Monsieur le Professeur Xavier Fritel  
Monsieur le Professeur Christophe Burucoa

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Jean-Louis Levesque

# UNIVERSITE DE POITIERS

## Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2015 - 2016

### LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

#### **Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)  
BATAILLE Benoît, neurochirurgie  
BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie  
CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire  
CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
DEBIAIS Françoise, rhumatologie  
DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie  
FAURE Jean-Pierre, anatomie  
GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique  
GILBERT Brigitte, génétique  
GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques  
GUILLET Gérard, dermatologie  
HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques  
HERPIN Daniel, cardiologie  
INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale  
JABER Mohamed, cytologie et histologie  
KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie  
KITZIS Alain, biologie cellulaire  
LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire  
LEVARD Guillaume, chirurgie infantile  
LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie  
MACCHI Laurent, hématologie  
MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire  
MIGEOT Virginie, santé publique  
MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation  
ORIOU Denis, pédiatrie  
PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)  
PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire  
POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)  
RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire  
RIGOARD Philippe, neurochirurgie  
ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales  
RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie  
SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie  
TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale  
THILLE Arnaud, réanimation  
TOURANI Jean-Marc, cancérologie

ALLAL Joseph, thérapeutique  
BRIDOUX Frank, néphrologie  
CARRETIER Michel, chirurgie générale  
CHRISTIAENS Luc, cardiologie  
DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation  
DROUOT Xavier, physiologie  
EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)  
FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique  
GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie  
GOMBERT Jean-Marc, immunologie  
GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie  
GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale  
HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire  
HOUETO Jean-Luc, neurologie  
JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes  
JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire  
KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale  
LELEU Xavier, hématologie  
LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie  
LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques  
MARECHAUD Richard, médecine interne  
MEURICE Jean-Claude, pneumologie  
MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique  
NEAU Jean-Philippe, neurologie  
PACCALIN Marc, gériatrie  
PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique  
PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique  
PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique  
RICHER Jean-Pierre, anatomie  
ROBERT René, réanimation  
ROBLOT Pascal, médecine interne  
SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes  
SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie  
THIERRY Antoine, néphrologie  
TOUGERON David, gastro-entérologie  
WAGER Michel, neurochirurgie

#### **Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

ALBOUY-LLATY Marion, santé publique  
BEN-BRIK Eric, médecine du travail  
BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire  
CREMNITER Julie, bactériologie – virologie  
DIAZ Véronique, physiologie  
FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation  
LAFAY Claire, pharmacologie clinique  
RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses  
SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire

BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie  
BILAN Frédéric, génétique  
CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène  
DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation  
FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire  
HURET Jean-Loup, génétique  
PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)  
SAPANET Michel, médecine légale  
THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

#### **Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

#### **Professeurs associés de médecine générale**

BINDER Philippe  
VALETTE Thierry

BIRAULT François

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

ARCHAMBAULT Pierrick  
FRECHE Bernard  
GRANDCOLIN Stéphanie  
VICTOR-CHAPLET Valérie

BOUSSAGEON Rémy  
GIRARDEAU Stéphane  
PARTHENAY Pascal

### **Enseignants d'Anglais**

DEBAIL Didier, professeur certifié  
SASU Elena, contractuelle enseignante

JORDAN Stephen, maître de langue étrangère

### **Professeurs émérites**

DORE Bertrand, urologie (08/2016)  
MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)  
MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

GIL Roger, neurologie (08/2017)  
MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

ALCALAY Michel, rhumatologie  
BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques  
BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)  
BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales  
BOINOT Catherine, hématologie – transfusion  
BURIN Pierre, histologie  
CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire  
CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique  
DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice  
DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires  
FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)  
GRIGNON Bernadette, bactériologie  
JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale  
KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie  
LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire  
MARILLAUD Albert, physiologie  
MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale  
REISS Daniel, biochimie  
SULTAN Yvette, hématologie et transfusion  
TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)  
VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médical

ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation  
BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques  
BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire  
BEGON François, biophysique, médecine nucléaire  
BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)  
CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène  
CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement  
DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)  
DESMAREST Marie-Cécile, hématologie  
FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)  
GOMBERT Jacques, biochimie  
GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire  
KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)  
LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)  
MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie  
MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie  
POINTREAU Philippe, biochimie  
RIDEAU Yves, anatomie  
TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire  
TOUCHARD Guy, néphrologie

## REMERCIEMENTS

### **A Monsieur le Professeur José Gomès**

*Professeur des universités, médecine générale*

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury. Vous apportez à ce travail votre précieux avis de Professeur de médecine générale.

Veillez accepter l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Xavier Fritel**

*Professeur des universités, Praticien hospitalier, gynécologie et obstétrique*

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Veillez accepter en retour l'expression de ma sincère gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Christophe Burucoa**

*Professeur des universités, Praticien hospitalier, Bactériologie et virologie*

Vous avez accepté d'être membre de mon jury de thèse.

Veillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde reconnaissance.

### **A Monsieur le Docteur Jean-louis Levesque**

*Médecin généraliste*

Merci tout d'abord de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale puis d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de ton aide et du soutien que tu m'as apporté tout au long de mon internat mais surtout dans cette dernière ligne droite.

**Aux Docteurs Xavier Perot et Xavier Rucquois**

Vous m'avez conforté dans mon envie de faire médecine générale durant mon stage chez vous et je vous en serai éternellement reconnaissante.

**A tous mes autres maîtres de stage et médecins croisés durant mon cursus**, qui m'ont transmis des savoirs, des savoir-faire. Merci pour vos enseignements.

**A mes parents** pour m'avoir permis de réaliser ces études et pour avoir cru en moi.

**A ma belle-famille**, merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille et d'être toujours là pour nous.

**Aux copines**, même si l'internat nous a dispersé chacune aux quatre coins de la France, vous êtes toujours là quand il le faut. Du fond du cœur, un grand merci à Tyffanie, Pauline, Elodie, Lucie, Hélène et Eva.

**A mes co-internes et autres membres d'équipages** rencontrés durant mes stages, Justin, Marion (merci de ta relecture),Christelle, Vincent, Gaëtan, Célia, Camille, Lucile, Cathy, Gwen. Tout d'abord collègues, chefs ou secrétaires, devenus par la suite de très bons amis. Merci de votre présence à mes côtés pour ces années passées ensemble et pour celles à venir.

**A Sandrine et Quentin**, merci de m'accueillir dans votre cabinet et de m'accompagner dans cette nouvelle vie.

**A mon amour de mari, Julien**, sans qui rien n'aurait d'intérêt et rien ne serait possible. Merci de m'avoir toujours soutenue durant ces années, parfois difficiles, d'avoir toujours cru en moi et merci de ta patience. Mais surtout je te remercie de ton amour, d'avoir fait de moi une femme comblée et de me faire accéder aux joies de la maternité.

## ABREVIATIONS

AMM : autorisation de mise sur le marché

ANSM : agence nationale de sécurité du médicament

ARS : agence régionale de santé

CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit

CNGE : collège national des généralistes enseignants

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ESJ : espace santé jeunes

FCV : frottis cervico-vaginal

HAS : haute autorité de santé

HCSP : haut conseil santé publique

HPST : hôpital patient santé et territoire

HPV : human papillomavirus

HSV 2 : herpès simplex virus de type 2

INED : institut national des études démographiques

InVS : institut de veille sanitaire

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

LGV : lymphogranulomatose vénérienne rectale

OMS : organisation mondiale de la santé

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

USEM : union nationale des sociétés étudiantes

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

ZEP : zone d'éducation prioritaire.

## Table des matières

I.INTRODUCTION .....	11
II.GENERALITES.....	14
A.Définition de l'adolescence .....	14
B.Human Papilloma virus et l'adolescent.....	15
1.Généralités.....	15
2.Condylomes.....	16
3.Cancer du col de l'utérus .....	16
4.Dépistage .....	18
5.Vaccination.....	19
C.Etat des lieux des autres IST (11, 12, 13).....	21
1.Les infections dues au gonocoque.....	21
2.Les infections dues à chlamydia trachomatis .....	22
3.Les infections syphilitiques .....	24
4.Les infections dues à l'herpès virus .....	25
5.Le Virus de l'immunodéficience humaine .....	26
6.Lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV).....	27
D.Adolescence et grossesse.....	28
1.La contraception/prévention.....	28
2.Taux d'Interruption volontaire de grossesse .....	28
E.Rôle du médecin scolaire.....	30
F.Rôle du médecin traitant .....	31
G.Avis des adolescents sur la prévention sexuelle.....	32
H.Loi HPST.....	33
III.MATERIEL ET METHODE .....	36
A.Type d'étude.....	36
B.Population étudiée .....	36
D.Critères d'échantillonnage .....	37
E.Recherches bibliographiques.....	38
IV.RESULTATS .....	40
A. Echantillonnage de la population .....	40
1. Sexe.....	40
2. Milieu d'exercice.....	41
3. Maître de stage ambulatoire.....	41
4. Diplôme de gynécologie médicale.....	42

5. Age .....	42
B. Résultats globaux .....	43
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	43
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale .....	44
3. Avis sur une consultation d'éducation à la santé.....	44
C. Résultats selon le sexe .....	45
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	45
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale. ....	46
D. Résultats selon le milieu d'exercice.....	47
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	47
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale .....	47
E. Résultats selon le statut ou non de maître de stage universitaire .....	48
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	48
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale .....	49
F. Résultats selon l'acquisition ou non d'un DU de gynécologie .....	49
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	49
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale .....	50
G. Résultats selon l'âge .....	50
1. Dans le cadre de consultation gynécologique.....	50
2. Dans le cadre de consultation de médecine générale .....	51
V.DISCUSSION.....	54
A. Principaux résultats.....	54
B. Limite de l'étude .....	55
1. Biais d'échantillonnage.....	55
2. Biais de mémorisation .....	55
3. Biais d'interprétation.....	56
C. Consultation dédiée à l'éducation à la santé sexuelle.....	56
VI.CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES .....	65

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, les patients s'investissent plus dans leur santé. Il est loin le temps où le médecin avait seul les connaissances médicales, où on le croyait, suivait ses indications sans aucune remise en question. Le patient est donc devenu un acteur à part entière de sa santé pour laquelle une bonne relation médecin-patient est nécessaire afin d'être le plus efficient possible. Si le médecin ne prend pas le temps d'expliquer au patient sa maladie, le traitement, les possibles effets indésirables, pourquoi devrait-il alors se soigner, et parfois subir plus d'inconvénients que d'y voir les bénéfices sur sa santé. De plus, cette bonne relation médecin-patient permet de réaliser au mieux deux des importantes missions du médecin traitant qui sont d'assurer les soins de prévention et de contribuer à la promotion de la santé. Afin d'être le plus efficace possible, cette éducation à la santé doit alors se faire le plus tôt possible, à savoir dès la préadolescence ou l'adolescence, car les patients de ces tranches d'âge sont capables de comprendre diverses informations médicales et surtout de donner leurs avis, d'interagir avec le médecin et ils deviendront surtout les patients de demain que le médecin généraliste suivra régulièrement.

Je me suis donc intéressée à un axe d'éducation à la santé chez les jeunes patients, à savoir la prévention sexuelle. Celle-ci est en partie évoquée lors de leurs scolarités par l'intermédiaire des cours de sciences de la vie et de la terre et aussi avec les programmes de prévention scolaires réalisés par les infirmières et les médecins scolaires, propres à chaque établissement et dont la fréquence est très variable. Malgré ces quelques prémices d'éducation à la santé sexuelle, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) (1) reste important et stable depuis plusieurs années chez les adolescents, ainsi que le taux d'infections sexuellement transmissibles (IST) (2). Le milieu scolaire n'est donc pas un bon outil d'éducation à la santé sexuelle des adolescents, au vu de ces résultats.

Il est à noter que 70 % des consultations tous motifs confondus, des adolescents, sont réalisées par le médecin généraliste (3) et que les adolescents ont une bonne opinion de leur médecin traitant. Une étude menée par le département de la santé et des recherches génésiques Suisse (4) démontre, après avoir fait une revue de la littérature concernant la prévention sexuelle tout âge confondu, que même après avoir reçu de brefs conseils de prévention, les patients en ayant bénéficiés présentent moins d'infections sexuellement transmissibles et utilisent plus fréquemment la contraception.

Afin d'essayer de diminuer ces taux élevés d'IVG et d'IST en France, chez les mineurs, l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle ne devrait –elle pas être réalisée par le médecin généraliste ? C'est ainsi que prend à mon avis, toute l'importance du rôle du médecin traitant mais en ont –ils conscience ?

Mon objectif est donc d'étudier l'état des pratiques des médecins généralistes de Charente vis-à-vis de l'éducation à la santé sexuelle des adolescents, et d'essayer dans un second temps, de les y sensibiliser si ce n'est pas déjà le cas.

# GENERALITES

## II. GENERALITES

### A. Définition de l'adolescence

Selon le dictionnaire Larousse, l'adolescence correspond à une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte durant laquelle de nombreuses transformations physiques, psychologiques et sociales ont lieu. L'adolescent n'est plus un enfant mais il n'est pas encore autonome comme l'adulte. Il est en plein développement, en pleine période de conflits, de bouleversements qui lui sont nécessaires en vue de se construire en tant qu'adulte.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit cette période entre l'âge de 10 et 19 ans. Bien sûr cette définition de l'adolescence reste assez floue car elle est différente d'un pays à l'autre et certains critères surtout physiologiques sont variables d'une personne à une autre. Dans tous les cas, celle-ci débute avec la puberté soit en moyenne à l'âge de 11 ans pour les filles et 12 ans pour les garçons, pour se terminer à 19 ans, selon l'OMS, qui décrit aussi une période de post-adolescence entre 20 et 24 ans, afin d'acquérir l'autonomie nécessaire d'un adulte.

Toutefois d'un point de vue légal et selon la convention internationale des droits de l'enfant (signée à New York en novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990) définit l'enfant « *comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable* ». Légalement, à partir de 18 ans, l'adolescent devient donc adulte même si sa période de développement, de « maturation à l'autonomie » n'est pas encore finie.

## B. Human Papillomavirus et l'adolescent

### 1. Généralités

A ce jour il existe plus d'une centaine de types d'HPV dont une vingtaine peuvent être à l'origine du cancer du col de l'utérus. Les recherches ont permis de découvrir que les papillomavirus infectent les cellules épithéliales de la peau ou des muqueuses et que c'est la desquamation de ces cellules qui entraîne leurs transmissions. (5)

Il existe deux grands types d'HPV : les HPV à bas risques responsables de lésions bénignes telles que les verrues plantaires, les condylomes génitaux et les HPV à hauts risques responsables de lésions précancéreuses ou cancéreuses de la peau ou des muqueuses anales, génitales ou oropharyngées.

On estime qu'au moins 80% des femmes et des hommes sexuellement actifs seront exposés à un moment donné au papillomavirus (6) et que ceux-ci sont présents dès le début de la vie sexuelle car ils sont retrouvés chez 1/3 des femmes entre le début de l'adolescence et la vingtaine. Il est estimé que 60% des femmes seraient infectées durant les cinq premières années du début de leur vie sexuelle. Le pic de prévalence de l'infection par HPV se situe donc entre 20 et 25 ans.

Ces infections sont souvent asymptomatiques et disparaissent pour la plupart spontanément et sans aucune séquelle clinique. L'infection va perdurer chez seulement 3 à 10 % des femmes selon l'étude de l'institut Pasteur, mais causant le développement d'une lésion précancéreuse, qui peut évoluer en une dizaine d'années en un cancer invasif si aucun dépistage par frottis cervico-vaginal n'est réalisé régulièrement.

## 2. Condylomes

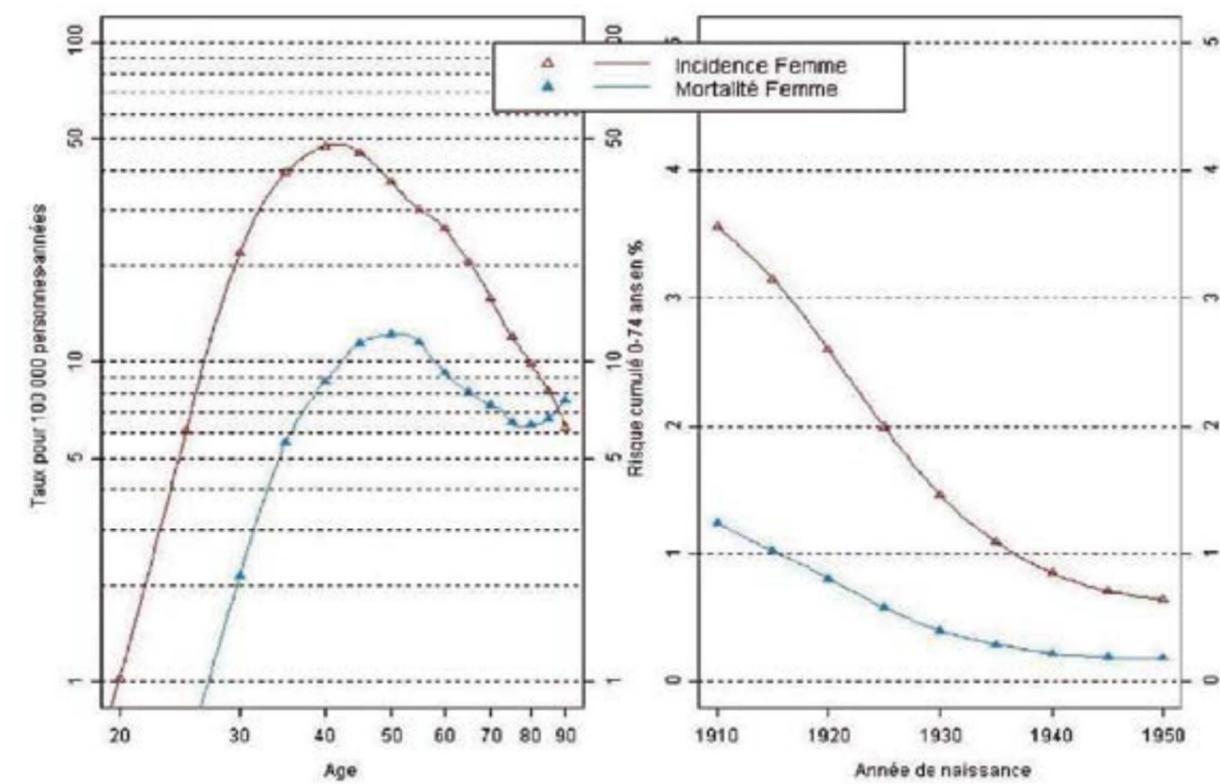
Les condylomes sont une IST assez répandue due à l'HPV, souvent secondaire à HPV 6 et 11. Ils peuvent se transmettre par voie sexuelle mais aussi, de façon plus rare, via les mains, les attouchements et parfois via du linge souillé. (7). Les préservatifs ne protègent donc pas à 100% des infections par papillomavirus.

La guérison spontanée est possible mais rare, et le patient reste dans tous les cas porteur du virus. Le traitement est soit chimique (crème locale), soit physique (azote ou laser), soit par ablation chirurgicale. Malgré tout, le risque de récurrence est estimé à 30%.

## 3. Cancer du col de l'utérus

Selon l'institut de veille sanitaire (InVS) on estime à 3028 le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en 2012, en France. Cette néoplasie est malheureusement la 2<sup>ème</sup> cause de cancer chez la femme dans le monde et la 11<sup>ème</sup> en France, avec un nombre de décès liés à ce cancer estimé à 1 102 pour l'année 2012 dans notre pays. (8)

70% des cancers du col de l'utérus sont causés par 2 des 20 papillomavirus génitaux, à savoir HPV 16 et 18. L'incidence du cancer du col de l'utérus a été diminuée de moitié en France, sur ces vingt dernières années, grâce au dépistage par frottis cervico-vaginal. Au vu du temps de latence entre la primo-infection et la découverte de lésions précancéreuses ou cancéreuses par le frottis cervical, le risque d'incidence augmente avec l'âge pour atteindre un pic vers 40 ans, et le pic de mortalité secondaire à des lésions néoplasiques du col se situe vers 50 ans.



Taux d'incidence et de mortalité par âge sur la cohorte née en 1930 (courbes longitudinales) – France (taux bruts) et risques cumulés 0-74ans d'incidence et de décès selon l'année de naissance\_ Source InVS

Malgré ces taux d'incidence et de mortalité dus au cancer du col de l'utérus qui ne concerne que très peu les adolescentes, celles-ci sont fortement concernées par la prévention primaire soit en les éduquant sur les mesures de protection, même si elles ne sont pas fiables à 100%, soit en leur proposant la vaccination contre HPV, soit en les éduquant sur les signes cliniques typiques d'infection par HPV ano-génitales, soit en les sensibilisant le plus tôt possible aux mesures de dépistage par frottis cervico-vaginal qui ne sont certes recommandées qu'à partir de 25 ans. Cependant une personne sensibilisée dès l'adolescence sera plus consciencieuse par la suite à réaliser régulièrement ses dépistages recommandés par frottis.

#### 4. Dépistage

Selon la haute autorité de santé, l'HAS, il est recommandé à partir de 25 ans de réaliser un frottis cervico-vaginal (FCV) afin de dépister des lésions précancéreuses ou cancéreuses secondaires à l'infection par le papillomavirus. (9) Ce dépistage doit être renouvelé l'année suivante si le premier FCV est normal puis tous les 3 ans si ceux-ci sont normaux jusqu'à l'âge de 65 ans. Après l'âge de 65 ans, le dépistage n'est pas recommandé mais il est à discuter avec chaque patiente en fonction de leur ressenti sur cette pathologie et en leur expliquant les bénéfices et les risques encourus.

Ce moyen de dépistage est peu invasif, peu douloureux mais surtout très efficace afin de déceler des lésions du col assez précocement et de permettre un suivi ou des examens complémentaires comme le recommande l'HAS en fonction de la lésion décelée et de son grade. De plus il est remboursé à 65% par la sécurité sociale.

Une autre étude réalisée par l'InVS de 2003 à 2005 a montré que le taux moyen de réalisation de FCV chez toute femme entre 25 et 65 ans n'est que de 58,7%. Il est aussi noté que pour les femmes de moins de 50 ans, celles avec un revenu mensuel global du ménage supérieur à 1500 euros ou celles ayant fait des études supérieures sont plus sensibilisées aux dépistages contrairement aux femmes à faibles revenus et ne bénéficiant pas de couverture médicale complémentaire. Cette disparité sociale semble toutefois être moins marquée après 50 ans.

Une sensibilisation au dépistage des cancers du col de l'utérus fait partie intégrante de l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle. Le médecin traitant ayant dans sa patientèle tout le panel possible des inégalités sociales est donc le plus à même de réaliser cette éducation à la santé et dès le plus jeune âge afin que cela devienne naturel et nécessaire pour la patiente par la suite.

## 5. Vaccination

Dès 1999, le papillomavirus a été mis en cause comme facteur nécessaire au développement d'un cancer du col de l'utérus, c'est ainsi que les chercheurs développèrent 2 vaccins ciblant en priorité HPV 16 et 18 responsables de 70% des lésions cancéreuses du col de l'utérus ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) depuis 2006.

Les deux vaccins disponibles à ce jour sont :

- Gardasil<sup>®</sup> : premier arrivé sur le marché, développé par la société Merk. Il s'agit d'un vaccin quadrivalent agissant sur HPV 16 et 18 mais aussi sur HPV 6 et 11 responsables des condylomes/verrues génitales.
- Cervarix<sup>®</sup> : développé par le laboratoire GSK. Il n'agit que sur HPV 16 et 18.

Ces deux vaccins sont à administrer par voie intramusculaire et sont conseillés selon les recommandations HAS entre l'âge de 11 et 14 ans. Afin d'obtenir une couverture vaccinale maximale, les deux produits nécessitent 2 injections, à 6 mois d'intervalle, avec le même produit car ceux-ci ne sont pas interchangeables.

Un rattrapage vaccinal peut être proposé pour toutes les filles entre 14 et 19 ans, mais le schéma vaccinal sera alors de 3 injections à 0, 2 et 6 mois pour le Gardasil<sup>®</sup> et à 0, 1 et 6 mois pour le Cervarix<sup>®</sup>. (6, 10)

La vaccination contre le papillomavirus n'est pas recommandée pour des femmes ayant eu ou ayant des lésions retrouvées par le frottis cervical, ni chez la femme enceinte. Toutefois celle-ci ne dispense pas du dépistage par la suite par frottis à la recherche de lésions du col de l'utérus vu que les vaccins sont efficaces sur HPV 16 et 18 mais que ceux-ci ne représentent que 70% des lésions du col.

Les principaux effets indésirables de ces vaccins sont des réactions locales au point d'injection, une petite hyperthermie, parfois des malaises d'allure vasovagal. Une augmentation du risque de survenue de maladie auto-immune secondaire à la vaccination contre le HPV en France fut évoquée dans le passé mais selon le rapport de 2011 du haut conseil de santé publique (HSCP), confirmé par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), aucune corrélation ne fut retrouvée.

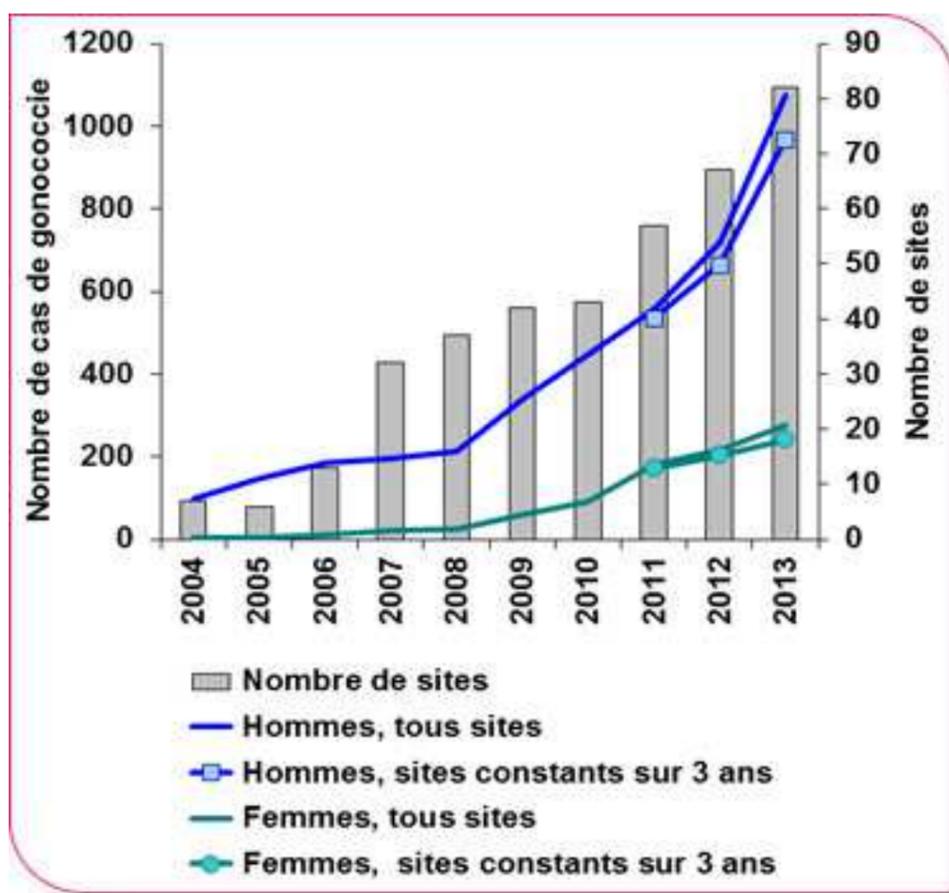
Selon l'INPES, le taux de couverture vaccinale des adolescentes de 15 ans, au 31 décembre 2011 était de 20 % et de 39 % pour les jeunes filles de 17 ans, ce qui est faible. Ces taux peuvent s'expliquer par le fait que ce sont de « jeunes vaccins » et que la population est réticente au vu du faible recul vis-à-vis des effets indésirables possibles, probablement par le manque d'information médicale donnée aux patientes et peut-être par le manque d'efficacité de certains praticiens sur le sujet au vu des polémiques actuelles sur leurs probables effets indésirables. De surcroît cette vaccination est conseillée mais non obligatoire ce qui peut expliquer ce faible taux de couverture vaccinale.

De plus on est en droit de se demander pourquoi cette vaccination n'est pas aussi expliquée et proposée aux garçons adolescents car eux aussi peuvent être porteurs du virus ou présenter des lésions cliniques secondaires au papillomavirus, surtout au niveau oro-pharyngé, mais ceci est en cours d'étude.

C. Etat des lieux des autres IST (11, 12, 13)

1. Les infections dues au gonocoque

Le nombre moyen d'infection à gonocoque est en nette progression. Selon le réseau Renago de l'InVS, le nombre de souches de gonocoques isolées en 2001 étaient de 322, augmentant progressivement chaque année pour atteindre 1422 en 2009. On a pu observer une forte augmentation entre 2008 et 2009, avec + 52% d'infections chez les hommes et + 47 % chez les femmes. En 2013, ce taux est toujours en augmentation soit environ 1000 infections à gonocoques chez les femmes et presque 2500 pour les hommes. L'âge médian d'infection est de 27 ans pour les hommes et de 22 ans pour les femmes.



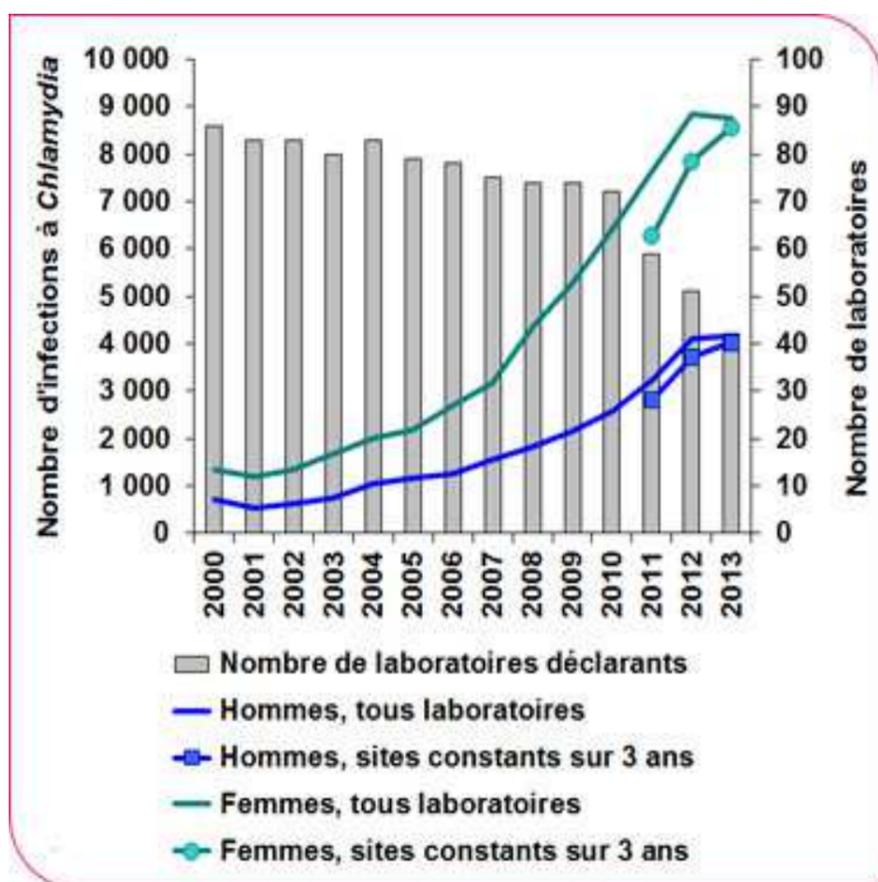
Sources : [invs.sante.fr](http://invs.sante.fr), évolution du nombre d'infection à gonocoque entre 2000 et 2013, selon le sexe et le site de dépistage.

En 2009, aucune des souches n'était résistante aux traitements antibiotiques possibles mais des résistances à la Cefixime sont apparues depuis, cependant elles sont en petite diminution entre 2012 et 2013 (3% contre 1,7% en 2013). Toutefois en 2013, les proportions de souches résistantes à la pénicilline G sont de 12 %, 62 % pour la tétracycline et 43 % pour la ciprofloxacine ce qui reste assez élevé. Ces trois familles d'antibiotiques ont un niveau de résistance qui ne permet pas de les utiliser en pratique courante pour le traitement des gonococcies.

La proportion de souches de sensibilité diminuée à la Ceftriaxone ou à la Cefixime est en augmentation (1,7% en 2001-2003 contre 8,7% en 2007-2009).

## 2. Les infections dues à chlamydia trachomatis

On observe depuis les années 2000 une augmentation annuelle du nombre de recherche d'infection due à chlamydia trachomatis et du nombre de diagnostics positifs. Les infections à chlamydia sont plus fréquentes que les infections à gonocoques, mais celles-ci étant souvent asymptomatiques, elles sont donc plus difficiles à retrouver. C'est pourquoi l'HAS recommande de rechercher une infection à chlamydia chez tout patient présentant des signes cliniques d'infection à gonocoque.



Source : Invs.sante.fr ; évolution du nombre d'infections à chlamydia entre 2000 et 2013, selon le sexe et le site de dépistage.

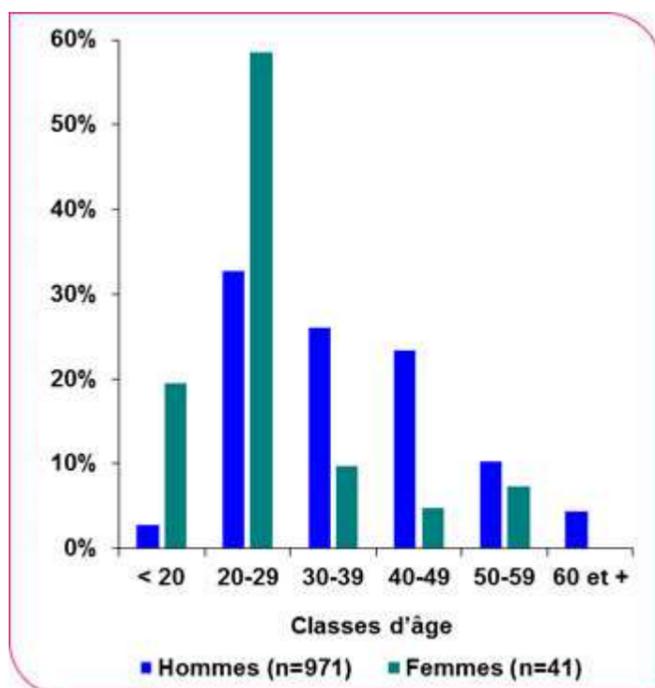
En 2013, les femmes ayant une infection uro-génitale à *Chlamydia* restent plus jeunes que les hommes avec un âge médian de 22 ans contre 25 ans. Les femmes de 15-24 ans restent les plus touchées alors que ce sont les 20-29 ans chez les hommes.

### 3. Les infections syphilitiques

Depuis les années 2000, l'évolution du nombre d'infections due à la syphilis est très variable avec une augmentation rapide entre 2000 et 2002, une stabilité entre 2003 et 2006 puis un recul de 12% entre 2007 et 2009. En 2013, selon l'InVS, il y a environ 1000 hommes infectés par la syphilis contre moins de 30 pour les femmes.

Au cours des cinq dernières années, le nombre de cas rapportés de syphilis récente augmente chez les hommes tandis qu'il reste plutôt stable chez les femmes, celles-ci ne représentent que 4 % des cas rapportés en 2013. 80% des infections chez les hommes sont retrouvées chez des personnes homosexuelles, bisexuelles ou les deux, selon le réseau RésIST de l'InVS.

Chez les hommes, les 20-49 ans sont les classes d'âge les plus touchées. L'âge médian des hommes en 2013 était de 35 ans contre 24 ans pour les femmes.



Sources : Invs.santé.fr, distribution des cas de syphilis en 2013, par sexe et classe d'âge.

#### 4. Les infections dues à l'herpès virus

Il existe deux types d'herpès virus : le type 1 qui est responsable d'infection oro-faciale et le type 2 responsable d'infection génitale, sexuellement transmissible. L'OMS estime que 400 millions de personnes dans le monde sont infectées par l'herpès virus de type 2. Toutefois ce taux est probablement sous-estimé car 20% des formes HSV 2 sont asymptomatiques. En 2012, cette infection est plus présente chez les femmes que les hommes.

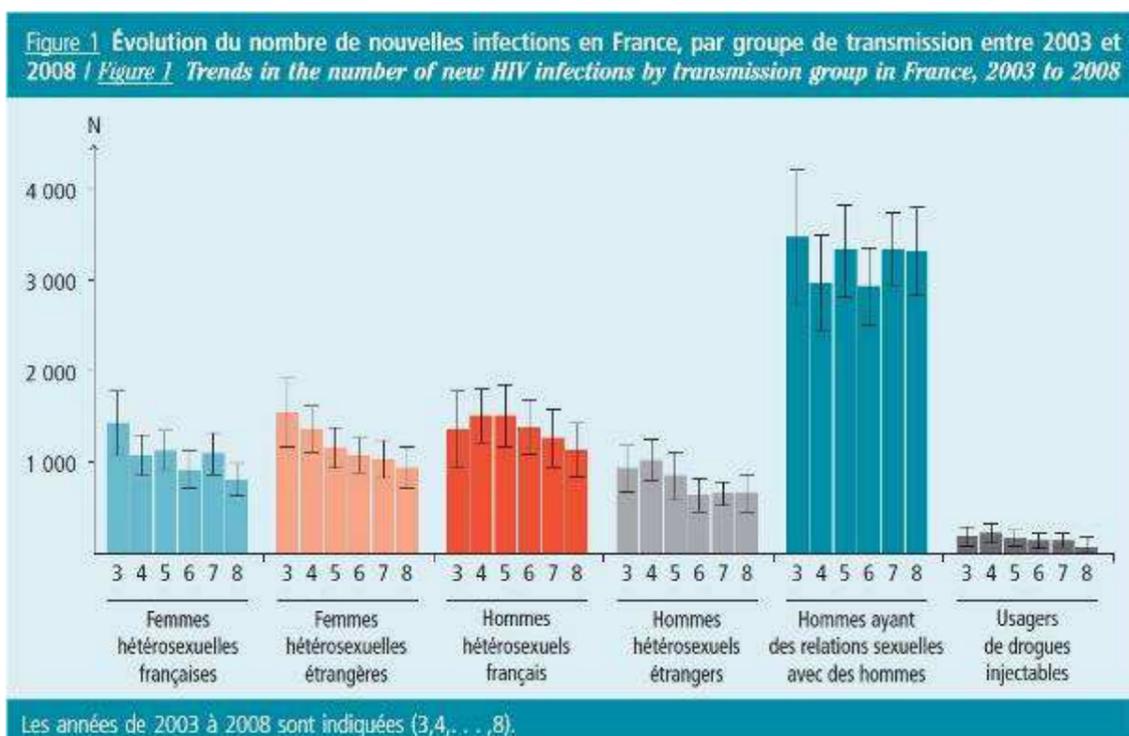
Selon une étude réalisée entre 2003 et 2004 sur un échantillon aléatoire d'assurés à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), la prévalence globale de l'HSV 2 est estimée à 15,3% avec une prévalence de 19,3% chez les femmes et 11,4% chez les hommes.

L'HSV 2 est souvent lié au virus du SIDA car celui-ci est retrouvé chez 60 à 90% des patients séropositifs selon l'OMS.

## 5. Le Virus de l'immunodéficience humaine

En 2008, l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est estimée à environ 7 000 personnes contaminées, ce qui représente 17 contaminations annuelles pour 100 000 personnes. L'incidence a diminué entre 2003 et 2008, passant d'environ 9 000 contaminations à 7 000 en 2008.

La quasi-totalité des contaminations est due à un contact sexuel entre 2003 et 2008. Les deux populations les plus touchées sont les hommes ayant des rapports homosexuels, ce qui représente 48% des nouvelles contaminations et les personnes d'Afrique subsaharienne.

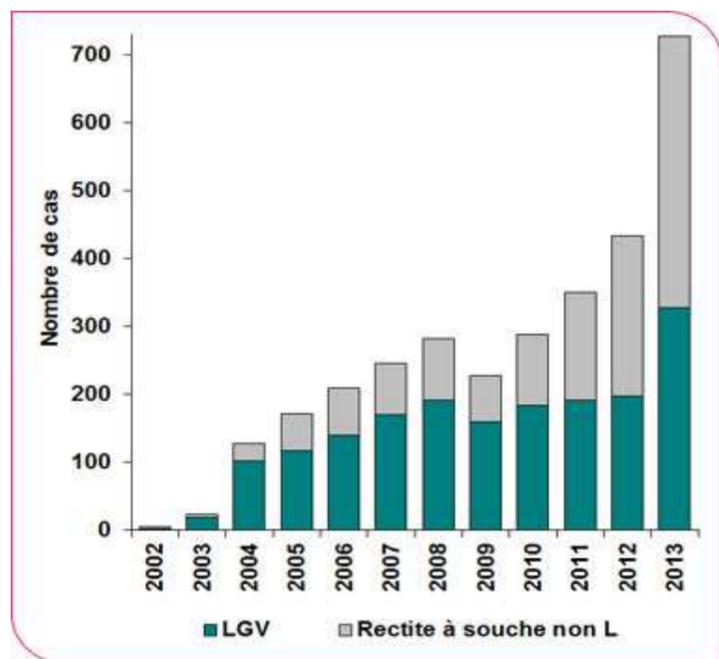


Sources : [invs.sante.fr](http://invs.sante.fr)

## 6. Lymphogranulomatose vénérienne rectale (LGV)

La LGV est secondaire à une infection d'une autre classe de chlamydia : le chlamydia serovar, responsable de lésions anales plutôt inflammatoires. Le nombre d'infection est en constante hausse depuis 2002, mais une forte hausse a été retrouvée en 2013 en atteignant le taux de 300 cas diagnostiqués en 2013 contre 100 en 2004.

Les plus touchés sont les 30-49 ans pour les LGV, l'âge médian en 2013 est de 40 ans. La quasi-totalité des personnes présentant cette infection correspond à des hommes homosexuels (99% des cas de LGV) et aucun cas de LGV n'a été diagnostiqué chez une femme en 2013.



Source : [invs.sante.fr](http://invs.sante.fr) ; évolution du nombre de LGV et de rectite à souche non L entre 2002 et 2013.

## D. Adolescence et grossesse

### 1. La contraception/prévention

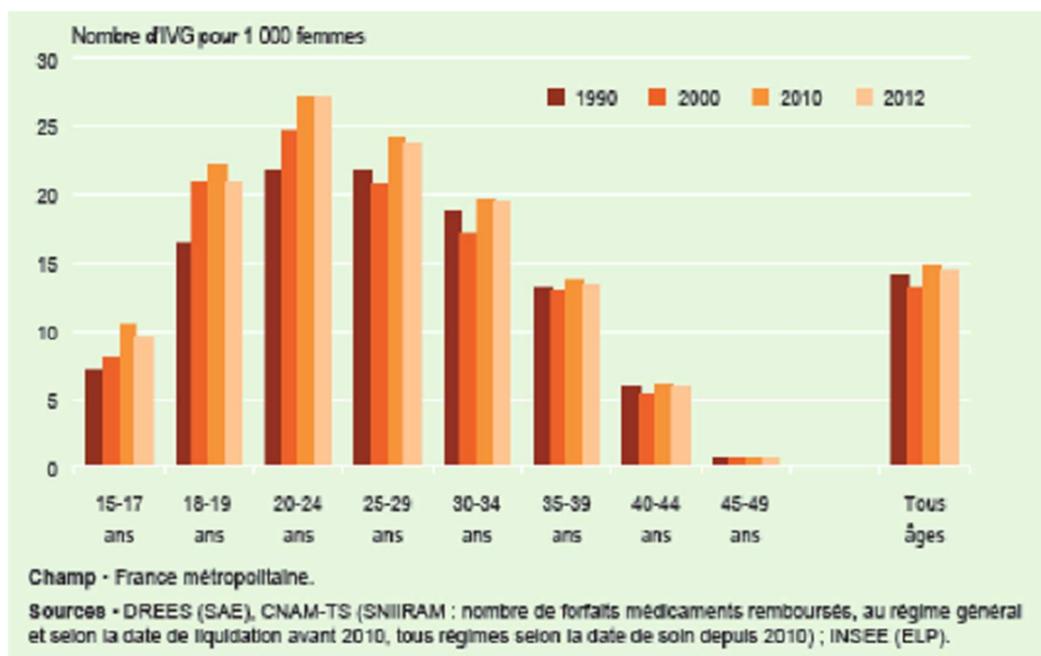
Un travail de recherche sur le rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention des interruptions volontaires de grossesses chez les adolescentes (14) par Mme Detrez indique que seulement 40 % des jeunes interrogés, âgés de 15 à 17 ans, déclarent utiliser un moyen de contraception qui est d'abord le préservatif masculin puis la pilule contraceptive. De plus, 48% de ces jeunes avouent avoir déjà eu au moins un rapport sexuel non protégé, ce qui pose la question de la non-connaissance des risques encourus.

76% d'entre eux indiquent savoir quoi faire en cas d'oubli de pilule ou de préservatif mais l'approfondissement de la réponse retrouve qu'elle est inadaptée chez 78% d'entre eux, car pour la plupart ils connaissent l'existence de la contraception d'urgence, mais peu savent comment l'obtenir, par quel intermédiaire, comment et quand la prendre, et beaucoup ne savent pas que celle-ci peut être obtenue gratuitement et anonymement pour les mineurs. Ceci pose donc la question du manque d'éducation à la santé des adolescents et du manque d'informations reçues lors de la première prescription de contraception (que faire si oubli, modalité d'accès à la contraception d'urgence, existence du planning familial pouvant délivrer cette contraception d'urgence...)

### 2. Taux d'Interruption volontaire de grossesse

Selon un rapport de juin 2014 de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), le nombre d'IVG en 2012, en France était de 207 120. (1) Ce taux est en augmentation progressive depuis les années 1990 pour atteindre son maximum en 2006 avec plus de 215 000 IVG. Depuis ce taux baisse doucement, malgré un petit pic ascendant en 2010, pour atteindre 207 120 en 2012. Le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse est de 14,5 pour 1 000 femmes.

Les femmes les plus concernées sont celles âgées de 20 à 24 ans, avec un taux à 27 pour 1 000 femmes. Toutefois le taux diminue légèrement pour les moins de 20 ans.



#### E. Rôle du médecin scolaire

Le ministère de l'éducation nationale a défini plusieurs missions concernant la médecine scolaire dont la principale est la promotion de la santé. (15) Ses objectifs sont donc d'accueillir et d'accompagner tous les élèves, de leur faciliter l'accès aux soins et de développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité, ainsi que la prévention des conduites à risques.

Pour cela, deux bilans de dépistage scolaire sont obligatoires : un au cours de la sixième année et l'autre au cours de l'année de troisième. Une troisième visite médicale scolaire est proposée pour les adolescents qui se dirigent vers un enseignement technique et professionnel pour lequel une évaluation d'aptitude au travail sur des machines dangereuses est nécessaire. Toutefois, malgré l'obligation de réalisation de ces deux bilans, seulement 70% des enfants âgés de 6 ans ont bénéficiés de ce bilan en 2009, et 9% pour le bilan obligatoire au cours de l'année de troisième, en sachant que ceux-ci sont surtout réalisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP). (15, 16)

De plus, l'article 22 de la loi du 4 Juillet 2001 inscrit dans le Code de l'éducation prévoit qu' « *une information et une éducation à la sexualité soient dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* ». Cependant, toujours par faute de moyen et en raison d'un faible nombre de médecin scolaire, l'application de cette loi est très aléatoire selon les établissements scolaires.

Cette impossibilité de satisfaire la réalisation des bilans de dépistage obligatoire et la promotion d'une éducation à la sexualité explique donc le suivi très inégal des élèves et pose la question d'introduire un autre interlocuteur, à savoir le médecin traitant, afin de réaliser l'éducation à la santé sexuelle.

#### F. Rôle du médecin traitant

En 2002, la société européenne de médecine générale-médecine de famille, plus connue sous le nom de la Wonca, a instaurée une définition européenne des caractéristiques de la discipline de la médecine générale et des rôles du médecin généraliste. (17) Parmi ces différentes caractéristiques nécessaires au médecin généraliste, la Wonca veut « favoriser la promotion et l'éducation à la santé par un intervenant approprié et efficace ». De plus, le médecin généraliste a une responsabilité spécifique de santé publique.

Le collège national des généralistes enseignant (CNGE) s'appuyant sur la Wonca a décrit 6 compétences nécessaires au médecin généraliste, dont l'une concerne l'éducation à la santé, le dépistage et la prévention individuelle et communautaire. (17,18)

L'éducation à la santé fait donc partie prenante du rôle du médecin traitant. Celle-ci étant plus efficace si elle est réalisée assez tôt soit dès l'adolescence, car ces jeunes patients sont tout à fait en âge de comprendre mais surtout de dialoguer sur leur santé et de prendre conscience de certains comportements bénéfiques ou préjudiciables à leur santé. Etant donné qu'une bonne majorité des adolescents ne bénéficient pas de la prévention sexuelle en milieu scolaire, que rare sont les pédiatres qui suivent leur patient une fois entré dans l'adolescence et que peu d'adolescente consulte déjà un gynécologue, le médecin généraliste est donc l'interlocuteur privilégié de cette tranche d'âge, et celui-ci est, à mon avis, le mieux placé afin de réaliser une base d'éducation à la santé chez les adolescents en matière de prévention sexuelle. Bien sur celle-ci ne sera pas forcément égale pour chaque adolescent, car elle sera médecin dépendante, mais en obligeant la réalisation d'une consultation de prévention sexuelle pure, à un certain âge, pour tous les adolescents, ceux-ci auront quand même plus d'informations sur le sujet que par le milieu scolaire, ce qui pourrait permettre une diminution des taux d'interruptions volontaires de grossesse ou d'infections sexuellement transmissibles.

#### G. Avis des adolescents sur la prévention sexuelle

Le rapport « France, ton atout jeune », rendu au Sénat en mai 2009, a démontré un manque d'éducation en matière de prévention sexuelle chez les adolescents et les jeunes adultes. (19) En effet, près de 14% des filles sexuellement actives ont déjà eu recours à la contraception d'urgence, sûrement par manque de prévention primaire ; 12% des jeunes interrogés ne prennent aucune précaution afin d'éviter une grossesse.

Certaines régions, surtout en région parisienne et dans le sud-est de la France, présentent des structures d'accueil, anonyme et gratuit, pour les jeunes, appelées espace santé jeunes (ESJ). Ces ESJ déclarent être très souvent sollicité par les adolescents ou jeunes adultes sur des questions en matière de sexualité. Ils ont ainsi observés un manque de connaissances sur la prévention sexuelle des adolescents résultant d'un manque d'information et entraînant parfois des comportements à risques (absence de contraception, de préservatifs) voire des comportements inadaptés (absence de consultation après des rapports à risques souvent minimisés par le patient, absence de prise de contraception d'urgence, par méconnaissance des modalités d'utilisation de cette contraception). Ceci peut être confirmé par les résultats du travail de recherche de Mme Detrez (14) qui retrouvent que 68% des jeunes interrogés estiment que l'information transmise au cours de leur scolarité sur ce sujet est utile et que 56 % de cette population la trouve suffisante. Cependant au vu des réponses apportées par les adolescents lors du questionnaire, on peut y noter des erreurs et des inexactitudes dans ce que les adolescents croient connaître du sujet, renforçant alors l'idée que cette formation scolaire n'est pas si suffisante que cela. Ceci est confirmé par l'enquête de 2007 de l'union nationale des sociétés étudiantes (USEM) qui recense qu'un jeune sur cinq souhaiterait mieux connaître les infections sexuellement transmissibles et les moyens de contraception mais seulement 16 % déclarent un intérêt pour la vaccination. (20)

Lors de sa thèse sur les freins des adolescentes pour aborder la contraception avec le médecin traitant (21), Madame Aupetit demanda à son panel d'adolescentes âgées de 15 à 18 ans, leurs avis sur la réalisation d'une consultation uniquement dédiée à la prévention sexuelle, sans leurs parents, et sans aucun examen médical ni gynécologique. Celles-ci en sont pour une grande majorité (65%) favorables soit parce-qu'elles estiment « que l'on n'est jamais assez informé » et aussi parce-qu'elles seront seules lors de la consultation, leur permettant ainsi de poser les questions qu'elles veulent et dont souvent elles n'osent pas en présence de leurs parents. Les adolescentes sont donc favorables à l'éducation à la santé surtout en matière de prévention sexuelle.

#### H. Loi HPST

En juin 2009, l'Assemblée Nationale a adopté une loi, la loi Hôpital, Patient, Santé, et Territoire (HPST). (22) Celle-ci veut renforcer l'autonomie, la responsabilisation du patient vis-à-vis de sa santé et surtout renforcer la prévention et l'éducation thérapeutique qui fait désormais partie prenante du parcours de soins du patient. De plus, cette loi met les jeunes au cœur du projet avec le « plan santé-jeune ». Cette loi propose plusieurs axes de travail qui doivent être développés par chacune des Agences régionales de santé, ce qui n'est pas encore réalisé à l'heure actuelle dans la nôtre.

Le haut conseil de santé publique insiste lui aussi dans son rapport sur l'importance de la prévention et de l'éducation thérapeutique des patients, mais surtout des adolescents et sur le fait que le médecin généraliste a une place primordiale dans cette promotion à la prévention. (23)

Le rapport d'information de Monsieur Demuynck, fait au nom de la mission commune d'information des jeunes, déposé le 26 mai 2009, renforce ce projet de loi en donnant une place importante à la santé des jeunes. (19). Lui aussi propose plusieurs axes de recherches :

- Renforcer la prévention et l'éducation à la santé pour rendre les jeunes plus responsables de leur santé : en renforçant la formation des professionnels de santé pour repérer les comportements à risques mais aussi développer les enseignements d'éducation à la santé durant la scolarité ;
- Favoriser le recours aux soins : le plan « santé jeune » propose la mise en place d'une consultation gratuite avec des médecins qui devront parfois être formés pour être mieux sensibilisés aux problèmes d'éducation à la santé des jeunes.

L'agence régionale de santé du Poitou-Charentes (ARS) établit chaque année un schéma régional de stratégies en matière de prévention. Celui-ci a pour but de définir un objectif de prévention et d'établir plusieurs pistes de pratiques médicales possibles afin d'être le plus efficient et d'atteindre plus facilement l'objectif de prévention ciblé. (24)

En 2014, l'ARS n'a toujours pas établie de stratégie concernant l'éducation à la santé ni la prévention en matière de santé reproductive et sexuelle mais ces deux axes font normalement partis des prochaines réflexions de l'ARS du Poitou-Charentes.

## MATERIEL ET METHODE

### III. MATERIEL ET METHODE

#### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative transversale visant à recueillir l'état des pratiques des médecins généralistes de Charente, concernant l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle ou non, de leurs patients âgés entre 11 et 16 ans.

Le questionnaire comportait deux parties. Une première visant à déterminer quelques caractéristiques de la population étudiée pouvant influencer sur les résultats. La deuxième partie concernant l'état des pratiques des médecins généralistes d'abord dans le cadre de consultation de suivi gynécologique puis dans le cadre de consultation de médecine générale.

#### B. Population étudiée

Le questionnaire de l'étude a été envoyé par boîte postale à tous les médecins généralistes de Charente, soit un total de 259 personnes, à la fin du mois d'août 2015. 63 questionnaires ont été remplis et renvoyés à la suite de cette première demande soit 24 % de réponses.

Une deuxième relance a été effectuée à la fin du mois de septembre, soit par mail, soit par boîte postale, soit par appel téléphonique, permettant de recueillir une dizaine de réponse supplémentaire soit 4% de réponses en plus.

#### C. Considération éthique

Les résultats ont été interprétés de façon anonyme et ne requéraient donc pas l'avis d'un comité d'éthique. Cependant le nom du répondant était demandé au début du questionnaire afin d'éviter les relances inutiles des médecins ayant déjà participés à l'étude.

#### D. Critères d'échantillonnage

Certains critères concernant la population de médecins généralistes charentais ont été recherchés afin d'évaluer leur probable influence sur l'état de leurs pratiques médicales. Ces critères étant :

- Homme ou femme,
- Lieu d'exercice : urbain, semi-rural ou rural
- Age : moins de 35 ans, 35-45 ans, 46-55 ans, 56-65 ans ou plus de 65 ans,
- Maîtres de stage universitaire ou non : car ceux-ci peuvent recevoir des étudiants en médecine durant leurs consultations, qui peuvent soit « gêner » l'adolescent à parler de sexualité en présence d'une personne inconnue, soit interagir durant la consultation et potentiellement modifier les pratiques habituelles du maître de stage.
- Possession d'un diplôme universitaire en gynécologie médicale ou non, pouvant augmenter la sensibilisation des praticiens à la prévention sexuelle si ceux-ci le possèdent.

Afin de pouvoir estimer au mieux la proportion de consultations en médecine générale concernant les adolescents, le questionnaire portait sur l'étude des pratiques des médecins généralistes concernant leurs patients âgés entre 11 et 16 ans, car :

- 11 ans correspond au début de la puberté et donc de l'adolescence. De plus selon l'HAS, la vaccination contre le papillomavirus doit être effectuée dès 11 ans. Il est donc logique qu'un minimum d'explication sur le vaccin et la maladie, comprenne un minimum de prévention et d'éducation à la sexualité.
- 16 ans, ne correspond pas tout à fait à l'âge légal de la fin de l'adolescence qui est de 18 ans, mais cette limite permettait d'évaluer plus précisément le nombre de consultations des médecins généralistes concernant les adolescents, car chaque année, ceux-ci reçoivent de la sécurité sociale leur relevé SNIR (Systèmes National Inter Régime) qui donne le pourcentage de moins de 16 ans parmi leurs patients.

## E. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en utilisant Google comme moteur de recherche internet permettant ainsi d'accéder :

- Aux banques de données bibliographiques :

- PUBMED
- SUDOC à savoir le Système Universitaire de Documentation

Les mots clés utilisés étant adolescent, prévention sexuelle, prevention and control, sexual transmitted infection, sexual transmitted disease, interruption volontaire de grossesse.

- Aux instituts français faisant référence :

- HAS (Haute Autorité de Santé)
- INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé)
- DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)
- InVS (Institut National de Veille Sanitaire)
- HCSP (Haut conseil de Santé Publique)
- ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament)

- Aux sociétés françaises et mondiales de médecine générale faisant référence :

- SFMG (Société Française de Médecine Générale)
- CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants)
- WONCA (Organisation mondiale des médecins généralistes)

# RESULTATS

## IV. RESULTATS

Sur les 259 médecins généralistes répertoriés de Charente, seul 73 ont répondu au questionnaire, représentant ainsi un taux de réponse global de 28 %.

La moitié des répondants seulement m'ont communiqué leur relevé SNIR me permettant ainsi de connaître précisément le taux de consultation concernant les 6 -16 ans (fourchette large comprenant la population adolescente cible mais ne pouvant être plus réduite tout en restant précis au vu des catégories du SNIR). En moyenne, 12,06% des consultations de médecins généralistes concernent les 6-16 ans, variant de 6,18% à 19,26%.

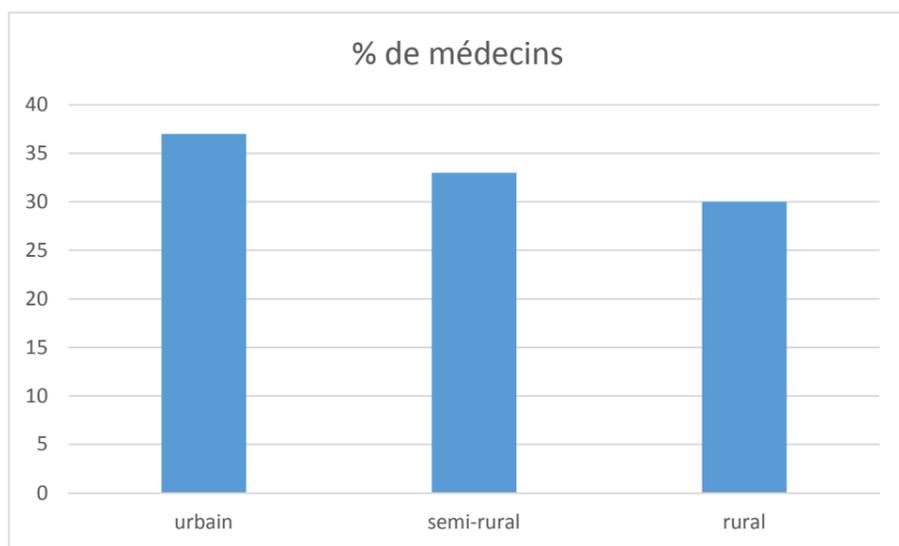
### A. Echantillonnage de la population

#### 1. Sexe

Parmi les répondants, 23 sont des femmes ce qui correspond donc à 31,5% des réponses. Ainsi une grande majorité de répondants sont des hommes, avec 49 questionnaires remplis, soit 67%. Un questionnaire n'ayant pu être classé en l'absence de réponse à cette question.

## 2. Milieu d'exercice

Les participants avaient le choix entre 3 lieux d'exercices possible : urbain, semi-rural ou rural. Au vu des résultats ces 3 milieux d'exercices se répartissent assez équitablement.



Répartitions des médecins généralistes de Charente, en pourcentage, en fonction de leur lieu d'exercice.

## 3. Maître de stage ambulatoire

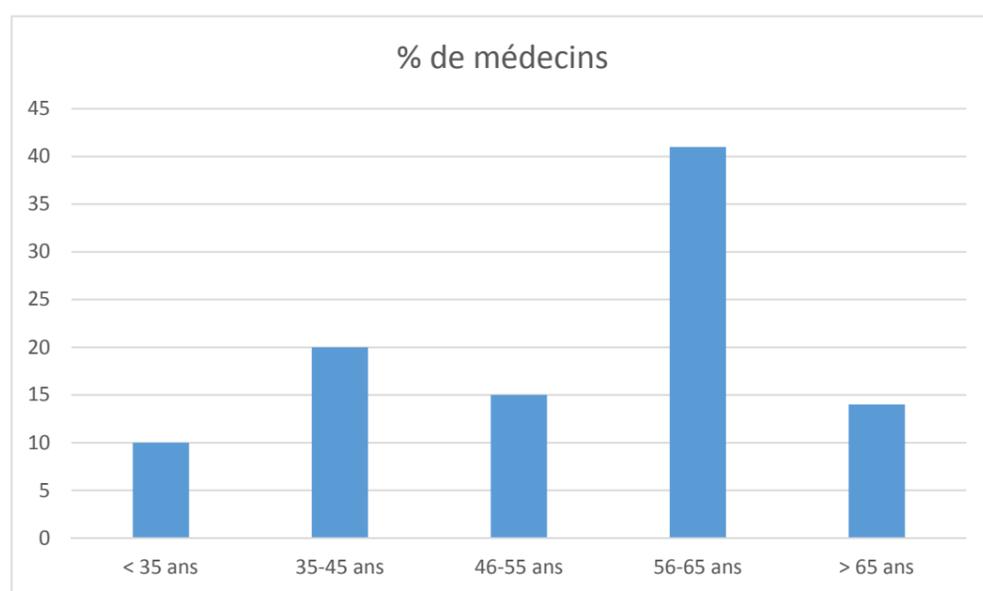
38 % des médecins généralistes (soit 28 personnes) sont maîtres de stage ambulatoire. Ils peuvent donc accueillir des internes de médecine générale de différents niveaux, internes qui peuvent interagir ou non, lors de la consultation et influencer de différentes façons sur la pratique habituelle du généraliste.

#### 4. Diplôme de gynécologie médicale

Seulement 6 médecins généralistes sur les 73 ont un diplôme de gynécologie médicale, soit 8% de la population.

#### 5. Age

Afin d'évaluer si l'âge pouvait influencer sur les pratiques des médecins généralistes, ceux-ci ont été répartis en 5 groupes : les moins de 35 ans (10%), les 35-45 ans (20%), les 46-55 ans (15%), les 56-65 ans (41%) et les plus de 65 ans (14%).



Répartition des médecins de Charente, en pourcentage, en fonction de leur tranche d'âge.

## B. Résultats globaux

### 1. Dans le cadre de consultation gynécologique

Seulement la moitié des médecins généralistes de Charente interrogés exercent fréquemment une activité gynécologique (49%).

Dans ce cadre, 72 % d'entre eux ont réalisé au moins une consultation uniquement consacrée à la prévention sexuelle. Cette consultation étant en majorité faite lors de la première consultation gynécologique de leur patiente (46%) ou à une fréquence correspondant à moins de 50% de la totalité des consultations de gynécologiques de leurs patientes de 11 à 16 ans, pour 36% de ces praticiens.

La prévention de la grossesse est très souvent expliquée aux patientes (95%) ainsi que la prévention du cancer du col de l'utérus (85%).

Cependant, la sensibilisation des patientes vis-à-vis de l'existence de la contraception d'urgence ou du planning familial est moins réalisée (64% des généralistes seulement) tout comme la prévention des infections sexuellement transmissibles (69%). Les médecins évoquent en priorité un manque de temps (50% des cas), un manque d'intérêt du patient pour le sujet (25 %) ou un manque d'efficacité de leur part (25%) pour justifier la non-réalisation de cette éducation à la santé. Néanmoins, 87% des généralistes exerçant une activité gynécologique ont déjà prescrit chez ces patientes un bilan sérologique de dépistage même en l'absence de signes cliniques.

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale

57% des généralistes ont déjà réalisé des consultations uniquement dédiées à la prévention sexuelle avec leurs patients adolescents, masculins et féminins, au cours de cette année. Afin d'augmenter ce résultat, 22% d'entre eux ont en plus proposé de réaliser ultérieurement cette consultation, ce qui fût accepté par les 2/3 des patients se l'ayant vu proposer. Cette consultation de prévention a souvent été réalisée en présence des parents (64% des cas) mais dans tous les cas, tous les adolescents semblaient en être satisfaits. Les consultations de prévention non réalisées sont en partie dues au refus du patient pour 63 % des cas ou au refus des parents pour 37 %.

Tout comme lors de consultation purement gynécologique, la prévention concernant la grossesse et le cancer du col de l'utérus est très souvent réalisée par les généralistes (respectivement par 92% et 83% des généralistes). La prévention concernant les IST et la contraception d'urgence l'est un peu moins mais faite par 67% des généralistes dans les deux cas. De plus, 63% des répondants ont déjà prescrit un bilan biologique de dépistage d'IST.

Néanmoins, moins de la moitié des praticiens de Charente (41%), évoquent fréquemment avec leurs patients l'existence du planning familial ou du centre de dépistage et leurs rôles respectifs.

Une fois encore, c'est le manque de temps du praticien qui est mis en avant dans la moitié des cas, afin de justifier de l'absence de prévention sexuelle globale concernant leurs patients.

## 3. Avis sur une consultation d'éducation à la santé

Les médecins généralistes de Charente sont plutôt favorables (88%) à l'idée de réaliser une consultation médicale uniquement dédiée à l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle et estiment pour 91 % d'entre eux que celle-ci aurait un intérêt positif pour leurs patients.

Selon leurs réponses, le premier acteur de l'éducation à la santé sexuelle des adolescents est leurs parents (56% des réponses). Vient ensuite les amis (19%), le médecin traitant (14%) et le médecin scolaire (8%). La présence des parents lors de cette consultation d'éducation peut donc être envisageable car ils font partie prenante de l'éducation sexuelle de leurs enfants.

Ce questionnaire a sensibilisé les 2/3 de la population interrogée sur l'importance de la prévention sexuelle de leurs jeunes patients. Ces médecins déclarent qu'ils vont essayer de modifier leurs pratiques dans l'avenir, afin d'accorder plus d'importance à l'éducation à la santé des adolescents. 59% des généralistes avouent avoir besoin d'une formation sur ce sujet afin d'être le plus efficient possible.

### C. Résultats selon le sexe

#### 1. Dans le cadre de consultation gynécologique

Les femmes généralistes de Charente exercent plus fréquemment une activité gynécologique que leurs confrères masculins (91% contre 37 % chez les hommes) mais réalisent moins de consultation uniquement dédiée à la prévention avec leurs jeunes patientes que leurs collègues (67% contre 88%).

La prévention du cancer du col de l'utérus est fréquemment discutée dans les deux populations (94% chez les hommes contre 76% chez les femmes), ainsi que la prévention concernant la grossesse (94% chez les hommes, 100 % chez les femmes).

Toutefois, on peut observer une petite différence des pratiques concernant la prévention sexuelle en matière d'infections sexuellement transmissibles, la contraception d'urgence et le planning familial. Seulement 56% des généralistes masculins expliquent à leurs patientes l'existence de la contraception d'urgence ou du planning alors que leurs consœurs y sont un peu plus sensibilisées pour 71 % d'entre elles. Cette sensibilisation étant inversée pour les IST, les femmes généralistes n'en discutent que pour 62% d'entre elles contre 78% chez leurs homologues masculins.

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale.

Les femmes réalisent plus fréquemment (45% contre 10% chez les hommes) des consultations uniquement dédiées à l'éducation sexuelle ou proposent de les réaliser ultérieurement.

Il y a peu de différences de pratiques concernant les deux sexes en matière de prévention sexuelle. La prévention concernant le cancer du col de l'utérus, la grossesse et les IST sont très souvent réalisés, ce qui est loin d'être le cas concernant la contraception d'urgence, le planning familial ou le centre de dépistage anonyme et gratuit qui sont bien moins abordés car moins de 40% des généralistes, tout sexe confondu, en discutent avec leurs patients.

Les femmes sont plus favorables à la réalisation d'une consultation d'éducation à la prévention sexuelle (100% contre 84% chez les hommes) et pensent que celle-ci aura un vrai intérêt pour leurs patients (100% contre 88% chez leurs confrères).

De plus, celles-ci ont été un peu plus sensibilisées que leurs homologues grâce à ce questionnaire (74% contre 60%) et modifieront plus leurs futures pratiques afin d'accorder de l'importance à l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle que les médecins généralistes hommes (83% contre 63%).

### D. Résultats selon le milieu d'exercice

#### 1. Dans le cadre de consultation gynécologique

Les médecins généralistes ruraux ont tendance à exercer plus souvent une activité gynécologique (68% contre 44 % en ville et 50% en milieu semi-rural). Ceci est sûrement dû au fait de la présence plus importante en ville qu'en campagne des gynécologues obligeant donc les généralistes ruraux à être un peu plus polyvalents.

Dans tous les cas, les 3 populations de médecins généralistes réalisent fréquemment des consultations uniquement dédiées à la prévention (75% des cas) avec leurs jeunes patientes et sont assez sensibilisés concernant la prévention du cancer du col de l'utérus, de la grossesse et la réalisation de bilan sanguin de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

Toutefois les médecins généralistes exerçant en milieu semi-rural discutent plus fréquemment des IST (83% contre 67 % chez les autres) et de la contraception d'urgence ainsi que du planning familial (75% contre 50% en ville et 67% en campagne).

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale

Les généralistes urbains réalisent plus souvent des consultations uniquement dédiées à la prévention (70% contre 42% en milieu semi-urbain et 59% en rural).

Les trois populations sont toutes trois très sensibilisées à la prévention concernant la grossesse car elle est discutée par plus de 90% des généralistes, toutes populations confondues.

La prévention du cancer du col de l'utérus est plus réalisée en milieu urbain et rural (93 % et 86 % contre 70% en semi-rural). Il en est de même pour la prévention des IST (67% en urbain, 73% en rural et 55% en semi-rural).

En matière de contraception d'urgence, celle-ci est plus évoquée chez les ruraux ou semi-ruraux (68% et 75% contre 59% pour les urbains). Il en est de même pour la réalisation de bilan de dépistage de maladies sexuellement transmissibles qui est prescrit par 87,5 % des médecins semi-ruraux, 91% des ruraux mais par seulement 55% des médecins urbains.

L'existence du planning familial et du CDAG est plus évoquée par les médecins ruraux, 68% d'entre eux en discutent avec leurs patients contre 45 et 46% des médecins urbains et semi-ruraux.

Tous ont plutôt un avis positif concernant l'idée d'une consultation dédiée à l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle et ont été sensibilisés à celle-ci avec le questionnaire. Toutefois, les médecins ruraux sont plus demandeurs d'une formation sur le sujet (65%) contre 52% des urbains et 54% des semi-ruraux.

E. Résultats selon le statut ou non de maître de stage universitaire

1. Dans le cadre de consultation gynécologique

Les médecins généralistes étant maître de stage universitaire (MSU) exercent plus fréquemment une activité gynécologique (61%) contre 49% des non MSU. Ils sont très sensibilisés à la prévention et réalisent pour 82 % d'entre eux des consultations uniquement dédiées à la prévention sexuelle, contre 60% des non MSU exerçant une activité gynécologique.

La prévention en matière de grossesse et de cancer du col est très bien réalisée, un peu moins concernant la contraception d'urgence et l'existence du planning familial mais sans grande différence significative entre les deux groupes (65% des MSU et 64% des non MSU en discutent).

Toutefois, une petite différence de pratique peut s'observer concernant la prévention des infections sexuellement transmissibles car celle-ci est plus discutée par les maîtres de stages universitaires (82% contre 59%) et ceux-ci prescrivent plus de bilan sérologique même en l'absence de signe clinique (100% contre 76%).

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale

Dans ce cadre, le nombre de consultation uniquement dédiée à la prévention est faible (60% chez les MSU contre 50%) et celles-ci sont encore moins proposées afin d'être réalisées ultérieurement (29% des MSU, 18% des non MSU).

Comme dans les autres groupes d'échantillonnages, la grossesse, le cancer du col de l'utérus et les IST sont souvent expliqués mais l'existence du planning familial ou du centre de dépistage l'est un peu moins sans différence significative entre les deux groupes.

Tous sont assez favorables à la mise en place d'une consultation d'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle et ont été sensibilisés à l'importance de celle-ci par l'intermédiaire du questionnaire. Cependant les maîtres de stages universitaires estiment avoir plus besoin d'une formation sur ce sujet (71%) contrairement à leur homologue non MSU (46%).

## F. Résultats selon l'acquisition ou non d'un DU de gynécologie

### 1. Dans le cadre de consultation gynécologique

Comme il est légitime de le penser, les médecins généralistes ayant un DU de gynécologie exercent plus souvent une activité gynécologique (83%) contre 51 % de leurs confrères n'ayant pas ce diplôme. Ceux-ci sont bien sûr plus sensibilisés vis-à-vis de la prévention sexuelle, même pour ce qui concerne la contraception d'urgence et le planning familial qui est évoqué par la totalité de la population. Toutefois, peu d'entre eux réalisent des consultations uniquement dédiées à la prévention (40%) contre 77% de leurs confrères.

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale

Même dans le cadre de consultation de médecine générale, les généralistes possédant un diplôme de gynécologie médicale sensibilisent plus leurs patients à la prévention sexuelle globale mais le plus significatif étant la sensibilisation concernant le planning familial et le centre de dépistage qui est discuté par la totalité des médecins ayant un DU de gynécologie contre seulement 43% de leurs confrères ne possédant pas ce diplôme.

Tous sont plutôt favorables à la réalisation d'une consultation d'éducation à la santé dédiée mais les généralistes ayant un DU de gynécologie ont été moins sensibilisés que les autres par ce questionnaire (33 % contre 70%), modifieront peu leurs pratiques (40% contre 70%) et estiment pour moins de la moitié d'entre eux avoir besoin de formation (40%) contrairement à leurs confrères (60%). Ces résultats s'expliquent par le fait que les généralistes possédant ce diplôme sont déjà plus sensibilisés à la prévention sexuelle que les autres.

### G. Résultats selon l'âge

#### 1. Dans le cadre de consultation de gynécologie

Ce sont les médecins généralistes d'âge extrême qui exercent le plus une activité gynécologique (86% des moins de 35 ans, 80% des plus de 65 ans, contre 65% des 35-35 ans, 64 % des 46-55 ans et 53 % des 55-65 ans).

En moyenne les trois quarts de chaque population réalisent des consultations uniquement dédiées à la prévention. Tous sont très sensibilisés concernant la prévention de la grossesse, du cancer du col de l'utérus.

Une petite différence s'observe concernant la discussion de la contraception d'urgence et du planning qui est réalisé en moyenne par la moitié de chaque tranche d'âge sauf pour les 35-45 ans qui en discutent fréquemment pour 80% d'entre eux.

La prévention des infections sexuellement transmissibles est aussi variable selon l'âge. Réalisée par tous les médecins généralistes de plus de 65 ans, par 86% des 46-55 ans, par 71 % des 56-65 ans, 60% des 35-45 ans et par seulement la moitié des moins de 35 ans.

## 2. Dans le cadre de consultation de médecine générale

Toutes les tranches d'âge discutent fréquemment de la prévention de la grossesse et du cancer du col de l'utérus (en moyenne 72% des médecins de chaque groupe).

La contraception d'urgence et son accessibilité par l'intermédiaire du planning familial sont discutées par une bonne majorité des médecins de plus de 35 ans ( 87% des 35-45 ans, 66% des 46-55 ans, 70% des 56-65 ans et 70% des plus de 65 ans). Seulement 28 % des moins de 35 ans pensent à en parler à leur patient.

Les moins de 35 ans sont aussi ceux qui discutent le moins du CDAG et du planning familial en général (28 % d'entre eux), mais ceux-ci sont peu fréquemment discutés dans les autres populations (33% des 35-45 ans, 50% des 46-55 ans, 47% des 56-65 ans et 30% des plus de 65 ans).

Les trois quarts de chaque population ont été sensibilisé à la nécessité d'une éducation à la santé en matière de prévention sexuelle pour les adolescents hormis les 55-65 ans, qui n'ont été sensibilisés par le questionnaire que pour 53% d'entre eux.

Suite à ce questionnaire, une grande majorité des jeunes médecins vont modifier leurs pratiques (100 % des moins de 35 ans, 93 % des 35-45 ans) contrairement à une proportion plus faible de leurs aînés (64% des 46-55 ans, 63 % des 56-65 ans et 60% des plus de 65 ans).

Plus l'on avance dans l'âge et moins les médecins généralistes de Charente estiment avoir besoin d'une formation sur la prévention sexuelle, afin d'être le plus efficient possible (72 % des moins de 35 ans, 67 % des 35-45 ans, 82 % des 46-55 ans, contre 47% des 56-65 ans et 30 % des plus de 65 ans). Ce résultat étant probablement secondaire à l'approche de la fin de leur carrière médicale et donc à l'absence d'intérêt de modifier ses pratiques pour seulement quelques années d'exercices.

# DISCUSSION

## V. DISCUSSION

### A. Principaux résultats

Les médecins exerçant une activité gynécologique régulière, avec ou sans diplôme de gynécologie, et les généralistes femmes sont plus sensibilisés à la prévention sexuelle des adolescents. Cependant, cette sensibilisation a tendance à être moindre lors de consultations de médecine générale pure.

Dans tous les cas, la prévention sexuelle concernant la grossesse et le cancer du col de l'utérus est très réalisée par les médecins généralistes charentais car elle est discutée fréquemment par au moins 85% d'entre eux.

Il est à noter que les adolescentes bénéficient plus de conseils de prévention, de consultation d'éducation à la santé que les adolescents. Ceci étant dû au fait que les médecins généralistes ont tendance à plus discuter de prévention lors de consultations gynécologiques que lors d'une consultation de médecine générale, tout motif médical confondu, avec leurs patients adolescents.

Toutefois, l'existence de la contraception d'urgence, de son moyen d'obtention ou du planning familial sont bien moins fréquemment évoqués pouvant ainsi expliquer, en partie, le taux assez élevé mais stable du nombre d'IVG chez les adolescentes. Il en va de même pour la prévention concernant les infections sexuellement transmissibles et l'existence du centre de dépistage anonyme et gratuit. Une meilleure sensibilisation des médecins généralistes voire une formation, ce dont la plupart des interrogés est favorable, sur l'importance de la contraception d'urgence, du planning familial et du CDAG, permettrait probablement de diminuer ces taux élevés d'IVG et d'IST chez les adolescents.

## B. Limite de l'étude

### 1. Biais d'échantillonnage

Malgré plusieurs relances afin d'augmenter la taille de l'échantillon, seulement 73 des 259 médecins généralistes de Charente ont pris le temps de répondre au questionnaire. Ceci occasionnant donc un biais lié aux non-répondants assez important.

Cependant cet échantillon est très représentatif de la population totale de médecins généralistes charentais car les trois milieux d'exercice possible (urbain, semi-rural et rural) sont représentés et en taux équitable, ainsi que toutes les tranches d'âge possibles, même si les 56-65 ans ont été plus nombreux à répondre. Il en va de même pour le sexe car 33% des répondants sont des femmes alors que la proportion de femmes généralistes en Charente est de 37% et de même pour le taux de généralistes possédant un diplôme de gynécologie médicale.

En ce qui concerne la proportion de maître de stage universitaire, celle de l'échantillon répondant est plus importante (38% des répondants) alors que les MSU représentent 15% des généralistes de Charente.

### 2. Biais de mémorisation

Le questionnaire ayant pour but d'évaluer l'état des pratiques des médecins généralistes de Charente concernant la prévention sexuelle au cours de cette année, les médecins devaient donc faire appel à leur mémoire afin d'y répondre le plus objectivement possible. Ce biais est à prendre en compte car les répondants ont pu minimiser ou au contraire majorer, de façon inconsciente, la fréquence de leurs pratiques concernant la prévention sexuelle chez leurs patients adolescents.

### 3. Biais d'interprétation

La plupart des questions visant à évaluer les pratiques des généralistes étant tournée de la façon suivante : « discutez-vous fréquemment de ... », ceci peut créer un biais d'interprétation car chaque personne a une définition, une interprétation différente du mot fréquemment et donc influencer sur les résultats.

#### C. Consultation dédiée à l'éducation à la santé sexuelle

Au vu des taux assez élevés d'IVG, d'IST chez les adolescents et la prévalence du cancer du col de l'utérus, une éducation à la santé est nécessaire et doit se faire le plus tôt possible (dès l'adolescence) afin d'essayer d'être le plus efficace possible. Les médecins scolaires étant de moins en moins nombreux avec peu de moyens, les pédiatres ayant peu d'adolescents dans leur patientèle et les gynécologues pouvant avoir quelques consultations avec des adolescentes, mais rarement dès 11 ans (âge de début de vaccination contre le papillomavirus), le médecin généraliste est donc le principal interlocuteur des adolescents et a donc un rôle important dans cette éducation à la santé. Dans son rapport, le haut conseil de santé publique met déjà en avant la nécessité de consultation de prévention et l'idée de consultations dédiées à certains moments de la vie. (23)

Le questionnaire a permis de mettre en avant que l'idée d'une consultation réalisée par le médecin généraliste, dédiée uniquement à l'éducation à la santé sexuelle des adolescents est très favorablement approuvée par l'échantillon de médecins interrogés et aurait un fort intérêt pour les patients. De plus, ceux-ci sont demandeurs comme le confirment les résultats de l'étude de 2007 de l'union nationale des sociétés étudiantes (USEM) (20) et sont très réceptifs à ce genre de consultation car la totalité des adolescents ayant bénéficié d'une consultation de ce type par leur médecin généraliste semblaient en être satisfaits.

Toutefois quelques points concernant cette consultation dédiée sont à éclaircir :

- Présence ou non des parents. Les parents sont selon les médecins interrogés les premiers acteurs de l'éducation à la santé sexuelle de leurs enfants. Il paraît donc légitime qu'ils soient présents lors de cette consultation afin d'apprendre certainement eux aussi des choses et de poursuivre cette éducation au domicile. Néanmoins, la présence des parents peut aussi influencer sur la consultation, les adolescents dialoguant moins de leur vie sexuelle ou des questions qu'ils peuvent se poser à ce sujet en présence de leurs parents.
- Consultation obligatoire. Le fait que cette consultation soit obligatoire permettrait à tous les adolescents de bénéficier d'au moins une consultation d'éducation à la prévention sexuelle et ainsi espérer modifier leurs pratiques sexuelles ultérieures.
- A quel âge réaliser cette consultation. A 11 ans ? la discussion sur la vaccination contre le papillomavirus permettant ainsi d'introduire le sujet mais les patients de cet âge se posent-ils déjà des questions sur la sexualité ? Au vu de l'âge moyen français du premier rapport sexuel qui est de 17 ans, la réalisation d'une telle consultation à l'âge de 16 ans me paraît plus raisonnable.
- Une consultation longue, au moins 30 minutes. La principale raison évoquée par les généralistes pour expliquer leur manque de conseils de prévention à leurs patients est le manque de temps. Cette consultation de prévention afin d'être la plus efficace possible devra donc être plus longue, mais cela signifie aussi que les médecins généralistes doivent donc modifier leurs pratiques et prendre du temps avec leurs patients.
- Une revalorisation du tarif de cette consultation. S'il est nécessaire de prendre du temps afin d'éduquer les adolescents en matière de prévention sexuelle, peu de généralistes accepteront de le faire si le prix de cette consultation reste inchangé. Si cette consultation devient donc obligatoire, une discussion sur son tarif sera donc nécessaire.

Enfin, il reste aussi à définir le contenu de cette consultation dédiée à l'éducation à la santé. Une trame de base peut être établie mais le contenu global sera de toute façon différent selon les interrogations que peuvent se poser les jeunes patients.

Certains points importants sont à mon avis à aborder lors de cette consultation, même de façon exhaustive, le but étant que les patients reçoivent certaines informations importantes et les gardent en mémoire, plutôt que de les « assommer » avec plein de petits détails qui leur feront oublier pour la plupart les points essentiels.

Il faudrait donc discuter :

- De la prévention de la grossesse avec
  - o les moyens de protection que sont le préservatif, masculin ou féminin, et la contraception orale en expliquant brièvement les différentes possibilités de contraception (orale, patch, sous-cutané, dispositif intra-utérin),
  - o l'existence d'une contraception d'urgence, soit orale ou par stérilet, mais surtout de la conduite à avoir en cas de doute précoce de grossesse : soit de consulter, soit d'aller au planning familial pouvant délivrer cette contraception, soit d'aller en pharmacie car une contraception orale d'urgence peut être délivrée gratuitement aux adolescentes sans prescription,
  - o l'existence de méthode pour interrompre une grossesse et du planning familial qui fait bénéficier les adolescents de consultation gratuite et anonyme.
  
- De la prévention des infections sexuellement transmissibles avec
  - o L'utilisation du préservatif masculin qui est le seul moyen de prévention actuellement,
  - o Une description exhaustive des signes cliniques devant faire suspecter une IST (brûlure génitale, écoulement génital, lésion cutanée)

- La possibilité de réaliser des prélèvements biologiques en cas de doute ou avant d'arrêter le port du préservatif et l'existence du centre de dépistage anonyme et gratuit pouvant faire ses dépistages.
- De la prévention du cancer du col de l'utérus avec
  - L'existence d'un vaccin prévenant de 70 % des lésions dues au papillomavirus, non obligatoire mais conseillé actuellement pour les jeunes adolescentes
  - Le préservatif qui est encore le seul moyen de prévention mais qui ne protège pas à 100% du risque de lésions cutanées telles que les condylomes
  - La description brève des lésions cutanées secondaires possibles
  - La nécessité d'un suivi gynécologique régulier par la suite.

Ceci est donc ce qui me semble nécessaire d'évoquer lors d'une consultation typique d'éducation à la santé. Il faut toutefois ne pas hésiter à rappeler aux patients qu'ils peuvent revenir en discuter ultérieurement, avec ou sans leurs parents, que ces consultations sont placées sous la coupe du secret médical et qu'aucun jugement ne sera porté lors de ces discussions.

# CONCLUSION

## VI. CONCLUSION

L'éducation thérapeutique et la prévention sont des piliers de l'exercice quotidien d'un médecin généraliste afin d'être le plus efficient possible dans la relation médecin-patient. Celles-ci doivent donc être discutées le plus tôt possible et réitérées assez souvent.

L'adolescence est donc une bonne période pour commencer cette éducation à la santé et débiter en commençant par la prévention sexuelle avec les adolescents serait un bon point de départ. De plus, le médecin généraliste tient un rôle important car c'est le seul représentant médical consulté régulièrement par cette population.

L'idée d'une consultation médicale uniquement basée sur la prévention est plutôt bien perçue par les médecins généralistes de Charente interrogés comme le confirme les résultats du questionnaire même si beaucoup d'entre eux estiment avoir besoin d'une formation pour remettre leur connaissance au goût du jour. Les adolescents sont aussi très demandeurs de ce genre de consultation.

Toutefois, même si cette idée de consultation d'éducation est aussi évoquée par les différents rapports réalisés par le haut conseil de santé publique (23) et la loi HPST (22), celle-ci n'est pas encore à l'ordre du jour du plan de notre Agence Régionale de Santé, mais devrait le devenir. Il faudra par la suite définir certains points importants de cette consultation mais surtout quand la réaliser et quel en sera son contenu.

Les taux élevés d'IVG et d'IST chez les adolescents sont un vrai problème de santé publique. L'éducation à la santé sexuelle, proposée et réalisée par les médecins généralistes, est probablement un des moyens qui permettrait de les faire baisser.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Vilain A, Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. Etudes et Résultats. Ministère des affaires sociales et de la santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). N° 884. Juin 2014.
2. Danet S. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Rapport de 2011.
3. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. Bulletin d'information en économie de la santé. Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé. N° 49. Mars 2002.
4. Cooper B, Toskin I, Kulier R et Al. Brief sexuality communication--a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention. Revue BJOG, Octobre 2014, Volume 121, Supplément S5. pp. 92-103
5. Leclerc C, Ladant D, Guillemot D. Cancer du col de l'utérus et papillomavirus. Institut Pasteur. Fiches info. [En ligne] Site consulté en Août 2015, disponible sur : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/cancer-du-col-l-uterus-et-papillomavirus>
6. Chemlal K, Heard I. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Repère pour votre pratique, INPES. [En ligne] Site consulté en Août 2015, disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Repere\\_pratique HPV INPES 2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Repere_pratique_HPV_INPES_2014.pdf)
7. Thiéry D. Infections sexuellement transmissibles : les connaître pour les combattre. Plaquette informative pour y voir plus clair. Remaide 54. Décembre 2004.
8. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P et Al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Etudes à partir des registres des cancers du réseau Francim, Partie 1- tumeurs solides, Juillet 2013.

9. Barré S. Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national, Focus, HAS actualités et pratiques, N° 26, février 2011. [En ligne] site consulté en Juin 2015, disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national)
10. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2015. [En ligne] site consulté en Juin 2015, disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier\\_vaccinal\\_2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_2015.pdf)
11. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France, Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, Rapport DREES, 2011.
12. Institut de veille sanitaire. Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles, Novembre 2014. [En ligne] site consulté en août 2015, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
13. Institut de veille sanitaire. Infection à VIH et SIDA. [En ligne] site consulté en août 2015, disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida>
14. Detrez A. Travail de recherches, Rôle de l'infirmière scolaire dans la prévention des interruptions volontaires de grossesses chez l'adolescente, Promotion 2009-2012, Institut de formation en soins infirmiers, Centre hospitalier d'Arras.
15. Rapport de la cour des comptes. Contribution à l'évaluation de la médecine scolaire. Septembre 2011. Rapport demandé par le président de l'assemblée nationale pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques.
16. Revue prescrire. La santé scolaire est en souffrance en France. La revue prescrire novembre 2009. Tome 29. N° 313. Page 864-867.
17. Société européenne de médecine générale. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. WONCA Europe 2002.

18. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Mission évaluation des compétences des professionnels de la santé. Berger-levrault édition. Paris 2010.

19. Demuynck C. France, ton atout « jeunes » : un avenir à tout jeune. Rapport d'information n° 436 (2008-2009). Rapport du Sénat fait au nom de la mission commune d'informations jeunes. Déposé le 26 mai 2009.

20. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. La santé des étudiants en 2007. 5<sup>ème</sup> enquête. Enquête de l'union nationale des sociétés étudiantes. Juin 2007. [En ligne] site consulté en juin 2015, disponible sur : [www.fnors.org/fnors/ors/travaux/USEM\\_nat\\_juin07.pdf](http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/USEM_nat_juin07.pdf)

21. Aupetit D. Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la contraception avec leur médecin généraliste ? 65 pages. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Poitiers. 17 décembre 2013

22. Ministère de la santé. Loi HPST (hôpital, patient, santé, territoire). Promulguée le 21 juillet 2009. [En ligne] site consulté en mai 2015, disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette\\_HPST\\_grand\\_public-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaqueette_HPST_grand_public-2.pdf)

23. Haut conseil de santé publique. Consultation de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et proposition de développement. Rapport de mars 2009.

24. Agence régionale de Poitou-Charentes. Schéma régional de prévention. Révision de 2014. [En ligne] Site consulté en mai 2015, disponible sur :

[http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre\\_Sante/PRS/Revision\\_2014/20141215\\_SRP.pdf](http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/PRS/Revision_2014/20141215_SRP.pdf)

# ANNEXES

Questionnaire :

Nom

Prénom

Sexe       masculin                                       féminin

Lieu d'exercice :

Zone urbaine                       Zone semi-rurale                       Zone rurale

Age :

< 35 ans                       35-45 ans                       46-55 ans                       56-65 ans  
 >65 ans

Etes-vous maître de stage universitaire ?

oui     non

Avez-vous un diplôme universitaire de gynécologie médicale ?

oui     non

Afin d'estimer au mieux votre taux de patient âgé de moins de 16 ans, merci de me faire parvenir avec le questionnaire rempli votre relevé SNIR de l'année 2014 (ou à défaut votre nombre total de consultation, votre nombre de Consultation MNO et MGE et le % de vos moins de 16 ans).

1. pratiquez-vous de façon régulière une activité gynécologique ?

- Oui (merci de continuer le questionnaire)
- Non (merci de passer directement à la question 8)

**Dans le cadre de consultation gynécologique, chez des patientes âgées de 11 à 16 ans, au cours de cette dernière année :**

2. Avez- vous réalisé une ou plusieurs consultations uniquement dédiée à la prévention (prévention et dépistage IST, prévention grossesse, prévention cancer du col)

- oui
- non

Si oui, à quelle fréquence :

- à chaque première consultation
- > 50% des consultations
- < 50% des consultations

3. Discutez-vous fréquemment de la prévention du cancer du col (mode transmission, signes cliniques, prévention, vaccination, dépistage) :

- oui
- non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps
- manque d'intérêt de la part du patient
- rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre
- peu efficient sur le sujet

4. Discutez-vous fréquemment de la prévention de grossesse (moyens de contraception) :

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

5. Discutez-vous, même brièvement, au moins une fois par patiente, de la contraception d'urgence et du planning familial ?

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

6. Discutez-vous fréquemment des différentes infections sexuellement transmissibles (IST) : définition, germes, mode transmission, signes cliniques, dépistage, traitement...

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

7. Avez-vous prescrit un bilan sérologique de dépistage même en l'absence de signe clinique ?

- oui  non

**Dans le cadre de consultation de médecine générale avec des patients et patientes âgé entre 11 et 16 ans, au cours de cette dernière année**

8. Avez-vous réalisé des consultations uniquement dédiée à la prévention sexuelle (IST, grossesse, vaccination HPV)

- oui  non

9. Avez-vous proposé à vos patients de réaliser ultérieurement une consultation dédiée à l'éducation à la santé sexuelle?

- oui  non (passer à la question 14 svp)

10. Si oui, l'avez-vous réalisé ?

- oui  non

11. si vous l'avez réalisé, l'avez-vous fait en présence des parents ?

- oui  non

12. après avoir réalisé cette consultation d'éducation à la santé sexuelle, votre patient vous semblait-il en être satisfait ?

- oui  non

13. si vous avez proposé cette consultation d'éducation à la santé, mais que vous ne l'avez pas réalisé, pourquoi ne pas l'avoir réalisé?

- refus du patient  refus des parents  
 manque de temps

14. Discutez-vous fréquemment de la prévention sur le cancer du col de l'utérus (transmission, signes cliniques, dépistage, vaccin...) ?

- oui  non

Si non, pourquoi :

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

15. Discutez-vous fréquemment d'éducation à la santé concernant les IST (transmission, signes cliniques, prévention, traitement...) ?

- oui  non

Si non, pourquoi :

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

16. Discutez-vous fréquemment de la prévention de grossesse (moyens de contraception) :

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

17. Discutez-vous, même brièvement, de la contraception d'urgence et du planning familial ?

- oui  non

Si non, pourquoi ?

- manque de temps  manque d'intérêt de la part du patient  
 rôle du médecin scolaire/gynéco/pédiatre  peu efficient sur le sujet

18. Avez-vous déjà prescrit au moins un bilan biologique de dépistage des IST chez cette population même en l'absence de signes cliniques ?

- oui  non

19. Evoquez-vous fréquemment l'existence du planning familial, des centres de dépistages anonymes et gratuit et leurs rôles ?

- oui  non

20. Selon vous, qui est le premier acteur de l'éducation à la santé sexuelle des patients âgé de 11 à 16 ans ?

- parents/ fratrie  amis  
 médecin scolaire  médecin traitant  
 gynécologue  pédiatre

Malgré de nombreux moyens de prévention afin de lutter contre les IST et les grossesses non désirées, le nombre d'IVG et d'IST reste important mais stable depuis quelques années, chez les 15-20 ans : près de 14 % des jeunes filles sexuellement active ont déjà eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois dans leur vie et un peu moins de 8% de cette population a eu recours à l'IVG. De plus, moins de 4% de cette population, tout sexe confondu, déclare avoir déjà été soigné pour une IST.

Selon plusieurs études, réalisées par le ministère de la santé sur l'état de santé des jeunes et des adolescents, il en résulte que 75 % des consultations concernant les adolescents sont réalisées par un médecin généraliste. Il est aussi à noter qu'en moyenne, chaque jour, deux consultations de médecin généraliste concernent des adolescents.

Le médecin généraliste est donc le premier interlocuteur des adolescents et est donc le plus à même de réaliser l'éducation à la santé sexuelle des patients de 11 à 16 ans.

Afin d'essayer de réduire les inégalités de prévention sexuelle et puisque les adolescents sont favorable à consulter leur médecin, une consultation médicale, réalisée par le médecin généraliste, à un âge donné, dédiée uniquement à la prévention pourrait être réalisée, en vue aussi de débiter une éducation à la santé chez ces jeunes patients.

21. Seriez-vous favorable à l'idée de réaliser une consultation d'éducation à la prévention sexuelle ?

oui

non

22. Estimez-vous qu'une telle consultation aurait un intérêt proche ou futur pour vos patients ?

- Oui  non

Si non, pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

23. Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé à l'éducation à la santé sexuelle des adolescents ?

- oui  non

24. Allez-vous suite à ce questionnaire essayer de modifier vos pratiques et essayer d'accorder plus d'importance à l'éducation de vos patients de 11-16 ans, à la prévention sexuelle ?

- oui  non

25. estimez-vous avoir besoin d'une formation afin d'être plus efficient pour réaliser des consultations d'éducation à la santé sexuelle chez les adolescents ?

- oui  non

## Résumé :

### INTRODUCTION

Les taux d'IST et d'IVG chez les adolescents sont élevés mais stables depuis plusieurs années ce qui est un vrai enjeu de santé publique. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur médical des adolescents et ils en ont une bonne opinion. Une consultation uniquement dédiée à l'éducation à la santé en matière de prévention sexuelle réalisée par les médecins généralistes pourrait essayer de sensibiliser cette population et ainsi diminuer les taux d'IVG et d'IST.

### MATERIEL ET METHODE

Un questionnaire visant à étudier l'état des pratiques des médecins concernant la prévention sexuelle de leurs patients adolescents a été envoyé aux 259 médecins généralistes de Charente.

### RESULTATS

Les médecins ayant une activité gynécologique fréquente sont plus sensibilisés à la prévention sexuelle et ont déjà réalisé pour 72 % d'entre eux des consultations uniquement dédiées à la prévention. La prévention de la grossesse et du cancer du col de l'utérus sont bien expliquées par respectivement 92% et 83% des sondés. Cependant, la prévention concernant les infections sexuellement transmissibles est moins systématique mais il existe un vrai manque d'éducation concernant l'existence de la contraception d'urgence, du planning familial et du centre de dépistage anonyme et gratuit.

### DISCUSSION

Une consultation uniquement dédiée à l'éducation à la santé est bien perçue par les sondés. Celle-ci devra être obligatoire, longue, avec ou sans les parents selon les adolescents, et aborder certains points-clés (prévention de la grossesse, des IST, du cancer du col de l'utérus ; existence du CDAG et du planning familial). Cette étude a aussi permis de sensibiliser les médecins.

### CONCLUSION

Une consultation réalisée par le médecin généraliste uniquement dédiée à l'éducation à la santé sexuelle permettrait d'aborder au moins une fois des points importants en matière de prévention et ainsi espérer une baisse des taux élevés d'IVG et d'IST chez les adolescents.

### MOTS CLES :

Adolescents, prévention sexuelle, éducation à la santé, médecin généraliste, Charente, consultation d'éducation.

### Serment :

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !  
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !