

SOMMAIRE

839
Puberté

841
Sexualité

842
Avec qui en
parler

843
Quelle
contraception ?

844
Et les IST ?
Que dit la loi

Par **Paul Jacquin**,
médecine de l'adolescent
et Maison des adolescents,
hôpital Robert-Debré,
AP-HP, 75019 Paris.
paul.jacquin@
rdb.aphp.fr

SEXUALITÉ DE L'ADOLESCENT

Identité, normalité... Comment en parler ?

L'accès à la sexualité est une des questions majeures de l'adolescence, mais qui se pose de façon différente selon les points de vue de l'adolescent lui-même, de ses parents ou du médecin. Avant d'aborder ce sujet avec lui (elle), il faut savoir prendre la mesure de ses besoins plutôt que lui projeter nos inquiétudes et le submerger de messages qui ne l'atteindront pas. C'est l'ensemble du phénomène de sexualisation qu'il faut considérer, c'est-à-dire tout ce qui aux plans physique, psychique et social va conduire l'enfant à devenir un homme ou une femme se reconnaissant comme tel. Parallèlement à l'identification de soi et à l'autonomisation, ce processus se construit au travers d'interrogations récurrentes et d'expérimentations de ses nouvelles capacités. Les changements corporels de la puberté, la modification des émotions, la découverte de l'excitation sexuelle et du plaisir renvoient sans cesse l'adolescent aux questions de la normalité et de l'identité. Comment s'approprier ces changements, quelles

nouvelles limites respecter ? L'importance du groupe des pairs est ici capitale, permettant à l'adolescent de trouver des éléments de réponse à travers les expériences des autres. La famille est l'autre source fondamentale de références extérieures sur lesquelles l'adolescent peut s'appuyer, pour y adhérer ou au contraire s'en différencier. Le médecin doit également être à même de répondre aux questions que les adolescents se posent sur la puberté et la sexualité.

PUBERTÉ

→ « Qu'est-ce que c'est ? »

C'est l'ensemble des transformations physiques et psychiques permettant d'acquérir les capacités de reproduction. Il s'agit de la reprise et de la maturation d'un processus débuté dès la vie embryonnaire. En pratique, c'est donc l'apparition des caractères sexuels secondaires et le développement des organes génitaux qui se déroulent selon

une séquence bien définie (stades de Tanner), mais avec un tempo variable selon les individus.

L'âge normal du début de la puberté est défini de façon statistique : 10,5-11 ans pour les filles et 12-12,5 ans pour les garçons. On parle de précocité ou de retard pubertaire lorsque le décalage avec ces âges dépasse 2 ans, soit respectivement 8 et 13 ans chez la fille, 10 et 14 ans chez le garçon.

La poussée de croissance, autre phénomène pubertaire attendu par les adolescents, permet un gain moyen de 20 à 25 cm chez les filles sur 4 ans et de 25 à 30 cm sur 5 ans chez les garçons. Le développement squelettique est différent selon le sexe, avec notamment une augmentation du diamètre bi-acromial chez les garçons et bi-iliaque chez les filles. La prise de poids est également importante, de 20 à 30 kg, variable selon la taille et le morphotype, avec une différenciation fille/garçon (augmentation de la masse grasse chez les premières, et développement plus important de la masse maigre chez les seconds), et une répartition différente.

→ « Que sont les pertes blanches, les éjaculations nocturnes ? »

Ces deux phénomènes normaux contemporains de la puberté peuvent troubler l'adolescent(e) parce qu'ils viennent marquer dans son intimité la sexualisation.

Les pertes blanches sont des sécrétions produites par la muqueuse vaginale lorsqu'elle est soumise à l'action des estrogènes. Leur abondance varie selon les phases du cycle menstruel. Elles annoncent souvent la ménarche dans les 6 mois suivants.

Les éjaculations nocturnes surviennent lors de rêves érotiques, témoins de la maturation sexuelle et de l'excitation induite par l'augmentation de la testostérone.

→ « Quelle est la taille normale du sexe des garçons en érection ? »

Il n'y a pas de normes en la matière, et en donner peut s'avérer nettement plus inquiétant que ras-

surant. Il faut cependant connaître la seule courbe de référence de Schonfeld et Beebe (1942), car elle permet de faire le diagnostic de micropénis chez l'enfant (longueur de la verge < -2 DS) : on mesure la verge à l'état flaccide, debout, de sa base au niveau de la symphyse pubienne (en refoulant si besoin les tissus adipeux) à l'extrémité du gland, en exerçant une légère traction. À 10-11 ans, elle est de 6,4 cm (DS = 1,1) et chez l'adulte de 13,3 cm (DS = 1,6).

Des études sur la taille du sexe en érection ont été réalisées par des fabricants de préservatifs. Elles donnent une longueur moyenne de 15 ou 16 cm (\pm 2 cm) et une circonférence de 12,5 cm (\pm 1,3 cm). Elles confirment la tendance à la surévaluation des mesures lorsqu'elles sont faites par les sujets eux-mêmes, et le caractère fantaisiste de certaines tailles évoquées dans le folklore masculin.

→ « C'est quoi exactement la masturbation ? »

C'est se donner du plaisir sexuel en se caressant le sexe, directement avec les mains ou par frottement. À partir du milieu de la puberté, filles et garçons peuvent ainsi avoir un orgasme, avec une éjaculation chez le garçon. C'est un moyen naturel et intime de découvrir le plaisir et son fonctionnement sexuel. Il n'y a pas là non plus de normes qualitatives ni quantitatives. Parmi les adultes, plus de 90 % des hommes disent l'avoir déjà pratiquée, le plus souvent comme première expérience sexuelle. Pour les 60 % de femmes qui disent le faire, cette pratique peut n'apparaître qu'à l'âge adulte.

→ « C'est quoi les règles ? »

Ce saignement provient de la desquamation de la muqueuse utérine, déclenchée par la baisse des taux d'estrogène et de progestérone en fin de cycle. Chaque cycle correspond à l'activation et à la maturation d'un follicule, tandis que la majorité des autres involue, ce qui explique leur nombre fini dans la vie d'une femme (500 au maximum). Les règles durent en moyenne 5 jours, le flux menstruel est plus important les premiers jours, diminuant la nuit. L'intervalle entre chaque début de règles est de 26 à 30 jours.

→ « Règles irrégulières, normal à mon âge ? »

Les premiers cycles sont souvent incomplets, avec une sécrétion estrogénique en phase folliculaire, mais pas d'ovulation et une absence ou une insuffisance de progestérone en phase lutéale. Les règles peuvent donc être irrégulières : en moyenne 7 cycles la première année, 10 la deuxième. Ces variations normales correspondant à la maturation de l'axe gonadotrope ne doivent pas occulter certains états pathologiques.

Des cycles longs (spanioménorrhée) peuvent

Troubles des règles : fréquents à l'adolescence

Il ne faut pas oublier qu'ils s'inscrivent dans le vécu de la sexualisation de la jeune fille. Toute plainte doit par conséquent être entendue dans un abord plus large que la seule réponse symptomatique, antalgique ou hormonale.

C'est l'occasion de recevoir la jeune fille seule et de faire le point avec elle sur son histoire personnelle, son environnement, familial et relationnel, ses attentes et besoins, notamment en matière d'information sexuelle et/ou de contraception.

Si les associations estroprogestatives sont efficaces sur ces troubles, attention à ne pas tricher avec cette prescription, en voulant « faire d'une pierre 2 coups » sans que cela corresponde aux besoins de la jeune fille (mais peut-être plus à rassurer parents ou médecin).

masquer une aménorrhée secondaire : penser à une grossesse chez l'adolescente, même très jeune ; à l'anorexie mentale et/ou une hyperactivité physique face à jeune fille trop maigre ;

Ils doivent faire rechercher des signes cliniques (et biologiques selon le contexte) d'hyperandrogénie (hirsutisme, acné), un surpoids, un *acanthosis nigricans* (témoin d'un hyperinsulinisme), s'intégrant ou non dans le syndrome des ovaires polykystiques.

Plus rarement, on peut suspecter un bloc surrénalien à révélation tardive ou une hyperprolactinémie. Au-delà de 2 ans de cycles irréguliers, cette enquête doit être systématique.

Les ménométrorragies de l'adolescente sont généralement fonctionnelles, liées à l'absence de progestérone durant le cycle. Elles ne sont pas pour autant à banaliser : sources d'inconfort parfois majeur, elles entraînent des anémies carencielles plus ou moins profondes. Face à des règles interminables, trop fréquentes ou trop abondantes (caillots, nécessité de changer de protection très souvent, y compris la nuit), il faut toujours rechercher une anémie (NFS, fer) et penser à une possible pathologie de l'hémostase (maladie de Willebrand surtout). Le traitement repose sur l'administration de fer et généralement de progestatifs.

→ « Et les règles douloureuses ? »

Les dysménorrhées touchent la moitié des adolescentes, sont sévères dans 10 à 25 % des cas et responsables d'absentéisme scolaire. Elles ne concernent généralement pas les premiers cycles. Les douleurs surviennent au début des règles, sont spasmodiques au niveau pelvien avec éventuellement des irradiations lombaires. S'y associent parfois des signes généraux (nausées, asthénie, céphalées, fébricule).

La cause : une sécrétion par l'endomètre de prostaglandines responsables de contractions utérines et de phénomènes vasculaires. Les traitements sont fonction de la gravité : antalgiques simples, antispasmodiques, AINS et en particulier antiprostaglandines, traitement hormonal (estroprogestatifs).

SEXUALITÉ

Le tempo maturatif de chaque adolescent est différent, et l'information sur les âges moyens risque fort d'être comprise comme la définition d'âge normal : premier baiser à 14 ans, premiers rapports à 17 ans... Que dire à ceux ou celles qui n'en seraient pas là ! Le poids de la norme établie par le groupe des pairs pèse déjà fortement sur les premières expériences.

De plus, la pornographie, massivement accessible aux adolescents, induit des représentations de la sexualité réduite au coït, selon des normes quan-

titatives et qualitatives effrayantes, tyranniques, et sexistes. Il est essentiel de leur permettre de réfléchir à ce qu'il ou elle ressent, désire pour lui/elle et dans le cadre de sa relation à l'autre. Beaucoup d'agirs sexuels répondent au souci de faire pour l'autre, ou contre l'autre (les parents, l'ex...), quand ils ne sont pas forcés. Inciter le jeune à parler de son désir avec son partenaire, éventuellement avec d'autres proches de confiance, souligne l'importance de faire un choix personnel et de le faire respecter.

La lutte contre le sexisme fait partie de cet apprentissage du respect de soi et de l'autre : pas de rapports sexuels forcés, plus d'implication des garçons dans la contraception (ce qui suppose d'aborder avec eux la possibilité d'une paternité), remise en cause de la domination masculine qui s'affirme dans le refus du préservatif.

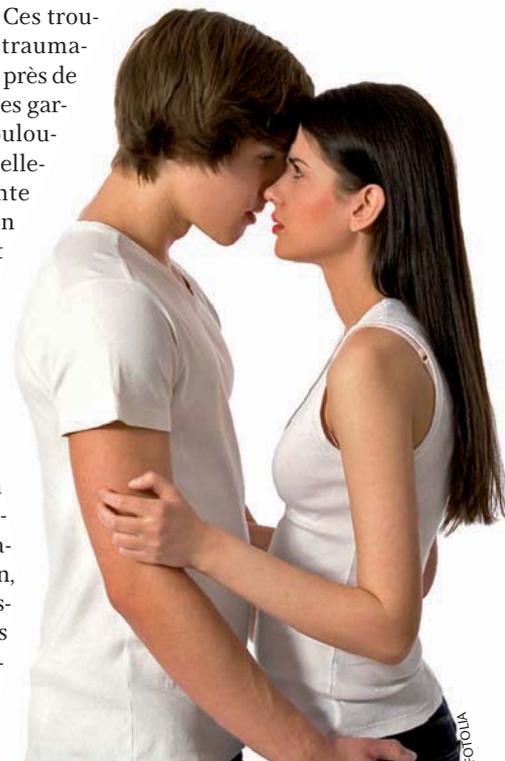
Les enquêtes sur la sexualité montrent que les styles de vie sexuelle de l'adulte se dessinent très précocement dans les premières années, y compris en matière de risques et de protection. C'est dire l'importance d'aider les adolescents à prendre soin d'eux dès les premières expériences.

→ « Et si ça ne marche pas ? »

La sexualité ne se résume pas au coït, mais celui-ci concentre les inquiétudes de la première fois : crainte de ne pas savoir, de souffrir, de ne pas jouir, de ne pas pouvoir pénétrer.

L'impuissance est l'insuffisance ou l'absence d'érection chez le garçon, empêchant la pénétration. Chez les filles, la frigidité est l'absence de tout plaisir sexuel, généralement associé à une insuffisance des sécrétions vaginales. Ces troubles peuvent provenir d'antécédents traumatiques (agression sexuelle) qui touchent près de 15 % des adolescentes, (plus rares chez les garçons). Il peut s'agir aussi d'un vécu douloureux ou d'un état dépressif, exceptionnellement d'une cause médicale évidente (paralyse, malformation). L'éjaculation précoce n'est pas rare, il est important de rassurer et d'aider (voire de traiter) pour éviter que l'angoisse ne « chronicise » cet accident.

Il faut souligner l'importance de prendre son temps, avant de se décider et au cours des rapports : découvrir l'autre, avec l'autre, le guider éventuellement, autour de ce que l'on sent et non des normes qu'on a dans la tête. Les baisers et les caresses font partie des relations sexuelles autant que la pénétration, et sont nécessaires à sa réussite. Les discours sur ces premières expériences varient selon le genre, les garçons parlant de plaisir et de performance, les filles de décision réfléchie, de sentiments et de relations.



→ « À quel âge peut-on avoir des rapports sexuels ? »

L'âge moyen au premier rapport est actuellement stable depuis 30 ans : 17 ans pour les garçons et 17,5 pour les filles (plus précoce dans les milieux socio-culturels moins favorisés). Les premières expériences sexuelles impliquent donc le plus souvent des jeunes d'âges voisins, avec une différence statistique : premiers rapports des garçons le plus souvent avec des filles du même âge, vierges 1 fois sur 2 ; premiers rapports des filles avec des garçons souvent un peu plus âgés et vierges 1 fois sur 3. Signalons l'importance des consommations (alcool et/ou cannabis) comme facteur désinhibant, facilitateur de rapports désirés ou non.

Les rapports sont peu fréquents pour la moitié des jeunes sexuellement actifs (moins de 4 par mois). Leur sexualité est irrégulière, sur le mode dit de la monogamie en série : périodes avec rapports sexuels brèves et espacées, changements soudains. C'est l'un des facteurs limitant l'utilisation d'une contraception régulière.

→ « L'homosexualité est-elle normale ? »

En France, ce n'est ni un délit ni une maladie (mais ce n'est pas le cas partout dans le monde). Il s'agit d'un choix intime qui fait partie de la vie privée. Environ 4 % des femmes (en augmentation depuis 1992) et des hommes (stable) de 18 à 69 ans déclarent avoir déjà eu des pratiques sexuelles avec un partenaire du même sexe ; parmi les adolescents, ce sont 1,4 % des filles et des garçons.

AVEC QUI EN PARLER

Malgré la disponibilité de nombreuses sources d'information et l'amélioration de l'accès à la

contraception, le nombre de grossesses chez les mineures reste aux alentours de 17 000 par an en France et le nombre d'IVG chez les moins de 18 ans a même augmenté cette dernière décennie (14 000 par an en 2006). De même, la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) incite à une amélioration de la prévention et du dépistage.

Mais pour l'adolescent comme pour l'adulte, sexualité n'est pas synonyme de danger, risques, prévention et contraception ! Savoir aborder ce sujet avec les adolescents est tout aussi important que connaître les différents moyens de contraception.

Les conditions de la consultation sont déterminantes : le médecin doit pouvoir recevoir l'adolescent seul, au moins pour un temps suffisant, sans paternalisme ni « copinage ».

La stricte confidentialité de la consultation, annoncée et respectée par le médecin, est un préalable nécessaire. Le sujet sexualité-contraception peut être abordé en réponse à une question de l'adolescent(e) ou à partir de l'examen clinique : cela doit toujours être un échange favorisant l'expression de l'adolescent sur lui-même, ses sentiments, son corps, sa physiologie, dans l'objectif d'adapter conseils et informations à ses besoins. Il est souhaitable d'évoquer d'abord les relations amoureuses et leur contexte avant de parler de sexualité. Rappelons que les rapports sexuels s'inscrivent à cet âge dans le désir de découvrir et d'expérimenter son identité et ses capacités nouvelles. **La contraception n'est pas une prescription anticonceptionnelle automatique** qui viendrait « stériliser » la question du désir, et de la possibilité d'avoir un enfant : il est intéressant d'en parler, tant avec les filles qu'avec garçons, pour mettre en perspective l'importance de leurs choix.

Jusqu'où le médecin peut-il garder le secret ?

Les mineurs ont droit au secret médical, c'est-à-dire que médecins et infirmières y sont tenus à l'égard de tous, à l'exception des parents. Le secret professionnel ne peut être levé qu'en cas de mineur en danger. Le praticien doit informer l'adolescent, et s'efforcer d'obtenir son accord. L'enfant mineur a droit à la confidentialité de la consultation, mais le médecin a le devoir d'informer les parents ou les titulaires de l'autorité parentale de son état de santé. Les parents peuvent accéder au dossier médical et ce sont eux qui décident du traitement à suivre.

L'exception au devoir d'informer les parents a été instaurée pour la contraception par la loi Veil en 1975

et étendue par la loi du 4 juillet 2001 à tous les praticiens et pharmaciens. Le médecin généraliste a donc expressément le droit de prescrire des moyens contraceptifs à un(e) adolescent(e) sans en informer les parents (mais persiste dans ce cas l'obstacle de la feuille de soins et celui de la dépense).

Pour l'IVG, la loi du 4 juillet 2001 instaure également la possibilité pour une mineure d'en bénéficier sans autorisation parentale. Elle doit cependant être accompagnée d'une personne majeure de son choix, les dépenses étant alors prises en charge par l'État.



La loi du 4 mars 2002 « droit des patients » prévoit que le mineur puisse refuser que le médecin informe ses parents. Si les soins s'imposent pour « sauvegarder la santé » de la personne mineure, et qu'elle persiste dans ce refus malgré les efforts du médecin pour tenter d'obtenir l'accord d'informer les parents, le médecin délivre les soins, le mineur devant alors se faire accompagner par une personne majeure de son choix.

Pour éviter une trop grande intimité, il est souvent utile d'évoquer ce que l'on sait des autres jeunes : « les jeunes de ton âge disent, font... ». La place des parents est une autre question importante à poser, l'accès des ados à la sexualité modifiant profondément les équilibres intergénérationnels : « Est-ce possible de pouvoir leur en parler, quand et comment ? »

En consultation avec un(e) adolescent(e), le médecin ne doit pas se contenter de rédiger une ordonnance, ni de donner l'adresse d'un gynécologue ou du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) voisin (lorsqu'il existe). Au-delà de la transmission de connaissances, il s'agit d'aider l'adolescent(e) à devenir compétent(e) en la matière, c'est-à-dire à savoir choisir.

QUELLE CONTRACEPTION ?

Chez l'adolescente, la prescription contraceptive nécessite un suivi beaucoup plus rapproché que chez l'adulte : laisser sa porte ouverte en cas de questions ultérieures, de problèmes ou d'urgence ; donner un premier rendez-vous à 3 mois au plus tard, afin d'évaluer la tolérance, les effets secondaires et l'observance, mais aussi de s'adapter aux éventuels changements dans la vie amoureuse des adolescents.

Les informations sur l'attitude à avoir en cas de problème (oubli de pilule, rupture de préservatif, etc.) doivent être énoncées clairement aux filles et aux garçons : savoir comment se procurer la contraception d'urgence, connaître les droits en matière d'IVG. Cet échange peut être complété par la remise de brochure (« Questions d'ado » Inpes) et/ou quelques adresses de sites Internet (page 845).

La pilule est la contraception la plus prescrite chez l'adolescente, mais elle ne protège pas des IST. Ses contre-indications absolues sont rares et identifiables en consultation avec la recherche des antécédents. L'examen gynécologique et la prise de sang (glycémie, bilan lipidique) ne sont pas des préalables indispensables à la première prescription. La méthode « quick start » permet une première prise le jour de la consultation, quelle que soit la période du cycle, avec une efficacité au 8^e jour. Le choix d'un moyen de contraception adapté à chacun doit tenir compte de plusieurs paramètres : attention au coût des pilules non remboursées (12 à 15 €/mois), et à la non-confidentialité des prescriptions remboursées. **Les effets secondaires, au premier rang desquels figurent les saignements** (spotting, métrorragies), sont la première cause d'arrêt.

Les nouvelles contraceptions hormonales sont disponibles sur prescription (tableau).

Crèmes spermicides, diaphragme, cape cervicale sont souvent très mal utilisés par les jeunes, qui ne sont pas à l'aise avec leur propre anatomie.

Contraception : quelques règles de prescription

Les besoins des adolescents changeant rapidement, ne pas allonger les délais entre l'information, la prescription et l'accès au moyen contraceptif.

L'âge n'est pas à lui seul une contre-indication formelle à tout moyen de contraception, y compris le stérilet.

L'efficacité des contraceptifs doit s'évaluer dans des conditions moyennes d'utilisation et non théoriques.

Des échantillons ou des modèles factices sont très utiles pour illustrer concrètement les explications sur le fonctionnement et l'utilisation des produits contraceptifs (préservatif, pilule...).

Une prescription à choix multiples est possible (préservatifs, pilule du lendemain, etc.) et doit toujours être réévaluée après quelques mois.

Tous les types de contraceptions peuvent être délivrés gratuitement et confidentiellement aux mineures dans les CPEF et les PMI.

Elles ont, dans ces conditions, un taux d'échec élevé, supérieur à 20 %. Il est cependant utile d'en parler, car elles permettent une réduction des risques non négligeables dans certaines situations de refus ou d'impossibilité de contraception plus efficace.

Le préservatif masculin, utilisé par 80 % des adolescents lors des premiers rapports sexuels, allie l'effet contraceptif à la protection contre les IST. Il doit être aux normes NF ou CE, lubrifié, avec réservoir et de taille adaptée. C'est la seule contraception qui implique le garçon. Mais son efficacité dépend beaucoup de son utilisation : plus que la rupture, accident rare, c'est un emploi non systématique à tous les rapports, et/ou pas dès le début qui est cause d'échec.

Il n'est pas remboursé (à partir de 20 centimes), mais gratuit dans les CPEF, les centres de dépistage du VIH et les centres d'information, de dépistage et

| TABLEAU NOUVELLES CONTRACEPTIONS HORMONALES | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| Produit | Composition | Durée d'action | Remarques |
| Anneau vaginal <i>Nuvaring</i> | Estroprogestatif (mêmes CI que la pilule) | 3 semaines | Possible chez l'adolescente qui le souhaite 16 €/mois, non remboursé SS |
| Patch <i>Evra</i> | Estroprogestatif (mêmes CI que la pilule, + CI si > 90 kg) | 1 semaine (3/cycles) | Intéressant acceptabilité +++ 16 €/mois, non remboursé SS |
| Implant <i>Implanon</i> <i>Nexplanon**</i> | Progestatif pur (beaucoup moins de CI) | 3 ans | Irrégularités menstruelles responsables de demandes de retrait dans 30 % des cas Remboursé SS |

* CI : contre-indication ; ** disponible en 2011.



PHANIE

de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Le préservatif féminin en polyuréthane est le seul moyen pour les femmes de se protéger des IST (VIH en particulier) lorsque le partenaire ne veut pas mettre de préservatif. Il est utile de le montrer aux adolescentes exposées pour qu'elles puissent s'en servir, y compris comme moyen de négociation. Il est plus cher (7 à 9 € les trois), non remboursé, mais gratuit dans les CPEF, les centres de dépistage du VIH et les CIDDIST.

La contraception d'urgence (Norlevo) est à prendre le plus tôt possible après un rapport non protégé, l'efficacité est de 95 % dans les premières 24 h puis diminue rapidement (ne pas utiliser au-delà de 72 h). Elle peut être prise plusieurs fois au cours du même cycle, quel que soit le moyen contraceptif en cause. Il n'y a pas de contre-indication. Un test de grossesse doit être pratiqué en cas de retard des règles suivant sa prise.

Elle est disponible en pharmacie, avec ou sans ordonnance (7,6 €) ou gratuitement pour une mineure qui la demande en pharmacie, en CPEF ou à l'infirmière de son établissement scolaire. En cas de vomissements survenant dans les 3 heures suivant la prise du comprimé, un autre doit être pris immédiatement.

La nouvelle contraception d'urgence EllaOne, efficace jusqu'au 5^e jour après un rapport non protégé, est désormais disponible, uniquement sur ordonnance. D'un mode d'action différent, elle est moins maniable en matière d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses.

ET LES IST ?

Elles sont, avec la grossesse non désirée, le principal risque des rapports sexuels non protégés. De nombreux virus et bactéries se transmettent lors des rapports sexuels, mais pas lors de baisers ou de caresses. Les plus fréquents : *Chlamydia trachomatis*, herpès, papillomavirus (condylomes vénériens), moins souvent gonocoque, syphilis, hépatite B, VIH. Ces infections peuvent entraîner des lésions des organes génitaux douloureuses ou non et sont aujourd'hui la principale cause de stérilité. *Chlamydia*, en particulier, dont environ 10 % des jeunes sont atteints, une fois sur deux sans le savoir, est responsable de salpingite avec obstruction tubaire.

→ « Comment sait-on si on en a ? »

Les IST sont très souvent asymptomatiques. Il faut donc y penser facilement et les rechercher même en l'absence de signes cliniques, surtout dans des situations de risques et à chaque nouveau partenaire si l'on veut cesser d'utiliser les préservatifs.

Elles peuvent entraîner :

– chez les filles : des pertes sales, des saignements

anormaux pendant ou hors des règles, des douleurs lors des rapports sexuels, des algies pelviennes ;

– chez les garçons : des brûlures mictionnelles, un écoulement purulent du méat urinaire, une ulcération, des douleurs de l'urètre ou du bas-ventre.

Leur recherche peut se faire sur ordonnance dans n'importe quel laboratoire : urines (premier jet) pour la recherche du *Chlamydia* par PCR, prélèvement vaginal et/ou cervical ou urétral pour les recherches de virus et de bactéries, sérologies. Ces différents examens peuvent être faits gratuitement et anonymement pour les mineurs dans un certain nombre de centres de planification, dans les CDAG (Centre de diagnostic anonyme et gratuit : VIH, syphilis, hépatites B et C) et dans les CIDDIST.

Les préservatifs masculin et féminin sont les seuls moyens efficaces d'éviter la transmission des IST. Les produits spermicides diminuent celle de certains agents infectieux mais pas assez pour être utilisés seuls.

Certains vaccins protègent totalement contre des IST : la vaccination peut être l'occasion d'avoir un entretien confidentiel sur la sexualité. Pour l'hépatite B, un rattrapage est possible pour les jeunes de 11 à 15 ans révolus non vaccinés auparavant, avec 2 injections à dose adulte (20 µg) à 6 mois d'intervalle.

Le vaccin contre les papillomavirus est recommandé aujourd'hui en France à toutes les jeunes filles de 14 ans, afin de les immuniser avant leur entrée dans la sexualité et de prévenir le portage chronique de ces virus responsables de dysplasies et de cancer du col de l'utérus des décennies plus tard. Un rattrapage chez les jeunes filles n'ayant pas encore eu de rapport sexuel ou au plus tard dans l'année des premiers rapports est proposé entre 15 et 23 ans.

QUE DIT LA LOI

En France, la majorité sexuelle est fixée à 15 ans. Si les rapports sexuels entre mineurs sont libres au regard de la loi, ils sont interdits entre un majeur de plus de 18 ans et un jeune de moins de 15 ans : même librement consentis, le majeur peut être poursuivi. Au-delà de 15 ans, les relations sexuelles sont possibles avec un majeur à condition qu'il ne soit pas en position d'avoir une influence sur lui (détournement de mineur).

Tout acte sexuel commis avec violence, contrainte, menace ou surprise est une agression sexuelle. Le viol est défini par « un acte de pénétration sexuelle de quelle que nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui avec violence, contrainte, menace ou surprise ». Les peines prévues par la loi sont alourdies si la victime est mineure, et encore plus si l'auteur est un ascendant ou en position d'autorité sur la victime, également si s'agit d'un viol collectif.



IST : la plus fréquente est à *Chlamydia trachomatis*.

→ « La pédophilie est-elle une maladie ? »

Elle désigne une attirance ou préférence sexuelle d'un adulte envers les enfants prépubères ou en début de puberté. Elle est considérée comme anormale dans la plupart des sociétés. Elle fait partie de la liste des maladies mentales (CIM-10 en France) et dans le DSM-IV, elle est classée comme paraphilie.

Les adolescents de 16 ou 17 ans peuvent aussi être considérés comme pédophiles s'ils ont une préférence sexuelle persistante ou prédominante vers les enfants prépubères au moins 5 ans plus jeunes qu'eux.

→ « Que signifient circoncision et excision ? »

Ces rites qui modifient le sexe existent depuis l'Antiquité. Ils procèdent à la fois du sacrifice, du rite de passage, du marquage nécessaire à l'appartenance à la communauté, de l'inscription dans le corps des femmes de la domination masculine. Une interprétation symbolique de ces coutumes peut être qu'il s'agit d'éliminer ce qui est féminin dans le sexe de l'homme et ce qui est masculin dans le sexe des femmes. Mais excision et circoncision ne sont pas des équivalents symétriques selon le sexe.

La circoncision est une opération rituelle ou chirurgicale qui consiste en l'ablation de tout ou partie du prépuce qui entoure le gland (selon l'OMS, environ 30 % des hommes adultes seraient circoncis). Elle est sans conséquence sur le fonctionnement des organes génitaux du garçon, ni au plan sexuel ni au plan urinaire.

L'excision est une mutilation génitale féminine, impliquant l'ablation du clitoris et de son capuchon, parfois accompagnée de l'ablation des petites lèvres. Elle peut être associée à une infibulation c'est-à-dire à la suture des grandes lèvres. Ces mutilations, pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles entre l'enfance et l'âge de 15 ans, sont extrêmement douloureuses, fréquemment sources de complications hémorragiques et infectieuses, parfois mortelles. Elles altèrent définitivement l'avenir des femmes : absence de plaisir sexuel, rapports sexuels douloureux, complications génitales, urinaires et à l'accouchement parfois dramatiques pour la mère ou le nouveau-né. Bien qu'elles soient aujourd'hui interdites dans la plupart des pays, elles touchent actuellement entre 100 et 140 millions de jeunes filles et de femmes, majoritairement en Afrique. ●

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant cet article.

Pour en savoir plus

- Carel JC. Dossier puberté. Rev Prat 2008;58:1303-16.
- Deutsch-Bringer S, Pons JC. Contraception. Rev Prat 2008;58: 1353-62.
- Lagrange H, Lhomond B. L'entrée dans la sexualité. Paris: La Découverte; 1997: 464 p.
- Arvis G, Forest MG, Sizonenko PC. La puberté masculine et ses pathologies (Progrès en andrologie 4). Paris: Doin; 1993: 286 p.
- Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent, 2^e éd. Coll. Pour le praticien. Paris: Masson; 2005: 453 p.
- Bajos N, Bozon B, Beltzer N et l'équipe CSF. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris: La Découverte; 2008: 612 p.

Sites et téléphones utiles

- www.g-oublieapilule.com
- www.choisirsacontraception.fr
- Fil Santé jeunes : tél : 3224. www.filsantejeunes.com

