

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
Par

Justine LEQUART

Née le 06 septembre 1996 à Chambray-lès-Tours (37)

TITRE

Les freins à l'utilisation des préservatifs lors d'un rapport sexuel occasionnel
chez les étudiants de 18 à 26 ans.

Présentée et soutenue publiquement le **19 juin 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Adrien LEMAIGNEN, Maladies infectieuses, Faculté de
Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Geoffroy LECAT, Médecine Générale – Tours, CIVG CH de Blois

**Directeur de thèse : Docteur Laetitia CANAZZI, Médecine Générale – Cléry-Saint-André,
CIVG CHU d'Orléans**

RÉSUMÉ

Introduction : En octobre 2024, Santé Publique France rapporte une hausse de l'incidence de la plupart des infections sexuellement transmissibles (IST). En 2019, une étude montrait que 57% des étudiant.e.s avaient déjà oublié d'utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel. Cela soulève des questions sur l'efficacité des campagnes de prévention, l'éducation sexuelle et l'utilisation des moyens de protection disponibles. L'objectif de cette étude était d'explorer les freins à l'utilisation des préservatifs lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les étudiant.e.s de 18 à 26 ans.

Matériel et méthode : Cette étude qualitative utilise une approche inspirée de la théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 12 étudiants âgés de 18 à 26 ans. L'analyse des données a suivi un processus itératif et a permis de construire un modèle explicatif.

Résultats : Les étudiant.e.s décrivent plusieurs freins à l'utilisation des préservatifs. Certains sont liés aux connaissances (éducation sexuelle insuffisante et/ou inadaptée, absence de promotion de certains préservatifs, perception des IST, impact de la pornographie). D'autres concernent les ressources et capacités (facteurs matériels et logistiques, responsabilité masculine, capacité à affirmer son choix, caractère intime de la sexualité). Enfin, certains freins sont liés à l'utilisation en pratique (influence du moment et du contexte, influence sur la qualité du rapport sexuel, confiance et influence du partenaire, notion d'expérience, impact des relations intimes passées).

Discussion et conclusion : Renforcer l'usage du préservatif chez les étudiant.e.s nécessite une approche plus globale de la santé sexuelle. Cela repose sur une meilleure information sur les IST, la valorisation des temps de prévention par les professionnels de santé, et la promotion de la protection partagée et des préservatifs. Toutefois, ces actions se heurtent à la difficulté d'aborder un sujet aussi intime que la sexualité, tant pour les jeunes que pour les professionnel.le.s de santé.

Mots clés : Préservatifs, Étudiants/étudiantes, Prévention, Rapport sexuel occasionnel, Médecine Générale

ABSTRACT

Barriers to Condom Use During Casual Sex Among Students Aged 18 to 26

Background: In October 2024, Santé Publique France reported an increase in the incidence of most sexually transmitted infections (STIs). In 2019, a study showed that 57% of students had already forgotten to use a condom during sexual intercourse. This raises questions about the effectiveness of prevention campaigns, sex education, and the use of available protective methods. The aim of this study was to explore the barriers to condom use during casual sex among students aged 18 to 26.

Materials and Methods: This qualitative study uses an approach inspired by grounded theory. Semi-structured interviews were conducted with 12 students aged between 18 and 26. Data analysis followed an iterative process and enabled an explanatory model to be constructed.

Results: Students described several obstacles to condom use. Some relate to knowledge (insufficient and/or inadequate sex education, lack of promotion of certain condoms, perception of STIs, impact of pornography). Others concern resources and capacities (material and logistical factors, male responsibility, ability to assert one's choice, intimate nature of sexuality). Finally, some of the obstacles are linked to practical use (influence of the moment and context, impact on the quality of sexual intercourse, trust and influence of the partner, experience, impact of past intimate relationships).

Discussion and Conclusion: Strengthening condom use among students requires a more comprehensive approach to sexual health. This involves better information about STIs, greater emphasis on prevention opportunities by healthcare professionals, and promoting shared protection and condoms. However, these initiatives come up against the difficulty of tackling a subject as intimate as sexuality, for both young people and healthcare professionals.

Keywords: Condoms, Students, Prevention, Casual sex, General practice

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
 CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition 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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Adrien LEMAIGNEN,
Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse.

A ma directrice de thèse, Madame la Docteure Laetitia CANAZZI,
Je te remercie de m'avoir accompagnée tout au long de mon travail, de m'avoir accordé ton temps, de m'avoir poussée dans ma réflexion et de m'avoir apporté tes conseils.

A Monsieur le Professeur Henri MARRET,
Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant d'apporter votre expertise pour évaluer mon travail.

A Monsieur le Docteur Geoffroy LECAT,
Je te remercie de m'avoir accompagnée et enseigné tant de choses durant mon stage au CIVG. Te savoir membre du jury de ma thèse me semble une finalité évidente. Merci encore !

A tous les étudiants qui ont accepté de participer à mon travail de thèse en prenant le temps de répondre à mes questions sur ce sujet si personnel. Merci beaucoup !

À mes maitres de stage

Merci à tous mes maitres de stage pour m'avoir accueillie et accompagnée dans ma formation de médecin généraliste.

Un grand merci au Dr Bertille DIEN et au Dr Stéphane MERLET, vous m'avez permis de découvrir la médecine générale et m'avez aidé dans cette période post-concours si difficile. J'ai hâte de poursuivre mes premières années en tant que Docteure au sein de la maison médicale de Chinon.

Merci au service du CIVG de Blois, j'ai retrouvé cette confiance en moi grâce à vous, à votre bienveillance et à votre gentillesse. Vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Merci à la Maison d'Arrêt de Tours, cette équipe et vos patients qui sont devenus les miens pendant 6 mois, m'ont montré la difficulté des soins dans certains milieux et l'injustice que cela entraîne. Vous avez été une équipe solaire dans ce milieu difficile et m'avez apporté des compétences thérapeutiques inestimables pour ma pratique future.

Merci au Dr VEAUVY, tu as fait partie de mes derniers maitres de stage et tu as été la première à me faire confiance en tant que remplaçante. Merci pour ton expertise, ta justesse d'esprit et ta sympathie. Ce stage m'a permis de finir mon internat dans les meilleures conditions pour commencer mes remplacements.

À ma famille et mes amis

À mes parents,

Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis devenue aujourd'hui et de m'avoir poussée pour réaliser mes rêves. Notre famille peut sembler bizarre d'un regard extérieur mais elle est tellement parfaite de l'intérieur. Vous m'avez accompagnée, chacun à votre manière, et m'avez apporté l'aide et l'énergie dont j'avais besoin pour réussir.

Juste pour information, mon sale caractère, c'est de vous que je le tiens, à tous les deux.

À mes chouchous, Alexandre et Hippolyte,

Vous avez bouleversé ma vie d'adolescente en arrivant dans celle-ci, surtout le petit dernier (un mois avant le concours de médecine quand même !). Aujourd'hui, je ne pourrais jamais vous considérer autrement que comme mes petits frères. Vous avez chacun votre caractère mais vous êtes parfaits tous les deux. Je vous aime !

À Cécile, ma marâtre,

Tu as été présente de nombreuses années à mes côtés, à m'enseigner des choses importantes (« j'ai quelque chose à te demander », « j'ai une question à te poser ») et tu m'auras montré que rien ne sert de se fâcher et de crier. Tu es la maman de mes merveilleux fauteurs de troubles et pour cela, je sais que tu seras toujours présente dans ma vie.

À Antoine,

Tu es rentré plus tardivement dans ma vie et tu as mis un pied dans cette famille recomposée si particulière. Grâce à toi, Groix n'est plus seulement un souvenir du passé. Aujourd'hui, cette île est devenue mon havre de paix (et celui de beaucoup d'autres personnes) car « Qui voit Groix, voit sa joie » (et « perd son foie »).

À mes grands-parents,

Merci de m'avoir soutenue au cours de ces longues études, de m'avoir gâtée comme vous l'avez toujours fait et le faites encore. Pouvoir passer autant de temps ensemble, à partager de nombreuses choses, m'apporte un bonheur inestimable.

Merci à JP et Rodica,

Vous agrandissez et enrichissez notre famille, je ne pourrais jamais vous considérer autrement que comme mes grands-parents.

A Papichou,

Je serai toujours ton Docteur et tu seras toujours mon confrère. Je ne suis pas sûre que tu puisses être là le jour de la soutenance, mais je suis sûre que tu penses à moi en ce jour si important. Cette thèse, elle est pour toi.

À Jaben,

Tu as été et tu seras toujours mon pilier, dans n'importe quelle situation. Tu es l'ami franc qui ose me dire quand je vais trop loin et celui qui est là pour moi dans les pires et les meilleurs moments. Savoir que tu pars à Toulouse me fend le cœur mais je suis tellement heureuse pour toi (et l'autre Ju).

À Montes,

Je garde en tête que je suis ton second choix, même si au final, je suis la meilleure fillotte du monde ! Tu fais partie de mes amis les plus proches, tu m'as accompagnée le long de mes études et aujourd'hui, même si nous avons des emplois du temps de ministre et que nous nous voyons moins, je suis fière que tu sois mon témoin de mariage.

À Alizée,

Je suis heureuse de t'avoir rencontrée mais je ne suis pas sûre de te remercier de m'avoir fait découvrir le CRIT à ta façon (c'était un enfer !). Par contre, les balades à cheval en ta compagnie, j'ai hâte.

Courage pour supporter le gros nounours pour le reste de ta vie, vivement 2026 pour fêter ça avec vous.

À Charlotte et Marine, mes copines des Urgences qui sont devenues les copines d'une vie. Ces gardes nous auront fait vivre toutes les émotions et sans vous elles auraient été encore plus difficiles. Que de rires (et de pleurs pour Charlotte) partagés ensemble depuis cette première année d'internat. Vous savoir toujours présentes dans ma vie, à partager nos bonheurs, nos doutes et nos évolutions, me montre que ces études n'ont pas que des côtés négatifs. Merci d'avoir accepté de m'accompagner pour dire « Oui ! » à l'homme qui partage ma vie.

À Alice et Manon,

Sans vous, ce stage en gériatrie aurait été un enfer. Mais les après-midis interminables suivis de la Guinguette de Tours en resteront les meilleurs souvenirs. Aujourd'hui, nous avons gardé cette habitude de debrief autour d'un verre et, grâce à vous, ce métier est moins difficile. De collègues, vous êtes devenues des amies et les debriefs ne parlent plus seulement de boulot.

À Othilie,

Nos soirées resteront les plus mémorables et les plus imprévisibles qui existent. Plus jamais je ne dirais que nous allons prendre « juste » un verre, car ce n'est jamais le cas. Je n'ai pas hâte de vous perdre en tant que voisins, pour ces apéros improvisés mais surtout pour la gestion de votre tribu féline.

Au trio infernal, Agathe, Cloé et Eléonor,

Mes plus vieilles copines, peut-être mes plus folles aussi,

Même aux quatre coins de la France et parfois du monde, après de longues périodes sans se voir, nos retrouvailles donnent l'impression que nous nous sommes vues la veille. Et ça, pour moi, c'est l'amitié, la vraie.

A Alexandre, Sixtine et Vasko le petit dernier,

Notre groupe d'amis est arrivé tard dans la vingtaine mais aujourd'hui vous faites partie de nos amis les plus proches. J'espère pouvoir continuer longtemps à partager de nombreuses choses avec vous : mourir au sport à cause de Vincent, nos dîners/barbecues dans nos jardins, nos après-midis/soirées jeux, partir avec mes deux jambes en vacances, et agrandir nos familles (d'animaux ou de petits êtres).

Merci, tout particulièrement, à Sixtine, tu es la fameuse copine qu'on découvre à l'ébauche de la trentaine, qui n'a rien à voir avec nos études ou nos parents. Tu es celle qu'on choisit par pure amitié.

Merci à Alex pour les quelques sorties à moto (en attendant que le mien s'y mette), nos séances avec Vincent en amoureux et ces discussions sérieuses et pleines de vérité.

À Flora,

Grâce à toi, j'ai découvert un nombre incroyable de cocktails même si j'ai quelques préférences pour certains, que cela soit dans ton bar ou ailleurs. Nous avons partagé tant de choses et je sais qu'il en reste encore beaucoup. Tu fais partie des personnes qui me connaissent le mieux même quand je ne veux pas admettre la vérité. Je sais à quel point je n'ai pas besoin de parler pour que tu me comprennes.

À Paul, mon mari (oui oui, je peux le dire depuis six jours),
Je ne saurais pas par où commencer, mais je sais que sans toi, je ne serais pas là aujourd'hui. Tu m'as soutenue dans les pires moments de ces études, tu as supporté mes sautes d'humeur, mes instants de doute et mes défaites. Grâce à toi, j'ai compris que ma spécialité ne faisait pas de moi quelqu'un de moins bien que les autres, et pour cela, je ne te serai jamais assez reconnaissante.
Je ne te ferai pas une grande déclaration d'amour car sinon je n'aurais plus rien à écrire pour nos vœux. Mais je peux te dire que je t'aime plus que tout et que tu fais de moi une femme heureuse (et on sait la difficulté).

À Babou, j'aurais adoré que tu sois là aujourd'hui, tu aurais été tellement fière. Tu seras à jamais dans mon cœur.

PS à tous : Merci d'avoir été à mes côtés lors de ce petit incident de parcours ... J'avoue que le challenge AVC quelques semaines avant de rendre ma thèse, c'était un bonus.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CCP : Consultation Contraception et Prévention

CMG : Collège de Médecine Générale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNS : Conseil National du Sida et des hépatites virales

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Études Supérieures

DGS : Direction Générale de Santé

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

DTPCa : Diphtérie – Tétanos- Poliomyélite – Coqueluche

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human PapillomaVirus

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis

SFLS : Société Française de Lutte contre le Sida

SPILF : Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française

TPE : Traitement Post-Exposition

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	17
II.	Matériel et méthodes	19
A.	Type d'étude	19
B.	Population	19
C.	Recueil des données	19
D.	Analyse des données	19
E.	Aspects éthiques et réglementaires	20
III.	Résultats	21
A.	Description de l'échantillon	21
B.	Connaissances autour de la sexualité	22
a.	Différentes représentations du rapport sexuel à risque	22
i.	<i>Absence de protection physique</i>	22
ii.	<i>Risque d'IST</i>	22
iii.	<i>Risque de grossesse</i>	22
iv.	<i>Risque de violence ou d'absence de consentement</i>	23
b.	Manque d'information autour de la sexualité	23
i.	<i>Éducation sexuelle insuffisante</i>	23
ii.	<i>Informations erronées</i>	23
iii.	<i>Informations inadaptées</i>	24
iv.	<i>Oubli ou non prise en compte des informations reçues lors de l'éducation à la vie affective et sexuelle</i>	24
v.	<i>Absence de promotion de certains préservatifs</i>	24
c.	Perceptions des IST	25
i.	<i>Minimisation ou non prise en compte du risque d'IST</i>	25
ii.	<i>Hiérarchisation de la sévérité des IST</i>	25
iii.	<i>Démocratisation des traitements</i>	26
iv.	<i>Impact de la PrEP</i>	26
d.	Impact de la pornographie	27
C.	Ressources et capacités	27
a.	Facteurs matériels et logistiques	27
i.	<i>Disponibilité</i>	27
ii.	<i>Contraintes logistiques</i>	27
iii.	<i>Prix</i>	28
iv.	<i>Allergie</i>	28
b.	Ressources psychologiques et cognitives	28
i.	<i>Capacité à affirmer son choix</i>	28
ii.	<i>Responsabilité masculine</i>	28
iii.	<i>Caractère intime de la sexualité</i>	29
D.	Utilisation du préservatif en pratique réelle	31
a.	Influence du moment et du contexte	31
i.	<i>Influence du moment</i>	31
ii.	<i>Impact de l'alcool et du contexte festif</i>	32

b.	Influence sur la qualité du rapport sexuel	33
i.	<i>Sensation différente avec un préservatif</i>	33
ii.	<i>Diminution du plaisir et de l'excitation</i>	33
iii.	<i>Diminution du confort</i>	34
iv.	<i>Manque de lubrification</i>	34
c.	Aspect naturel du rapport sexuel et contrainte du préservatif.....	34
d.	Préférence pour le rapport sexuel sans préservatif.....	34
e.	Confiance envers le partenaire et prise de risque	35
i.	<i>Facteurs influençant la confiance</i>	35
ii.	<i>Acceptation de la prise de risque</i>	37
f.	Influence du partenaire.....	37
i.	<i>Minimisation du risque par le partenaire</i>	37
ii.	<i>Culpabilisation et insistance du partenaire</i>	38
g.	Notion d'expérience pratique	38
h.	Impact des relations intimes passées.....	38
i.	<i>Habitude d'avoir un rapport sexuel sans préservatif</i>	38
ii.	<i>Transmission par le partenaire d'une pratique à risque</i>	39
IV.	Discussion	40
A.	Les principaux résultats : exposé du modèle explicatifs	40
B.	Comparaison des résultats avec la littérature et perspectives	40
a.	L'éducation à la vie affective et sexuelle	41
b.	Ressources et capacités	42
c.	Utilisation du préservatif en pratique réelle	43
d.	Influence du partenaire et impact des relations intimes passées	44
e.	Impact de la PrEP et perception des IST	44
f.	La sexualité, un sujet intime.....	45
i.	<i>En médecine générale</i>	45
ii.	<i>Dans le cursus scolaire et l'environnement familial</i>	46
C.	Discussion à propos de l'étude	47
a.	Limites de l'étude.....	47
b.	Forces de l'étude	47
V.	Conclusion.....	49
VI.	Bibliographie.....	50
VII.	Annexes	54
A.	Annexe 1 : Guide d'entretien initial	54
B.	Annexe 2 : Grille de caractérisation socio-démographique	55
C.	Annexe 3 : Outil communicationnel « 5 S »	56
D.	Annexe 4 : Grille COREQ	57

I. Introduction

Le dernier bulletin de Santé Publique France d'octobre 2024 rapporte une augmentation de l'incidence de la plupart des infections sexuellement transmissibles entre 2021 et 2023 : +10% pour les Chlamydias, +55% pour le Gonocoque et +20% pour la Syphilis(1).

Toujours d'après Santé Publique France, les jeunes de 15 à 24 ans représentent la population la plus touchée par les IST, notamment par les infections à Chlamydia et Gonocoque(2). Les étudiant.e.s représentent une part significative de cette population à risque. En effet, selon l'INSEE (2019), deux tiers des 18-20 ans et trois dixièmes des 21-24 ans sont étudiants(3).

Un rapport du CNS de 2017 mentionne que « l'utilisation [du préservatif] semble déconnectée par rapport à une réflexion globale de prévention »(4).

Cette dernière réflexion fait suite à un article datant de 2011 sur « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France » qui rapporte que « l'intérêt [du préservatif] et son efficacité semblent de moins en moins comprises » pour les jeunes de 18-30 ans(5).

Cela soulève des questions sur l'efficacité des campagnes de prévention, l'éducation sexuelle et l'utilisation des moyens de protection disponibles, notamment contre les IST.

Parmi ces moyens, les préservatifs internes et externes jouent un rôle central(6).

Pourtant, une étude de la mutuelle Heyme réalisée en 2019 révèle que seulement 44% des étudiant.e.s français utilisent systématiquement un préservatif lors d'un rapport sexuel et 57% reconnaissent avoir déjà oublié de les utiliser(3).

Les comportements semblent varier selon le type de relation car parmi les étudiant.e.s qui n'utilisent pas systématiquement de préservatif, les trois quarts le justifient par le contexte d'une relation avec un partenaire stable(3).

Cependant, les rapports sexuels occasionnels (« casual sex ») constituent une autre dynamique relationnelle qui nécessite une attention particulière.

Le « casual sex » est, selon un article publié dans les « Archives of Sexual Behavior » en 2013, le fait de « rencontrer un partenaire et avoir des rapports sexuels le même jour », et/ou « avoir des rapports sexuels avec un partenaire une seule fois », et/ou « avoir des rapports sexuels sans engagement émotionnel »(7).

Aux États-Unis, 60 à 80% des étudiant.e.s ont déjà vécu une expérience de ce type(8). Actuellement, il n'existe pas d'épidémiologie concernant ces rapports sexuels occasionnels dans la littérature francophone, et notamment chez les étudiant.e.s.

Face à cette situation, le gouvernement français a instauré en 2017 une Stratégie Nationale de Santé Sexuelle. En concertation avec les acteurs de terrains, plusieurs objectifs à atteindre d'ici 2030 (Objectifs de Développement Durable de l'ONU) ont été définis (9):

- Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves (Syphilis, Gonococcie, Chlamydiae, Lymphogranulome vénérien) avec pour année de référence 2023
- Éliminer les épidémies d'IST en tant que problèmes majeurs de santé publique

Dans la démarche de cette stratégie nationale, en décembre 2018, l'Assurance Maladie a mis en place le remboursement sur ordonnance des préservatifs externes « Eden » et « Sortez couverts ! » pour toute la population(10). Depuis le 1^{er} janvier 2023, ces deux marques sont également disponibles gratuitement en pharmacie, sans ordonnance, pour les jeunes de moins de 26 ans. Depuis, l'Assurance Maladie fait évoluer fréquemment son panel de marques de préservatifs externes et a ajouté, en janvier 2024, des marques de préservatifs internes

(« Ormelle », « So sexy & smile », « Be Loved free »)(11). Depuis le 31 mars 2025, des préservatifs externes sans latex sont également remboursés à 100% : les « Manix sensivity ». Pour les plus de 26 ans, tous ces préservatifs bénéficient d'un remboursement de 60% par l'Assurance Maladie sur présentation d'une prescription médicale(12).

Plusieurs thèses de médecine générale datant de 2018 et de 2019 ont abordé le sujet de l'usage du préservatif(13–15).

En septembre 2019, le Dr Vieban réalise une revue de la littérature sur « les freins et les leviers à l'usage du préservatif » et ne fait mention que d'une seule étude qualitative en France(13). Elle correspond à une thèse de médecine générale sur « Les déterminants de l'arrêt du préservatif ». Or, celle-ci ne comporte que des réponses de personnes de sexe féminin et ne se concentre que sur le préservatif externe(15).

Suite à la lecture de ces différents articles et à l'évolution de la législation, nous avons souhaité connaître les freins à l'usage des préservatifs (internes et/ou externes) lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les étudiant.e.s de 18 à 26 ans.

II. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

Étude qualitative inspirée de l'approche par théorisation ancrée. Cette approche a été choisie pour apporter l'analyse d'un phénomène social : la « non-utilisation » du préservatif.

B. Population

La population a été recrutée selon un échantillonnage raisonné théorique. Elle était constituée d'étudiant.e.s âgé.e.s de 18 à 26 ans. La limite d'âge supérieure a été fixée par la réglementation de l'Assurance Maladie prenant en charge gratuitement les préservatifs sans ordonnance. La limite d'âge inférieure a été fixée afin qu'il ne soit pas nécessaire d'obtenir un accord parental. En raison de la difficulté à recruter des étudiants dans le département de l'Indre-et-Loire, la population a été élargie au niveau national au cours de l'étude.

Les étudiant.e.s ont été recruté.e.s selon leurs différentes catégories professionnelles. Le contact a été fait par les associations étudiantes ainsi que par des connaissances personnelles. Certain.e.s participant.e.s ont permis d'en recruter d'autres via leurs contacts.

Les participant.e.s ont été caractérisé.e.s par leur âge, leur sexe biologique, leur orientation sexuelle, leur religion, leur type et niveau d'étude, leur revenu mensuel (moins de 200€, entre 200€ et 400€, entre 400€ et 600€, plus de 600€), leur situation à la fin du mois (facile, neutre, difficile) et leur éducation sexuelle (bénéficiée ou non, si oui : par qui).

C. Recueil des données

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin de préserver l'intimité des participant.e.s. La plupart des entretiens ont été réalisés en visioconférence, seuls deux ont été réalisés en présentiel. La localisation des entretiens présentiels a été définie par l'investigatrice, après accord du participant, afin de garder un cadre intimiste.

Une trame d'entretien a été réalisée en abordant les rapports sexuels occasionnels, le risque sexuel, les préservatifs puis l'évolution du comportement depuis l'introduction des préservatifs gratuits (annexe 1). Elle a été modifiée au fur et à mesure des entretiens pour améliorer la collecte des données.

Réalisés entre le 27 mai 2024 et le 19 décembre 2024, les entretiens ont été enregistrés par une application d'enregistrement vocal sur téléphone. Ils ont été retranscrits intégralement via le logiciel Word®, anonymisés et numérotés par ordre de réalisation. Les enregistrements ont été supprimés après retranscription.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

D. Analyse des données

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation en comparant les résultats de la chercheuse avec ceux de deux autres thésardes : Charlotte Gress et Alice Kohler.

L'étiquetage initial a été réalisé à l'aide du logiciel NVivo 14®. L'analyse a permis de faire émerger des catégories et leurs propriétés.

L'analyse axiale a permis de relier les propriétés et catégories autour de grands axes porteurs de sens.

L'analyse intégrative a mis en relation des différentes catégories pour construire un modèle explicatif, élaboré avec le logiciel Word®.

E. Aspects éthiques et réglementaires

Le consentement libre et éclairé a été demandé avant chaque entretien par un formulaire d'information signé par chaque participant.e.

Compte tenu du type de données collectées et après avis auprès du Dr Sophie Guyant, médecin coordinatrice de la cellule des recherches non interventionnelles à la DRCI, l'avis du comité éthique et la déclaration de l'étude à la CNIL n'ont pas été nécessaires.

III. Résultats

A. Description de l'échantillon

Au total, 12 étudiant.e.s ont participé à l'étude, réparti.e.s entre Tours, Paris, Rennes et Le Havre. Les entretiens ont duré entre 14 minutes et 1 heure et 10 minutes.

Le sexe féminin représente 7 étudiants et le sexe masculin 5 étudiants, avec une majorité d'hétérosexuels, 2 homosexuels masculins et 1 bisexuelle.

Un seul participant a déclaré ne pas avoir bénéficié d'éducation sexuelle, que cela soit dans le cadre scolaire ou familial.

Participant	Age	Sexe	Orientation sexuelle	Religion
E1	18	F	Hétérosexuelle	Non
E2	20	M	Hétérosexuel	Catholique non pratiquant
E3	22	F	Hétérosexuelle	Non
E4	26	M	Homosexuel	Non
E5	19	F	Hétérosexuelle	Non
E6	22	F	Hétérosexuelle	Non
E7	26	F	Hétérosexuelle	Non
E8	24	M	Homosexuel	Non
E9	18	F	Hétérosexuelle	Non
E10	22	M	Hétérosexuel	Catholique non pratiquant
E11	24	F	Bisexuelle	Non
E12	20	M	Hétérosexuel	Non

Participant	Type et Niveau d'étude	Revenu mensuel	Perception des fins de mois	Éducation sexuelle
E1	Ergothérapie – 1 ^{ère} année	Plus de 600€	Neutre	Oui
E2	Ingénieur – 3 ^{ème} année	Entre 200 et 400€	Facile	Oui
E3	Commerce – 5 ^{ème} année	Moins de 200€	Neutre	Oui
E4	Médecine – 7 ^{ème} année	Plus de 600€	Neutre	Oui
E5	Communication – 2 ^{ème} année	Entre 400 et 600€	Facile	Oui
E6	Assistante dentaire – 2 ^{ème} année	Plus de 600€	Difficile	Oui
E7	Médecine – 8 ^{ème} année	Plus de 600€	Facile	Oui
E8	Médecine – 7 ^{ème} année	Plus de 600€	Neutre	Oui
E9	Droit – 2 ^{ème} année	Moins de 200€	Difficile	Oui
E10	Ostéopathie – 4 ^{ème} année	Entre 400 et 600€	Neutre	Non
E11	Marketing spécialisé – 5 ^{ème} année	Plus de 600€	Facile	Oui
E12	École de cinéma – 2 ^{ème} année	Entre 200 et 400€	Facile	Oui

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

B. Connaissances autour de la sexualité

a. Différentes représentations du rapport sexuel à risque

Les étudiant.e.s n'ont pas tous eu la même représentation d'un rapport sexuel à risque. A noter, qu'il n'a pas été trouvé dans la littérature de définition officielle d'un rapport sexuel à risque. Cette représentation varie en fonction du sexe biologique et de l'orientation sexuelle.

E8 : « [...] moi, j'ai double peine, c'est que de un, je suis un homme, et que, de deux, je suis homosexuel. [...]. Mais c'est vrai qu'en fait, là je suis en train de me rendre compte, que quand je demande à mes patients s'ils ont eu un rapport sexuel à risque, mais c'est vrai qu'on a pas tous la même définition. »

i. Absence de protection physique

De nombreux étudiant.e.s interrogé.e.s ont rapporté la notion de risque par l'absence de protection physique, sous-entendu, l'absence du port d'un préservatif.

E7 : « Pour moi, c'est un rapport où il y aura pas forcément de protection, que ce soit capote ou préservatif féminin. »

E10 : « C'est un rapport déjà sans protection. [...], pas de préservatif. »

E11 : « Et, forcément, sans préservatif ou quelques protections physiques que ce soit, non plus. »

ii. Risque d'IST

Certain.e.s étudiant.e.s ont exprimé de manière plus précise le risque d'IST.

E3 : « [...], risque 2 : de choper une MST. »

E6 : « [...], surtout protection contre la maladie. »

E7 : « À risque, ça peut être aussi, bah après s'il y a des risques de, bah forcément de transmission de maladie, d'IST derrière. »

iii. Risque de grossesse

Beaucoup d'étudiants, qu'ils soient de sexe féminin ou masculin, ont fait mention du risque de grossesse. Ce risque était soit directement évoqué, soit implicite par l'expression de l'absence de contraception.

E3 : « [...] risque 1 : d'être enceinte, [...] »

E8 : « [...] et aussi le risque de grossesse. »

iv. Risque de violence ou d'absence de consentement

Certain.e.s étudiant.e.s ont fait mention du risque de violence et de remise en cause du consentement, notamment avec les partenaires inconnu.e.s.

E4 : « Pour moi, [...], un rapport sexuel avec un inconnu est un rapport sexuel à risque. [...]. Même s'il y a une protection par un préservatif. [...]. »

La violence, pour les problèmes qui sont les problèmes actuels, les problèmes de consentement [...]. »

E6 : « Quand on connaît pas aussi la personne. »

E9 : « [...] plutôt un risque émotionnel et de violence. »

b. Manque d'information autour de la sexualité

i. Éducation sexuelle insuffisante

De nombreux.ses étudiant.e.s ont rapporté avoir manqué d'éducation à la vie affective et sexuelle et d'informations, notamment sur les risques des IST et leurs conséquences.

E1 : « Je pense que, enfin, je sais qu'à l'école c'est vraiment, on a eu un ou deux cours dessus [sur l'éducation sexuelle] et c'était vraiment très très pauvre. »

E3 : « [...] je pense dans la pose d'un préservatif, tu vois, genre typiquement, moi je sais que on nous avait montré sur un concombre ou je sais pas quoi, comment mettre un préservatif mais pour le coup je sais pas si on a essayé, j'ai pas le souvenir. Donc, du coup, on te montre comment faire mais t'essayes pas, tu sais pas que ça glisse (rire), que c'est chiant, que si t'es pas du bon côté bah ça marche pas, enfin tu vois ce que je veux dire. »

E5 (échange) :

« – I : On a parlé de ça en infection sexuellement transmissible [les Chlamydias], on n'a pas parlé du tout syphilis, hépatite. T'es au courant ? T'es pas au courant ? »

– E5 : Pas trop, franchement, je les connais pas trop.

– I : Est-ce qu'il pourrait te manquer des informations pour prendre pleinement conscience de l'utilité et de l'impact du préservatif ?

– E5 : Ouais, je suis pas du tout assez informée sur les risques que je prends, ouais. »

E12 : « Je pense que tout est, la partie au collège et au lycée, on rentre pas tant que ça dans la partie pourquoi se protéger et, et qu'est-ce qu'une relation à risque, à quoi il faut faire attention, tout ça. »

ii. Informations erronées

Des étudiant.e.s ont estimé que certaines informations apportées lors de l'éducation à la vie affective et sexuelle étaient erronées et que les personnes en ayant la charge étaient peu qualifiées.

E1 : « Et puis vu que moi ma mère, elle m'en avait parlé avant, je savais que la prof elle disait un peu n'importe quoi. »

NB : profession de la mère : sage-femme

E1 : « Mais vraiment, je pense que faudrait réussir à plus parler à des professionnels de santé qui, c'est leur métier de parler de ça, de conseiller sur ça, alors que bah par exemple la prof de SVT, bah elle était pas du tout qualifiée pour faire ça. »

E6 (échange) :

« – I : Et tu penses que ça devrait être fait par qui [l'éducation sexuelle] ?

– E6 : Bah par quelqu'un qui est spécialisé là-dedans [...]. Ou même simplement un médecin, une sage-femme [...] »

iii. Informations inadaptées

Un des étudiants homosexuels a jugé que son éducation à la vie affective et sexuelle n'était pas adaptée à son orientation sexuelle et à ses pratiques.

E4 : « [...] mon éducation sexuelle c'est une éducation sexuelle d'un couple d'hétéro, qui a beau avoir été extrêmement ouvert, ça reste un couple d'hétéro qui a éduqué sexuellement un jeune homosexuel. »

E4 : « Non, j'ai pas eu d'éducation sexuelle adaptée à ma sexualité telle qu'elle a été, clairement. »

iv. Oubli ou non prise en compte des informations reçues lors de l'éducation à la vie affective et sexuelle

Certain.e.s étudiant.e.s ont oublié les informations qu'ils ont pu recevoir lors de leur éducation à la vie affective et sexuelle.

E5 : « Parce que ce qu'on nous dit au collège, et cetera, honnêtement, la plupart des gens retiennent rien. »

v. Absence de promotion de certains préservatifs

Quelques étudiant.e.s ont rapporté manquer d'information sur certains préservatifs, notamment les préservatifs gratuits mais aussi les préservatifs internes.

E1 : « On ne m'a jamais parlé des féminins [préservatifs] et à l'école ça, c'est quelque chose qu'on parle très peu. [...] Quand je vais à la pharmacie, c'est pas quelque chose que j'envisage parce que je sais pas trop comment ça s'utilise, comment c'est, etc., du coup. »

E6 : « Alors que je trouve que préservatif féminin, on n'a pas trop d'éducation dessus. »

E11 : « J'avoue que j'avais connaissance de ça [préservatifs gratuits], mais en fait j'ai jamais vu quoi que ce soit passé, que ce soit à la télé ou même des annonces ou des choses comme ça, jamais. Enfin, on m'en a parlé, je l'ai entendu par-ci par-là, mais c'est vrai que ça a pas été vraiment, entre guillemets, enfin, ils en ont pas fait la promotion, j'ai l'impression. »

c. Perceptions des IST

i. Minimisation ou non prise en compte du risque d'IST

Les étudiant.e.s ont eu tendance à minimiser leur prise de risque, surtout vis-à-vis des IST.

E1 : « [...] le risque est vraiment moindre. »

E5 : « Et le VIH, dans ma tête, j'ai l'impression que ça se transmet pas du tout, que y en a pas beaucoup qu'y en ont. »

E9 : « Enfin, c'est un peu ce côté, ouais, il s'est rien passé, ça va rien faire la prochaine. »

E12 : « Tant que ça t'arrive pas, t'as l'impression que ça t'arriveras jamais. Mais comme pour tout, c'est que tu te sens intouchable, invincible, entre guillemets. »

Certain.e.s, même, n'ont pas eu conscience de leur prise de risque.

E4 : « Les hépatites A, [...], c'est quelques chose qui m'a jamais traversé la tête. »

E5 : « Parce que pas conscience du risque. »

Cette notion de risque semble dépendre de leur expérience personnelle : ils considèrent que, n'ayant jamais contracté d'IST malgré des rapports à risque, le danger est soit faible, soit complètement inexistant.

ii. Hiérarchisation de la sévérité des IST

Les étudiant.e.s ont créé un classement subjectif des IST. Celui-ci dépendait de la sévérité des symptômes cliniques ressentis, des conséquences de certaines IST et de leur traitement (disponibilité, facilité d'utilisation, capacité à guérir la maladie).

E3 : « Donc, en vrai tu vois, si tu me dis : "Ouais, va coucher avec, avec quelqu'un qui a le VIH mais qui est sous traitement", j'aurais peut-être plus peur, alors que c'est pas rationnel et je pense que c'est pas fou de penser comme ça. Mais j'aurais peut-être plus peur que si tu me dis : "tu, euh, tu couches avec quelqu'un qui peut-être a la chlamydia". »

E4 : « [...], bon les IST, on va dire bénignes pour les hommes, quand on est homosexuel, Gonorrhée ou Chlamydia, ça nous ennuie plus qu'autre chose. Donc c'est vrai que le niveau de stress par rapport à ces IST là est quand même assez bas. »

E5 : « [...], ben le sida, et cetera. Ça je sais que c'est plus grave que les Chlamydia par exemple. »

E7 : « De toute façon, les femmes en général sont, que ça soit Chlamydia ou même le Gonocoque, je sais plus, on est souvent asymptomatiques. Donc ouais, Chlamydia et Gonocoque, si tu veux, bon je suis pas fière de si un jour j'ai de nouveau cette IST, mais voilà, c'est moins dérangeant qu'effectivement si tu chopes VIH, syphilis ou une hépatite, quoi. »

iii. Démocratisation des traitements

En complément de cette hiérarchisation, il existe aussi une certaine banalisation des traitements des IST compte tenu de leur facilité d'utilisation, leur facilité d'accès ou simplement par leur existence.

E2 : « [...], mais c'est un traitement aussi rapide. »

E3 : « Après, je sais que maintenant le VIH t'as des traitements qui te permettent de vivre avec et de pas le transmettre. »

E4 : « J'étais étudiant en médecine, je me suis fait mon injection IM tout seul comme un grand, j'ai pris mon Azithro tout seul comme un grand et c'était fini quoi. »

iv. Impact de la PrEP

L'arrivée de la PrEP pour les personnes qui présentent un risque élevé de contracter le VIH a entraîné une modification des pratiques :

- Diminution de l'utilisation des préservatifs avec, par conséquent, une majoration des IST autres que le VIH
- Meilleur suivi des personnes à risque d'IST avec la nécessité de consulter des professionnels de santé

Ces deux conséquences ont d'ailleurs été exprimées par les participant.e.s.

E4 : « Et finalement, très rapidement, je sais plus en quelle année, il y a un truc qui est arrivé qui s'appelait la PrEP et ça a tout changé. »

E4 : « [...] il y a eu une augmentation des autres IST depuis l'apparition de la PrEP. »

E4 : « [...] ça peut aussi forcer certains à se, enfin, à rentrer dans le suivi. Enfin, j'imagine que ça a peut-être aider pour certains. »

E4 : « Par contre, ça m'est arrivé d'avoir des mecs avec qui je discutais, qui me disaient : "Par contre moi, les rapports sexuels, bah maintenant que j'ai la PrEP c'est sans capote, est-ce que ça te va ?". On en discute, on en parle, et puis éventuellement, ok quand on se verra, on fera sans capote parce que je prends, tu prends la PrEP et voilà. »

E8 : « [...], moi je suis pas trop fan de l'idée de la PrEP parce qu'en fait je trouve que c'est, j'ai peur que dans le milieu homosexuel, ça démocratise un peu le fait qu'on peut ne pas prendre de préservatif. »

E8 : « [...], pour moi, c'est la porte ouverte à toutes les autres IST et on le voit avec les recrudescences de Gonocoques, de Chlamydia, et cetera. Et en fait l'excuse de dire que tous les 3 mois, on fait un test de dépistage pour le renouvellement de la PrEP et cetera, c'est, je suis pas convaincu. Parce que les personnes sous PrEP couchent sans problème avec des personnes qui ne sont pas sous PrEP et du coup leur disent : "bah c'est bon, on peut ne pas mettre de préservatif, je suis sous PrEP". Sauf que l'autre personne qui est pas sous PrEP, fait pas forcément des dépistages tous les 3 mois, et bah du coup la PrEP, elle empêche pas de choper Gonocoque ou quoi que ce soit. »

NB : La mention de l'utilisation de la PrEP lors des entretiens n'a été abordée que par les homosexuels masculins.

d. Impact de la pornographie

Des étudiantes ont suggéré aussi l'impact que pouvait avoir la pornographie sur la représentation de la sexualité. Celle-ci met en scène, de façon régulière, des rapports sexuels sans utilisation de préservatifs.

E6 : « Donc oui, t'as les pornos, t'as tout ça. Mais les pornos c'est pas la vraie vie. »

E7 : « [...] et t'as aussi beaucoup de fausses pensées, surtout sur les jeunes parce que y en a beaucoup, la première chose qu'ils vont voir c'est des vidéos pornos et que le porno c'est pas la réalité, quoi. »

C. Ressources et capacités

a. Facteurs matériels et logistiques

i. Disponibilité

Certain.e.s étudiant.e.s ont rapporté que le manque de disponibilité des préservatifs était un frein à leur utilisation. Cette difficulté pouvait être liée à l'absence d'accès immédiat lors du rapport sexuel ou au fait qu'aucun préservatif ne soit accessible dans l'ensemble du lieu où le rapport sexuel se déroulait.

E1 : « [...] j'en ai pas chez ma mère donc on en n'a pas sur nous. »

E6 : « Soit moi, j'en avais pas, soit lui en avait pas. »

E7 : « [...] y a une fois où c'est arrivé où j'aurais utilisé le préservatif mais juste j'en avais pas. »

ii. Contraintes logistiques

Quelques contraintes à l'achat des préservatifs sont évoquées par les étudiant.e.s. D'une part, la nécessité de devoir se déplacer régulièrement pour aller acheter des préservatifs dans des pharmacies parfois éloignées du lieu de vie ; d'autre part, les possibles dysfonctionnements des distributeurs en libre-accès

E1 : « Et, aller les chercher régulièrement. [...]. Et du coup, moi, j'habite un peu loin des pharmacies, [...]. »

E6 : « [...] et tu vois, même les distributeurs qui sont à l'entrée des pharmacies, un sur deux ne fonctionne pas. »

iii. Prix

Selon certain.e.s étudiant.e.s, l'aspect financier pouvait entraîner un frein à l'utilisation des préservatifs, particulièrement pour les plus jeunes. L'apport des préservatifs gratuits a ainsi été considéré comme un point positif.

E9 : « Et donc, là, de pouvoir juste aller dans une pharmacie, n'importe laquelle, sans ordonnance, sans rien, je pense que c'est vraiment une très très bonne mesure parce que ça représente quand même un coût. Enfin, les préservatifs en supermarché, c'est vite 8-10€ la boîte. »

E11 : « [...] enfin moi, j'étais en internat donc y a pas trop d'argent de poche, on a pas trop de sorties ou de choses comme ça. Donc de pouvoir savoir que, on va à la pharmacie et qu'au final on a rien à payer, [...], je pense que ça aurait pu avoir un impact. »

E12 : « Alors, c'est pas mon cas pour moi, mais je pense que le prix est quand même un frein. »

iv. Allergie

Une des étudiantes a évoqué les allergies aux matériaux contenus dans les préservatifs comme frein à leur utilisation, tout en abordant la possibilité d'alternative avec des préservatifs sans latex.

E7 : « Après, les allergies, s'il y a des personnes qui ont des allergies mais après, pareil, tu dois avoir des préservatifs adaptés. »

b. Ressources psychologiques et cognitives

i. Capacité à affirmer son choix

Les étudiantes ont abordé l'idée qu'il était parfois difficile d'affirmer leur volonté d'utiliser un préservatif auprès de son partenaire.

E5 (échange) :

« – E5 : Ouais, j'aurais proposé et j'aurais vu la réaction de la personne.

– I : D'accord, et en fonction de sa réaction, ça aurait changé des choses ? [...]

– E5 : Bah je pense que si le mec aurait dit : “Non, j'ai pas envie avec et cetera”, bah là j'aurais fait : “Bon, bah ok, bah je prendrai une pilule du lendemain” »

E9 : « [...] c'est gênant de poser la question, de dire : “Est-ce que t'as un préservatif ? On devrait en utiliser”, et c'est ce côté, voilà, pas vouloir déranger, surtout en tant que femme [...] »

ii. Responsabilité masculine

Certaines étudiantes ont estimé que qu'il était de la responsabilité de l'homme d'acheter et d'avoir des préservatifs à disposition avant un rapport sexuel.

E5 (échange) :

« – I : Et tu penses que c'est plutôt aux mecs ou à la nana d'en avoir sur soi ?

– E5 : Bah c'est horrible, mais inconsciemment pour moi, c'est plus aux mecs. »

E5 : « [...] je trouve, les filles quand elles vont en soirée elles pensent pas : "Ah je vais finir par coucher avec machin", du coup je trouve ça normal qu'elles y pensent moins à en avoir sur elle. »

E6 : « [...] pour moi, c'est les hommes qui doivent aller en chercher. »

iii. Caractère intime de la sexualité

1. Gêne à l'achat des préservatifs

(a) Liée au regard des autres

De manière générale, l'achat des préservatifs suscite une gêne en raison de l'image que cela peut renvoyer aux personnes extérieures.

E3 : « Alors, intérieurement, je me dis un petit peu : "c'est gênant", mais extérieurement je fais genre que c'est tout à fait normal. »

E10 : « Quand j'étais plus jeune, j'étais un peu gêné d'aller en acheter, [...]. Et puis maintenant, non, si je devais aller en acheter, ça me dérangerait pas du tout. »

E12 : « Parce que c'est vrai que t'es pas à l'aise, en fait, à en acheter [des préservatifs]. »

(b) Liée au lieu d'achat

Selon les étudiant.e.s, la gêne varie aussi en fonction du lieu de l'achat des préservatifs. Pour certain.e.s, la pharmacie est un lieu adapté car celle-ci reste un lieu d'échange avec un professionnel de santé. Pour d'autres, le supermarché permet l'achat sans interaction avec une tierce personne.

Gêne en supermarché :

E5 (échange) :

« – I : Est-ce que, alors tu es déjà allée chercher des préservatifs en pharmacie, tu en as déjà acheté en supermarché ou jamais ?

– E5 : Non, ça je me gênerais, je pense. [...]

– I : Mais le fait que ça soit en pharmacie par contre, ça te gêne pas ?

– E5 : Euh non, moins, parce qu'ils sont habitués et c'est un peu l'endroit où il y a ces choses-là. Alors qu'en supermarché, on peut croiser plein de gens, la caissière c'est pareil, voilà quoi. Donc c'est gênant. »

E11 : « Ouais, ça me gênerait moins en pharmacie, je pense. »

Gêne en pharmacie :

E2 : « Les grandes surfaces, bon, c'est un peu plus simple de passer à la caisse automatique, y a pas le fait de donner à la caissière. »

E6 : « Parce que je suis gênée de demander au pharmacien [...] »

2. Gêne lors des échanges sur la sexualité

(a) Avec les médecins

Certain.e.s étudiant.e.s ont fait mention d'une gêne à parler de sexualité avec les médecins, surtout avec le médecin traitant lorsque celui-ci est le médecin de famille.

Cependant, les étudiant.e.s ont exprimé le souhait de parler de sexualité et de l'intérêt d'utiliser des préservatifs. Mais ils préféreraient le faire avec un professionnel de santé sans lien avec eux ou leur famille.

E4 : « Mais ne serait-ce que la médecin que j'avais avant, c'était le médecin que j'avais depuis que j'avais 10 ans et donc je connaissais quand même bien. Bah en fait, moi je trouve que c'est une barrière à parler sexualité, parce que bon, c'était accessoirement le médecin traitant de mes parents, de tout ça. Même si j'ai confiance en elle sur le plan du secret professionnel. Y avait, je pense quelque chose qui m'aurait pas permis de discuter sexualité avec elle. »

E4 : « Mais en tout cas, moi, ce qui m'a vraiment débloqué à parler de sexualité avec un médecin, c'est vraiment de couper avec mon médecin d'enfance en fait. »

E9 : « Parce que quand on est plus jeune, il y a toute cette barrière de, déjà pas facile d'aller en parler avec son médecin. Surtout quand on est chez ses parents, souvent le médecin, c'est le médecin de famille, donc aussi le médecin des parents. On a l'habitude d'y aller avec maman, et cetera. Donc même si on a confiance en le médecin, c'est quand même un cadre qui est hyper proche de la famille et donc on se sent pas forcément en confiance pour parler de ce genre de sujet. »

(b) Avec les parents

Cette gêne à parler de sexualité est aussi apparue lors des échanges avec leurs parents.

E5 (échange) :

« – I : Et tu penses que y a un côté tabou à parler la sexualité ?

– E5 (réfléchit) : Oui et non, ça dépend avec qui. Il y a un côté tabou avec les parents, ouais. »

E10 : « [...] j'ai dû avoir, une fois, la conversation gênante avec mes parents. »

(c) Lors de l'éducation à la vie affective et sexuelle

Un des étudiants a aussi exprimé cette gêne lors de l'éducation sexuelle dispensée durant sa scolarité, notamment lors de l'approfondissement de certains sujets. Selon lui, la gêne serait présente pour les élèves comme pour les professeurs.

E12 : « Enfin je pense que c'est un moment gênant, autant pour le prof que pour les élèves, j'ai l'impression. »

E12 : « [...] au final, ils [les professeurs] ont trop peur de parler, de te dire les termes en fait, parler de fellation, de cunnilingus, tout ça. »

3. Gêne autour de la sexualité en général

Certain.e.s étudiant.e.s ont exprimé un tabou qui existerait autour de la sexualité de manière globale.

E5 : « Donc pour moi, on devrait enlever le côté tabou de ça [information sexuelle] [...]. »

E6 : « Parce que on en parle pas assez librement [sexualité], quand on voit des pubs à la télé, quand c'est des enfants, on coupe la télé. Alors que ça devrait être normal. »

E9 : « Je pense que ça vient de tout ce qu'il y a comme tabou autour de la sexualité. »

E11 : « Et donc c'est vrai que je trouve que y a ce côté où vu que c'est un peu tabou, on en parle pas et on ne donne pas accès. Et du coup forcément, c'est plus à risque et les conversations sont plus fermées que si c'était des conversations ouvertes et qu'on nous donnait accès à ce genre de chose. »

E12 : « Et en même temps, tu sens que les gens sont pas du tout à l'aise, en fait, à en [sexualité] parler et à même acheter des choses par rapport à ça [sexualité]. »

D. Utilisation du préservatif en pratique réelle

Un des étudiants a bien exprimé la différence « théorie-pratique ». D'une part, savoir qu'il faut utiliser un préservatif lors des rapports sexuels occasionnels ; d'autre part, prendre conscience qu'en pratique la prise de décision peut être plus complexe.

E12 : « Voilà, maintenant je l'ai pas utilisé [le préservatif] parce que en fait sur le papier quand t'arrives dans la pratique pure, c'est totalement différent de ce qu'on t'a, de comment on t'en a parlé, de que, voilà. »

a. Influence du moment et du contexte

i. Influence du moment

1. Notion d'impulsivité

Certain.e.s étudiant.e.s ont fait mention de cette notion d'impulsivité. Par impulsivité, nous entendons une réaction spontanée et immédiate, souvent dictée par l'émotion ou un désir soudain, sans réelle véritable considération des répercussions potentielles.

E2 : « Mais oui, non, une fois dans le feu de l'action, j'y réfléchissais beaucoup moins à ça [au risque d'IST] »

E8 : « Ouais mais tu vois dans l'instant, j'avais complètement oublié mes 7 ans de médecine, hein. C'était vraiment, c'est à ce moment-là, j'avais vraiment oublié mes 7 ans de médecine et j'étais vraiment juste en mode bon bah Let's Go, hein. »

E9 : « [...] dans le feu de l'instant où la réflexion a pas trop eu sa place. »

2. Notion d'intuition

En plus de cette notion d'impulsivité, la notion d'intuition est aussi intervenue. Par intuition, nous entendons une sensation ou une certitude intérieure qui n'a pas recours à un raisonnement.

E8 (échange) :

« – E8 : Je sais pas s'il y a vraiment un schéma, je suis en train de réfléchir. Non, je saurais même pas décrire, c'est, enfin je pourrais même pas décrire de rapport entre les différentes personnes avec qui j'ai pas eu de ...

– I : C'est, ça serait plutôt une histoire de d'instinct, de ...

– E8 : Ouais, ouais, étonnamment c'est, enfin c'est un peu nul à dire, mais ouais, c'est ça. »

E9 : « Mais il y a des cas où ils étaient accessibles [les préservatifs] et c'était plutôt, voilà, plus un choix inconscient de pas faire cette pause pour dire : “bon bah là par contre on va mettre un préservatif” ou poser la question, et où juste je me suis dit : “Bon allez c'est pas grave pour cette fois”. »

E11 : « Bah je pense que c'est plus sur le moment, on se pose pas la question. Après il y a aussi ce côté où on, enfin je sais que moi je fais confiance à la personne que je vois. »

3. État d'esprit

Certain.e.s étudiant.e.s ont parlé de leur état d'esprit au moment du rapport sexuel qui pouvait modifier leur comportement vis-à-vis du port du préservatif.

E4 : « Et puis y a aussi le mood, je pense que même moi, je pourrais prendre à deux moments donnés, avec le même mec, je pourrais prendre une décision différente. »

E12 : « Je sais pas, je pense ça dépendais de l'ambiance aussi, je sais pas comment expliquer [...] »

ii. Impact de l'alcool et du contexte festif

Les étudiant.e.s ont rapporté la consommation d'alcool et le contexte festif comme facteurs favorisant la non-utilisation du préservatif.

E5 : « Ouais, je pense que j'y pense moins quand j'ai bu, ouais. »

E7 : « Puis surtout, tu vois, s'il y a de l'alcool en jeu. »

E9 (échange) :

« – I : Est-ce que tu saurais dire pourquoi t'as pris ces risques ou pas ?

– E9 : Oui, je pense que c'est alcool, [...] »

E9 : « [...] surtout selon les circonstances, quand c'est milieu fête tout ça. »

b. Influence sur la qualité du rapport sexuel

i. Sensation différente avec un préservatif

De nombreux.ses étudiant.e.s ont trouvé des différences de sensations physiques entre les rapports sexuels avec et sans préservatif.

E2 : « [...] le fait que on se sente moins bien aussi. »

E8 : « Et après, il y a aussi les sensations qui sont quand même diminuées. »

E10 (échange) :

« – I : Parce que faire avec un préservatif, c'est moins bien.

– E10 : OK, qu'est-ce que tu entends par moins bien ?

– I : Bah, on a moins de sensations, quoi. »

ii. Diminution du plaisir et de l'excitation

Certain.e.s étudiant.e.s ont trouvé que l'usage du préservatif diminuait le plaisir et l'excitation.

E2 : « [...], ça me coupe et ça me fait redescendre. »

E4 : « C'est vraiment je mets le préservatif, je débande. »

E6 : « [...] j'arrive jamais à avoir du plaisir ou même un orgasme ou quoi. »

E12 : « Après c'est vrai que sur un certain plan du plaisir, c'est pas la même chose. »

De plus, de nombreux.ses étudiant.e.s ont rapporté que l'utilisation du préservatif pouvait interrompre le déroulé du rapport sexuel par la pause nécessaire lors de sa mise en place.

E2 : « Ça coupe l'élan dans le rapport. »

E3 : « [...] je trouve que parfois ça coupe un peu parce qu'il faut faire un break pour le mettre et du coup ça coupe un peu dans l'élan. »

E8 : « [...] pendant le rapport sexuel, le fait que on coupe un peu l'acte pour le mettre, [...] »

iii. Diminution du confort

Des étudiantes ont ressenti un inconfort avec l'utilisation des préservatifs.

E7 : « Mais, moi personnellement, c'est vrai que ça me provoque des douleurs donc, enfin, plus de douleur que sans préservatif. »

E11 : « Puis même, moi, ça m'est déjà arrivée d'être très irritée et que au final ça me fasse plus mal qu'autre chose et du coup, forcément, c'est pas quelque chose, t'as pas envie de réitérer quoi. »

iv. Manque de lubrification

Certain.e.s étudiant.e.s ont rencontré des problèmes de lubrification avec les préservatifs.

E1 : « Parce que ceux qui sont gratuits [préservatifs], avec mon partenaire, on trouve, que ça soit lui ou moi, on trouve pas ça très confortable parce qu'il sont pas très bien lubrifiés, du coup, on n'aime pas trop. »

E2 : « Le "Sortez Couverts[®]" a posé problème, je crois un problème de lubrification [...] »

E4 : « En tout cas, moi je sais que quand on utilise un préservatif, ta quantité de lubrifiant que tu dois utiliser est quand même pas la même. »

c. Aspect naturel du rapport sexuel et contrainte du préservatif

Certain.e.s étudiant.e.s ont trouvé que le rapport sexuel sans préservatif était plus naturel. Il existe une notion d'expression spontanée et instinctive de la sexualité.

E9 : « [...], sur le moment tout se passe d'un coup dans un déroulé classique et on n'ose pas ou on pense pas à faire cette petite pause en mode, bon bah si on passe à un truc qui implique une pénétration ou un contact, un préservatif, ce serait bien. »

E12 : « Ça s'est fait naturellement et au final, on a pas mis de préservatif alors que bon, on aurait dû en mettre un mais voilà. »

En effet, le préservatif a souvent été vu comme une contrainte lors du rapport sexuel.

E5 « Bah moi, en premier mot, je me dis contrainte. »

E8 : « C'est, en vrai, c'est le moyen idéal pour se protéger des IST, donc je le vois vraiment un peu comme la solution. Mais, mais en même temps qui apporte des contraintes. »

E11 : « Pas une image très agréable. »

d. Préférence pour le rapport sexuel sans préservatif

Des étudiant.e.s ont une préférence pour les rapports sexuels sans préservatif de manière générale.

E1 : « On a un stock [de préservatifs] mais on l'utilise pas forcément tout le temps parce que c'est pas forcément ce qu'on préfère. »

E2 : « C'est, je pense, surtout de mon côté à moi, où j'ai juste pensé une fois que j'avais goûté, j'avais vraiment pas envie d'en remettre un préservatif. »

E11 : « [...] c'est vrai que on préfère toujours sans. Et c'est toujours ça qui l'emporte généralement. »

e. Confiance envers le partenaire et prise de risque

i. Facteurs influençant la confiance

1. Sphère sociale

Certain.e.s étudiant.e.s ont estimé avoir plus confiance envers une personne de leur entourage ou qu'ils avaient déjà rencontrée par le passé, contrairement à un inconnu.

E3 (échange) :

« – E3 : Parce que si c'est quelqu'un de ton école que tu connais et qui te dit : “Oui, oui je suis clean”, a priori, si c'est ton pote ou je sais pas quoi, peut-être qu'il te mentira moins que ...

– I : Y a plus de confiance ?

– E3 : Ouais, voilà, c'est ça. »

E8 : « Mais on a tendance, par instinct, à dire, bon bah vas-y il fait partie de ma sphère relationnelle donc ça craint rien quoi. »

E12 : « Au final, on a pas spécialement parler sexualité mais t'as un feeling qui est totalement différent en fait, avec, avec une personne que t'as rencontré déjà avant, de quelqu'un que t'as rencontré en soirée où souvent t'es alcoolisé ou ce genre de choses [...] »

2. Régularité du partenaire

Certain.e.s étudiant.e.s ont estimé que le renouvellement de leurs rapports sexuels avec la même personne permettait d'avoir une meilleure confiance envers cette dernière.

E4 : « Mais ça m'a, c'est à dire que pour des partenaires sexuels réguliers en qui je commençais à avoir un peu confiance, je me contentais d'une sérologie VIH négative pour me dire : “Bah, on peut transitoirement retirer la capote”. »

E5 : « Et bah lui, comme on le faisait souvent, je savais que j'étais la seule avec qui il couchait. Je sais pas s'il a fait des tests donc j'en ai aucune idée de si lui avait des infections. Mais comme je l'avais déjà fait avec lui et qu'on le faisait souvent, je partais du principe que dans tous les cas, je l'aurais déjà eu. »

3. Partenaires actuels et passés

Certain.e.s étudiant.e.s ont intégré le nombre de partenaires dans les facteurs de confiance, que cela soit le nombre de partenaires actuels (multipartenaires) ou dans le passé. Ils estimaient que plus le nombre était important, moins ils avaient confiance.

Multipartenaires :

E4 : « C'est très subjectif, ça vaut ce que ça vaut, mais quelqu'un que j'estime avoir des rapports sexuels tous les quatre matins à droite à gauche, j'aurais plus tendance à me protéger quoi qu'il arrive. »

E7 : « Bah du coup, mettre des préservatifs du coup, quand bah soit, enfin, si tu sais que la personne en face, elle a des, enfin qu'elle est pas exclusive. »

Partenaires dans le passé :

E2 (échange) :

« – I : Est-ce que il y a des situations où tu te dirais bah là il faut vraiment que je mette un préservatif même si ça coupe le rapport ?

– E2 : Avec une personne que je connais très peu, surtout si c'est la première fois, si je la connais peu, puis euh, oui, si je connais pas son passé surtout. »

E3 : « [...] j'aurais plus tendance à croire que quelqu'un qui a eu beaucoup de partenaires. »

E5 (échange) :

« – I : [...]. T'as parlé de le faire avec un inconnu aussi, dans quel sens, l'inconnu, le fait que la personne soit inconnue, c'est un risque pour toi ?

– E5 : Bah j'en ai aucune idée d'avec combien de personnes il a couché avant, de si les filles étaient, si c'était protégées, si les filles avaient pas des maladies. »

4. Comportement et apparence physique

Certain.e.s étudiant.e.s ont estimé que le comportement séducteur ou l'apparence physique pouvait participer à la décision de ne pas mettre de préservatif lors d'un rapport sexuel.

E5 (échange) :

« – E5 : [...]. Si je me dis que c'est un charrot ou pas, quoi. En gros, c'est un peu ça.

– I : Ok. Et qu'est-ce qui pourrait te faire dire que c'est un charrot, par exemple ?

– E5 : Bah je sais pas, si il drague facilement, si il parle à plein de meufs sur son tel ou des trucs comme ça ou si il parle de meufs tout le temps, je sais pas. »

E8 : « En, en vrai, c'est trop con mais en fait si le mec est vraiment, genre, enfin c'est trop con à dire, mais si le mec est "propre sur lui", [...] »

5. Ressenti personnel

Certain.e.s étudiant.e.s ont parlé de ressenti personnel et de « feeling » envers la personne pour avoir confiance en elle.

E2 : « C'est un principe de, je sais pas, il y a un truc de confiance. Je pense que faut faire confiance à la personne aussi là-dessus. »

E4 : « [...] Avec toujours une évaluation, mais qui était une évaluation subjective de quelle était un peu le type de personnalité en face. »

E11 : « [...] Et en plus si la personne avec qui y a vraiment une relation de confiance, c'est pas quelque chose [le préservatif] qui vient sur la table quoi. »

ii. Acceptation de la prise de risque

Des étudiant.e.s ont assumé avoir pris des risques en ayant conscience de ces derniers.

E5 : « [...] je sais que c'est risqué de le faire sans préservatif. Mais en même temps, je l'ai fait plein de fois [...] »

E9 : « [...] où juste je me suis dit : “Bon allez c'est pas grave pour cette fois”. »

E11 : « Et même en ayant conscience que l'autre personne voit d'autres gens, ça m'est arrivé d'avoir des rapports non protégés. »

Une étudiante a rapporté une rupture du préservatif lors d'un rapport et une autre, une pénétration non consentie lors des préliminaires. Néanmoins, toutes deux ont tout de même maintenu le rapport sexuel malgré le risque puisque celui-ci avait déjà été pris.

E3 : « Ouais, ça a craqué et du coup, entre guillemets, t'estime que t'as déjà, le risque est déjà là, donc foutu pour foutu, t'en remets pas un autre quoi. »

E7 : « Et puis c'est déjà arrivé qu'un mec tu vois, il se frotte à moi et qu'au final, oups, bah voilà quoi, enfin. Voilà, c'est pas du tout normal ce que je dis, mais c'est déjà arrivé une fois que, que voilà, j'avais dit non je pense qu'il faut mettre un préservatif, puis les prélims ont continué et puis au final, bah voilà. Enfin de toute façon, une fois que la personne est rentrée, enfin bon, après tu peux voilà, mais bref, c'est déjà arrivé une fois comme ça, tu vois. »

f. Influence du partenaire

i. Minimisation du risque par le partenaire

Certaines étudiantes ont rapporté des comportements de leur partenaire qui minimisait la prise de risque afin d'éviter l'utilisation du préservatif.

E5 (échange) :

« – I : D'accord, et tu dis, t'es influençable, c'est à dire que si le mec te dit certaines choses, ça peut te faire changer d'avis ? [...] »

– E5 : [...] Ben genre, je sais pas, si il me dit : “Bah c'est pas grave, j'irai pour la pilule au lendemain demain avec toi. Je me suis fait tester il y a une semaine.” Là, je vais lui dire oui. »

E7 : « Donc, ouais, mais souvent c'est vrai qu'il y avait vraiment l'aspect du gars qui disait : “ oh, c'est pas grave”, et puis je m'embarque un petit peu là-dedans, voilà. »

ii. Culpabilisation et insistance du partenaire

Certaines étudiantes ont rapporté une insistance de la part du partenaire pour ne pas utiliser un préservatif.

E7 : « Alors très honnêtement, je pense que souvent, c'était un petit peu par, le gars qui insiste un petit peu. »

E9 (échange) :

« – I : Est-ce que t'as déjà eu une sensation d'avoir une pression de la part de ton partenaire à mettre ou à ne pas mettre un préservatif, ou à changer de contraception, justement ?

– E9 : Oui, quand même, je dirais que c'est pas la majorité des hommes, mais quand même. C'est pas forcément le truc qu'ils préfèrent en règle générale, et donc il y a quand même parfois un peu cette culpabilisation. »

g. Notion d'expérience pratique

Plusieurs étudiants masculins ont exprimé le manque d'aisance à utiliser un préservatif externe. Une étudiante a aussi fait part de ce frein pour l'utilisation des préservatifs internes.

E2 : « Pas très doué pour le [préservatif] mettre [...] »

E3 : « Je pense que j'aurais un peu de mal, un peu peur de mal mettre le féminin justement parce que tu vois moins ce qui se passe. »

E12 : « [...] surtout sur les premières fois où j'en ai mis, j'avais un petit peu ce stress de le mettre parce que on te dit toujours qu'il faut bien le mettre, qu'il faut faire attention et tout. Donc, en fait, mais juste en le mettant tu te poses toutes ces questions. »

Un des étudiants a ponctué ce manque d'aisance à utiliser un préservatif par la notion d'expérience : plus on a l'habitude d'utiliser un préservatif, plus il est facile d'en utiliser.

E12 : « Donc oui, au fur et à mesure de le mettre, tu sais un petit peu plus comment le faire et c'est plus simple. »

E12 : « Donc maintenant j'ai plus trop d'interrogation sur le préservatif parce que je l'ai plutôt quand même utilisé. Mais oui, au début c'était pas le truc le plus évident à appréhender quoi. »

h. Impact des relations intimes passées

i. Habitude d'avoir un rapport sexuel sans préservatif

Certain.e.s étudiant.e.s ont fait part de leur habitude à ne pas utiliser un préservatif lors de leur rapport sexuel et donc de la difficulté à intégrer ce moyen de prévention dans leurs habitudes de vie.

E5 : « [...] mais j'ai plus du tout l'habitude de le faire avec capote. »

E9 : « Et puis tout ce truc de, souvent avoir été dans une relation sérieuse et où c'était ok du coup de plus en utiliser. Ensuite de retourner avec des partenaires moins stables, du coup de repasser à l'usage du préservatif, rien que au niveau des réflexes, c'est plus un réflexe aussi présent. »

E11 : « C'est pas un réflexe. »

ii. Transmission par le partenaire d'une pratique à risque

Certaines étudiantes ont rapporté l'influence de leurs anciens partenaires avec lesquels le préservatif n'était pas utilisé.

E5 : « Genre, par exemple, mes ex en gros, ils s'en foutaient beaucoup plus et du coup le fait d'être qu'avec des personnes qui s'en foutaient et qui faisaient sans [préservatif]. Bah en fait, j'ai un peu suivi la ligne quoi. »

E7 : « Je pense, c'est plus un peu, enfin je peux pas dire de l'auto-éducation, mais après plus, moi dans ma propre expérience que malheureusement j'ai pu acquérir des mauvaises habitudes ou même dans mes fréquentations amicales, ou bah même de mecs que j'ai pu côtoyer quoi. »

IV. Discussion

A. Les principaux résultats : exposé du modèle explicatifs

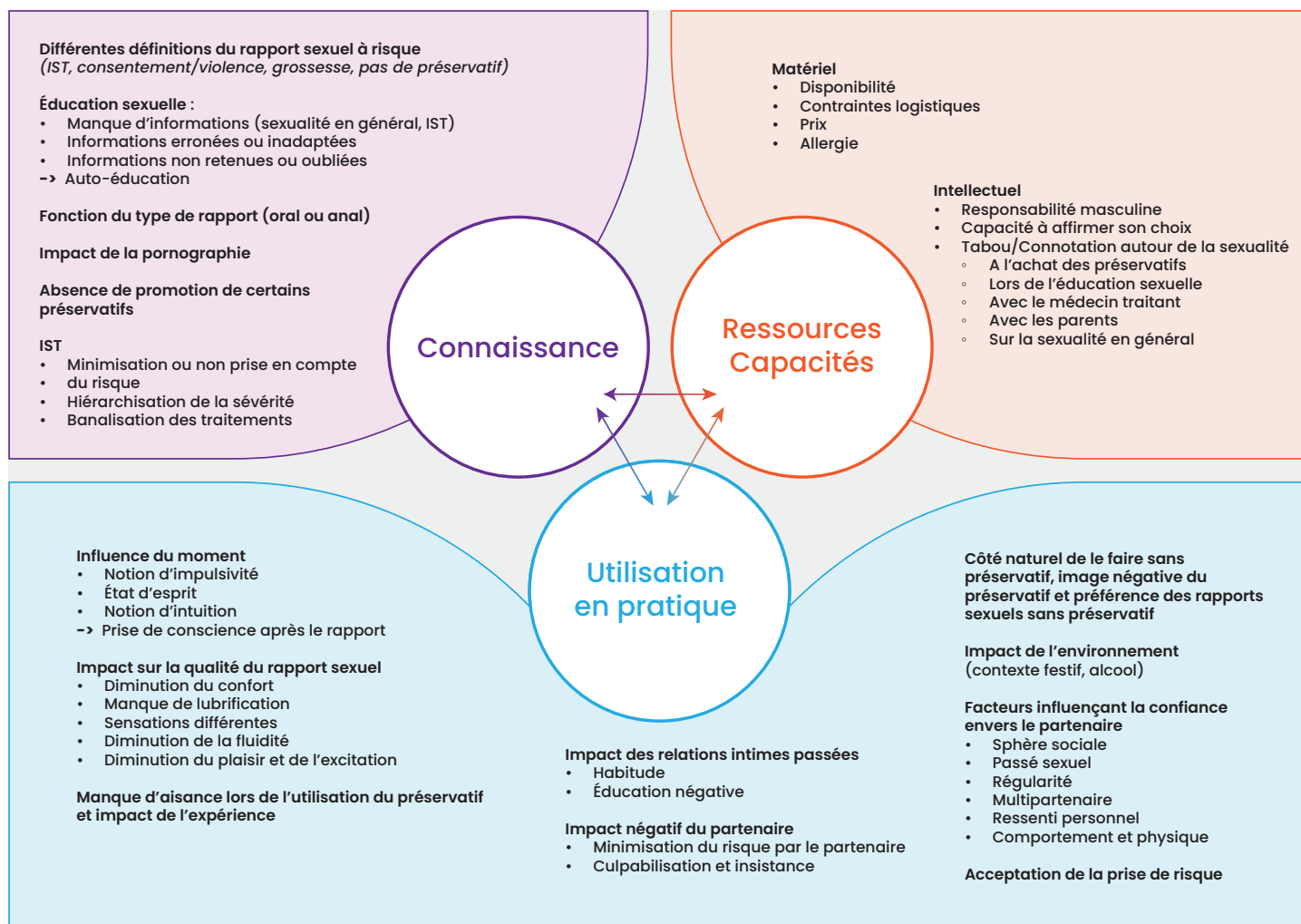


Figure 1 : Modèle explicatif

B. Comparaison des résultats avec la littérature et perspectives

Actuellement, il n'existe pas de définition officielle d'un rapport sexuel à risque. Notre étude montre que, pour les étudiant.e.s interrogé.e.s, le risque lié à un rapport sexuel est multiple : IST, grossesse non désirée, violence ou absence de consentement. Cette diversité de perceptions montre que les risques associés à la sexualité ne peuvent être réduits à la dimension biomédicale.

La vision du rapport sexuel à risque s'inscrit dans une approche plus globale de la santé sexuelle et rejoint la définition proposée par l'OMS, pour qui « la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité », et non « seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité ». Elle repose sur « une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que [sur] la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sécuritaires, sans coercition, ni discrimination et ni violence. »(16)

a. L'éducation à la vie affective et sexuelle

Afin d'atteindre cette approche globale de la santé sexuelle, l'éducation joue un rôle fondamental. Pour cela, le ministère de l'Éducation Nationale a officiellement mis en place en 1996, l'éducation sexuelle à l'école. Son contenu et son périmètre ont évolué au fil des années pour devenir « l'éducation à la vie affective et relationnelle, à la sexualité ». Celle-ci est obligatoire depuis 2001, à raison de trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène, à partir de l'école et jusqu'au lycée(17).

Cependant, deux rapports officiels parus en 2016 soulignent le manque de lisibilité, d'efficacité et d'effectivité de l'éducation à la sexualité(18,19). Ce constat est confirmé par nos résultats : les étudiant.e.s interrogé.e.s estiment que leur éducation a été insuffisante, inadaptée à la diversité des pratiques sexuelles, parfois erronée selon les interlocuteurs, ou tout simplement oubliée.

Le manque de diversité lors de l'éducation à la vie affective et sexuelle n'est pas nouveau. Une étude menée en auprès des lycéens révélait déjà des lacunes(20). Seulement 2,2% des lycéens interrogés avaient bénéficié des trois séances recommandées et 50,8% jugeaient la fréquence insuffisante. Certains lycéens regrettaient que des thèmes tels que l'influence des drogues sur la sexualité, les différentes attirances sexuelles, le dialogue avec les parents, la masturbation féminine, ne soient pas évoqués(20).

Ce constat fait écho aux résultats de la dernière enquête CSF-2023 (« Contexte de la Sexualité en France ») qui montre que le répertoire des pratiques sexuelles s'est diversifié au fil du temps (masturbation féminine et masculine, fellation, cunnilingus, pénétration anale)(21).

Dans notre étude, un étudiant homosexuel masculin déplore que son orientation sexuelle ainsi que les pratiques et les risques qui y sont associés n'aient pas été abordés. Pourtant, toujours selon l'enquête CSF-2023, plus d'une femme sur cinq et un homme sur sept n'est pas strictement hétérosexuel.le(21). Par ailleurs, les relations sexuelles entre personnes de même sexe sont en augmentation(21).

Ces données soulignent l'importance d'aborder, dans le cadre de l'éducation à la vie affective et sexuelle, les différentes orientations sexuelles, les pratiques qui y sont liés, ainsi que les risques associés. Le dernier programme d'éducation à la vie affective et sexuelle, dont l'entrée en vigueur officielle est prévue en septembre 2025, inclut ces notions dans les compétences à acquérir(22).

De nombreuses notions sont abordées dans ce nouveau programme, nous avons choisi de présenter celles qui, à terme, pourraient faire évoluer les réponses de notre étude si elle était reconduite dans les années à venir(22) :

- La notion de consentement, d'affirmation de soi (CE2 : « Comprendre ce qu'est le consentement et les différentes manières de le solliciter et de l'exprimer ou d'accepter et de respecter un refus », CM2 « Promouvoir des relations positives, apprendre à repérer et se protéger des violences sexistes et sexuelles », 5^{ème} « Choisir ses relations : connaître et assumer ses préférences, comprendre qu'elles peuvent évoluer », 1^{ère} « Désirer et vouloir, donner ou refuser son consentement, savoir être libre et respecter les autres et leurs propres libertés »)
- La notion d'orientation sexuelle (5^{ème} « Développer librement sa personnalité sans se sentir obligé ou contraint », Terminale « Être libre d'être soi parmi les autres, et réfléchir aux conditions sociales garantissant cette liberté »)
- L'impact du numérique et de la pornographie (CM2 « Prévenir les risques liés à l'usage du numérique et d'Internet », Terminale « Reconnaître ses émotions et ses désirs pour mieux se connaître »)

- La notion d'IST, de dépistage, de PrEP et de TPE (4^{ème} « Aborder la sexualité comme une réalité complexe pouvant faire intervenir le plaisir, l'amour, la reproduction, etc », 1^{ère} « Faire des choix en restant maître de soi et attentif à sa santé »)

Il serait donc pertinent d'évaluer dans quelques années, l'impact réel de cette réforme.

Face à ces insuffisances, plusieurs étudiant.e.s interrogé.e.s se sont tourné.e.s vers des sources d'informations alternatives : podcasts, livres spécialisés, réseaux sociaux. Ils/elles sont demandeur.euse de ces nouveaux formats de communication pour s'informer autour de la sexualité. Ces résultats sont confirmés par l'enquête CSF-2023 qui montre que le numérique représente, aujourd'hui, une source d'information essentielle, puisque 75% des femmes et 69,7% des hommes recherchent des informations en ligne(21).

Toutefois, l'absence de contrôle peut entraîner la diffusion d'informations erronées ou incomplètes, telles que la promotion contre l'IVG, comme le souligne le site officiel du gouvernement sur l'IVG(23).

Ces nouveaux formats de communication nécessitent un encadrement renforcé afin de limiter la propagation des « infox », qu'il s'agisse de désinformation, de mésinformation ou de mal-information(24).

La pornographie en est un exemple, en véhiculant souvent une représentation erronée de la sexualité avec des rapports sexuels sans préservatifs, violents, sans consentement, etc. Cette image de la pornographie est abordée au cours de notre travail de recherche par des étudiant.e.s. En 2015, une étude belge a d'ailleurs montré que les adolescents consommateurs de pornographie considéraient que les relations sexuelles mises en scène étaient réalistes et que ce media était un outil d'éducation sexuelle(25).

Dans une démarche de responsabilisation, la société de production DORCEL® (France) a créé en 2021 une charte déontologique pour la production du X qui vise à proscrire toute pratique portant atteinte à la dignité humaine, toute forme de maltraitance physique ou psychologique ainsi que toute forme d'humiliation et de discrimination. Elle impose aussi de fournir tous les moyens de protection et d'hygiène nécessaires aux pratiques sexuelles des acteurs et actrices(26).

b. Ressources et capacités

Au cours de notre étude, les étudiant.e.s ont abordé des barrières pratiques à l'utilisation des préservatifs : disponibilité, contraintes logistiques à l'achat, prix, allergie.

Depuis 2018, l'Assurance Maladie rembourse certains préservatifs(11). Cette mesure vise à lever l'obstacle financier, mais ce frein persiste dans les discours après sept ans de mise en place. Certain.e.s étudiant.e.s ignorent parfois l'existence de ces produits, d'autres remettent en cause leur qualité par rapport aux marques payantes. L'évolution régulière du panel de marques devrait pouvoir contrebalancer cette remarque.

De même, concernant les allergies, un préservatif sans latex est remboursé depuis le 31 mars 2025(12).

Encore, faut-il en faire la promotion, que cela soit par des publicités (télévisées, réseaux sociaux, espace public) ou lors des consultations avec les professionnel.le.s de santé.

Concernant la disponibilité et les contraintes logistiques, il est nécessaire de mieux sensibiliser la population étudiante. Dans notre société actuelle, où l'offre est à la fois large et où supermarchés comme pharmacies sont facilement accessibles — parfois avec des horaires

étendus —, l'absence de préservatif ne relève pas tant d'un véritable obstacle matériel, mais plutôt d'un manque d'anticipation ou d'automatisation du geste.

En effet, les pharmacies doivent répondre à des exigences de proximité et de service optimal à la population. Avec environ 30 officines pour 100 000 habitants en France (2023), il est aisé d'en trouver une à proximité de son domicile, de son lieu d'étude ou de travail(27).

Plusieurs étudiant.e.s de notre étude ont d'ailleurs souligné qu'il était facile de toujours avoir un préservatif sur soi ou de s'en procurer rapidement via un ami.

En plus de ces barrières pratiques, des barrières psychologiques et cognitives sont également présentes. Certaines femmes de notre étude expriment leur difficulté à affirmer leur volonté d'utiliser un préservatif, souvent par peur du jugement de leur partenaire.

Les femmes craignent que le fait de proposer l'usage du préservatif soit perçu comme un signe de méfiance, que cela soit à leur propre égard ou à celui de leur partenaire, notamment avec le risque d'IST. Elles redoutent de briser la spontanéité du moment en formulant cette demande. Cette hésitation traduit la peur de vexer leur partenaire sur un sujet qui concerne pourtant les deux personnes.

D'autres estiment que l'usage du préservatif relève de la responsabilité des hommes, ce qui explique leur non-utilisation. Selon les femmes interrogées dans notre étude, cette responsabilité s'appuie sur plusieurs arguments : les hommes sont souvent à l'initiative du rapport sexuel, les femmes ne connaissent pas nécessairement les caractéristiques du préservatif adaptées à leur partenaire (notamment la taille), et elles estiment déjà assumer la charge de la contraception.

Dans une société qui revendique une progression vers l'égalité entre les hommes et les femmes, il paraît incohérent de maintenir des rôles selon les sexes dans le domaine de la sexualité, que cela soit en termes de préservatif ou de contraception.

c. Utilisation du préservatif en pratique réelle

L'usage du préservatif ne dépend pas uniquement des connaissances et des ressources. Il est modulé par de nombreux facteurs de la vie réelle.

Les étudiant.e.s rapportent que le préservatif diminue la qualité du rapport sexuel : sensation différente, diminution du plaisir et de l'excitation, diminution du confort, manque de lubrification.

Malgré la diversification de l'offre par les marques (tailles, matières, textures, odeurs), ces produits restent perçus comme coûteux. Pourtant, rappelons que parmi les préservatifs remboursés par l'Assurance Maladie, il en existe des extra-fins (« EDEN extra-fin »), des texturés (« EDEN perlés ») et des sans-latex (« Manix sensitivity »)(12). Il est donc utile d'encourager les étudiant.e.s à tester ces différents produits et de promouvoir les marques de préservatifs remboursés afin d'augmenter leur utilisation. Cette absence de promotion est d'ailleurs exprimée au cours des entretiens, notamment à propos des préservatifs gratuits et internes.

Quant aux lubrifiants, leur utilisation est encore peu systématique, il est nécessaire d'encourager les étudiant.e.s à en utiliser afin de maximiser le confort lors des rapports sexuels. Toutefois, il n'existe actuellement pas de marque de lubrifiant prise en charge par l'Assurance Maladie.

Ensuite, l'influence du moment et/ou du contexte du rapport sexuel constitue un frein à l'utilisation des préservatifs. Il paraît plus compliqué d'avoir un impact sur ce facteur qui ne

fait pas appel à la raison et qui dépend de « l'instant-T ». Bien qu'en éduquant mieux la population, nous pouvons espérer faire rentrer le port du préservatif comme un réflexe ou une habitude (donc sans notion de réflexion).

Enfin, la notion de confiance envers le/la partenaire, même lors des relations sexuelles occasionnelles, entraîne un frein à l'utilisation des préservatifs. Cette confiance repose sur des éléments subjectifs : appartenance à la sphère sociale, régularité du/de la partenaire, nombre de partenaires actuel.le.s et/ou passé.e.s, comportement et apparence physique, ressenti personnel. Il est pertinent de rappeler que seul un dépistage récent permet d'attester objectivement de l'absence d'IST et donc de réduire le risque de transmission. Cette notion est à transmettre à toute population au cours de l'éducation à la vie affective et sexuelle mais aussi lors des consultations médicales.

d. Influence du partenaire et impact des relations intimes passées

Au-delà de la notion de confiance envers le partenaire, ce dernier peut aussi avoir une influence dans l'utilisation des préservatifs. Certains étudiants décrivent une minimisation de la prise de risque par leur partenaire, d'autres une forme d'insistance voire de culpabilisation venant de la part de celui.

Cette observation renforce la nécessité de donner aux femmes les moyens d'affirmer leurs choix et de poser leurs limites. Cette difficulté à s'imposer est d'autant plus marquée qu'une certaine responsabilité implicite est encore déléguée aux hommes.

Par ailleurs, l'influence des relations intimes passées est également un facteur dans l'utilisation des préservatifs. Certain.e.s étudiant.e.s déclarent avoir perdu l'habitude d'utiliser les préservatifs après une relation longue sans protection, rendant plus difficile leur réintroduction dans les relations suivantes, même occasionnelles. Pour d'autres, c'est l'exposition répétée à des partenaires peu soucieux.se de la protection qui a façonné une norme personnelle de non-usage.

L'expérience joue donc un rôle fondamental dans notre propre éducation à la sexualité. Ce constat se reflète par le manque d'aisance exprimé par certains étudiants masculins à utiliser les préservatifs externes, et par certaines étudiantes à utiliser les préservatifs internes.

Cette observation souligne également le manque d'aspect pratique dans l'éducation à la vie affective et sexuelle.

e. Impact de la PrEP et perception des IST

Notre étude rejoint les conclusions de la revue de littérature du Dr Vieban publiée en 2019(13), mais elle met aussi en évidence l'impact de la PrEP.

Arrivée en 2016 en France (2012 pour les Etats-Unis) et étendue à tous les médecins prescripteurs, notamment les médecins généralistes, en 2021, elle apporte à notre étude de nouvelles informations concernant l'usage des préservatifs lors des rapports sexuels occasionnels(28).

Les étudiants homosexuels masculins interrogés évoquent une évolution des pratiques : diminution de l'utilisation systématique du préservatif, augmentation des comportements à risque et donc des IST, mais aussi renforcement du suivi médical. Cela rejoint les données de l'enquête « ERAS » qui montre la baisse de l'usage systématique du préservatif dans la population des homosexuels masculins de 46% en 2017 à 28% en 2023, contrebalançant une majoration de l'usage de la PrEP(29).

Toutefois, la PrEP implique un suivi médical régulier. Selon les Recommandations de Bonnes Pratiques de la HAS de février 2025, elle nécessite un suivi tous les 3 à 6 mois avec la réalisation de bilan de dépistage des autres IST tous les 3 à 4 mois(30). Ce suivi renforce directement la prévention.

Concernant les IST de manière générale, les étudiant.e.s ont parfois minimisé leur prise de risque, ou n'ont parfois pas eu conscience d'en avoir pris. Plus préoccupant, une des participantes a mentionné que pour elle « le VIH [...] ne se transmet pas du tout ». Pourtant, selon l'Inserm, environ 180 000 personnes vivaient avec le VIH en France en 2022(31). En 2023, Santé Publique France rapportait 3 650 nouvelles contaminations, et estimait que 10 756 personnes vivaient avec le VIH sans connaître leur statut sérologique(32).

En plus de sous-estimer la prévalence des IST, certain.e.s étudiant.e.s ont créé un classement subjectif de celles-ci. Le VIH étant celle la plus grave, avec le plus de conséquences, en comparaison avec les Chlamydias ou les Gonocoques. Ces deux dernières sont souvent considérées comme bénignes devant l'absence de symptômes ou des symptômes peu invalidants (inflammation loco-régionale, écoulement). Lors de notre étude, beaucoup d'étudiant.e.s n'avaient pas conscience que ces infections pouvaient entraîner une inflammation de l'utérus et des trompes, à l'origine d'infertilité ou de grossesses extra-utérines(33,34). A noter que les infections à Gonocoque, et plus rarement à Chlamydia, peuvent également entraîner une infertilité chez les hommes(33,34).

La généralisation des traitements rentre aussi en jeu dans l'élaboration de ce classement. En effet, aujourd'hui, ces derniers sont plus accessibles, faciles d'utilisation et guérissent la plupart des maladies.

L'éducation à la vie affective et sexuelle est donc primordiale pour informer les jeunes sur les IST et leurs conséquences, surtout dans une société où le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie et le multi-partenariat augmentent(21). L'évolution du programme de l'Éducation Nationale doit permettre de mieux informer les futures générations. Mais, cette éducation, surtout d'un point de vue des IST, fait aussi partie intégrante du rôle du médecin généraliste.

f. La sexualité, un sujet intime

i. En médecine générale

Les professionnels de santé rapportent la difficulté à initier une discussion sur la sexualité avec les jeunes en raison de la nature intime du sujet(35,36).

Cette gêne apparaît également dans notre étude du côté des étudiants, en particulier lorsque le médecin traitant correspond au « médecin de famille », les ayant suivi depuis leur enfance. Ils/elles souhaitent que le sujet de la sexualité soit abordé avec un professionnel de santé sans lien avec eux ou leur famille. Cette préférence complique l'abord de la sexualité en médecine générale.

En 2012, la thèse du Dr Charles identifie plusieurs freins à l'initiation de la discussion sur la sexualité. Certains dépendent des adolescent.e.s : gêne à parler de sa sexualité, indifférence pour les problèmes relatifs à leur santé, peur du jugement de la part du médecin, peur du non-respect de la confidentialité. D'autres freins dépendent des médecins eux-mêmes : rareté des consultations, motif ponctuel éloigné de la sexualité, sensation d'entrer dans la vie privée du patient, difficulté à prendre en charge un.e mineur.e(36).

Actuellement, il existe peu de recommandations et d'outils pour aider les médecins, notamment les médecins généralistes, à aborder le sujet de la sexualité en consultation.

En 2013, la revue *Exercer* a évalué un outil communicationnel pour accompagner les médecins généralistes dans la communication concernant la sexualité avec les adolescents : le « 5 S » (annexe 3). Il permet une augmentation significative de l'ouverture d'une discussion autour de la sexualité et de ses risques(37).

Une thèse de 2018, a réuni de manière conjointe les adolescent.e.s et les médecins généralistes afin de trouver la meilleure façon d'introduire le sujet de la sexualité en consultation. La question retenue est : « Est-ce que tu as envie de parler de sujets en rapport avec la sexualité ? »(38).

Ces outils ne sont pas abordés au cours de la formation de 3^{ème} cycle du DES de Médecine Générale. Il existe cependant, dans le cadre de la FMC, des formations pour aider les médecins généralistes, les gynécologues et les sage-femmes à aborder le sujet de la sexualité auprès des jeunes. Par exemple, la plateforme gratuite « FormaSantéSexuelle », développée par la DGS en collaboration avec le CMG, la SFLS et la SPILF, propose plusieurs modules en lien avec la santé sexuelle, à destination prioritairement des professionnel.le.s de santé de 1^{er} recours(39).

La consultation CCP introduite en 2017, puis son évolution en 2021(40,41), visait à encourager ces échanges. Pourtant, selon les données de la CPAM, fournies pour le travail de thèse du Dr Thazar, seulement 33,6% des médecins généralistes ont réalisé une cotation CCP au cours de l'année 2022, alors que 92,7% déclaraient en connaître l'existence(35).

D'après une autre étude plus ancienne (2020), des freins tels que l'oubli, les motifs de consultation multiples, le manque de temps, le manque de formation des médecins, la gêne à côter sur le sujet de la santé sexuelle, peuvent expliquer la sous-utilisation de cette cotation(42).

Il semble intéressant de réévaluer aujourd'hui ces freins à l'utilisation de la cotation CCP, à la lumière des dernières évolutions réglementaires. A noter que dans le cadre de la feuille de route de stratégie nationale de santé sexuelle de 2021, un axe de travail prévoit de transformer la CCP en « consultation longue santé sexuelle »(43). A ce jour, aucune information complémentaire n'a été communiquée sur sa mise en œuvre.

L'élargissement de la vaccination contre le HPV aux garçons et sa réalisation lors du rappel contre DTPCa peut constituer pour les médecins, une opportunité d'évoquer l'existence d'une consultation dédiée à la sexualité, pour les femmes comme pour les hommes, prise en charge à 100% et jusqu'à l'âge de 26 ans.

ii. Dans le cursus scolaire et l'environnement familial

Dans le cadre de l'éducation à la vie affective et sexuelle, les professeurs ont la responsabilité de la dispensation de ces séances(44). Il se pose alors la question de leur légitimité et de leur compétence à aborder le sujet de la sexualité.

A noter que des partenaires extérieurs ainsi que des associations spécialisées peuvent être associés aux personnels de l'Éducation Nationale(44).

Il semble intéressant de réaliser une étude concernant les intervenants des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle ainsi que le ressenti des jeunes sur les informations dispensées. En effet, notre travail de recherche montre que les étudiant.e.s interrogé.e.s avaient parfois reçu des informations erronées de la part de leurs professeurs et qu'une gêne avait été présente lors des échanges.

De plus, selon le programme de l'éducation à la vie affective et sexuelle, cette éducation doit venir en complément du rôle des parents et des familles(22). Pourtant, la gêne à aborder le sujet de la sexualité est aussi présente dans le cercle familial. Les étudiant.e.s parlent de « conversation gênante » lors de discussions autour de la sexualité avec leurs parents.

Actuellement, il n'existe pas d'étude sur le ressenti des parents à parler de sexualité avec leurs enfants et par conséquent, peu d'outils sont disponibles pour les aider à aborder le sujet sereinement. Toutefois, Santé Sexuelle Suisse (organisation faîtière des centres de santé sexuelle et des services d'éducation sexuelle en Suisse) a créé un guide francophone, disponible en ligne, à destination des parents pour les aider à parler sexualité avec leurs enfants(45).

C. Discussion à propos de l'étude

a. Limites de l'étude

L'échantillon :

Le recrutement des étudiant.e.s a été difficile et a dû être élargi au national au cours de l'étude. Pour 12 entretiens réalisés, 48 associations étudiantes ont été contactées, souvent sans réponse. La chercheuse a aussi nécessité de faire appel à son réseau personnel afin d'avoir des réponses complémentaires.

Les étudiant.e.s interrogé.e.s faisaient globalement parti du même milieu social. Nous n'avons pas réussi à interroger des étudiant.e.s venant de milieu pouvant être considéré comme moins informé ou éduqué d'un point de vue sexualité. De plus, notre échantillon n'a pas permis d'inclure des personnes pratiquant une religion quelle qu'elle soit. Or, d'après nos recherches, cela peut avoir un impact sur l'utilisation des préservatifs.

Les entretiens :

Le manque d'expérience de la chercheuse avec les entretiens semi-dirigés a pu faire manquer certaines informations intéressantes. De même, les techniques de relance et de reformulations n'étaient pas pleinement maîtrisées pour apporter des informations complémentaires.

Du fait du caractère intime de la sexualité, certain.e.s participant.e.s ont pu omettre de parler de certains sujets pour éviter le jugement de la chercheuse.

L'analyse :

Les participant.e.s n'ont pas eu le retour des retranscriptions.

L'analyse a été réalisée par trois personnes qui n'ont pas eu de formation sur la réalisation de la recherche qualitative en santé.

b. Forces de l'étude

Le choix de l'étude :

La recherche qualitative était adaptée au sujet pour permettre de décrire le vécu, l'expérience et le ressenti des étudiant.e.s.

L'échantillon :

L'échantillonnage théorique a permis de recruter successivement des participant.e.s dont l'expérience variait selon l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, le domaine d'étude et les revenus financiers.

Il a permis de recruter 7 femmes et 5 hommes, permettant d'atteindre une quasi-parité, mais aussi des étudiant.e.s avec des orientations sexuelles diverses donc plus représentatif de la population générale.

Les entretiens :

Les conditions d'entretiens ont été propices à la discussion et au calme. La visioconférence a permis d'apporter un lieu où les participant.e.s se sentaient à l'aise.

Le ressenti de la chercheuse était rapporté dans son journal de bord après chaque entretien afin d'améliorer la façon dont elle allait mener l'entretien suivant. Le guide d'entretien a été adapté au fur et à mesure selon l'émergence de nouvelles idées.

L'enregistrement des entretiens a permis la perte d'un minimum d'informations.

L'analyse :

L'analyse a été triangulée avec deux autres thésardes, Charlotte Gress et Alice Kohler. Le recueil et l'analyse ont été faits selon un principe itératif, au fur et à mesure, jusqu'à saturation des données.

Cohérence des données :

Nos résultats sont en accord avec les différentes données de la littérature.

Grille de relecture COREQ (annexe 4) :

La grille de critères COREQ a permis une relecture de notre travail de recherche afin d'apporter une validité interne plus importante.

V. Conclusion

Notre étude montre la complexité et la diversité des freins à l'utilisation des préservatifs chez les étudiant.e.s lors des rapports sexuels occasionnels. Ces freins sont multiples, mêlant des dimensions éducatives, matérielles, psychologiques, relationnelles et contextuelles.

Les résultats révèlent que, malgré des dispositifs existants comme le remboursement des préservatifs ou l'éducation à la vie affective et sexuelle, de nombreux.ses étudiant.e.s ne perçoivent pas l'usage du préservatif comme un réflexe ou une norme.

Si les avancées médicales, telles que la généralisation des traitements ou la PrEP, ont considérablement amélioré la prise en charge et la prévention des IST, elles peuvent aussi contribuer, paradoxalement, à une forme de relâchement dans l'usage du préservatif.

Par ailleurs, notre étude met en évidence une méconnaissance persistante des IST, de leurs modes de transmission et de leurs conséquences. Cette ignorance contribue à banaliser le risque, notamment pour certaines IST jugées « bénignes », et participe donc à la non-utilisation des préservatifs. Renforcer l'information sur les IST apparaît donc essentiel pour mieux comprendre les enjeux de la prévention.

Ce constat renvoie aux lacunes de l'éducation à la vie affective et sexuelle, encore trop théorique et inadaptée aux réalités actuelles. Elle gagnerait à intégrer davantage une dimension pratique, émotionnelle et relationnelle, tout en prenant en compte la diversité des orientations sexuelles et l'évolution des pratiques. La réforme attendue pour septembre 2025 devrait permettre une approche plus globale de la santé sexuelle.

Les médecins ont aussi un rôle central à jouer dans l'éducation à la vie affective et sexuelle, bien qu'ils/elles se heurtent souvent à la difficulté d'aborder un sujet aussi intime que la sexualité. Il est donc nécessaire de renforcer les outils à leur disposition, de valoriser les temps de prévention existants (comme la vaccination HPV ou la consultation CCP), et de promouvoir les préservatifs remboursés par l'Assurance Maladie.

Enfin, notre étude met en évidence que la sexualité des étudiant.e.s ne peut être abordée sans considérer l'influence du partenaire, l'expérience personnelle passée, et le poids des normes intériorisées.

Promouvoir l'égalité dans les pratiques, renforcer l'affirmation de soi, et soutenir une culture de la protection partagée constituent des axes prioritaires pour toute stratégie de prévention efficace.

VI. Bibliographie

1. Santé Publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes en France en 2023. 2024 oct p. 35p.
2. Santé Publique France [Internet]. 2018 [cité 26 janv 2023]. Infections sexuellement transmissibles (IST): préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
3. Catherine Demaison, Laurence Grivet, Claire Lesdos, Denise Maury-Duprey. Scolarisation des jeunes de 18 à 29 ans. In: France, portrait social. 2020^e éd. Institut national de la statistique et des études économiques; 2020. p. 331. (INSEE Références).
4. Patrick Yeni, Philippe Artières, Jean-Pierre Couteron, Carine Favier, Thierry Foulquier-Gazagnes, Cécile Goujard, et al. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. Centre National du Sida et des hépatites virales; 2017 janv.
5. Nathalie Beltzer, Leïla Saboni, Claire Sauvage, Cécile Sommen, Equipe KAPB. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Ile-de-France en 2010. Observatoire régional de santé d'Île-de-France. déc 2011;
6. Santé Publique France [Internet]. 2022 [cité 26 janv 2023]. Infections sexuellement transmissibles. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles>
7. Fielder RL, Walsh JL, Carey KB, Carey MP. Predictors of Sexual Hookups: A Theory-Based, Prospective Study of First-Year College Women. Arch Sex Behav. nov 2013;42(8):1425-41.
8. Garcia JR, Reiber C, Massey SG, Merriwether AM. Sexual Hookup Culture: A Review. Review of General Psychology. juin 2012;16(2):161-76.
9. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. 2017 mars p. 74.
10. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 2 févr 2023]. Premier préservatif remboursé par l'Assurance maladie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/premier-preservatif-rembourse-par-l-assurance-maladie>
11. L'Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 27 janv 2025]. Contraception : de nouvelles marques de préservatifs prises en charge par l'Assurance Maladie. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/contraception-de-nouvelles-marques-de-preservatifs-prises-en-charge-par-l-assurance-maladie>
12. L'Assurance Maladie [Internet]. 2025 [cité 4 avr 2025]. Des préservatifs sans latex désormais gratuits pour les moins de 26 ans. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/des-preservatifs-sans-latex-desormais-gratuits-pour-les-moins-de-26-ans>

13. Clémentine Vieban. Freins et leviers à l'usage du préservatif : revue systématique de la littérature [Thèse de médecine générale]. Université TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2019.
14. Justine de Bayle des Hermens. Quel est l'usage du préservatif lors d'un rapport sexuel occasionnel ? [Thèse de médecine générale]. Université TOULOUSE III – Paul SABATIER; 2019.
15. Sophie Pauliat. Quels sont les déterminants de l'arrêt du préservatif ? Etude qualitative à partir d'entretiens de patients de 18 à 30 ans [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes; 2018.
16. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 14 avr 2025]. Santé sexuelle. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/sante-sexuelle-et-reproductive/article/sante-sexuelle>
17. Vie Publique [Internet]. 2025 [cité 14 avr 2025]. L'éducation à la sexualité en milieu scolaire : chronologie. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/296527-education-la-sexualite-des-eleves-chronologie>
18. Haut Conseil de la Santé publique. Santé sexuelle et reproductive. 2016 mars. (Avis et Rapports).
19. Danielle Bousquet, Françoise Laurant, Margaux Collet. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. 2016 juin. (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes). Report No.: 2016-06-13-SAN-021.
20. Astrid Auguet. L'étude sexuelle au sein des établissements scolaires: Etude observationnelle, descriptive, transversale, réalisée auprès de 317 lycéens de Nancy et ses environs de septembre 2015 à mars 2016 [Mémoire]. Université de Lorraine; 2016.
21. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE. 2024.
22. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Un programme ambitieux éduquer à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité. 2025.
23. Information en ligne sur l'IVG : soyez vigilantes | ivg.gouv.fr [Internet]. [cité 24 avr 2025]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/information-en-ligne-sur-livg-soyez-vigilantes>
24. [info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr) [Internet]. 2024 [cité 29 avr 2025]. Lutter contre les « fake news ». Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/lutter-contre-les-fake-news>
25. Puglia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. juin 2015;63(4):231-7.
26. DORCEL [Internet]. [cité 24 avr 2025]. DORCEL s'engage pour une production X responsable. Disponible sur: <https://www.dorcel.com/codeproduction-dorcel/>
27. Ordre National des Pharmaciens [Internet]. 2024 [cité 29 avr 2025]. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2024. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2024>

28. CRIPS Ile-de-France [Internet]. 2021 [cité 24 avr 2025]. La PrEP. Disponible sur: <https://www.lecrips-idf.net/vih-sida-la-prep>
29. Annie Velter. Annie Velter : « L'appropriation de la PrEP n'est pas suffisante au regard de la baisse considérable de l'usage du préservatif » [Internet]. 2024 [cité 25 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.sidaction.org/transversal/annie-velter-chez-les-hsh-lappropriation-de-la-prep-nest-pas-suffisante-au-regard-de-la-baisse-considerable-de-lusage-du-preservatif/>
30. Cedric Arvieux, Guillaume Conort, Eric Cua, Paul-Emmanuel Devez, Hugues Fischer, Etienne Fouquay, et al. Traitement préventif pré-exposition de l'infection par le VIH. 2025 févr.
31. Inserm [Internet]. 2017 [cité 28 avr 2025]. Sida et VIH. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/sida-et-vih/>
32. Amber Kunkel, Françoise Cazein, Florence Lot. Estimation de l'incidence du VIH et d'autres indicateurs clés. Santé Publique France; 2024.
33. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2024 [cité 8 mai 2025]. Chlamydieuse (infection à Chlamydia). Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>
34. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2024 [cité 8 mai 2025]. Gonorrhée (infection à Neisseria gonorrhoeae). Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-\(neisseria-gonorrhoeae-infection\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/gonorrhoea-(neisseria-gonorrhoeae-infection))
35. Murielle Thazar. Élargissement de la première consultation de contraception et de prévention `` CCP `` : état des lieux de la pratique des médecins généralistes depuis janvier 2022 [Thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2023.
36. CHARLES Marie-Anne. Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir initient la discussion et/ou répondent aux questions des adolescents sur leur sexualité? [Thèse de médecine générale]. Université François-Rabelais; 2012.
37. Grandcolin S, Rodenbourg C, Birault F. Un outil « communicationnel » peut-il aider les médecins généralistes à mieux communiquer avec les adolescents sur la sexualité ? La Revue Exercer. nov 2013;24(110):96.
38. Mylène Waline. Aborder la sexualité avec un adolescent en médecine générale : recherche d'une question d'ouverture auprès de garçons adolescents et de médecins généralistes en Bourgogne [Thèse de médecine générale]. Université de Bourgogne; 2016.
39. FormaSantéSexuelle - Plateforme d'apprentissage en ligne [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.formasantesexuelle.fr/>
40. Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.
41. Article 85 - LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000044553543

42. Amélie Fèvre. La cotation "Consultation de Contraception et de Prévention" : enquête de pratique auprès de 1138 médecins généralistes libéraux installés en France [Thèse de médecine générale]. Université de Montpellier; 2020.
43. Ministère des Solidarités et de la Santé. Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie. Feuille route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024. 2021.
44. Caroline Pascal. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. 2025 [cité 30 avr 2025]. Mise en oeuvre de l'éducation à la vie affective et relationnelle (dans les écoles) et de l'éducation à la vie affective et relationnelle, et à la sexualité (dans les collèges et les lycées). Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2025/Hebdo6/MENE2503565C>
45. Santé Sexuelle Suisse. Comment parler de sexualité avec vos enfants ?

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Rapport sexuel occasionnel

1. Qu'est-ce qu'un rapport sexuel occasionnel selon vous ?
 - *En avez-vous déjà eu ? Combien ?*
2. Pouvez-vous me décrire le contexte de ces rapports sexuels occasionnels ?
 - *Où ? Quand ? Avec qui ? Soirée/festif ?*

Risque sexuel

3. Qu'est-ce qu'un rapport sexuel à risque selon vous ?
4. Pensez-vous prendre des risques dans votre sexualité ? Pourquoi et lesquels ?
5. Suite à ces rapports sexuels à risque, avez-vous entrepris des démarches de dépistage ?
Si oui, lesquelles ?
 - *Quoi ? Où ?*

Préservatifs

6. Quelle image du préservatif avez-vous ?
 - *Positive ? Négative ? Neutre ? Utilité ?*
7. Lequel utilisez-vous le plus ? Pourquoi ?
 - *Féminin ou masculin ?*
8. Quels sont les freins à son utilisation ?
 - *Développement selon les réponses*
9. Si vous aviez eu un préservatif sur vous lors de l'un de ces rapports, cela aurait-il changé votre comportement ?
10. Existe-t-il des situations où vous êtes plus enclin à mettre ou ne pas mettre un préservatif ?
 - *Certaines personnes ? Certaines rencontres ? Certains lieux ? Prise de substances ?*
11. Avez-vous des doutes concernant l'utilisation du préservatif ? Si oui, lesquels ?
 - *Quoi ? Pourquoi ? Efficacité ? Utilité ? Balance bénéfice-risque ?*
12. Pensez-vous que votre éducation sexuelle a un lien avec cette « non-utilisation » du préservatif ?
 - *Manque d'éducation ? Absence d'informations ?*

Suite

13. Depuis le 1 janvier 2023 les préservatifs masculins sont gratuits pour les 18 à 26 ans en pharmacie sans ordonnance, cela va-t-il faire évoluer votre comportement ?

B. Annexe 2 : Grille de caractérisation socio-démographique

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre sexe biologique ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ?
- Quelle est votre culture ? (*religion, ethnie*)
- Quel est votre type et niveau d'étude ?
- Quel est votre revenu mensuel :
 - Moins de 200€
 - Entre 200 et 400€
 - Entre 400 et 600€
 - Plus de 600€
- Comment trouvez-vous les fins de mois ?
 - Facile
 - Neutre
 - Difficile
- Avez-vous bénéficié d'une éducation sexuelle ? (*famille, amis, école, internet*)

C. Annexe 3 : Outil communicationnel « 5 S »

- **Seul** : Sais-tu que tu peux venir seul ?
- **Secret** : Sais-tu que je suis tenu au secret ?
- **Sexualité** : Sais-tu que nous pouvons en parler ?
- **Soucieux** : Te sens-tu concerné(e) ?
- **Sécurité** : As-tu déjà pris des risques ?

D. Annexe 4 : Grille COREQ

Numéro	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Justine Lequart	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 3 ^{ème} cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3. Médecin remplaçant	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Débutant	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
<i>Relations avec les participants</i>		
6. Inconnu et connaissance	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Médecin réalisant une étude sur les freins à l'utilisation des préservatifs chez les étudiants	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8. Médecin généraliste remplaçant	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9. Analyse inspirée de la théorisation ancrée	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
<i>Sélection des participants</i>		
10. Échantillonnage raisonné théorique avec recrutement au fur et à mesure	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>

11. Via les associations étudiantes sur les réseaux sociaux, via email des associations étudiantes ou via téléphone	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12. 12 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Absence de réponse de 37 associations, 16 associations ont répondu sans participation par la suite)	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
<i>Contexte</i>		
14. Par visioconférence, domicile de la chercheuse, salle privée de bibliothèque universitaire	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Age, sexe, orientation sexuelle, culture, type et niveau d'étude, revenu mensuel, perception des fins de mois, éducation sexuelle	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
<i>Recueil des données</i>		
17. Oui. Guide non testé	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Enregistrement audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Notes pendant l'entretien	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Entre 14 minutes et 1 heure et 10 minutes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui, saturation des données	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été

		retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24. 3 chercheuses pour l'analyse ouverte puis l'auteur seul pour l'analyse axiale et intégrative	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui, par un modèle explicatif	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Word®, Nvivo®	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
<i>Rédaction</i>		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a stylized, cursive representation of a name.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

LEQUART Justine

63 pages – 1 tableaux – 1 figure

Introduction : En octobre 2024, Santé Publique France rapporte une hausse de l'incidence de la plupart des infections sexuellement transmissibles. En 2019, une étude montrait que 57% des étudiant.e.s avaient déjà oublié d'utiliser un préservatif lors d'un rapport sexuel. Cela soulève des questions sur l'efficacité des campagnes de prévention, l'éducation sexuelle et l'utilisation des moyens de protection disponibles. L'objectif de cette étude était d'explorer les freins à l'utilisation des préservatifs lors d'un rapport sexuel occasionnel chez les étudiant.e.s de 18 à 26 ans.

Matériel et méthode : Cette étude qualitative utilise une approche inspirée de la théorisation ancrée. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de 12 étudiants âgés de 18 à 26 ans. L'analyse des données a suivi un processus itératif et a permis de construire un modèle explicatif.

Résultats : Les étudiant.e.s décrivent plusieurs freins à l'utilisation des préservatifs. Certains sont liés aux connaissances (éducation sexuelle insuffisante et/ou inadaptée, absence de promotion de certains préservatifs, perception des IST, impact de la pornographie). D'autres concernent les ressources et capacités (facteurs matériels et logistiques, responsabilité masculine, capacité à affirmer son choix, caractère intime de la sexualité). Enfin, certains freins sont liés à l'utilisation en pratique (influence du moment et du contexte, influence sur la qualité du rapport sexuel, confiance et influence du partenaire, notion d'expérience, impact des relations intimes passées).

Discussion et conclusion : Renforcer l'usage du préservatif chez les étudiant.e.s nécessite une approche plus globale de la santé sexuelle. Cela repose sur une meilleure information sur les IST, la valorisation des temps de prévention par les professionnels de santé, et la promotion de la protection partagée et des préservatifs. Toutefois, ces actions se heurtent à la difficulté d'aborder un sujet aussi intime que la sexualité, tant pour les jeunes que pour les professionnel.le.s de santé.

Mots clés : Préservatifs, Étudiants/étudiantes, Prévention, Rapport sexuel occasionnel, Médecine Générale

Jury :

Président du Jury : Professeur Adrien LEMAIGNEN

Directeur de thèse : Docteur Laetitia CANAZZI

Membres du Jury : Professeur Henri MARRET
Docteur Geoffroy LECAT

Date de soutenance : 19 juin 2025