

Plan

TITRE

RESUME

INTRODUCTION

SUJETS ET MÉTHODES

1. **Les présupposés de recherche**
2. **Population et recrutement**
3. **Déroulement des entretiens et structure**
4. **Méthode d'analyse**

RÉSULTATS

1. **Population de l'échantillon**
2. **Des médecins plutôt concernés**
 - 2.1. Facteurs influençant la relation
 - 2.1.1. Des freins internes parfois difficiles à cerner
 - 2.1.2. La disponibilité psychique et temporelle
 - 2.1.3. L'importance du climat de confiance
 - 2.1.4. Imaginer les freins de l'autre
 - 2.1.5. Parents or not parents ?
 - 2.1.6. C'est parfois plus facile
 - 2.2. Les données biomédicales au cœur du message
 - 2.2.1. Le dépistage avant tout ...
 - 2.2.2. ... car la sexualité est dangereuse
 - 2.2.3. La contraception comme opportunité d'aborder le sujet
 - 2.3. Une prise en charge sous influence
 - 2.3.1. Le vécu personnel du médecin
 - 2.3.2. Expériences malheureuses
 - 2.3.3. Les normes de la société
 - 2.3.4. Une question d'âge
 - 2.3.5. Orientations sexuelles
 - 2.3.6. Où l'on reparle du tabou
3. **Imaginer la consultation autour de la sexualité avec l'ado**
 - 3.1. Une consultation inhabituelle
 - 3.1.1. Les médecins imaginent leur consultation idéale...
 - 3.1.2. ... mais celle-ci n'est pas forcément une consultation dédiée
 - 3.1.3. Une confidentialité nécessaire, parfois limitée par le risque médico-légal
 - 3.1.4. Quelques outils peuvent être utiles
 - 3.2. Interagir avec ce patient si particulier
 - 3.2.1. Inventer une autre relation ?
 - 3.2.2. Adaptabilité du discours envers l'adolescent
 - 3.2.3. Un relai rare parfois nécessaire
 - 3.2.4. Faire le lien avec ce qui est fait ailleurs
 - 3.2.5. C'est toujours plus simple avec les filles
 - 3.2.6. Rareté de la consultation chez les garçons

3.3. Le médecin s'adapte à la réalité de l'adolescent

3.3.1. « Mais quel est mon rôle ? »

3.3.2. Jeux d'images

3.3.3. Mots pour maux

3.3.4. Intrusion

3.3.5. Les stratégies de communication envisagées

4. Accompagner l'adolescent avec bienveillance et juste distance

4.1. Réfléchir sa pratique

4.2. Se former et modifier sa pratique

4.3. Ouvrir un espace de dialogue

4.4. Soutenir l'adolescent dans sa relation à l'autre

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. L'échantillonnage

1.2. L'enquêteur

1.3. Le recueil des données

1.4. L'analyse des données

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Le médecin généraliste comme interlocuteur sur la santé sexuelle pour les adolescents

2.1.1. Un rôle légitime pour le médecin généraliste

2.1.2. Pas dans n'importe quelles conditions

2.1.3. Tout en respectant l'adolescent

2.2. Les limites de ce rôle

2.2.1. Des freins guidés par des valeurs morales, une sexualité qui dérange

2.2.2. Un abord pas toujours évident

2.2.3. La nécessité d'une formation en santé sexuelle

2.2.4. Le médecin généraliste apporte un complément dans l'éducation sexuelle et affective faite par les parents

2.3. Une communication très disparate entre les filles et les garçons

2.3.1. Les jeunes filles très sollicitées

2.3.2. Une carence de communication concernant les garçons

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours et sont donc amenés à rencontrer les adolescents. Ils semblent cependant en difficulté pour aborder la thématique de la sexualité, empreinte de tabou, avec les adolescents, une population avec laquelle le dialogue peut être difficile.

Objectifs : L'objectif était d'explorer les méthodes et thèmes d'approche, et les outils qu'utilisent les médecins généralistes pour communiquer autour de la santé sexuelle avec les adolescents.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes, installés dans le Maine et Loire, entre septembre 2017 et février 2018. Codage en unité de sens puis analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

Résultats : Onze médecins, six femmes et cinq hommes, âgés de 35 à 60 ans ont été interrogés. Ils disaient que les médecins avaient un rôle à jouer dans la communication en santé sexuelle avec l'adolescent. Ils transmettaient une information fiable, adaptée et soutenaient l'adolescent dans sa relation à l'autre. Les médecins étaient plus ou moins conscients de leurs limites, dont les freins éducationnels, le risque médico-légal encouru pour les hommes, et les valeurs morales. Ils restaient en difficulté pour aborder la vie sexuelle et affective avec les garçons. Tandis qu'avec les filles, la contraception, la vaccination, les premières règles permettaient un abord plus facile du sujet.

Conclusion : Communiquer sur la santé sexuelle avec l'adolescent paraît être une nécessité pour les médecins. Pour cela, il serait souhaitable d'encourager les médecins généralistes à en parler le plus tôt possible. Une proposition de formation adaptée pourrait être une piste de réflexion, pour les aider à dialoguer avec l'adolescent dans ce domaine.

INTRODUCTION

L'adolescence est une période de transition, entre l'enfance et l'âge adulte [10 à 19 ans selon l'OMS]. Elle est notamment marquée par l'apparition de la puberté entraînant de nombreuses transformations biologiques, psychologiques et sociales. Ainsi, la sexualité évolue rapidement à l'adolescence, avec l'acquisition des caractères sexuels secondaires (1). Toutes ces transformations amènent les adolescents à se poser des questions sur leur santé sexuelle.

La santé sexuelle a été définie par l'OMS en 2006 comme : « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés » (2). Ce concept de santé sexuelle fait son apparition dans les années 70, avec l'apparition de la pilule contraceptive qui change la place de la sexualité dans le monde social. Et la notion de plaisir comme finalité de l'activité sexuelle est reconnue avec la découverte de l'orgasme (3). La sexualité ainsi définie regroupe essentiellement 3 grands axes : le plaisir, l'affection et la procréation (4).

En tant que spécialiste de premier recours, le médecin généraliste semble être un interlocuteur privilégié pour discuter avec les adolescents de santé sexuelle. Or, si la question de la procréation et de la contraception semble abordée assez systématiquement avec les adolescentes, les interrogations autour du plaisir et de l'affection laissent apparaître un tabou (5). De plus, les médecins généralistes peuvent être en difficulté pour communiquer avec les adolescents. Des freins tant du côté du médecin que de l'adolescent peuvent entraver la relation de soin. Certaines études ont montré que le genre du professionnel, ainsi que son âge ont une importance pour l'adolescent (6). Quant aux professionnels, leurs représentations de

l'adolescence, en écho à leur propre vécu ou à leur expérience de parents peuvent constituer des freins.

Par ailleurs, d'autres travaux ont montré que les adolescents ne considèrent pas le médecin traitant comme une personne ressource essentielle concernant l'approche de la sexualité, même s'ils souhaitent être informés et écoutés à ce sujet, seul en consultation, avec un respect de la confidentialité (7). Selon une enquête auprès d'adolescents de sexe masculin, le médecin généraliste n'est pas un interlocuteur privilégié dans le domaine de la sexualité, mais il est à même de leur communiquer des outils de recherche avec des références récentes et fiables qu'ils pourraient consulter sur internet (8). Mais d'autres études ont souligné l'insuffisance des connaissances des adolescents en matière de sexualité et d'IST chez la moitié d'entre eux (9), et l'inadéquation des séances « d'éducation sexuelle » que la plupart d'entre eux reçoivent (10).

Cependant, peu d'études ont exploré la communication entre médecins généralistes et adolescents autour de la santé sexuelle et affective. Comment les médecins généralistes peuvent-ils informer les adolescents et communiquer sur ce sujet ?

L'objectif principal de cette étude est d'explorer comment les médecins généralistes communiquent autour de la santé sexuelle avec les adolescents. Les objectifs secondaires sont de cerner les difficultés et les freins ressentis par les médecins et quels moyens permettraient d'améliorer le dialogue sur la santé sexuelle.

SUJETS ET MÉTHODES

Dans la mesure où l'objectif était d'explorer les représentations et les pratiques des médecins généralistes dans leurs consultations avec les adolescents, une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de cette population a été réalisée sur une période de 5 mois, de septembre 2017 à février 2018 dans le département du Maine-et-Loire.

1. Les présupposés de recherche

Les présupposés de recherche ont été rédigés à partir des données de la littérature. L'hypothèse principale était que les médecins généralistes seraient en difficulté pour aborder les questions autour de la santé sexuelle avec les adolescents. Ils aborderaient essentiellement la prévention des IST et la contraception avec les adolescentes. La santé sexuelle et affective serait plus rarement traitée, notamment avec les garçons, ceux-ci identifiant moins leur médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié (8). Le sujet serait peu abordé avec les adolescents, par manque de formation sur le sujet ou d'outils pour les aider dans cette démarche. Les médecins généralistes penseraient ne pas avoir de rôle à jouer dans ce domaine. Mettre des formations appropriées à la disposition des médecins généralistes permettrait sans doute de lever certaines difficultés et certains freins. De même, la mise en place d'une consultation dédiée aiderait les médecins à aborder plus aisément les questions concernant la santé sexuelle avec les adolescents.

2. Population et recrutement

Cette enquête a inclus des médecins généralistes, sans mode d'exercice particulier (MEP), installés dans le Maine-et-Loire. Le premier médecin correspondant aux critères d'inclusion a

été recruté par connaissance. Puis l'échantillonnage s'est effectué de façon séquentielle par « effet boule de neige » (snowball sampling). Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone par l'enquêtrice, médecin généraliste.

3. Déroulement des entretiens et structure

Avant chaque entretien, les médecins recevaient une lettre d'information par voie électronique (annexe 1) avec le consentement (annexe 2). L'objectif de l'étude était présenté à nouveau par l'enquêtrice au début de l'interview, et le consentement alors recueilli par écrit. Les entretiens se déroulaient au cabinet du médecin généraliste. Ils étaient enregistrés sous couvert d'anonymat, à l'aide d'un dictaphone. Le recueil des caractéristiques des participants a été réalisé (âge, sexe, type d'activité, lieu d'exercice, activité complémentaire, maîtrise de stage).

Les entretiens individuels semi-structurés ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe 3) rédigé à partir des données de la littérature et des hypothèses formulées et comportant 6 questions ouvertes préétablies. Deux entretiens tests ont été réalisés permettant d'évaluer la grille d'entretien et d'ajuster la posture de l'enquêteur. Ces entretiens ont été intégrés à l'étude.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à saturation théorique des données.

4. Méthode d'analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits au fur et à mesure à l'aide du logiciel de traitement de texte Word, en respectant les propos puis anonymisés. L'ensemble de ces propos a constitué le verbatim de l'étude. Celui-ci ainsi que l'analyse ont ensuite été envoyés par voie électronique à chaque participant pour relecture. Aucun n'a apporté de modification.

L'analyse thématique du verbatim a été réalisée au fil de l'eau et de manière inductive. Un codage en unités de sens s'est fait tout au long des entretiens. Une double lecture des entretiens et de leur codage par l'enquêtrice et la directrice de thèse a permis une triangulation de l'analyse dans le but d'augmenter la validité des résultats. Un relevé thématique a été réalisé pour chaque entretien, suivi d'une analyse transversale des données du corpus.

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon

Au total, 11 médecins généralistes ont été interrogés : 6 femmes et 5 hommes, âgés de 35 à 60 ans (âge moyen de 47,5 ans). La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes (entre 13 et 46 minutes).

Tous étaient installés en cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire, sauf un médecin installé seul depuis 32 ans. Les 10 restants étaient soit en duo pour la majorité et les 4 autres étaient dans des cabinets regroupant 4 à 5 médecins. Sur les duos, il y avait une majorité de femmes interrogées, alors que dans les cabinets plus nombreux, on observe une égalité entre hommes et femmes interrogés.

Le thème annoncé était « l'adolescent et la sexualité ». Cependant, des précisions notamment à l'aide de la définition de l'OMS ont été nécessaires, 4 médecins se sentant en difficulté à l'énoncé de la première question : « Selon vous, qu'est-ce que parler de santé sexuelle ? ».

La saturation théorique des données a été obtenue au 9^e entretien, les 2 derniers entretiens n'ont pas apporté d'élément significativement nouveau.

Tableau I : Caractéristiques de la population

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Mode d'activité particulier	Maître de stage universitaire
M1	Femme	41	Urbain	Cabinet de groupe	Régulation	Ancienne Maître de stage Ambulatoire Femme Enfant
M2	Femme	35	Urbain	Cabinet de groupe	Régulation	Ancienne Maître de stage Ambulatoire Femme Enfant
M3	Homme	41	Semi-rural	Cabinet de groupe	Ancien SMUGA	
M4	Femme	53	Urbain	Cabinet de groupe		Maître de stage universitaire de niveau 1
M5	Homme	60	Semi-rural	Seul		
M6	Homme	37	Rural	Maison de Santé pluriprofessionnelle		Maître de stage universitaire du 2 ^e cycle
M7	Homme	48	Urbain	Cabinet de groupe	Régulation	
M8	Femme	50	Semi-rural	Cabinet de groupe		
M9	Homme	52	Urbain	Cabinet de groupe		Maître de stage universitaire de niveau 1
M10	Femme	48	Urbain	Cabinet de groupe		Maître de stage universitaire de niveau 1
M11	Femme	35	Semi-rural	Cabinet de groupe		Maître de stage universitaire du 2 ^e cycle

M = médecin

2. Des médecins plutôt concernés

L'ensemble des médecins interrogés s'est dit concerné par la santé sexuelle de l'adolescent, mais tous soulignaient la difficulté à aborder cette thématique.

2.1. Facteurs influençant la relation

2.1.1. Des freins internes parfois difficiles à cerner

La plupart des médecins avait des difficultés à identifier les facteurs internes pouvant freiner la relation avec l'adolescent, notamment autour du sujet de la sexualité : « *Oui il y en a certainement... (silence) je suis pas consciente de ça* » [M2]. Les médecins peinaient à réellement expliquer les difficultés à aborder ce sujet, mais en ressentaient l'impact : « *Sûrement. Sûrement je pense que si cela me paraissait facile je le ferai plus souvent quoi* » [M10]. Certains identifiaient leur éducation comme facteur influençant la relation : « *ouais je pense que l'éducation fait que c'est un sujet que j'ai quasiment jamais abordé avec mes parents et encore moins avec les médecins qui m'ont suivi, déjà en tant que jeune femme* » [M11]. Ils exprimaient n'avoir aucune restriction concernant la sexualité : « *je pense pas qu'il y ait des sujets que j'aborde jamais mais il y a des sujets qui sont en plus compliqués à aborder de manière systématique* » [M6]. Pourtant, des réticences à aborder certains aspects de la santé sexuelle persistaient : « *On va pas aborder les pratiques sexuelles, (...)* » [M5].

2.1.2. La disponibilité psychique et temporelle

Un autre facteur limitant l'abord de ce sujet était, selon les médecins interrogés, la disponibilité temporelle : « *Bon après des fois aussi, j'en suis jamais fière, c'est le manque de temps* » [M3]. Les médecins considéraient devoir consacrer du temps à ce sujet, et selon eux, certains motifs de consultation, notamment les pathologies aiguës, ne s'y prêtaient pas : « *Enfin je*

veux dire, c'est évident que une jeune fille qui a 16-17 ans qui vient pour une angine, une gastro, ou je ne sais quoi, ça va être difficile d'aborder et de dire « tiens au fait... » » [M5]. Pour certains d'entre eux, leur disponibilité n'était pas seulement temporelle, elle était également psychique : « il y a des jours où on n'est pas disponible où on se sent pas disponible pour engager effectivement une consultation qui peut demander un petit peu d'énergie, d'habileté dans la façon de parler » [M6]. Cette disponibilité psychique semblait nécessaire pour pouvoir être suffisamment à l'écoute.

2.1.3. L'importance du climat de confiance

L'existence d'un climat de confiance leur semblait indispensable pour discuter de sexualité : « oui faut un climat de confiance oui » [M2]. Selon eux, il se construisait dans le temps au fil des consultations : « c'est là où du coup le fait de s'être déjà vu avant, et d'avoir instauré un climat de confiance, c'est important quand même » [M3], « C'est quand même, pour la plupart, des gens que je connais depuis des années, donc c'est plus facile de venir en parler » [M5]. Paradoxalement, pour l'un des praticiens, ce climat s'instaurait plutôt dans l'anonymat ce qui permettait à l'adolescent de se confier plus facilement : « Mais au moins, il y a une relation de confiance parce que c'est dans l'anonymat souvent, c'est plus ça qui est intéressant pour les adolescents » [M7]. Tous pensaient que la relation se créait plus facilement avec celui-ci : « C'est plus facile s'il y a un climat de confiance » [M9].

2.1.4. Imaginer les freins de l'autre

Les médecins imaginaient que l'absence de demande de l'adolescent sur le sujet était corrélée avec l'absence de difficulté dans ce domaine : « et je me dis que tant qu'elles m'en parlent pas, je me dis que il n'y a pas de difficulté, pas de question quoi fin... » [M10], « S'il y a pas de souci, si il y a rien, ils vont pas venir spontanément en consultation demander « bah tiens

j'ai une petite copine, j'ai machin, comment je... » » [M5]. Or, tous reconnaissaient la gêne de l'adolescent lorsque des questions étaient posées sur ce thème : « Mais sinon en général ils sont pas trop à l'aise quand même » [M2], voire une timidité : « mais peut-être que là du coup c'était absolument pas le sujet du moment, une extrême timidité » [M3]. Très souvent, cela était interprété comme un désintérêt de l'adolescent : « bon déjà si on sent que toute façon ça le branche pas du tout... » [M3].

2.1.5. Parents or not parents ?

La grande majorité des médecins interrogés soulignaient qu'en général les adolescents venaient accompagnés en consultation : « La plupart du temps la maman est là » [M8], « mais parce que les adolescents que je vois, je les vois rarement seuls c'est vrai » [M7]. La plupart des médecins considérait que la présence des parents était un frein pour aborder cette thématique-là : [Ce qui empêche d'aborder le sujet] « Oui que les parents soient en consultation » [M11], « Après quand il y a la présence d'un parent c'est toujours un peu limitant, je poserai jamais toutes les questions » [M3]. Là aussi, les praticiens interrogés imaginaient l'adolescent moins libre de parler de santé sexuelle en présence de leurs parents : « Je sais bien, ils abordent pas trop, ils répondent pas toujours aux questions quand ils sont avec leurs parents » [M4]. Cependant, pour deux médecins, un homme et une femme, la présence des parents n'était pas un obstacle à la relation bien au contraire : « pour moi c'est pas un obstacle, c'est plutôt un élément d'information supplémentaire d'avoir le parent » [M6], « Mais j'aime bien avoir la maman aussi. Et puis c'est ce que je disais ça leur permet après je pense d'échanger sur le sujet » [M8]. Les médecins interrogés disaient composer avec ce duo parent-adolescent, et organisaient la consultation en deux temps, ou proposaient un deuxième temps pour en discuter : « Donc l'objectif, c'est de pouvoir au moins aborder, effleurer le sujet de manière détendue pour qu'ils aient au moins cet aspect-là, et puis d'ouvrir la porte sur une

consultation un peu plus dédiée, déportée dans le temps qu'on pourra faire effectivement de manière semi partagée avec le parent, avec un temps d'accompagnement avec le parent mais un temps aussi sans le parent » [M6].

2.1.6. C'est parfois plus facile

Lorsque l'adolescent était intéressé par le sujet, cela facilitait la communication : *« je vois bien quand même qu'ils sont très à l'écoute et réceptifs, voire même se mettant à me poser des questions en cours de route donc ça c'est plutôt bien » [M8].* Une demande initiée par l'adolescent permettait aussi d'aborder plus sereinement ce thème : *« on a quelques adolescents qui sont demandeurs » [M1], « Le sujet est abordé en général par l'adolescent qui vient me parler de son problème » [M7], « J'ai des jeunes filles qui viennent pour parler de sexualité. Donc c'est facile [M4].*

2.2. Les données biomédicales au cœur du message

2.2.1. Le dépistage avant tout ...

Les médecins interrogés estimaient avoir un rôle important en termes de diffusion d'informations sur la prévention en santé sexuelle aux adolescents, l'un d'entre eux utilisant même le terme de « sexualité médicale » : *« Ça va être la sexualité mais la sexualité, moi je vais plutôt parler de sexualité médicale c'est-à-dire les maladies, les risques, la prévention pour effectivement les problèmes de grossesse, les risques de maladies transmissibles, toutes ces choses-là » [M5].* Ils disaient particulièrement insister sur la prévention des IST avec le port du préservatif, et la nécessité des dépistages : *« Prévention des IST avec port du préservatif tant qu'on ne sait pas le statut sérologique de son partenaire » [M11], « Je leur demande s'il y a eu préservatifs ou pas et je fais un dépistage de MST s'il y en a pas eu » [M8].*

Un médecin disait à ce propos être choqué par l'attitude de certains adolescents, agissant selon lui de façon inadaptée : « *Et il y a beaucoup de gens qui se qui disent « ah bah non pas de préservatif quand même parce que bah, mon copain il ne veut pas de préservatif ». Alors à chaque fois moi j'écarquille les yeux, « mais si votre copain il ne veut pas de préservatif, vous lui dites au revoir quoi en fait c'est pas..., cassez-vous quoi ». Qui est-ce qui décide quoi en fait ? » [M9]. Une des femmes médecins interrogées rappelait tout de même aux adolescents la gravité de contracter le sida, malgré l'existence d'un traitement : « *rappeler que le sida on n'en meurt moins mais que c'est quand même pas très cool de l'attraper, que c'est contraignant » [M8]. Pour les jeunes filles, la vaccination HPV permettait d'introduire le dépistage réalisé par le frottis tous les trois ans : « *J'insiste aussi sur le fait à ce moment-là que même si la vaccination est faite ça n'empêchera pas de faire le frottis tous les trois ans, l'un n'empêche pas l'autre » [M11], « Chez les jeunes filles, on va parler premier frottis ça souvent normalement c'est 25 ans » [M11].***

2.2.2. ... car la sexualité est dangereuse

Les messages de prévention que les médecins souhaitaient faire passer avaient surtout pour but d'éviter les dangers liés à la sexualité, certains soulignaient cette vision pessimiste de l'abord de la sexualité : « *Des fois j'me dit l'image qu'ils ont de la sexualité en sortant du cabinet médical elle est un peu ternie. « Fait attention aux MST, à la contraception, regrette rien » » [M1]. Le consentement lors d'un rapport et le respect de soi étaient des messages clés à transmettre pour certains médecins : « « *fais attention à toi, respecte-toi, quand t'es pas à l'aise et ben écoute toi » c'est important » [M1]. Un des médecins interrogés paraissait dépassé par une information aujourd'hui disponible et accessible à tous, notamment sur internet : « *faut se mettre dans l'idée qu'il y a internet et que je veux dire il y a internet et ils ont en l'espace de 15 secondes plus de renseignements que moi je peux leur donner en une***

consultation » [M5]. Un des praticiens pensait que cette information était souvent peu fiable et que les contenus sur la sexualité étaient rarement adaptés à la maturité de l'adolescent : « *on peut approcher effectivement de manière, pas brute non plus, cet aspect-là pour pouvoir en discuter sur les dangers que ça peut représenter en termes d'accéder à des contenus pour lesquels l'adolescent n'est peut-être pas prêt à encaisser la teneur* » [M6]. Les médecins pensaient que l'apprentissage de la sexualité pour les adolescents passait notamment par la visualisation de la pornographie, leur donnant une représentation éloignée de la réalité : « *on aborde (...) tout ce qu'est sur Internet You porn etc...* » [M2], « *Dans la moitié des cas il a déjà effectivement expérimenté on va dire la thématique de la sexualité à travers des vidéos largement disponibles sur internet* » [M6], « *Alors c'est très perturbé par peut-être par les médias, par internet etc... Et à mon avis, ça fait beaucoup de mal parce que ça ne reflète pas du tout la réalité* » [M9]. Pour pallier à ces informations qu'ils jugeaient intempestives et inadaptées, ils tentaient de délivrer une information fiable en donnant des sites validés : « *Je parle (...) des sites « choisirscontraception », « on s'exprime », j'leur dis qu'il y a des sites, qu'ils sont plutôt bien faits* » [M1]. Certains interviewés renvoyaient même une opinion négative de l'attitude perçue de certains jeunes patients: « *Alors, j'ai beaucoup de mal avec les garçons et même les jeunes, même les adultes qui ont une vie sexuelle débridée et qui se vantent énormément, donc effectivement il y a... ils ont besoin d'étaler tout ça, et il y a pas beaucoup de place pour la prévention* » [M7], « *des patients qui faisaient des orgies sexuelles, qui partaient à l'autre bout de la France pour multiplier des expériences lors de weekend des trucs machins... et qui ont ramené des saletés et il y en a un qui a ramené le sida par exemple* » [M9].

2.2.3. La contraception comme opportunité d'aborder le sujet

La première consultation de contraception chez l'adolescente, motif de consultation récurrent, leur semblait être une bonne opportunité pour initier le dialogue autour de la santé sexuelle : « *Souvent ça va être, enfin chez les jeunes filles en tout cas, ça va être sur une demande de contraception qu'on va pouvoir aborder le sujet* » [M11], « *si quelqu'un vient pour une demande de contraception, là justement on va en parler* » [M5]. Les médecins interrogés se sentaient à l'aise pour parler de contraception mais avaient tendance à transmettre des données essentiellement techniques et moins aborder le plan affectif : « *L'entrée en consultation c'est souvent ça, si renouvellement de pilule, est-ce que ça se passe bien, les oublis, s'il y a des oublis qu'est-ce qu'elle fait, et si justement c'est pas bien géré on reprend tout ça ensemble et puis comme on en vient à parler des rapports à ce moment-là on en discute* » [M11], « *J'essaie de dire que la sexualité c'est pas trop dans la technique mais c'est d'abord dans la relation à l'autre, approfondir la relation que c'est pas seulement dans l'acte sexuel, c'est plus large que ça, ça fait partie de la prévention je pense, dans l'affectif en tout cas* » [M7]. L'importance de la contraception était soulignée aux patients pour éviter une grossesse non désirée, les médecins insistaient sur ce point : « *je vais faire des questions assez ouvertes voilà sur voilà, voilà, sur la compréhension de la contraception, pour effectivement éviter de courir le risque de grossesse chez les jeunes filles* » [M6].

2.3. Une prise en charge sous influence

2.3.1. Le vécu personnel du médecin

Les médecins qui ont eu l'expérience d'être parent, faisaient le rapprochement avec leurs propres enfants. Il y avait pour un médecin une certaine facilité à en parler en consultation après l'avoir vécu en tant que parent : « *Donc quand on est jeune parent et médecin,*

s'adresser aux ados c'est pas forcément facile. Après une fois qu'on a passé l'âge avec des enfants adolescents, c'est peut-être plus facile aussi, quand on a plus d'expérience. Je pense que l'expérience même de la vie de famille aide énormément à aborder ce sujet-là, plus facilement en tout cas » [M7]. Une autre soulignait, bien au contraire, être plus à l'aise pour en parler en consultation qu'avec ses propres enfants : « Ça me faisait bizarre parce que je suis beaucoup moins à l'aise avec mes enfants, c'était marrant c'était drôle en fait, je me disais que c'est idiot d'être plus pudique avec mes enfants » [M4].

2.3.2. Expériences malheureuses

Les médecins adaptaient leur exercice en écho à leur expérience professionnelle. Certaines histoires marquantes avaient parfois modifié leur pratique, entraînant éventuellement une certaine appréhension à aborder ce thème : « Alors faut pas en faire une généralité, mais on base aussi son exercice sur des expériences comme ça très ponctuelles mais qui en même temps nous ont beaucoup remis en cause » [M3]. Un des interviewés racontait une expérience difficile où le fait de questionner la sexualité chez un adolescent avait soulevé le problème des violences sexuelles : « Dans mon exercice aussi, il s'est passé un truc il y a 2 ou 3 ans et que justement, j'ai voulu en parler avec un garçon qu'une mère m'avait laissé aussi un peu de la même façon, euh voilà. En fait il s'est crispé immédiatement, je ne connaissais pas son passé, j'ai arrêté tout de suite d'en parler. Et en fait, je suis allé chercher la maman, j'ai dit : « écoutez je sens qu'il y a un truc qui bloque, voilà j'ai voulu aborder la question de sexualité, de rapport sexuel parce que, voilà, il a 15 ans ça peut peut-être arriver ». Et là du coup, je l'ai vu blêmir et malheureusement c'était un enfant qui avait été victime de sévices sexuels » [M3].

2.3.3. Les normes de la société

Un homme médecin de 52 ans, voyait la sexualité comme quelque chose de naturel, voire d'inné, qui ne nécessiterait pas d'apprentissage : « *Est-ce que la sexualité ça doit s'apprendre ? (...) On a quand même un a priori dès le début et assez tôt et c'est quand même quelque chose d'assez naturel entre guillemets en fait* » [M9], « *peut-être que la sexualité c'est quelque chose qui doit être assez naturelle, comme apprendre à marcher ou à parler* » [M9]. A contrario, d'autres médecins soulignaient l'influence de la société sur les comportements des adolescents : « *C'est normé, on ne doit pas mettre de préservatif quoi en fait. Parce que dans les films, il n'y a plus de préservatif maintenant ou parce que on en parle pas ou parce que les autres, ils ne mettent pas de préservatif donc il n'y aura pas de préservatif* » [M9]. Pour l'un des médecins interrogés, l'important n'était pas d'être ou non dans la norme mais plutôt d'être satisfait de sa sexualité sans se soucier de ce que faisaient les autres pour entrer dans un moule : « *c'est la communauté qui décide la norme alors que finalement la norme si elle convient, si les pratiques conviennent à un couple par exemple c'est un peu moche qu'ils puissent se sentir hors-normes parce que les autres ils font autre chose. Vous voyez ce que je veux dire ? Et que on est dans une société où finalement on passe d'un certain individualisme à une pratique commune, d'ailleurs on fixe presque des règles quoi en fait* » [M9].

2.3.4. Une question d'âge

L'âge posait question à tous les médecins interrogés : à quel âge pouvait-on aborder la sexualité avec un adolescent ? Un médecin exprimait clairement en parler à partir d'un certain âge : « *À 11 ans c'est trop tôt à mon goût enfin en tout cas moi je ne me sens pas d'en parler à 11 ans. Et 13-14 pour la plupart des jeunes filles c'était le bon âge* » [M8]. Mais certains médecins soulignaient l'influence des parents dans cette perception : « *Il y a des parents qui*

veulent pas qu'on en parle tout de suite, c'est trop tôt 11 ans » [M3]. Les médecins disaient donc essayer de s'adapter, ni trop tôt, ni trop tard : « Des fois on arrive trop tard après. Mais on commence à aborder les choses avec le Gardasil à 13-14 ans, moi je l'aimais bien cet âge-là, parce que c'était là où on pouvait commencer à en parler je trouve » [M8]. Certains médecins, notamment plus âgés, questionnaient un problème générationnel, selon eux, plus la différence d'âge était importante entre l'adolescent et le médecin moins la discussion se faisait facilement : « Je fais peut-être partie d'une génération moins... peut-être que maintenant les jeunes médecins sont plus dynamiques enfin posent tout de suite la question, mais moi je me vois pas à une fille qui a 21 ans demander « est-ce que tu as... ? » à la limite médicalement ça me regarde mais ça me regarde pas si elle en a ou si elle a pas de rapport » [M5]. A partir d'un certain âge, les médecins semblaient se sentir moins crédibles : « « Docteur H., il m'a dit ça, est-ce que c'est vraiment... c'est ce qu'il pense d'ailleurs c'est normal qu'il puisse le penser, mais est-ce que c'est vraiment la réalité ? Il a 50 ans de plus que moi, il sait pas, il a pas de sexualité lui forcément donc il est trop vieux, il sait plus que c'est, il a jamais vécu ça » » [M9]. Et inversement, un des médecins, jeune, se sentait plutôt légitime dans ce rôle : « Il y a peut-être que je dirais la proximité d'âge, je sais pas si je commence à m'en éloigner un petit peu, mais du coup qui moi pour l'instant me semble être un élément favorisant, (...) j'ai l'impression que le côté plus ou moins jeune peut favoriser un petit peu le contact » [M6].

2.3.5. Orientations sexuelles

L'orientation sexuelle restait un sujet difficile à aborder pour certains médecins : « Mais j'me vois pas poser la question d'orientation sexuelle à un adolescent, sûrement pas. (...) ça, ça fait partie des questions que je ne poserai pas en consultation sauf s'ils ont envie d'en parler »

[M1]. Pour un médecin, l'homosexualité était une source de souffrance : « *Je suis persuadé que ces gens ont forcément des difficultés pour vivre leur sexualité* » [M9]. De ce fait, cependant en discordance avec les normes sociétales qu'il imaginait, il n'initiait pas le dialogue sur cette question : « *L'homosexualité. Parce qu'il y a des enfants pour qui je soupçonne qu'il y a une homosexualité par exemple et comme dans notre société d'aujourd'hui l'homosexualité c'est la norme, ou en tout cas ça doit être aussi normal que le reste. Pourquoi on poserait une question pour savoir s'il y a une souffrance par rapport à ça* » [M9].

2.3.6. Où l'on reparle du tabou

Il persistait autour de ce thème une certaine pudeur. Si les médecins interrogeaient les adolescents sur la santé sexuelle, ils restaient tout de même focalisés sur le côté médical et interrogeaient peu la santé affective : « *On va parler sexualité proprement dit, c'est-à-dire les types de rapport sexuel pas si souvent que ça finalement, on ne rentre pas forcément dans les détails mais on peut l'aborder assez souvent sur l'aspect infectieux* » [M6]. Deux médecins s'attachaient cependant à l'aspect psychologique et affectif de la sexualité : « *Il y a aussi toujours un petit volet sur l'aspect psychologique, la notion d'être prêt pour démarrer effectivement sa sexualité, de se sentir prêt* » [M6], « *au niveau affectif c'est important aussi. Je pose régulièrement la question pour savoir comment ça marche, si la relation à l'autre est épanouissante, s'il y a quelque chose...* » [M7]. La complexité de questionner la sphère intime de l'adolescent pouvait faire écho à leur propre intimité, et rendait la relation plus malaisée : « *C'est valable peut-être un petit peu plus pour ces thématiques-là, qui sont des thématiques qui touchent quand même beaucoup plus à l'intimité du patient et du coup en retour à notre propre intimité personnelle, et des fois ça peut être un petit peu compliqué de faire la frontière entre les deux donc ouais ça peut arriver que le déclic se fasse pas et qu'il y ait un truc qui*

bloque » [M6]. Un des médecins notait une levée du tabou progressivement avec les générations : « *Donc ça demande un gros travail qui se fera probablement parce que voilà on sort tranquillement de génération relativement fermée sur le sujet et il y a quand même une ouverture qui se fait* » [M6].

3. Imaginer la consultation autour de la sexualité avec l'ado

3.1. Une consultation inhabituelle

3.1.1. Les médecins imaginent leur consultation idéale...

La moitié des médecins, hommes comme femmes, préféreraient recevoir l'adolescent seul en consultation, même si ce n'était pas toujours possible : « *Ouais je pense que les gens enfin les ados il faut qu'ils viennent seuls.* » [M4], « *Alors après euh dans l'idéal et dans un monde idéal ça serait seul* » [M3]. Une femme médecin, imaginait une consultation de prévention où l'on pourrait parler de santé sexuelle : « *Faudrait presque une consult' je dirai un peu comme la visite de sport, ils nous ont fait le certif pour plusieurs années moi j'aimais bien déjà voir mes jeunes tous les ans et au lieu que ce soit une visite de sport que ça soit une visite je sais pas de « bonne santé », et du coup là ça serait plus simple d'aborder, tous les thèmes (...)* » [M8].

3.1.2. ... mais celle-ci n'est pas forcément une consultation dédiée

Certains collègues imaginaient cette consultation dédiée comme possible : « *Dédiée à parler que sexualité, c'est vrai que pourquoi pas, mais j'en ai jamais... ça m'est jamais arrivé* » [M7]. Cependant la perspective d'une consultation dédiée à la santé sexuelle leur semblait plutôt utopique, et peu adaptée à l'adolescent : « *Dédiée à ça ? Et comment on peut.... Je pense que*

j'en pense rien. Je pense que c'est compliqué de dire à quelqu'un de venir pour ça » [M9], « après la problématique c'est toujours la même, c'est que si on fige une consultation et qu'on dit bon voilà allez là faut aller faire la consultation sexualité, ça colle une pression monstre et je suis pas sûr effectivement ce que ça apporte une qualité de consultation très intéressante » [M6]. Un homme médecin, 37 ans, réalisait tout de même des consultations dédiées : « Ça m'arrive de dédier des consultations a posteriori » [M6].

3.1.3. Une confidentialité nécessaire, parfois limitée par le risque médico-légal

Une des médecins pensait que la confidentialité était nécessaire pour que l'adolescent puisse se livrer en consultation : « *Les deux choses qui sont importantes je pense pour pouvoir les faire parler, c'est que elles soient pas avec leur maman et que le médecin répète pas à la maman après » [M4]. Deux femmes médecins ne rappelaient pas à l'adolescent en consultation la notion de secret médical, cela étant implicite pour elles : « Non pas particulièrement, non. Ça va de soi donc j'en parle pas » [M10], « non à ce moment-là non, mais c'est vrai que pour moi c'est implicite alors non je leur dis pas ça » [M11]. Cette confidentialité était néanmoins plus difficile à mettre en place avec les jeunes filles, selon trois hommes médecins, craignant d'être accusés de gestes ou paroles déplacés : « Alors c'est toujours un petit peu compliqué de recevoir des ados voilà tout seul (...) Comme j'ai régulièrement un témoin, en étant de maître de stage des fois c'est pas mal, ça permet d'être 2 » [M6], « Moi j'y pense tout le temps. Qu'est-ce qui pourra... qu'est-ce qui pourra... comment dire... comment ça pourrait être réinterpréter après, ou après simplement être victime de mensonges quoi voilà c'est ça qui est un petit peu délicat » [M3], « c'est le truc qui se présente comme ça et je pense que sans être parano en étant médecin homme, on est obligé de faire gaffe à ça quand même » [M3], « je sais pas si le fait d'être de... si on parle des jeunes filles de sexe opposé est-ce que c'est plus problématique ? » [M6]. Selon eux, le risque médico-légal existait, et restait présent dans leur*

esprit : *« après c'est toujours compliqué des fois aussi de ne pas penser aux risques encourus »* [M3].

3.1.4. Quelques outils peuvent être utiles

Les outils leur permettaient parfois de compenser une situation où le dialogue ne se faisait pas, et de faire le lien avec une prochaine consultation : *« les outils c'est toujours important et je trouve que pour les ados c'est important d'avoir des outils de médiation »* [M6]. Quatre médecins trouvaient un intérêt à mettre des affiches en salle d'attente : *« Moi je mets des affiches, je sais pas si vous avez vu, il y a des affiches dans la salle d'attente à droite et à gauche, pour s'ils veulent parler de sexualité, des dépistages »* [M9]. D'autres utilisaient des livrets destinés aux adolescents : *« les supports « question d'ado » (...) on les glisse (...) quand on sent que, que, c'est pas.... qu'on arrive pas forcément à dialoguer ou autre il y a des supports matériels donc peut-être là-dessus »* [M2]. Devant l'évolution des supports d'information et le développement d'internet, les médecins s'étaient adaptés : *« Voire même des sites, j'avais noté sur un et puis ça m'arrive et de dire « bah tiens si tu veux tu regardes sur ce site là ça répondra peut-être à tes questions » »* [M5].

3.2. Interagir avec ce patient si particulier

3.2.1. Inventer une autre relation ?

La relation avec l'adolescent restait difficile à appréhender : *« je crois qu'il y a pas de sujet difficile, ce qui les rend difficile, c'est plutôt la relation ou le ressenti de la relation qui fait que je vais me sentir plus ou moins à l'aise pour aborder ces thématiques-là »* [M6]. Cette relation que les médecins créaient avec l'adolescent, permettait une aisance autour de sujet plus intimiste : *« On sait bien que dans nos relations, il y a des histoires de feeling, des histoires*

de transfert, de contre-transfert, il y a des histoires de proximité d'âge, d'éloignement d'âge qui font que certaines thématiques sont plus ou moins faciles, qu'il y a des relations où on se sent finalement à l'aise pour aborder tous les sujets et ça passe effectivement sans problème sur tous les sujets et puis d'autres relations on sent que c'est pas le moment, ou c'est pas l'âge et puis du coup ça se fait pas de manière aussi complète que ça pourrait l'être » [M6]. Un médecin montrait qu'il fallait s'investir dans cette relation, en dépit du manque de temps : « Donc le temps peut-être un problème mais ça m'arrive finalement de manière assez paradoxale des fois, de ne pas laisser passer l'occasion parce que je ne suis pas sûr de le revoir de manière proche donc des fois je saisis l'opportunité quand même malgré tout de pouvoir le faire » [M6]. Selon ce médecin, le langage corporel occupait une place aussi importante que la communication verbale. « La parole c'est important, le regard c'est important, l'attention portée vers l'adolescent c'est important, il se joue des choses cruciales » [M6].

3.2.2. Adaptabilité du discours envers l'adolescent

Tous les médecins disaient adapter leur propos en fonction de la maturité acquise par l'adolescent qu'ils rencontraient en consultation : « Après voilà tout en nuancant en fonction de l'ado qu'on a en face. Je pense que c'est important, il y a des enfants où effectivement on sent bien qu'ils ne sont pas prêts à en discuter quoi » [M11]. Et il ne leur semblait pas toujours simple de doser leur parole pour ne pas être intrusif : « C'est toujours la question de de savoir bah notamment niveau sexualité, des différentes pratiques sexuelles jusqu'où aller sans choquer, sans non plus forcément donner des idées » [M3].

3.2.3. Un relai rare parfois nécessaire

Les médecins généralistes disaient avoir rarement recours à un autre professionnel dans le domaine de la santé sexuelle, du moins pour les adolescents. « *Sexologue, j'ai jamais fait chez les ados, concernant la sexualité, non, je crois pas. Psy non plus, j'ai pas eu l'occasion, gynéco euh non, j'ai pas eu l'occasion non plus* » [M4], « *Sur ces thématiques-là euh non, globalement ça m'arrive pas* » [M6], « *Pas les adolescents. Non j'aurais trop peur de les... de leur faire peur* » [M9]. Quelquefois, un médecin envoyait vers un gynécologue : « *Des fois la gynéco si les jeunes filles veulent une pose de stérilet ça peut m'arriver parce que je ne pose pas les stérilets.* » [M8]. Six des médecins soulignaient le recours à des structures pour des prises en charge très spécifiques : les centres d'interruption volontaire de grossesse pour une IVG ou les centres de dépistage anonyme et gratuit pour un dépistage des IST : « *Quand il y a des problèmes de demande d'IVG, des choses comme ça, là forcément j'envoie sur le centre Flora Tristan* » [M8], « *J'ai suggéré aussi que c'était possible d'aller au CDAG centre de dépistage anonyme et gratuit si elle voulait être tranquille de ce côté-là* » [M3].

3.2.4. Faire le lien avec ce qui est fait ailleurs

De nombreux médecins faisaient le lien avec les cours scolaires, sans pour autant en connaître réellement le contenu : « *Je me saisis de leur niveau scolaire et comme en 4eme, ils abordent toute le enfin la reproduction, je... voilà, j'en parle, je dis « Ah tiens tu vas entendre parler de ça en cours, si tu as envie qu'on en rediscute ensemble c'est possible » »* [M1], « *alors c'est pareil je ne sais pas où en sont les cours de biologie, si ça s'appelle encore comme ça ou de sciences naturelles, je ne sais pas où ils en sont* » [M3]. Les médecins dans l'ensemble ne se considéraient pas comme la personne délivrant le premier discours, soulignant que les adolescents s'étaient informés avant : « *J'ai pas le premier discours sur le sujet, ils ont déjà entendu ça ailleurs avant* » [M8], « *Même si je vous dis, la plupart du temps, la mère a déjà*

fait la leçon avant » [M5], « Je pense que c'est pas mal aussi qu'ils puissent y avoir des discussions de groupe. L'école, elle est faite pour ça » [M9]. Pour la plupart des interviewés, c'était aux parents que revenait le rôle premier dans l'éducation sexuelle et affective de leur adolescent : « Après on peut toujours en remettre une louche mais on n'est pas leurs éducateurs quand même, c'est aux parents aussi d'acheter la première boîte de préservatif peut-être, mais ça je le dis aux parents quand ils sont à la consult' j'en profite. Mais on ne va pas se substituer aux parents non plus » [M8].

3.2.5. C'est toujours plus simple avec les filles

Les femmes médecins interrogées reconnaissaient toutes avoir une facilité de discussion avec les filles sur la sexualité : « Bah, c'est pareil encore une fois je trouve que chez les filles c'est facile » [M1]. Elles imaginaient que leurs confrères masculins avaient plus de facilité à discuter de sexualité avec les garçons : « Mais bon, je sais pas il faudrait peut-être poser la question à médecin homme, peut-être qu'ils en parlent plus avec un médecin homme » [M4]. Cependant, les médecins hommes soulignaient la même facilité à aborder le thème avec les adolescentes, et être en proie aux mêmes difficultés avec les adolescents : « Et puis c'est vrai que les garçons j'ai beau être un homme, les filles me parlent plus facilement c'est pas ça, mais ouais on va en parler plus facilement que les garçons vont pas, vont être un peu réticent » [M5].

3.2.6. Rareté de la consultation chez les garçons

Au cours des entretiens, était mise en évidence une gêne des médecins hommes comme femmes pour aborder la vie sexuelle et affective avec les garçons : « ça m'arrive effectivement un petit peu moins souvent d'aborder ce sujet-là avec les garçons de moi-même. Peut-être que je suis un peu moins à l'aise finalement, de manière peut-être paradoxale avec les

garçons » [M6], « Non, sûrement parce que je suis moins à l'aise sans doute pour leur parler. (...) non je me vois pas aborder le thème avec un jeune homme » [M8]. De plus, les médecins interrogés trouvaient que les garçons consultaient moins souvent, voire très rarement à l'adolescence : « Ça c'est plutôt pour la branche féminine, pour la branche masculine c'est plus compliqué parce qu'on voit globalement moins souvent les ados » [M6], « Enfin le problème c'est qu'on ne les voit pas beaucoup les adolescents. On les voit même très peu » [M10]. A cela s'ajoutait une faible voire une absence de demande du côté de l'adolescent en matière de sexualité : « Peu de garçons adolescents viennent me parler de leur sexualité » [M7], « c'est plus compliqué je trouve avec les adolescents parce que ils ont pas de questions » [M1].

3.3. Le médecin s'adapte à la réalité de l'adolescent

3.3.1. « Mais quel est mon rôle ? »

Les médecins interrogés se positionnaient avant tout comme médecin de famille, ils étaient le médecin spécialiste du patient, qui le suivait du plus jeune âge, à la fin de sa vie. « Il nous identifie peut-être enfin j'imagine, comme le médecin de famille après » [M2]. Ils estimaient pouvoir délivrer une information fiable et personnalisée, face à cette quantité d'information disponible sur internet : « Le message qu'on est là aussi pour ça et que s'il y a besoin si... enfin qu'il y a un endroit en tout cas où ils peuvent avoir des réponses peut être plus fiables » [M2]. Ils se pensaient pour la plupart comme un interlocuteur fiable au niveau médical pour l'adolescent. « Ouais c'est ça de dire qu'on peut en parler et que le médecin est un interlocuteur, plutôt qu'Internet » [M10]. Certains praticiens disaient s'attacher à essayer de soutenir l'adolescent dans ses difficultés quelles qu'elles soient, en restant disponible : « Ça c'est super important et je leur dis toujours qu'ils peuvent téléphoner au cabinet s'ils ont besoin d'un renseignement plutôt que de faire des bêtises » [M4].

Ils disaient aussi essayer de responsabiliser l'adolescent, pour l'amener à devenir autonome : « *On va pouvoir à la fois les mettre en situation de responsabilité sans les stresser trop par rapport à ça, bien les accompagner pour leur dire qu'il y a des petites règles ou des comportements importants à gérer pour qu'elles ne se retrouvent pas elles-mêmes en difficulté avec une grossesse inopinée à gérer* » [M6]. Pour l'ensemble des médecins interrogés, la prise en compte de la globalité de l'adolescent était essentielle à une prise en charge adaptée : « *Une bonne connaissance de ce qu'est un adolescent de ses attentes, de ses fragilités voilà, du contexte dans lequel vit un adolescent, alors, alors, ça il y a le contexte familial mais il y a aussi le contexte social* » [M6].

3.3.2. Jeux d'images

Les médecins interrogés semblaient attentifs, de manière plus ou moins consciente, à l'image qu'ils véhiculaient d'eux-mêmes à travers leurs messages et les informations qu'ils délivraient : « *après il y a le statut de c'est le médecin, ils ont pas l'image du médecin comme quelqu'un à qui on va parler de ça. Pour eux le médecin c'est j'examine je regarde la gorge, j'écoute les poumons je prends le poids la taille* » [M2]. Mais, les praticiens étaient conscients de cette attitude de la part des adolescents vus en consultation : « *C'était surtout pour que je ne me trompe pas sur l'image qu'il pouvait nous renvoyer qu'il ne consommait aucun produit et que de toute façon il avait des préservatifs sur lui mais qu'il en avait encore jamais rien fait voilà et qu'il était informé* » [M3]. Certains médecins n'envisageaient pas d'aborder le sujet de la vie sexuelle et affective avec les adolescents, craignant de donner à ceux-ci une image d'eux qui n'était pas en accord avec leur propre vision de leur rôle : « *Je veux dire c'est pas parce que je vais voir une adolescente toute seule pour un autre problème médical que je vais la brancher sur des problèmes de sexualité bon c'est non* » [M5]. Plusieurs exprimaient des

craintes sur la façon dont l'adolescent pouvait les percevoir : « *Je veux dire, j'espère ne pas être un gros lourd* » [M5], « *sans non plus passer pour un ringard qui ne s'y connaîtrait pas du tout* » [M3].

3.3.3. Mots pour maux

Plusieurs praticiens évoquaient le fait d'aller explorer ce sujet quand il y avait un mal-être détecté chez l'adolescent : « *Après ou quand il y a des jeunes qui sont amenés par leurs parents et qu'ils vont pas bien, qui pleurent. 'Fin voilà quand il y a un état de dépression, de mal-être, forcément on aborde un petit peu le sujet* » [M2], « *Par exemple on peut voir des adolescents ou des adolescentes qui sont un peu dans un mal-être, il faut quand même explorer aussi cette sphère là pour être sûr qu'ils aient pas eu de d'ennuis on va dire* » [M3].

Un homme médecin explorait ce thème seulement si l'adolescent éprouvait un mal-être : « *Ce qui me semble surtout important c'est d'y songer quand ça ne va pas bien. Mais je suis pas du tout d'accord pour aller les chercher quand tout semble aller pour le mieux et qu'il y a manifestement un épanouissement optimal et je... Voilà* » [M9].

3.3.4. Intrusion

Les médecins exprimaient la difficulté à aborder un sujet aussi intime avec les adolescents, craignant d'être trop intrusif : « *Si c'est moi qui initie le questionnement, je vais sûrement pas lui orienter le débat sur tel ou tel sujet parce que ce serait aussi être intrusif dans sa vie privée* » [M9], « *C'est pas évident en fait, parce qu'on touche quand même à l'intime* » [M7].

Un médecin disait bien que certains aspects de cette sphère intime ne le regardaient clairement pas : « *oui il y a sûrement des sujets difficiles (...) Je ne vais pas rentrer dans la vie intime des gens, je vais pas m'amuser à leur demander bon « alors qu'elles sont tes pratiques*

sexuelles ? » » [M5]. Un homme médecin, la cinquantaine, employait même un terme fort pour signifier qu'il ne tenterait pas d'entrer dans l'intimité de l'adolescent si celui-ci ne l'y autorisait pas : « Je ne vais sûrement pas violer un jeune qui n'a pas envie d'en parler (...) » [M9].

3.3.5. Les stratégies de communication envisagées

Devant un sujet peu évident à aborder, les médecins disaient mettre en place des stratégies de communication, pour faciliter le dialogue. Certains, notamment une femme et un homme, utilisaient l'humour : « *Souvent effectivement il y a des filles qui me disent en rigolant, parce que souvent moi aussi je traite ça beaucoup avec humour, je rigole facilement* » [M5], « *Alors je présente toujours ça un petit peu à la rigolade* » [M4]. Un médecin préférait utiliser la franchise, pour obtenir une réponse plus fiable : « *Mais ça peut être gênant pour l'adolescent comme pour le médecin. Je pense qu'il faut y aller franco et pas se poser de questions, pas tourner autour du pot, sinon on s'en sort pas et puis moi j'aime pas* » [M9]. La plupart des interviewés soulignaient bien que poser des questions ouvertes permettait d'ouvrir le dialogue avec l'adolescent : « *Moi je me suis rendu compte que les questions ouvertes, ça apportait vachement de questions... donc quand on leur demande, des questions débiles, (...) mais « tu te trouves normale ? enfin tu as pas de question qui te pose problème ? tu as pas des trucs que tu trouves anormal ? » ça, rien que cette question-là j'ai eu des questionnements en retour. Je pense que les questions ouvertes c'est très important* » [M4]. Enfin quatre médecins dont une femme soulignaient que l'important était de pouvoir être à l'écoute : « *Je pense être assez à l'écoute de ça dans leur questionnement, je suis ouvert à toutes les questions, pour qu'ils soient à l'aise* » [M7].

4. Accompagner l'adolescent avec bienveillance et juste distance

4.1. Réfléchir sa pratique

Au fur et à mesure de l'entretien, les médecins réfléchissaient sur leur pratique, prenant conscience que le sujet n'était que rarement, voire pas du tout abordé avec les garçons : « *Donc effectivement, le fait que j'en parle plus souvent avec des jeunes filles qu'avec des garçons, il faudrait peut-être que j'en parle un peu plus avec les garçons, mais voilà, à réfléchir, à méditer* » [M3], « *j'ai eu un petit peu plus de garçons à venir tout seul. Pour autant est-ce que j'en ai plus parlé ? Je suis pas sûre. C'est bien que ça me fasse réfléchir parce qu'effectivement je ne suis pas sûre d'avoir abordé le sujet* » [M11]. Un médecin s'apercevait n'aborder que quelques aspects : « *Mais c'est vrai que quand vous l'avez lu tout à l'heure je me suis dit mais je pose jamais la question de savoir si le rapport est consenti si... ouais* » [M8]. Les médecins notaient une évolution de la pratique au cours des consultations, en repérant les obstacles de la relation médecin-adolescent, pour les lever ensuite : « *L'important c'est de pouvoir identifier le blocage oui effectivement travailler dessus et faire que la fois d'après il n'y ait pas le blocage et qu'on puisse aller au-delà* » [M6]. Un médecin soulignait l'importance de communiquer sur la santé sexuelle avec l'adolescent plus naturellement : « *Je pense que ce serait important pour les jeunes qu'on parle plus facilement...* » [M7].

4.2. Se former et modifier sa pratique

Ce qui ressortait pour la majorité des médecins, c'était l'absence de formation dans ce domaine, et la nécessité d'être davantage formé : « *Mais alors effectivement, on ne voit pas du tout l'éducation sexuelle des ados en cours, ni pendant les études de médecine* » [M7], « *ça peut être intéressant de faire des FMC là-dessus* » [M4]. Deux médecins pensaient que

l'échange entre professionnels était enrichissant et permettait de se former : « *Non mais c'est toujours intéressant, soit de croiser ses pratiques, soit d'avoir... d'en discuter avec quelqu'un qui a plus l'habitude, qui en fait plus, je trouve que c'est toujours intéressant de des choses auxquelles on n'a pas pensé* » [M4]. Trois médecins dont un homme, déclaraient même vouloir changer leur pratique future suite à l'entretien : « *Et là je pense que c'est pareil, je pense que mes prochaines jeunes filles je vais effectivement...bon les garçons j'aurais encore un effort à faire. Mais au moins les jeunes filles, je vais peut-être aborder pas que les maladies, essayer de parler un peu du reste aussi* » [M8], « *C'est vrai que le fait d'en parler avec vous comme ça, c'est probable que j'y penserai davantage après* » [M7].

4.3. Ouvrir un espace de dialogue

Une majeure partie des médecins insistait sur le fait que le cabinet était un lieu d'échange, et qu'il était possible de parler de sexualité : « *Oui c'est un lieu où on peut en parler (...)* » [M1]. Le plus difficile restait de l'initier, après le dialogue était plus aisé : « *Après une fois, il y en a une fois qu'on a ouvert le dialogue, y ... enfin voilà une fois qu'ils sont partis, ils y vont spontanément, mais sinon pour l'aborder, pour leur dire c'est bon on peut en parler oui. Ils osent moins* » [M1]. Ils laissaient la possibilité de revenir en discuter si nécessaire : « *Quand le patient s'en va, qu'il ait bien voulu en parler qu'il en ait parlé ou pas, je lui dis que la porte sera toujours ouverte pour en reparler derrière, de façon à ouvrir cette possibilité de continuer le dialogue ou de l'initier s'il n'a pas voulu en parler ou qu'il s'était dit que c'était pas le moment* » [M9].

4.4. Soutenir l'adolescent dans sa relation à l'autre

Il ressortait au cours des entretiens, une volonté d'aider l'adolescent à s'épanouir dans sa relation à l'autre. Les médecins estimaient que c'était un âge où la relation avec les parents était plus ou moins conflictuelle, d'où l'importance de la préserver : « *Où il y a quand même régulièrement un conflit plus ou moins ouvert avec l'autorité parentale* » [M6], « *C'est toujours bien qu'il y ait une relation avec les parents. C'est important* » [M7]. Le médecin tentait de créer un lien avec l'adolescent, se montrer disponible et à l'écoute, pour répondre à ses attentes sur ce sujet : « *C'est des consultations qui sont importantes, les consultations avec les ados et c'est important qu'on y ajoute du temps, parce qu'il y a des moments forts qui se créent pendant ces consultations-là, (...) Alors je me présente pas là pour suppléer ou supplanter le parent, mais pour pouvoir donner à l'adolescent un point d'accroche avec un référent professionnel. Et du coup c'est des consultations qui sont assez intéressantes en termes d'accroche relationnelle et de pouvoir apporter un soutien effectivement à l'adolescent notamment sur ces thématiques-là* » [M6].

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de l'étude était son caractère original, peu de données ayant été retrouvées dans la littérature.

1.1. L'échantillonnage

Un échantillonnage séquentiel a été réalisé mais en tenant compte d'une variabilité des données socio-démographiques. Les médecins interrogés étaient surtout situés en milieu urbain ou semi-rural, et très peu en rural. Le type d'échantillonnage expliquait que le milieu d'exercice soit plus restreint. L'enquêtrice a recruté la dernière personne sans lien avec la précédente, en effet les personnes proposées ayant refusées de participer à l'étude, ou n'étant pas disponibles.

1.2. L'enquêteur

C'était une première expérience en matière de recherche qualitative de l'enquêtrice et donc également pour les entretiens semi-dirigés. Cela peut influencer la qualité des entretiens et le recueil des données. L'enquêtrice connaissait une personne interviewée, ce qui représentait un biais d'interaction interviewer-interviewé.

1.3. Le recueil des données

Le mail envoyé avec la fiche d'information quelques jours avant l'entretien, révélant le thème du sujet « adolescent et sexualité » a peut-être permis à certains médecins de réfléchir au

sujet avant, constituant ainsi un biais de déclaration. Les entretiens se déroulaient au cabinet des médecins. L'entretien de M9 a été interrompu 3 fois par le téléphone, l'entretien de M10 une fois, ce qui a pu perturber leur concentration.

1.4. L'analyse des données

L'analyse s'est faite au fur et à mesure des entretiens permettant d'ajuster la posture de l'enquêteur. La saturation théorique des données a été obtenue. La double lecture des entretiens et du codage a permis une triangulation des données. Cela a permis d'augmenter la validité de l'étude.

Rapport-Gratuit.com

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Le médecin généraliste comme interlocuteur sur la santé sexuelle pour les adolescents

2.1.1. Un rôle légitime pour le médecin généraliste

Le médecin généraliste estime que c'est son rôle de communiquer sur la santé sexuelle et affective avec l'adolescent. Même si le terme de santé sexuelle a paru flou à certains médecins, ils affirment tous que la sexualité appartient à la santé en général, et qu'il est de leur ressort d'aborder cette question. En effet, en tant que médecin de famille, il est le médecin le plus sollicité par l'adolescent (11). Il est transmetteur d'informations essentielles pour que l'adolescent puisse avoir des repères et vivre sa sexualité sereinement. Les médecins généralistes rappellent la nécessité de mettre un préservatif lors de tout rapport sexuel, soulignant bien le risque d'infection sexuellement transmissibles le cas échéant. Ils informent davantage sur le SIDA que sur les autres infections sexuellement transmissibles, malgré le profil épidémiologique des IST dans cette tranche d'âge (12). Aucun des médecins interrogés n'a abordé les IST les plus fréquentes chez les adolescents telles que gonocoque, chlamydiae, trichomonas et syphilis. Quelques médecins seulement élargissent la santé sexuelle au bien-être, à l'épanouissement dans la relation à l'autre, et au bien-être du couple. C'est toute cette dimension psychoaffective de la sexualité qui serait intéressante à explorer davantage chez l'adolescent, et qui permettrait d'humaniser davantage la relation. En effet, l'adolescent s'attend à ce que le médecin s'intéresse à lui, en tant que personne, plus qu'à ses comportements (13).

La sexualité peut se vivre à deux, ce qui implique une prise de décision non individuelle mais à deux. Cette notion pourrait être davantage introduite en prévention (13).

2.1.2. Pas dans n'importe quelles conditions

Tous les médecins s'accordent à dire que la qualité de la relation médecin-adolescent est le socle qui permet à la consultation de se dérouler normalement. L'adolescent a un besoin de reconnaissance en tant qu'individu à part entière, et le médecin peut l'aider à devenir un adulte responsable, en favorisant son autonomie (14). Le climat de confiance a également une place particulièrement importante, qu'il soit construit dans le temps ou dans l'anonymat (6). Il semble nécessaire aux médecins de rappeler le cadre de confidentialité à l'adolescent, craintif de la divulgation de ses propos notamment à ses parents (15) (16) (14). Une partie des médecins rappelle le secret médical, mais pour d'autres, il est implicite. Enfin, les médecins reçoivent la plupart des adolescents avec leur parent, ne permettant pas toujours de parler librement selon eux. Les recommandations HAS 2014 préconisent de recevoir l'adolescent seul, pour qu'il ait un espace de parole où il puisse s'exprimer en tant qu'individu à part entière, et qu'il ait aussi son intimité (17). Cela ne signifie pas l'exclusion des parents (11). L'adolescent peut être l'expression d'un symptôme de la famille, d'où l'intérêt d'explorer la dynamique familiale. La consultation peut s'imaginer en plusieurs phases avec une phase où l'adolescent est reçu en présence des parents pour explorer les symptômes, puis un temps seul avec l'adolescent et enfin une phase variable de restitution à l'adolescent et sa famille. Cela permet la construction d'une alliance thérapeutique.

2.1.3. Tout en respectant l'adolescent

Les médecins s'attachent à ne pas être trop intrusif ayant à cœur de respecter l'adolescent. En effet, celui-ci n'est parfois tout simplement pas prêt à parler de santé sexuelle avec son médecin, selon son évolution en termes de maturité. Les médecins sont très attentifs à la relation qu'ils entretiennent avec l'adolescent, et repèrent le moment où pour chaque



adolescent, il ne faudra pas aller plus loin dans la discussion. Le langage corporel est alors crucial, pour déceler quand celui-ci ne sera pas apte à initier voire à continuer cette conversation. Les praticiens disent tous respecter la demande de l'adolescent, et notamment son refus d'en parler qu'il soit explicite ou implicite à travers le langage corporel.

2.2. Les limites de ce rôle

2.2.1. Des freins guidés par des valeurs morales, une sexualité qui dérange

Les médecins ne sont pas toujours conscients de leurs propres freins. Dans cette étude, ils en identifiaient certains, comme les freins éducationnels, leur vécu en tant qu'adolescent ou parent (6). D'autres sont moins évidents. Certains praticiens sont guidés par des valeurs morales, et peuvent être gênés par certains aspects de la sexualité de leurs patients. Un médecin employait le terme de « vie sexuelle débridée », le bloquant dans son abord de la prévention, un autre emploie des termes en lien avec l'immoralité, utilisant le terme de « saleté » pour parler des IST. Un médecin parlait de sexualité innée, se posant la question de l'utilité d'un apprentissage dans ce domaine. Or selon Wunsch, la sexualité relève d'un apprentissage, et son absence entrainerait probablement une ignorance et des comportements inadaptés (18): L'analyse des données neurobiologiques actuellement disponibles montre que les structures à l'origine de la sexualité humaine correspondraient aux structures qui contrôlent la copulation chez les mammifères. Mais, la majorité de ces facteurs s'est modifiée chez l'être humain. Ce qui signifie que l'essentiel de la sexualité humaine doit être appris, selon cet auteur. En particuliers les aspects moteurs et affectifs, la socialisation sexuelle, et l'assimilation des normes et valeurs culturelles. Accompagner les adolescents dans leur sexualité, et interroger leur bien-être dans leur relation permettrait peut-être de leur transmettre les informations nécessaires à l'absence de mise en danger dans ces situations. Le ressenti des

médecins face à des pratiques sexuelles déclarées par l'adolescent engendre une incompréhension entre eux. Les représentations du médecin sur l'adolescence et la sexualité, ainsi que les valeurs morales du médecin influencent donc sa pratique et seraient à réfléchir (6). Selon Alain Braconnier, il est important de souligner qu'on ne peut pas parler de la question de la sexualité sans se mettre soi-même en jeu (13).

2.2.2. Un abord pas toujours évident

Les médecins ont du mal à initier spontanément le dialogue sur la santé sexuelle avec les adolescents. En général, il est plus facile que la demande vienne directement de l'adolescent. Il est surprenant que les médecins corroborent l'absence de demande à l'absence de difficulté alors même qu'ils perçoivent une retenue des adolescents à aborder ce thème. Cette gêne ressentie par le médecin l'empêche d'ouvrir le dialogue imaginant qu'il va être intrusif avec l'adolescent et renforce encore le malentendu. Pourtant cette étude montre qu'une parole aisée des médecins permet d'en discuter librement. Les adolescents ont une multitude de choses à partager, et souhaitent être écoutés, renseignés et accompagnés concernant leur santé, pour peu qu'on leur accorde du temps, une écoute, et un respect de la confidentialité (11) (14).

2.2.3. La nécessité d'une formation en santé sexuelle

La plupart des médecins exprime manquer de formation spécifique sur l'abord de la sexualité avec l'adolescent (4). Il existe une disparité de formations sur la prise en charge des jeunes filles et des jeunes hommes, les thèmes proposés étant plutôt « la contraception » ou « la gynécologie de la jeune fille ». Les praticiens souhaitent tous faire une formation adaptée dans ce domaine, pour se perfectionner et se mettre à jour. Ils aimeraient aussi échanger leurs

expériences professionnelles entre médecins généralistes mais également avec d'autres intervenants qu'ils pensent plus habitués à prendre en charge les adolescents.

2.2.4. Le médecin généraliste apporte un complément dans l'éducation sexuelle et affective faite par les parents

Le médecin apporte des connaissances essentielles et fiables surtout médicales, dont l'adolescent peut avoir besoin. Il complète la parole parentale, pour apporter le manque d'information des parents sur ce thème. En effet, une étude récente montre que les parents manquent d'informations médicales pour aider leurs adolescents à s'épanouir dans leur sexualité (19).

Le médecin généraliste garde une neutralité qui peut permettre, à la différence des parents, de communiquer de façon plus intime sur la sexualité, et poser les questions sans indiscretion, dans un but de prévention et d'accompagnement de l'adolescent dans sa découverte de la sexualité. Le médecin généraliste n'est pas mis en porte-à-faux concernant le tabou de l'inceste.

2.3. Une communication très disparate entre les filles et les garçons

2.3.1. Les jeunes filles très sollicitées

Les jeunes filles consultent plus souvent leur médecin généraliste, notamment à propos de leurs premières règles, leur première contraception, ou la vaccination contre HPV (20). La vaccination anti-HPV ne concernait que les filles, jusqu'à récemment (21) (22). Elles sont informées et responsabilisées tôt, concernant notamment le risque de grossesse inopinée. Parfois, l'initiative vient des mères, qui les amènent à consulter pour ces motifs. Avec ces

approches, les médecins ont de nombreuses opportunités d'aborder la sexualité avec les jeunes filles. Cette étude montre que les médecins sont plutôt à l'aise pour en discuter avec les jeunes filles, bien que le sujet ne soit pas abordé par tous.

2.3.2. Une carence de communication concernant les garçons

Selon un travail de thèse mené récemment sur la manière dont les parents abordent l'éducation sexuelle et affective de leur adolescent, il est mis en évidence que les garçons sont davantage livrés à eux-mêmes. En effet, les pères s'impliquent peu dans leur éducation sexuelle manquant d'information, et les mères se sentent peu à l'aise pour leur en parler (19). Il en est de même pour les médecins, hommes ou femmes, ils sont nettement moins à l'aise pour aborder le sujet avec les garçons qu'avec les jeunes filles. Il existe selon eux un manque d'opportunité pour en parler, le sujet est surtout abordé quand l'adolescent est en demande. Un des médecins disait même que ça allait de soi, entre hommes, qu'il ne ressentait pas le besoin d'expliquer les choses avec les garçons (18). Selon les médecins, les adolescents se renseignent surtout avec leurs pairs, ainsi que sur internet, ce qui est corroboré par certaines études (23) (24). Une étude a notamment montré que les représentations des adolescents consommateurs de pornographie mais aussi leur conduite sexuelle semblent avoir été influencées par ce média (24).

Une communication plus égalitaire entre les filles et les garçons permettrait d'avoir une meilleure adhésion contraceptive et une responsabilisation des garçons dans leur sexualité.

CONCLUSION

Les médecins estiment avoir un rôle à jouer dans la communication en santé sexuelle de l'adolescent. Ils définissent ce rôle par la transmission d'une information fiable à l'adolescent, un soutien dans leur relation à l'autre, une écoute attentive, le tout dans une consultation nécessitant un climat de confiance.

Les thèmes abordés sont surtout d'ordre biomédical tels que la contraception, les IST, la vaccination. Cependant la santé affective et l'épanouissement de l'adolescent dans sa sexualité sont moins discutés.

Les médecins généralistes identifient plus ou moins leurs freins pour aborder le sujet, et réfléchissent pour améliorer leur pratique en termes de communication à l'adolescent. Ils se sentent en difficultés pour aborder le thème avec les garçons, alors que pour les jeunes filles, ils se sentent à l'aise pour en parler ayant plus de motifs de consultation biomédicales.

Les médecins généralistes s'adaptent à un patient singulier, créant une relation particulière. Mais leur discours est malmené par la diffusion sur internet de sites scientifiques peu fiables ou de contenus pornographiques.

Communiquer sur la santé sexuelle entre médecin et adolescent paraît nécessaire, au vu des grossesses non désirées et du risque d'IST. Cela permettrait aussi d'aider l'adolescent à se structurer, avoir des repères en termes de comportement, tant pour les garçons que pour les filles, pour leur permettre d'avancer sur cette thématique-là sereinement, de l'adolescence vers l'âge adulte. Cela passerait par une levée progressive avec les générations, du tabou autour de cette thématique. Proposer une formation sur la sexualité de l'adolescent serait une piste de réflexion. On pourrait également mesurer le retentissement chez les jeunes de 18-25 ans.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kjellberg G. Adolescence et sexualité. Rev Med Suisse [Internet]. 2006;(58). Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-58/31151>
2. OMS. Définition [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 16]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
3. Giami A. Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. J Psychol. 2007;250(7):56.
4. HCSP. Santé sexuelle et reproductive [Internet]. HCSP; 2016. Available from: http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302_santesexuelleetreproductive.pdf
5. Brian L. Les médecins généralistes discutent-ils de sexualité avec les adolescents ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2012.
6. INPES. ENTRE NOUS Comment initier et mettre en oeuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent? [Internet]. INPES; 2009. Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
7. Potey M, Torres J, Brin M. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3ème de l'agglomération grenobloise. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
8. Pichon J, Benoteau A-C. Faut-il aborder la sexualité avec les garçons de 15 à 18 ans en consultation de médecine générale?: le point de vue des jeunes [Internet]. [Lieu de publication inconnu, France]; 2016. Available from: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=5ec1efaa-6bb8-4191-b23a-adfcae614833>
9. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Arch Pédiatrie. 2013 Aug;20(8):845-52.
10. Verdure F. Connaissances, attentes et besoins des adolescents en éducation sexuelle et affective: étude réalisée auprès de 96 adolescents de troisième du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2008.
11. Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue? Rev Prat. 2003 Apr 6;17(625):1174-7.
12. Santé publique France. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 18]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH->

13. Braconnier A, BRETONNIERE-FRAYSSE A, CHOQUET M. La sexualité à l'adolescence. Eres; 2002. 72 p.
14. Genvresse P. Consultation avec l'adolescent : la possibilité d'une rencontre? Médecine. 2016;4(12):172-6.
15. Launay M, Demierre M, Jacot-Guillarmod M. Santé sexuelle des adolescentes : comment l'aborder en consultation? Rev Med Suisse. 2016;12:1137-40.
16. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer? Rev Med Suisse [Internet]. 2008 [cited 2018 Apr 15];4(161). Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-161/La-consultation-avec-un-adolescent-quel-cadre-proposer>
17. HAS. Spécificités de la prise en charge de l'adolescent [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782024/fr/specificites-de-la-prise-en-charge-de-l-adolescent
18. Wunsch S. L'éducation à la sexualité. Perspectives des données neuroscientifiques. Sexologies. 2017 Jan 1;26(1):54-63.
19. Retailleau C. Comment les parents abordent-ils l'éducation affective et sexuelle avec leurs adolescents? Enquête qualitative auprès de onze parents d'adolescents en Maine et Loire. [Internet]. Angers; 2018. Available from: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20052418/2018MCEM8491/fichier/8491F.pdf>
20. Binder P, Heintz A-L, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescent en médecine générale. Exercer. 2018;(141):122-32.
21. M. J-M. Vaccination anti-HPV : pour filles et garçons. Rev Francoph Lab. 2017 Nov 1;2017(496):17.
22. Le calendrier vaccinal [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cited 2018 Apr 20]. Available from: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
23. Salmon Y, Zdanowicz N. Net, sex and rock'n'roll ! Les potentialités d'un outil comme Internet et son influence sur la sexualité des adolescents. Sexologies. 2007 Jan 1;16(1):43-52.
24. Puglia R, Glowacz F. Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2015 Jun 1;63(4):231-7.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristique de la population	8
--	---

Rapport-Gratuit.com

TABLE DES MATIERES

TITRE.....
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
SUJETS ET MÉTHODES.....	4
1. Les présupposés de recherche.....	4
2. Population et recrutement.....	4
2.1. Déroulement des entretiens et structure.....	5
3. Méthode d'analyse.....	5
RÉSULTATS	7
1. Population de l'échantillon.....	7
2. Des médecins plutôt concernés.....	9
2.1. Facteurs influençant la relation.....	9
2.1.1. Des freins internes parfois difficiles à cerner.....	9
2.1.2. La disponibilité psychique et temporelle.....	9
2.1.3. L'importance du climat de confiance.....	10
2.1.4. Imaginer les freins de l'autre.....	10
2.1.5. Parents or not parents ?.....	11
2.1.6. C'est parfois plus facile.....	12
2.2. Les données biomédicales au cœur du message.....	12
2.2.1. Le dépistage avant tout.....	12
2.2.2. ... car la sexualité est dangereuse.....	13
2.2.3. La contraception comme opportunité d'aborder le sujet.....	15
2.3. Une prise en charge sous influence.....	15
2.3.1. Le vécu personnel du médecin.....	15
2.3.2. Expériences malheureuses.....	16
2.3.3. Les normes de la société.....	17
2.3.4. Une question d'âge.....	17
2.3.5. Orientations sexuelles.....	18
2.3.6. Où l'on reparle du tabou.....	19
3. Imaginer la consultation autour de la sexualité avec l'ado.....	20
3.1. Une consultation inhabituelle.....	20
3.1.1. Les médecins imaginent leur consultation idéale.....	20
3.1.2. ... mais celle-ci n'est pas forcément une consultation dédiée.....	20
3.1.3. Une confidentialité nécessaire, parfois limitée par le risque médico-légal.....	21
3.1.4. Quelques outils peuvent être utiles.....	22
3.2. Interagir avec ce patient si particulier.....	22
3.2.1. Inventer une autre relation ?.....	22
3.2.2. Adaptabilité du discours envers l'adolescent.....	23
3.2.3. Un relai rare parfois nécessaire.....	24
3.2.4. Faire le lien avec ce qui est fait ailleurs.....	24
3.2.5. C'est toujours plus simple avec les filles.....	25
3.2.6. Rareté de la consultation chez les garçons.....	25
3.3. Le médecin s'adapte à la réalité de l'adolescent.....	26

3.3.1.	« Mais quel est mon rôle ? »	26
3.3.2.	Jeux d'images	27
3.3.3.	Mots pour maux	28
3.3.4.	Intrusion	28
3.3.5.	Les stratégies de communication envisagées	29
4.	Accompagner l'adolescent avec bienveillance et juste distance	30
4.1.	Réfléchir sa pratique.....	30
4.2.	Se former et modifier sa pratique	30
4.3.	Ouvrir un espace de dialogue	31
4.4.	Soutenir l'adolescent dans sa relation à l'autre	32
DISCUSSION	33
1.	Forces et faiblesses de l'étude	33
1.1.	L'échantillonnage	33
1.2.	L'enquêteur	33
1.3.	Le recueil des données	33
1.4.	L'analyse des données	34
2.	Discussion des principaux résultats	35
2.1.	Le médecin généraliste comme interlocuteur sur la santé sexuelle pour les adolescents	35
2.1.1.	Un rôle légitime pour le médecin généraliste	35
2.1.2.	Pas dans n'importe quelles conditions	36
2.1.3.	Tout en respectant l'adolescent	36
2.2.	Les limites de ce rôle	37
2.2.1.	Des freins guidés par des valeurs morales, une sexualité qui dérange	37
2.2.2.	Un abord pas toujours évident.....	38
2.2.3.	La nécessité d'une formation en santé sexuelle	38
2.2.4.	Le médecin généraliste apporte un complément dans l'éducation sexuelle et affective faite par les parents	39
2.3.	Une communication très disparate entre les filles et les garçons	39
2.3.1.	Les jeunes filles très sollicitées	39
2.3.2.	Une carence de communication concernant les garçons.....	40
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES TABLEAUX	44
TABLE DES MATIERES	45
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : la fiche d'information

Département de Médecine Générale

UFR Santé d'Angers

Rue Haute de Reculée

49045 Angers CEDEX 01

Angers, le 21/08/2017

Cher confrère,

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude intitulée « comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la santé sexuelle avec les adolescents ? »

L'objectif de ce travail est également d'identifier les difficultés et freins ressentis par les médecins, et les moyens qui permettraient d'améliorer le dialogue en santé sexuelle avec les adolescents reçus en consultation.

Pour cela, il nous semble intéressant de recueillir votre expérience sur les consultations faites avec des adolescents.

Je souhaiterais échanger avec vous sur cette question pendant 45 minutes, dans votre cabinet. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment ; aucune justification ne vous sera demandée.

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront rendu anonymes. Nous vous inviterons à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (Voir le document joint). Nous vous adresserons la retranscription de votre entretien par courrier postal ou électronique selon votre choix. Vous pourrez ainsi modifier ou nous notifier votre refus secondaire de transmission des résultats.

Si vous acceptez de participer à ce projet, je vous laisse me contacter :

Par email : audrey.lille.88@gmail.com

Les résultats de cette étude pourront vous être adressés, si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

LILLE Audrey

Annexe 2 : le formulaire de consentement

Département de Médecine Générale
UFR Santé d'Angers
Rue Haute de Reculée
49045 Angers CEDEX 01

Titre du travail : Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ?

Nom du thésard : Audrey LILLE

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse puis qu'une copie de ces données sera proposée pour conservation à l'Université d'Angers
- à ma demande, l'enregistrement et sa retranscription pourront être effacés*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la recherche au sein de l'UFR Santé de l'Université d'Angers.

A _____, le _____

Signature de l'interviewée : Signature de l'investigateur ou de la personne ayant délivré
l'information :

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

Annexe 3 : le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Audrey LILLE, je suis interne en médecine générale en dernière année d'internat. Je fais mon travail de thèse sur la manière dont les médecins généralistes communiquent sur la santé sexuelle avec les adolescents.

Les entretiens se dérouleront de façon anonyme. Ils seront enregistrés à l'aide d'appareil type dictaphone et smartphone. Puis ils seront retranscrits sur un logiciel de traitement de texte au fur et à mesure en respectant littéralement les propos, et rendu anonyme. Ensuite, il vous sera possible de consulter l'entretien pour relecture et d'y apporter des modifications si vous le souhaitez. Enfin, les enregistrements seront détruits.

Pour obtenir une variabilité des caractéristiques de l'échantillon, le recrutement s'effectuera par effet « boule de neige ». Ainsi les personnes interrogées seront des hommes, des femmes médecins généralistes travaillant en libéral en cabinet seul, de groupe et maison de santé pluridisciplinaire ; en milieu rural et urbain ; ayant d'autre activité par exemple en PMI etc...

1. Selon-vous qu'est-ce que parler de santé sexuelle ?

2. Dans quelles circonstances parlez-vous de sexualité avec un adolescent ?

- Choisissez-vous un moment particulier ?
- Pensez-vous qu'il faut créer un climat de confiance/particulier pour aborder le sujet ? Plutôt seul ou accompagné, parlez-vous de confidentialité ?
- Comment lui en parlez-vous ? Comment s'établit le dialogue ?
- Qu'est-ce qui motive la discussion ?
- Est-ce vous le plus souvent qui êtes à l'initiative de ce dialogue ?

3. De quoi parlez-vous ?

- Est-ce qu'il y a des sujets que vous n'abordez pas ?
- Est-ce qu'il y a des thèmes qui vous paraissent difficiles à aborder ?
- Y-a-t-il des messages (de prévention notamment) qui vous paraissent essentiels à aborder ?

4. Qu'est ce qui peut vous empêcher d'aborder la question de la sexualité avec un adolescent ?

- Adressez-vous les adolescents vers d'autres professionnels ?

- Les adolescents vous paraissent-ils à l'aise quand vous abordez ce sujet ?

5. Quelles sont les stratégies pour lever les freins éventuels ?

- Aborder le sujet systématiquement lorsque l'adolescent consulte pour un autre motif serait-il judicieux (ou intéressant) ?
- Comment d'un sujet apporté par l'adolescent, peut-on amener le dialogue sur la sexualité ? Comment peut-on rebondir sur le sujet ?
- Que pensez-vous d'un outil pour aider à la communication dans ce domaine ?
- Avez-vous fait des formations pour vous aider dans ces difficultés ?
- Que pensez-vous d'une consultation dédiée ?

6. Pensez-vous que c'est la place du médecin généraliste d'aborder le sujet de santé sexuelle ?

Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes du Maine et Loire.

RÉSUMÉ

Introduction : Les médecins généralistes sont les médecins de premier recours et sont donc amenés à rencontrer les adolescents. Ils semblent en difficulté pour aborder la thématique de la sexualité, empreinte de tabou, avec les adolescents, une population avec laquelle le dialogue peut être difficile.

Objectifs : L'objectif était d'explorer les méthodes et thèmes d'approche, et les outils qu'utilisent les médecins généralistes pour communiquer autour de la santé sexuelle avec les adolescents.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes, installés dans le Maine et Loire, entre septembre 2017 et février 2018. Codage en unité de sens puis analyse thématique inductive du verbatim et triangulation des données.

Résultats : Onze médecins, six femmes et cinq hommes, âgés de 35 à 60 ans ont été interrogés. Ils disaient que les médecins ont un rôle à jouer dans la communication en santé sexuelle avec l'adolescent. Ils transmettaient une information fiable, adaptée et soutenaient l'adolescent dans sa relation à l'autre. Les médecins étaient plus ou moins conscients de leurs limites, dont les freins éducationnels, le risque médico-légal encouru pour les hommes, et les valeurs morales. Ils restaient en difficulté pour aborder la vie sexuelle et affective avec les garçons, tandis qu'avec les filles, la contraception, la vaccination, les premières règles permettaient un abord plus facile du sujet.

Conclusion : Communiquer sur la santé sexuelle avec l'adolescent paraît être une nécessité pour les médecins. Pour cela, il serait souhaitable d'encourager les médecins généralistes à en parler le plus tôt possible. Une proposition de formation adaptée pourrait être une piste de réflexion, pour les aider à dialoguer avec l'adolescent dans ce domaine.

Mots-clés : sexualité, adolescent, médecin généraliste

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

How do general practitioners communicate about sexuality with teenagers? Qualitative study with general practitioners of Maine et Loire.

ABSTRACT

Introduction: As primary care physicians, general practitioners (GP) usually see teenagers by appointments. It seems that they find it difficult to get on to sexuality, as it is a taboo subject and it is sometimes hard to have a conversation with teenagers.

Goals: It aimed at exploring the approach themes and methods, and tools that GP use to talk about sexual health to teenagers.

Method: Qualitative inquiry based on semi-structured one to one interviews with general physicians in Maine et Loire, between September 2017 and February 2018. Meaningful unit coding then inductive thematic analysis of the verbatim and data triangulation.

Results: The physicians of the study were eleven, six women and five men, aged from 35 to 60 years old. They reported that physicians have a role to play in sexual health communication with teenagers. They passed on reliable and appropriate information to teenagers and support them in their relationships to others. Physicians were more or less aware of their limits, like education brake, forensic risk for men and moral values. They still had difficulties to raise the affective and sex life issue with boys, whereas it seemed easier to start addressing the issue with girls, talking about contraception, vaccination and first periods.

Conclusion: It seems that general physicians find it necessary to talk about sexual health to teenagers. That is why it would be important to encourage them to do it as soon as possible. Why not suggesting an appropriate training to help them talk about this issue to teenagers?

Keywords : sexuality, teenagers, general practitioners

