

Académie d'Orléans-Tours  
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

CHARLES Marie-Anne

Née le 10 juin 1983 à Marseille

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2012

TITRE

**Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir initient la discussion et/ou  
répondent aux questions des adolescents sur leur sexualité?**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Franck PERROTIN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE

Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Madame le Docteur Caroline HUAS

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche

Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue

Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie

Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

## **PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET

Professeur Jean-Claude BESNARD

Professeur Patrick CHOUTET

Professeur Guy GINIES

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Chantal MAURAGE

Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Michel ROBERT

Professeur Jean-Claude ROLLAND

## **PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI

A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI

J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC

J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.  
METMAN

J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD

Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE

J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie

CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion

	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
MM.	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière

	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale  
MALLET Donatien Soins palliatifs  
POTIER Alain Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mmes ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie

BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire

M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire

BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire

M BOISSINOT Eric Physiologie

CORTESE Samuele Pédiopsychiatrie

DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie

Mmes DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire

EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire

M. EHRMAN Stephan Réanimation médicale

Mmes FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques

GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière

M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et

		Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
	MARUANI Annabel	Dermatologie
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

## **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE**

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean	Médecine Générale

## **CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

## **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

# SERMMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

## REMERCIEMENTS

*Merci à mon président de thèse, Monsieur le Professeur PERROTIN, d'avoir accepté de faire partie de mon jury et d'en être le président.*

*Merci aux membres du jury, Monsieur le Professeur CHANTEPIE, Monsieur le Professeur Gaillard.*

*Merci à ma directrice de thèse, Madame le Docteur C. HUAS pour son aide dans la rédaction de cette thèse.*

*Merci à tous les médecins généralistes qui ont accepté de donner de leur temps pour participer à l'étude réalisée au cours de cette thèse.*

*Merci à mes maitres de stage en Médecine générale pour leur accueil et leurs conseils.*

*Merci au Dr Royant, au Dr Damade et au Dr Mangouka, ainsi qu'à tout le service de Rhumatologie de l'hôpital de Chartres, pour la formation que j'ai reçue, pour votre accueil et votre volonté d'améliorer les soins hospitaliers.*

*Merci au Professeur Curvale, mon tuteur durant mon externat, pour m'avoir ouvert les portes de son service et m'avoir fait découvrir l'orthopédie. Merci pour votre gentillesse.*

*Merci au Dr Bastides pour votre patience et votre gentillesse, pour tout ce que vous m'avez appris, merci d'être disponible pour les externes et les internes de l'hôpital de Tours. Merci pour toute l'aide que vous m'avez apporté pour mon mémoire. Merci beaucoup.*

*Merci au Dr Gueguen pour m'avoir accueillie dans ses consultations et m'avoir aidée pour mon mémoire de gynécologie. Merci d'avoir toujours répondu présente et de m'avoir fait découvrir la sexologie.*

*Merci à tous les médecins qui m'ont formée, aidée et soutenue pendant mon externat et mon internat, que ce soit par un encouragement, un sourire ou en m'enseignant leur art.*

*Merci à Aude d'aider les internes en détresse, d'organiser des formations, de participer aux thèses. Merci d'être toujours positive et de garder le sourire. Tu éclaires les internats chartrains.*

*Merci à Stéphanie, Lara et Christelle pour tous les bons moments partagés pendant notre externat, tous les coups durs aussi. En espérant que la distance géographique que l'ENC a mise entre nous, n'arrive jamais à nous séparer.*

*Merci à Marion B. pour tous tes judicieux conseils, tes impressions, d'avoir partagé nos péripéties respectives durant l'internat et la réalisation de nos thèses.*

*Merci à Nathalie D. d'avoir partagé mes « coups de gueule » et mes « coups de blues ». Tu verras, un jour on en rira.*

*Merci à Marie-Christine B. pour m'avoir aidé pour cette thèse, pour être si gentille, si ouverte, si drôle et souriante, pour me coacher au tir à l'arc. A bientôt sur le pas de tir.*

*Merci à mon frère pour toute son aide en informatique. Je sais que ça t'énerve mais je crois que jamais je ne saurai jamais me servir correctement d'un ordinateur, c'est vraiment pas mon truc. Spéciale dédicace : « Je hais WORD, Vive TUX ».*

*Merci à Wendy d'être toujours là pour moi.*

*Merci à mes parents pour l'aide inestimable qu'ils m'ont apportée pour la réalisation de cette thèse, aide matérielle et aide morale. Merci d'avoir toujours été là pour moi, durant ma vie, durant mes études de médecine. Merci de me conseiller, de me supporter. Merci d'être si gentils, si compréhensifs, merci pour tout.*

*A mes grands-parents, maternels et paternels, qui ne sont plus là pour assister à ma thèse mais à qui je pense toujours très fort. A mon grand-père maternel, qui aurait été tellement fier de me voir passer ma thèse de Médecine, surtout à Tours.*

# Glossaire

CSP : Code de la Santé Publique

HBSC : Health Behaviour Survey of school aged Children

HPV : *Human Papilloma Virus*

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles, ancienne dénomination des IST

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# TABLE DES MATIERES

Année 2012 N°.....	1
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>21</b>
<b>2. LES CONCEPTS.....</b>	<b>22</b>
2.1. L'ADOLESCENCE.....	22
2.1.1. <i>Qu'est-ce que l'adolescence</i> .....	22
2.1.1.1. Définitions .....	22
2.1.1.2. Une période de changement .....	22
2.1.2. <i>Communication du médecin généraliste avec les adolescents</i> .....	23
2.1.2.1. Les difficultés à communiquer avec les adolescents .....	23
2.1.2.2. Influence de la fragilité des adolescents sur la communication .....	24
2.2. LA SEXUALITE DE L'ADOLESCENT.....	24
2.2.1. <i>Définition</i> .....	24
2.2.2. <i>Représentation culturelle de la sexualité</i> .....	25
2.2.3. <i>Caractère intime de la sexualité</i> .....	25
2.2.4. <i>Sexualité de l'adolescent</i> .....	25
2.2.4.1. Cadre légal .....	26
2.2.4.2. Tempo maturatif de l'adolescent .....	26
2.2.4.3. Les risques encourus et leur impact en santé publique .....	26
2.2.4.4. L'influence des médias .....	27
2.2.5. <i>Les différents acteurs de soins et d'informations</i> .....	27
2.2.5.1. Les intervenants autres que le médecin généraliste .....	27
2.2.5.1.1. La Famille .....	27
2.2.5.1.2. L'éducation sexuelle à l'école.....	28
2.2.5.1.3. Plan santé jeunes et maison de l'adolescent .....	28
2.2.5.2. Le médecin généraliste.....	29
2.2.5.2.1. Définition du médecin généraliste et de ses compétences.....	29
2.2.5.2.2. Recours aux soins des adolescents.....	29
2.2.5.2.3. Suivi et relation médecin-adolescent .....	30
<b>3. QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>31</b>
<b>4. METHODE .....</b>	<b>31</b>
4.1. CONSTRUCTION DE L'ETUDE.....	31
4.1.1. <i>Type de méthode</i> .....	31
4.1.2. <i>Recueil des données</i> .....	31
4.1.3. <i>Guide d'entretien</i> .....	32
4.1.4. <i>Echantillonnage</i> .....	32
4.1.4.1. Recrutement de l'échantillon .....	32
4.1.4.2. Procédure .....	33
4.2.1. <i>Techniques d'entretiens</i> .....	33
4.2.2. <i>Conditions pratiques des entretiens</i> .....	34
4.2.2.1. Préambule à l'entretien.....	34
4.2.2.2. Déroulement de l'entretien.....	34
4.3. RETRANSCRIPTION DES DONNEES .....	35
4.4. ANALYSE DES RESULTATS : ANALYSE THEMATIQUE .....	35
4.4.1. <i>Codage linéaire ou repérage</i> .....	35
4.4.2. <i>Codage transversal par thèmes ou catégorisation</i> .....	36
4.4.3. <i>Double codage</i> .....	36

<b>5. RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
5.1. DESCRIPTION DES ECHANTILLONS.....	38
5.1.1. Nombre et qualité des participants.....	38
5.1.2. Durée et lieu des entretiens.....	38
5.1.3. Récapitulatif des entretiens.....	39
5.2. RESULTATS DE L'ETUDE.....	39
5.2.1. Définition de l'adolescence.....	39
5.2.1.1. Définitions données par les médecins.....	39
5.2.1.2. Limites d'âge de l'adolescence.....	40
5.2.2. Le tiers dans la consultation de sexualité.....	41
5.2.2.1. Les différents protagonistes.....	41
5.2.2.1.1. Les parents.....	41
5.2.2.1.2. Les amis.....	41
5.2.2.2. Comment se déroule la consultation avec un tiers.....	42
5.2.2.2.1. Avec le parent.....	42
5.2.2.2.2. Avec l'ami.....	42
5.2.2.3. Avantages et inconvénients de la présence du parent.....	43
5.2.2.3.1. Inconvénients de la présence du parent.....	43
5.2.2.3.2. Pas de modification du fait de la présence du parent.....	43
5.2.2.3.3. Apport du parent.....	43
5.2.2.4. Le médecin comme intermédiaire.....	44
5.2.3. La sexualité, un tabou culturel ?.....	45
5.2.3.1. Un tabou religieux.....	45
5.2.3.2. Modification de la notion de sexualité entre générations.....	45
5.2.4. Les opportunités pour parler de sexualité en consultation et les informations données à ces occasions.....	46
5.2.4.1. Pour les filles.....	46
5.2.4.1.1. La contraception.....	46
5.2.4.1.2. La vaccination contre l'HPV.....	47
5.2.4.1.3. La grossesse.....	47
5.2.4.1.4. Les infections sexuellement transmissibles.....	47
5.2.4.1.5. Affections gynécologiques.....	48
5.2.4.1.6. L'examen clinique.....	48
5.2.4.1.7. Informations et épanouissement sexuel.....	49
5.2.4.1.7.1. Le développement de la notion de respect.....	49
5.2.4.1.7.2. L'autonomie du choix.....	49
5.2.4.1.7.3. La notion de plaisir.....	50
5.2.4.2. Pour les garçons.....	50
5.2.4.2.1. Motifs de consultation d'ordre pathologique.....	50
5.2.4.2.2. Motifs de consultation d'ordre psychologique.....	50
5.2.4.3. Pour les filles et les garçons.....	51
5.2.4.3.1. La normalité par rapport aux autres.....	51
5.2.4.3.2. Situations relatives aux préservatifs.....	51
5.2.4.3.3. Les modifications pubertaires.....	51
5.2.4.3.4. Les rappels vaccinaux vers 16 ans.....	51
5.2.4.3.5. La tristesse et les conflits avec les parents.....	52
5.2.5. Comportement de l'adolescent et ses questions.....	53
5.2.5.1. Différences fille-garçon.....	53
5.2.5.2. Gène des adolescents avec les médecins.....	54
5.2.5.3. Description des adolescents par les médecins.....	55
5.2.5.3.1. Traits de personnalité communs.....	55
5.2.5.3.2. Comportement sexuel.....	55
5.2.5.4. Sources d'information des adolescents sur la sexualité.....	56

5.2.5.4.1.	Les amis .....	56
5.2.5.4.2.	Les parents .....	56
5.2.5.4.3.	L'école .....	57
5.2.5.4.4.	Les médecins .....	57
5.2.5.4.5.	Internet .....	57
5.2.5.4.6.	Autres médias .....	57
5.2.6.	<i>Les rôles du médecin généraliste dans la sexualité</i> .....	58
5.2.6.1.	Rôle d'information et de prévention .....	58
5.2.6.2.	Rôle de réassurance .....	59
5.2.6.3.	Est-ce le rôle du médecin généraliste de parler de tous les aspects de la sexualité ? .....	60
5.2.7.	<i>Stratégies de communication des médecins généralistes</i> .....	62
5.2.7.1.	Espace de liberté d'expression .....	62
5.2.7.1.1.	Absence de jugement.....	62
5.2.7.1.2.	Neutralité du médecin .....	62
5.2.7.2.	Etablissement d'une relation médecin-adolescent .....	62
5.2.7.2.1.	Relation de confiance et intérêt pour l'adolescent .....	62
5.2.7.2.2.	Suivi du patient .....	63
5.2.7.3.	La place du médecin .....	64
5.2.7.4.	Techniques de communication.....	65
5.2.7.4.1.	Le choix du vocabulaire .....	65
5.2.7.4.2.	Humour .....	65
5.2.7.4.3.	« Porte ouverte » .....	65
5.2.7.4.4.	La notion de ressenti .....	66
5.2.7.4.5.	Le non-dit .....	66
5.2.7.5.	Utilisation de supports .....	66
5.2.8.	<i>Freins à la communication identifiés par les médecins</i> .....	67
5.2.8.1.	Freins de la part des adolescents perçus par les médecins généralistes .....	68
5.2.8.1.1.	La pudeur de l'adolescent .....	68
5.2.8.1.2.	L'indifférence de l'adolescent .....	68
5.2.8.1.3.	La peur du jugement .....	68
5.2.8.1.4.	Le sexe du médecin .....	68
5.2.8.1.5.	La crainte de la non confidentialité .....	68
5.2.8.1.6.	L'initiation du sujet par le médecin .....	69
5.2.8.2.	Freins des médecins .....	70
5.2.8.2.1.	La quantité des informations et le temps .....	70
5.2.8.2.2.	La rareté des consultations .....	70
5.2.8.2.3.	Les difficultés d'un discours hors contexte .....	70
5.2.8.2.4.	Les convictions du médecin .....	70
5.2.8.2.5.	Le cas particulier du mineur .....	70
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>72</b>
6.1.	DISCUSSION DE LA METHODE .....	72
6.1.1.	<i>Les atouts de l'étude</i> .....	72
6.1.2.	<i>Les limites de l'étude</i> .....	72
6.2.	PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE.....	73
6.2.1.	<i>Opportunités de communication sur la sexualité</i> .....	73
6.2.2.	<i>Stratégies de communication sur la sexualité</i> .....	73
6.2.2.1.	L'environnement et le déroulement de la consultation .....	73
6.2.2.2.	L'utilisation de techniques de communication .....	74
6.2.2.3.	L'utilisation de supports .....	74
6.2.3.	<i>Perception de l'adolescent par le médecin généraliste</i> .....	74
6.2.4.	<i>Freins identifiés par les médecins généralistes</i> .....	75
6.2.4.1.	Freins relatifs aux adolescents.....	75
6.2.4.2.	Freins relatifs aux médecins .....	75

6.3.	DISCUSSION DE CES RESULTATS PAR RAPPORT A LA LITTERATURE.....	76
6.3.1.	<i>Aborder la sexualité des adolescents en consultation</i> .....	76
6.3.1.1.	La différenciation biomédical-psychoaffectif .....	76
6.3.1.2.	Demandes non exprimées ou détournées.....	76
6.3.1.3.	Systématisation de l'abord de la sexualité des adolescents.....	77
6.3.1.4.	Le décalage des générations.....	77
6.3.2.	<i>Les enjeux de la consultation triangulaire</i> .....	78
6.3.2.1.	La place centrale de l'adolescent dans la consultation .....	78
6.3.2.2.	La place du médecin .....	79
6.3.2.3.	La place du parent .....	79
6.3.3.	<i>Les stratégies de communication</i> .....	81
6.3.3.1.	Relation de confiance, confidentialité et espace de liberté .....	81
6.3.3.2.	Techniques de communication.....	82
6.3.3.2.1.	Choisir entre le vouvoiement et le tutoiement .....	82
6.3.3.2.2.	L'humour .....	82
6.3.3.2.3.	Techniques non citées mais utilisées .....	83
6.3.3.2.4.	Supports papiers .....	83
6.3.4.	<i>Discussion de la perception des adolescents</i> .....	84
6.3.4.1.	Point de vue des médecins sur les adolescents et sur leur sexualité .....	84
6.3.4.2.	Point de vue des adolescents .....	85
6.3.4.2.1.	Questions des adolescents sur la sexualité .....	85
6.3.4.2.2.	Paradoxe entre adolescents et médecins généralistes .....	85
6.3.5.	<i>Discussion des freins à l'abord de la sexualité</i> .....	86
6.3.5.1.	Rencontre ponctuelle entre médecin et adolescent .....	86
6.3.5.1.1.	La rencontre ponctuelle .....	86
6.3.5.1.2.	L'adolescent dans sa globalité.....	86
6.3.5.1.3.	Absence de contexte facilitateur et d'abord initial par le médecin .....	87
6.3.5.2.	La problématique de l'adolescent mineur.....	88
6.3.5.3.	Sexualité précoce des adolescents .....	88
6.3.5.4.	Sexe des interlocuteurs : plus de facilité avec les médecins femmes.....	89
6.3.5.5.	Formation du médecin généraliste sur le sujet .....	89
6.3.6.	<i>Propositions et perspectives</i> .....	90
6.3.6.1.	Les spécificités de l'adolescence .....	90
6.3.6.2.	La différenciation biomédicale et psychoaffective de la sexualité par les médecins .....	90
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>92</b>
ANNEXES.....	.....	93
Annexe 1 : Tableaux.....	.....	93
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	.....	96
Annexe 3 : Exemples de verbatim.....	.....	97
Annexe 4 : Questionnaires.....	.....	112
BIBLIOGRAPHIE.....	.....	117

# 1.Introduction

L'adolescence, période entre l'enfance et l'âge adulte, est caractérisée par des modifications physiques (puberté), psychologiques et relationnelles. Ces modifications sont l'occasion d'une réflexion et d'un questionnement, questions que l'adolescent a parfois du mal à exprimer [1].

L'adolescent se découvre de nouvelles facultés, qui s'accompagnent, plus ou moins consciemment d'un sentiment de toute puissance. Parler de prévention et d'avenir peut s'avérer complexe à cette période où tout est vécu dans l'immédiat, où il est difficile de concevoir les conséquences futures du comportement présent [2].

La sexualité reste taboue pour de nombreuses personnes, et briser ce tabou pour permettre un dialogue est difficile car la sexualité concerne l'intime [3]. Non seulement l'intimité du corps mais également l'affectif et l'émotionnel. C'est un sujet qui fait appel à des représentations culturelles et sociales, variant selon les individus. Parler de sexualité renvoie à l'interprétation que chacun a de l'intime [4].

L'entrée dans la sexualité des adolescents se fait dans un contexte de surmédiation contrastant avec le manque d'information ressenti par les adolescents. Cette abondance d'informations contradictoires perturbe le dialogue sur la sexualité [2] [5] [6].

Face aux défis que représentent l'adolescent et l'abord de la sexualité, le médecin généraliste a une place importante [7]. Il est le médecin de premier recours, facilement accessible. Il suit l'adolescent souvent depuis l'enfance. Il le connaît ainsi que son environnement (famille, amis). De par sa prise en charge globale, il peut représenter un interlocuteur privilégié pour aider l'adolescent à appréhender les éventuelles difficultés de sa construction identitaire [8].

Le but de cette étude est de comprendre comment le médecin aborde un sujet intime comme la sexualité à une période aussi délicate que l'adolescence. Pour cela, nous avons souhaité interroger des médecins généralistes à propos de leur pratique lors d'entretiens individuels semi-dirigés, par la méthode qualitative, pour comprendre quelles étaient les stratégies qu'ils employaient pour aborder la sexualité et pour favoriser la communication avec les adolescents.

## 2. Les concepts

### 2.1. L'adolescence

**L'adolescence est donc une période difficile à appréhender. Sa définition comme ses limites sont multiples. Il s'agit d'une période de changements, où la communication est difficile.**

#### 2.1.1. Qu'est-ce que l'adolescence ?

##### 2.1.1.1. Définitions

Il n'existe pas une définition, mais des définitions de l'adolescence. Si dans certaines cultures, notamment tribales, l'adolescence correspond à un rite initiatique, qui fait passer instantanément de l'état d'enfant à celui d'adulte ; dans la plupart des autres cultures, il s'agit d'une période plus ou moins longue, aux limites mal définies et différentes selon les individus.

On peut la définir comme une période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte pendant laquelle se produit la puberté [9] ou comme une seconde naissance [10] ou encore comme une série de transformations physiques, psychologiques et sociales [11]. Pour l'OMS, elle concerne tout individu entre 10 et 19 ans. Selon ces critères, les adolescents représentent près d'1 milliard de personnes dans le monde soit environ 1 personne sur 6 [12].

Les modifications se produisant à l'adolescence sont multiples, sur le plan physique, psychique et relationnel. Ces modifications sont influencées par le contexte socioculturel dans lequel évolue l'adolescent.

##### 2.1.1.2. Une période de changement

Les premières modifications de l'adolescence sont marquées par la puberté et ses modifications physiques (apparition des caractères sexuels secondaires), qui préparent le corps à la fonction de reproduction, avec une différenciation fille-garçon. Ces modifications visibles peuvent être vécues différemment selon les adolescents [13] [14].

L'adolescence voit également l'apparition de changements psychologiques majeurs tels que l'apparition et le développement d'une pensée abstraite. Ces changements entraînent une réflexion sur l'avenir se traduisant par une quête identitaire : savoir qui l'on est pour découvrir ce que l'on veut devenir [10] [15] [16]. L'adolescent doit également effectuer un travail de deuil de l'enfance : deuil de l'absence de sexualisation, de l'omnipotence et deuil des objets infantiles de réassurance [17] [18] [19].

Il s'agit d'une période de grande vulnérabilité psychique, marquée non seulement par une sexualisation du corps (éjaculation, menstruations, masturbation...) mais également par une sexualisation des liens, qui perturbe l'ordre émotionnel et affectif établi [17] [18] [19]. Les relations aux autres se modifient. L'adolescent recherche une autonomie par rapport à ses parents, et la reconnaissance par les autres de son existence en tant que personne.

L'adolescent est un concentré de paradoxes : il cherche à s'émanciper de ses parents alors qu'il ne peut encore s'en passer, il utilise un langage catégorique et assertif alors qu'il est empli de doutes, il manifeste une volonté d'individualisme tout en éprouvant la nécessité de se retrouver dans un groupe de pairs. L'enjeu de l'adolescence reste de s'assumer dans un corps sexué et mortel [20].

La difficulté à accepter ces modifications vient essentiellement du fait que le corps atteint une maturité sexuelle bien avant la maturité cognitive, émotionnelle et sociale. L'adolescence est donc une période difficile pour l'individu, mais aussi pour ceux qui l'entourent [17].

Annexe 1 Tableau 1

## 2.1.2. Communication du médecin généraliste avec les adolescents

### 2.1.2.1. Les difficultés à communiquer avec les adolescents

Les adolescents sont souvent peu informés de ce qu'ils peuvent demander à leur médecin généraliste. Si 92% savent qu'ils peuvent consulter un médecin généraliste pour un problème somatique, seuls 55% le pensent pour un problème sexuel et 32% pour un problème dépressif. Une des difficultés majeures pour communiquer avec les adolescents est de découvrir leur demande réelle car bien qu'ils se posent beaucoup de questions, ils ne les expriment pas ou peu. De plus, lorsqu'une demande est exprimée, elle est souvent imprécise voir ambiguë. Il faut alors, savoir identifier l'implicite [7] [11].

L'adolescence est une période d'impulsivité, de prise de risques et d'affrontement. Cela permet aux adolescents de tester leurs limites, d'explorer leur autonomie. Dans cette optique, les adolescents sont souvent en recherche d'opposition. La demande de débat dans le discours leur permet de confronter leurs idées avec les adultes.

Comme le souligne le professeur Jeammet, « l'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome. » Ce processus impose une distance relationnelle avec les adultes. L'aide que veulent apporter les adultes est alors souvent perçue comme une entrave à cette autonomisation [2] [18].

Il faut donc prendre la mesure des besoins de l'adolescent plutôt que de lui projeter nos inquiétudes et le submerger de messages qui ne l'atteindront pas [3].

### 2.1.2.2. Influence de la fragilité des adolescents sur la communication

Le Baromètre santé 2000 (INPES) retrouve une fragilité psychologique des jeunes de 12 à 25 ans, plus nombreux que les adultes à déclarer un certain mal de vivre. Ils se déclarent, en moyenne, plus anxieux, plus déprimés et affichent une moins bonne estime d'eux-mêmes que leurs aînés. Cette fragilité rend le dialogue plus complexe pour les adultes, car ils doivent informer les jeunes des différents risques sans pour autant accentuer leur anxiété [2]. Les difficultés auxquelles sont confrontés les adolescents les poussent souvent à s'isoler des adultes, soit ils se rapprochent d'un groupe de pair, soit ils se replient sur eux-mêmes. Il est alors complexe de communiquer avec l'adolescent [18].

## 2.2. La sexualité de l'adolescent

**La sexualité recouvre plusieurs notions, biologique et comportemental d'un côté, affectif et relationnel de l'autre. Elle est modelée par notre culture, souvent associé à un tabou. Parler de sexualité est difficile car il s'agit d'un sujet intime, d'autant plus à l'adolescence.**

### 2.2.1. Définition

La sexualité est un terme global regroupant plusieurs phénomènes :

1. L'aspect biologique : développement des organes sexuels secondaires et leur fonctionnement
2. Le comportement sexuel, qui est un comportement de reproduction

3. Les aspects affectifs et émotionnels (attachement romantique, désirs et plaisirs érotiques ...) en relation avec le comportement sexuel.
4. Les aspects cognitifs et culturels (mœurs, représentations, croyances, valeurs, symboles, amour ...) en interaction avec les trois phénomènes précédents.

Chez l'être humain, la sexualité comprend deux phases. La phase pré-génitale : Elle comprend des événements liés au corps (les premières règles chez la fille, les premières masturbations chez le garçon) et des explorations physiques de l'autre comme le premier baiser. La phase génitale : Elle comprend essentiellement le premier rapport sexuel, dont l'âge médian a diminué depuis les années 1960, de même que l'écart entre homme et femme [21].

## 2.2.2. Représentations culturelles de la sexualité

L'étude des phénomènes culturels de la sexualité (modèles normatifs, valeurs, croyances ...) est une des clés de sa compréhension.

Suivant les sociétés, les normes sexuelles se construisent à partir de critères magiques, religieux, moraux, sociaux, affectifs, comportementaux, ou médicaux. En fonction de ces normes, certaines activités sexuelles seront interdites ou considérées comme inappropriées et d'autres pourront être valorisées. L'approche de la sexualité est intimement liée à la culture et à la religion, lesquelles présentent d'importants contrastes et sont en évolution constante [22]. Cette empreinte culturelle est plus marquée chez les femmes, notamment autour de la notion de virginité [21].

## 2.2.3. Caractère intime de la sexualité

La sexualité reste imprégnée d'interdits et de tabous, plus ou moins présents selon les cultures. On ne parle pas de sexualité à n'importe qui et n'importe comment car il s'agit d'un sujet intime et privé. La sexualité engage la personnalité dans son ensemble et les représentations culturelles de l'individu. En cela, elle touche à l'intime [23].

## 2.2.4. Sexualité de l'adolescent

La sexualité des adolescents est une préoccupation majeure des adultes : ceux-ci voient dans la jeunesse un groupe particulièrement vulnérable face aux risques sexuels, qu'ils soient de nature médicale mais aussi morale. Les jeunes sont ainsi une cible privilégiée des politiques publiques et des campagnes de prévention [21].

### 2.2.4.1. Cadre légal

La sexualité est très encadrée par la loi, notamment lorsqu'il s'agit de la sexualité des mineurs.

La loi française considère qu'avant 15 ans un individu n'est pas en mesure de consentir librement à une relation sexuelle, ni d'exercer un choix de façon libre et éclairée c'est-à-dire en pleine conscience des risques et des modifications corporelles et psychiques qu'implique l'acte. En France, la majorité sexuelle est donc fixée à 15 ans (ordonnance n° 45-1456 du 2 juillet 1945) [3].

### 2.2.4.2. Tempo maturatif de l'adolescent

L'adolescence débute par la puberté dont le tempo maturatif est différent selon les individus. La difficulté est de repérer le stade d'évolution où se trouve l'adolescent et de s'y adapter. Il faut également faire comprendre à l'adolescent que si l'âge moyen du premier baiser est de 14 ans et celui du premier rapport sexuel de 17 ans, il s'agit uniquement de moyennes et non d'âges normaux. Chaque adolescent doit suivre son propre rythme [21].

Par ailleurs, à l'adolescence, les rapports sont peu fréquents : moins de 4 par mois pour la moitié des jeunes sexuellement actifs. Leur sexualité est irrégulière. Les périodes avec rapports sexuels sont brèves et espacées, c'est un des motifs de l'échec d'une contraception régulière et efficace.

Il s'agit d'arriver à faire comprendre à l'adolescent toute l'importance de la prévention dans ce contexte tout en respectant son rythme de développement [3].

### 2.2.4.3. Les risques encourus et leur impact en santé publique

Informers les adolescents sur la sexualité est d'autant plus important qu'ils sont concernés de plus en plus tôt, par le sujet ; ils doivent être conscients des risques qui s'y associent et la façon de s'en protéger. Les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) sont des problèmes majeurs de santé publique chez l'adolescent [24].

Les IVG

Le nombre d'IVG reste stable depuis le début des années 1990 autour de 210 000/an, dont 11 000 concernent des mineurs, selon l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) [24].

La contraception efficace reste insuffisante chez les adolescentes. Près de 50% arrêtent leur contraception dans les 3 premiers mois, 19% sans utiliser d'autres méthodes [10]. Plus de 10% des adolescentes sexuellement actives n'utilisent aucun moyen contraceptif [25]. La contraception d'urgence reste méconnue en France et son utilisation incorrecte [10] [26].

Les IST

Selon l'OMS, 1/3 des 340 millions de nouveaux cas annuels (hommes et femmes) estimés d'IST dans le monde touchent des jeunes de moins de 25 ans, et plus de la moitié des 2.4 millions de nouvelles infections annuelles par le VIH concerne les 15-24 ans [27]. Certaines infections peuvent être asymptomatiques, et de ce fait leurs taux sont probablement largement sous-estimés [28] [29].

90% des 15-24 ans déclarent avoir utilisé un préservatif au premier rapport mais il est par la suite assez vite abandonné [3] [10].

#### 2.2.4.4. L'influence des médias

D'une manière générale, dans la société actuelle, l'entrée dans la sexualité est à la fois surmédiatisée et sous-expliquée, insuffisamment humanisée, alors que la place du sentiment, de l'expérience de l'autre, est capitale [2].

La sexualité est de plus en plus présente et exposée dans les médias, sous des formes différentes parfois contradictoires. La perception des adolescents de la sexualité est influencée par cette médiatisation [30] [31].

#### 2.2.5. Les différents acteurs de soins et d'informations

<b>Le médecin généraliste de par son approche globale et le suivi de ses patients permet une prise en charge holistique de l'adolescent, notamment sur le plan de la sexualité.</b>
---

##### 2.2.5.1. Les intervenants autres que le médecin généraliste

###### 2.2.5.1.1. La Famille

Comme le souligne le Haut Comité de la santé publique, durant les dernières décennies, la famille a beaucoup évolué, avec l'émergence de familles d'un ou deux enfants remplaçant la famille nombreuse, l'accroissement du nombre des familles monoparentales, le développement des familles recomposées. Il arrive aux parents de préférer éviter les conflits familiaux et ne pas s'opposer aux volontés de l'enfant, surtout quand ils vivent des situations de couple difficiles.

On constate actuellement que pour la grande majorité des parents les conditions économiques, sociales et culturelles auxquelles ils se trouvent confrontés avec leurs enfants sont tellement différentes de celles qu'ils ont eux-mêmes connues avec leurs parents que les modèles de leur propre éducation ne peuvent pas suffire pour celle de leurs enfants.

Les normes sociales ayant en grande partie disparues, chaque famille est contrainte de trouver des justifications à ses exigences éducatives, ce qui oblige les parents à un constant travail de négociation avec leurs enfants. Enfin le modèle de l'autorité a été pendant plusieurs décennies disqualifié de sorte que les parents se sont sentis coupables ou fautifs dans l'exercice de cette autorité [2].

#### 2.2.5.1.2. L'éducation sexuelle à l'école

La circulaire n° 2003-027 du 17 février 2003 "Éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées" impose un minimum de 3 séances d'éducation sexuelle par an et par groupe d'âges homogènes, du primaire au lycée [32]. Les objectifs sont la prévention et la réduction des risques - grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida - et la protection des jeunes vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelle, de la pornographie ou encore la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

Actuellement, l'éducation de la sexualité à l'école est inséparable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain, mais elle intègre tout autant, sinon plus, une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques dans le respect des valeurs humanistes de tolérance et de liberté [28] [32]. « Ce n'est pas l'éducation sexuelle qui autorise la liberté, mais la liberté sexuelle plus précoce qui la rend indispensable. » (Kahn-Nathan et Tordjman, 1970) [33].

Selon une étude française, 88% des collégiens estimaient important d'avoir une éducation sexuelle dans le cadre de l'école pour avoir une bonne information. Plus de la majorité des élèves pensaient que cette formation devait débiter plus tôt entre 10 et 14 ans. Les adolescents souhaitaient des interlocuteurs jeunes et variés aux moyens de communication plus ludiques pour favoriser le dialogue, ainsi qu'un abord plus ciblé sur les thèmes qui les intéressent.

Cette étude relevait également que malgré la mise en place de la loi, l'éducation sexuelle à l'école restait trop anecdotique. De plus, si elle permettait une information globale sur la sexualité, elle ne permettait pas à chaque adolescent de poser les questions qui le concernait [34].

#### 2.2.5.1.3. Plan santé jeunes et maison de l'adolescent

La maison des adolescents a été créée pour informer, conseiller et accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes [35]. Elle permet à

l'adolescent qui ne trouve sa place ni en pédiatrie ni dans le système de soins pour adulte, d'avoir recours à une structure adaptée à son statut. Il s'agit également d'un lieu de rencontre apportant des modalités relationnelles innovantes entre les générations [13] [35].

## 2.2.5.2. Le médecin généraliste

### 2.2.5.2.1. Définition du médecin généraliste et de ses compétences

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

*Six compétences fondamentales :*

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire
6. L'adoption d'un modèle holistique [8]

Ces différentes caractéristiques en font un acteur de soins primordial, en première ligne pour l'information et la prévention, notamment en matière de sexualité auprès de l'adolescent.

### 2.2.5.2.2. Recours aux soins des adolescents

Les adolescents représentent une population en bonne santé, peu consommatrice de soins. Pourtant, 75% des adolescents ont vu un médecin dans l'année ; dans 9 cas sur 10, un médecin généraliste [7].

Quand on traite la question de la santé des adolescents, il faut résister à la tentation des clichés et aux images réductrices : la jeunesse, symbole de santé, de beauté et de sexualité ou encore la jeunesse, synonyme de difficultés psychologiques graves, voire de déviance sociale, etc [2].

Les adolescents consultent le plus souvent pour : certificats de sport, vaccination, problèmes dentaires (caries), troubles de la réfraction (myopie), maladies de peau (acné), troubles neurologiques (migraines, céphalées), infections ORL (rhinopharyngites, angines, sinusites) [36].

### 2.2.5.2.3. Suivi et relation médecin-adolescent

Après une première consultation, la relation commence à s'établir, la confiance à s'installer et l'abord de la sexualité est plus facile, le patient comme le médecin sont plus détendus [37].

Quel que soit le type de consultation, le médecin généraliste fournit un environnement qui semble sécurisant aux adolescents, ce qui inclut un rappel de la confidentialité, devoir fondamental du médecin [38]. Les médecins sont tenus au secret professionnel par l'article 226-13 et 14 du code pénal et par l'article 4 du code de déontologie médicale. Si le médecin a le devoir d'informer les parents sur l'état de santé de leur enfant, il existe des dérogations à cette obligation depuis la loi Veil de 1975 étendue par la loi 2001-588 du 4 juillet 2001, quant à la prescription des contraceptifs. De plus, depuis la loi 2002-303 du 4 mars 2002, le médecin doit respecter le souhait du mineur de ne pas informer ses parents, le mineur devant être accompagné d'une personne majeure de son choix pour les soins « de sauvegarde de sa santé » [3].

Le médecin donne l'occasion aux adolescents de poser des questions, de discuter de tous les sujets qui les préoccupent : l'école, la famille, les amis, l'avenir professionnel et personnel, les risques d'addiction, leur sexualité, leur santé mentale, etc [38].

Idéalement la relation médecin-adolescent repose sur un équilibre entre la connaissance du médecin et les données propres à l'adolescent (vécu, émotions, représentations...). Cette relation est le fondement d'un partenariat permettant l'alliance thérapeutique. Il est nécessaire d'adapter le dialogue pour permettre une confiance mutuelle et une relation de type partenariat. Le médecin doit impliquer l'adolescent, l'aider à devenir un acteur de sa propre santé, il doit inclure tous les aspects de la sexualité dans son message et informer le jeune au mieux pour lui permettre de faire des choix éclairés. Cette alliance thérapeutique permet de reconnaître à l'adolescent une place d'expert de sa personne et de reconnaître au médecin une place d'expert de la santé [39].

Annexe 1 Tableau 2

## 3. Question de recherche

Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir initient la discussion et/ou répondent aux questions des adolescents sur leur sexualité?

## 4. Méthode

### 4.1. Construction de l'étude

#### 4.1.1. Type de méthode

Une méthode qualitative était la plus adaptée à notre question de recherche. Parmi les différentes méthodes qualitatives, nous avons choisi la théorisation ancrée ou *grounded theory*. Elle permet la description approfondie du phénomène d'étude, à partir des données recueillies auprès des personnes, ayant une expérience significative du sujet.

#### 4.1.2. Recueil des données

Le recueil de données a été fait grâce à des entretiens semi-dirigés individuels. En effet :

- Le caractère intime du sujet se prêtait plus à un recueil de données sous forme d'entretiens semi-dirigés. La sexualité étant un sujet difficile à aborder, il semblait préférable de recueillir les données en individuelle pour permettre aux médecins de se confier plus facilement sur leurs pratiques et ainsi limiter les interventions de l'enquêteur.
- Le recueil de données qualitatives par entretien semi-dirigés se fait au cours d'une entrevue individuelle entre l'enquêteur et le participant, axée sur le thème de recherche et guidée par une série de questions ouvertes prédéterminées.
- L'arrêt des entretiens s'est fait quand la saturation des données a été atteinte, c'est-à-dire quand de nouveaux entretiens n'apportaient plus d'idées nouvelles. Lorsque la saturation a semblé être atteinte (au bout de 18 entretiens), les entretiens ont été poursuivis à 2 reprises. Les éléments recueillis pouvaient sembler différents sur la

forme mais le fond était redondant et la saturation des données étant atteinte, les entretiens se sont arrêtés à 20. L'intérêt de la saturation des données est d'obtenir la compréhension la plus complète possible du sujet étudié.

### 4.1.3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en plusieurs étapes. La première étape a été une revue de la littérature sur la communication à propos de sexualité avec l'adolescent. Elle a permis d'élaborer des thèmes à aborder avec les médecins.

#### Annexe 2 Guide d'entretien

Une fois le guide réalisé, il a été testé sur 2 médecins pour juger de sa pertinence. Certaines questions ont été reformulées pour plus de clarté, d'autres retirées car elles étaient soit redondantes, soit non pertinentes. Le nombre de questions correspondait à un entretien d'environ 20 minutes, ce qui était acceptable pour les 2 médecins interrogés.

### 4.1.4. Echantillonnage

#### 4.1.4.1. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des médecins s'est fait par la création d'une liste des médecins généralistes exerçant dans l'Eure et Loir. Une première sélection a été réalisée en contactant un médecin généraliste que j'avais croisé lors de mes stages réalisés dans l'Eure et Loir. Il s'agissait d'une jeune médecin, originaire de ce département, qui y avait fait son internat et y exerçait depuis 5 ans. Elle connaissait les médecins et m'a permis de diversifier mon échantillon.

Il s'agissait donc d'un échantillon intentionnel constitué par « effet boule de neige » reposant sur le jugement de l'enquêteur pour le choix des personnes qu'il jugeait intéressantes en fonction de leurs caractéristiques, richesse d'opinions, expériences sur le sujet. De plus, le choix des médecins a tenu compte de la volonté d'avoir une répartition relativement homogène entre les hommes et les femmes. Afin d'obtenir une grande diversité de participants, les médecins ont également été choisis en fonction de leur âge et de leur localisation géographique (médecins de milieu rural, semi-rural et urbain).

Dans une méthode qualitative, c'est la diversification des données recueillies qui importe, et non la taille de l'échantillon. On ne parle pas de nombre de sujets nécessaires. Dans la littérature, la saturation des données est obtenue après environ 15 à 20 entretiens.

#### 4.1.4.2. Procédure

Les médecins sélectionnés ont ensuite été contactés par téléphone. Il leur était précisé la nature de l'étude, réalisation d'une thèse de médecine générale, le sujet de l'étude ainsi que le temps estimé qui serait nécessaire pour l'entretien.

Trois médecins ont refusé de participer à l'étude. Un médecin expliquait être trop sollicité dans de nombreux domaines et ne plus avoir le temps de participer à des études. La femme d'un autre médecin qui était également sa secrétaire, n'a pas informé le médecin de ma requête et m'a tout de suite répondu qu'il n'avait pas le temps. Le troisième médecin qui avait accepté initialement, a refusé l'entretien du fait de l'enregistreur, elle s'est excusée en expliquant que le fait d'être enregistrée la mettait mal à l'aise.

## 4.2. Les entretiens

### 4.2.1. Techniques d'entretiens

Des recherches ont été entreprises pour faciliter l'entretien. L'enquêteur étant inexpérimenté, des renseignements ont été pris sur la façon de mener un entretien et sur les techniques pour qu'il se déroule le plus naturellement possible. Les différentes techniques retrouvées étaient :

- Les questions ouvertes

Le but étant de savoir ce que pensent et font les médecins en consultation, il était impératif de proposer des questions amenant le médecin à se confier pour répondre, et a ne pas simplement répondre oui ou non.

- Le respect des silences

L'enquêteur a appris à respecter les silences qui non seulement peuvent lui apporter des informations mais également permettre au médecin de réfléchir ou de se souvenir, et d'amener des éléments supplémentaires sur le sujet. Le médecin peut alors répondre complètement et se concentrer sur la réponse suivante sans continuer à penser à ce qu'il voulait dire à la question d'avant. Le silence permet également un rythme naturel, l'enquêteur montre qu'il a le temps, qu'il n'est pas stressé par le manque de réponse et s'intéresse plus au fond qu'au fait d'avoir une réponse.

- L'attitude neutre

La neutralité est indispensable pour ne pas orienter les réponses. Il est nécessaire de choisir son vocabulaire, ses tournures de phrases, son attitude afin de rester le plus neutre possible ; éviter ainsi d'amener l'interlocuteur à dire ce que l'on souhaite entendre ou à croire qu'il puisse être jugé à travers le contenu de ses réponses. Une technique pour cela est d'identifier ses opinions en testant soi-même la grille d'entretien. On sait alors ce que l'on pense et on ne risque pas d'influencer le participant même de manière inconsciente.

- Le miroir ou compréhension

La répétition de mots-clés ou des derniers mots du sujet, le résumé de son discours ou la reformulation permettaient de s'assurer de la pleine compréhension des opinions du médecin ou de lui donner l'opportunité d'explicitier et de compléter sa réponse. L'enquêteur a utilisé des formules du type « selon vous », « à votre avis ».

- La facilitation du discours

Afin de faciliter le dialogue, l'enquêteur a utilisé des onomatopées de type « Mmh », des interjections de type « bien », « oui », et des encouragements « d'accord », « je comprends ». De même que les silences, qui encouragent l'interlocuteur à poursuivre son explication et développer son opinion.

En fonction des réponses du médecin, l'enquêteur évoquait un thème ou un autre sans ordre spécifique.

## 4.2.2. Conditions pratiques des entretiens

### 4.2.2.1. Préambule à l'entretien

L'objectif était d'obtenir un entretien le plus naturel possible. Avant de commencer à interroger le médecin, l'enquêteur se présentait, rappelait le sujet de la thèse et expliquait brièvement le déroulement de l'entretien. Il demandait ensuite au médecin s'il acceptait que l'entretien soit enregistré au moyen d'un dictaphone. L'enquêteur précisait que l'enregistrement était anonyme, serait détruit après la rédaction de la thèse et ne servait qu'à permettre une retranscription fidèle de leur propos.

### 4.2.2.2. Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroulait sous forme d'un dialogue avec le médecin. Il racontait la dernière consultation où il avait parlé de sexualité avec un adolescent. En fonction des différents

sujets abordés par les médecins, des questions de relance permettaient de poursuivre l'investigation.

Pendant l'entretien, l'enquêteur prenait des notes, essentiellement sur l'attitude et les mimiques des médecins, pour la retranscription.

### 4.3. Retranscription des données

Chaque enregistrement a été relu avant d'être entièrement retranscrit. Cette relecture permettait d'avoir une idée globale des réponses données, de s'imprégner de l'opinion du médecin, et d'éviter les faux-sens. Elle permettait également de se rendre compte de l'état d'esprit du médecin et de son ressenti pour le faire transparaître au mieux, notamment dans la ponctuation.

Dans la même optique, les onomatopées des médecins (ainsi que de l'enquêteur), leurs intonations, leurs silences et leurs mimiques ont été retranscrits. Ceci afin de faciliter à la lecture, la perception des sentiments et du cheminement de la pensée des médecins et de transmettre le rythme du discours.

### 4.4. Analyse des résultats : analyse thématique

L'analyse repose sur le principe du codage et relève d'une approche interprétative. Elle permet de passer du verbatim aux thèmes. Il s'agit d'une analyse inductive du contenu thématique par un processus de construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participants.

#### 4.4.1. Codage linéaire ou repérage

Le codage linéaire s'est fait par relecture de chacun des entretiens avec identification des unités de sens. Il s'agissait de savoir quelles idées le médecin exprimait, comment il procédait lors de la consultation, d'identifier le contenu avec ses singularités.

#### 4.4.2. Codage transversal par thèmes ou catégorisation

Le codage transversal permettait une fois que l'ensemble des entretiens avaient été codés de façon linéaire, d'identifier des concepts généraux en rapport avec la problématique initiale. Les différentes notions étaient alors classées en thème.

#### 4.4.3. Double codage

Pour s'affranchir au maximum des opinions de l'enquêteur pouvant avoir été influencé par ses recherches bibliographiques et revue de la littérature, il a été réalisé un double codage par un interne réalisant ses stages dans l'Indre. Après transmission des verbatim, chacun codait séparément les entretiens selon le codage linéaire puis transversal puis les 2 codeurs se rencontraient pour en discuter et adapter la grille de codage.

<b>Critères</b>	<b>Définition</b>	<b>stratégies</b>
<b>validité interne</b>	Désigne le degré de concordance et d'assentiment qui s'établit entre le sens donné par le chercheur et sa plausabilité et sa pertinence par rapport au phénomène étudié. Présence prolongée du chercheur Recherche de saturation Test d'hypothèses rivales Validation par les répondants (entretien de contrôle)	Présence prolongée du chercheur Recherche de saturation Test d'hypothèses rivales Validation par les répondants (entretien de contrôle)
<b>fidélité</b>	S'assurer de l'argumentation logique fondée des résultats	Construire une chaîne de preuve Réflexivité du chercheur qui explicite ses présupposés épistémologiques, son cadre conceptuel Triangulation notamment des chercheurs
<b>validité externe</b>	Généralisation théorique et non pas statistique	Réplication des propositions à d'autres cas Échantillonnage théorique Identification exhaustive des données contextuelles pour estimer la parenté des contextes

Source : adapté de V. Perret, Méthodologies qualitatives, cours de Master Recherche, IAE de Tours

## 5. Résultats

### 5.1. Description des échantillons

#### 5.1.1. Nombre et qualité des participants

Parmi les 20 médecins qui ont participé aux entretiens, il y avait 10 femmes et 10 hommes. Neuf médecins exerçaient en milieu urbain dont 2 dans des zones à faible niveau socio-économique, 9 en milieu semi-rural et 2 en milieu rural. Parmi eux, 7 avaient une activité universitaire de maître de stage. Deux des participants exerçaient leur activité de médecin généraliste à mi-temps, un des médecins avait une activité au conseil de l'ordre de l'Eure-et-Loir et un autre partageait son activité entre l'exercice libéral et l'exercice salarié (médecin de maternité, médecin pénitencier et expertises médicales) ; Leur âge allait de 33 à 67 ans avec une moyenne de 47,8 ans. Aucun médecin n'a arrêté l'entretien du fait du dépassement du temps, néanmoins deux médecins ont raccourci leurs réponses sur les dernières questions.

#### 5.1.2. Durée et lieu des entretiens

Les entretiens ont duré en moyenne 25'51. La moyenne pour les femmes était de 27'16 et pour les hommes de 24'25. Les médecins dépassaient volontiers le temps prévu initialement pour participer. Ce processus était facilité lorsque les entretiens avaient lieu après leurs consultations (fin de matinée ou de soirée).

Seize entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin, 10 ont eu lieu au milieu ou au début de la plage horaire dédiée à leurs consultations, 6 après les consultations. Quatre entretiens ont eu lieu au domicile des médecins par commodité ou par souci du médecin de pouvoir m'accorder le temps nécessaire.

### 5.1.3. Récapitulatif des entretiens

Nombre (Homme/Femme)	20 (10/10)
Age Moyen (Minimum/Maximum)	47ans 10 mois (37/63)
Mode d'exercice	
Urbain	9
Semi rural	9
Rural	2

Annexe 3 : Exemples de verbatim

## 5.2. Résultats de l'étude

### 5.2.1. Définition de l'adolescence

#### 5.2.1.1. Définitions données par les médecins

**L'adolescence était définie comme une transition entre enfance et âge adulte, s'accompagnant de modifications physiques, psychologiques et relationnelles, qui s'étendait de 13 à 18 ans.**

La définition de l'adolescence était assez consensuelle chez les différents médecins interrogés. Il s'agissait d'une phase intermédiaire, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. (Voir encadré 1)

Plusieurs médecins l'ont définie comme un passage obligatoire de transformations somatiques et psychologiques, initié par les modifications hormonales de la puberté. Un médecin a utilisé l'expression « *d'orage végétatif et émotionnel terrible* » (Médecin 19).

Deux médecins ont évoqué qu'il s'agissait d'une période difficile, où la communication avec l'adulte était complexe. Un autre l'a définie comme la prise de conscience par l'adolescent de son autonomie par rapport à sa famille. (Voir encadré 1)

Encadré 1 :

Définition de l'adolescence

« (...) ils [les adolescents] passent d'une transition de... C'est plus des enfants, c'est pas encore des adultes. » (Médecin 1)

« (...) le moment où l'enfant commence à, à prendre d'une certaine façon, euh, conscience qu'il est un être un peu unique par rapport à sa famille, hein, c'est-à-dire qui, qu'il commence à créer cette petite scission, ce petit détachement par rapport à la, à la norme familiale et, euh, et qui commence à... à gagner un peu de confiance en lui-même. » (Médecin 8)

### 5.2.1.2. Limites d'âge de l'adolescence

La période de l'adolescence se situait pour la plupart des médecins entre 13 et 18 ans, l'âge de début se situant entre 10 et 14 ans, la fin dans une plus large fourchette entre 16 et 22 ans.

Certains évoquaient :

- une période de préadolescence se situant entre 10 et 13 ans, concernant surtout les filles. Cette période était marquée par le début de la puberté, la ménarche et le développement des organes sexuels secondaires. (Voir encadré 2)

- une période de post-adolescence dont les limites plus floues étaient en relation avec la maturation psychologique. Cette période pouvait aller jusqu'à 20 ans (voir 25 ans selon un médecin presque jusqu'à 30 selon un autre). (Voir encadré 2)

Encadré 2 :

Limites d'âge de l'adolescence

« (...) si on parle un petit peu de la puberté, un petit peu plus précoce, (...) elle arrive plus tôt chez les filles. Je dirai, chez les filles, on peut dire 10-11 ans. Ouais, autour de 11 ans, allez.

(...) Chez les garçons, un petit peu plus tard, je mettrai 13, un âge moyen (...) » (Médecin 16)

« Par contre y en a à 25 ans, on pourrait presque dire 30, qui, pffhh, ben c'est encore des gamins, quoi. » (Médecin 1)

## 5.2.2. Le tiers dans la consultation de sexualité

**L'adolescent pouvait être accompagné, le plus souvent par sa mère. Le médecin intégrait alors le parent dans la consultation lorsque c'était possible tout en ménageant un temps seul avec l'adolescent. Il essayait également de renouer le lien parent-enfant lorsqu'il existait des difficultés.**

### 5.2.2.1. Les différents protagonistes

#### 5.2.2.1.1. Les parents

Pour les adolescentes, les médecins étaient d'accord sur le fait que le tiers était le plus souvent un parent. Elles étaient souvent amenées et accompagnées par leur mère, plus rarement par leur père. La raison évoquée par les médecins était le partage d'une expérience commune et l'inquiétude de la maman pour les problèmes que pourrait rencontrer sa fille. (Voir encadré 3)

Certains médecins ont fait remarquer que la présence du père seul était de plus en plus fréquente actuellement mais dans un contexte familial particulier (divorce ou décès de la maman). Deux médecins ont évoqués la présence du beau-père, perçue par les médecins comme plus difficile pour les adolescentes. (Voir encadré 3)

#### Encadré 3 :

##### Les parents

*« (...) accompagné des parents, plus fréquemment la maman que le papa mais ça arrive le papa, plus fréquemment la maman, ça c'est clair ». (Médecin 16)*

*« J'ai eu le cas, moi, pour une ado parce que sa mère venait de mourir d'un cancer du sein, il a dit : ben écoutez, je crois que ce serait bien qu'elle fasse le point avec vous. » (Médecin 15)*

*« (...) puis en plus elle était, euh, en plus elle était avec son beau-père, la pauvre, quoi c'était... » (Médecin 14)*

#### 5.2.2.1.2. Les amis

Quelques médecins ont évoqués des situations où le tiers était un(e) ami(e) de l'adolescente : parfois leur petit ami (surtout pour les questions de préservatifs et de grossesse) parfois une simple amie.

## 5.2.2.2. Comment se déroule la consultation avec un tiers

### 5.2.2.2.1. Avec le parent

La plupart des médecins expliquaient commencer la consultation en présence du tiers puis proposaient de faire ensuite sortir le parent pour poursuivre avec l'adolescent seul. (Voir encadré 4)

- Si le parent acceptait, la consultation se poursuivait et le parent revenait à la fin. Avec l'accord de l'adolescent, le médecin faisait alors une sorte de synthèse de ce qui avait été dit.
- Si le parent refusait de sortir, ce qui était rare, le médecin poursuivait la consultation, profitant de l'examen clinique pour discuter plus avec l'adolescent. Puis le médecin proposait à l'adolescent devant le parent de revenir une prochaine fois, tout seul. (Voir encadré 4)

### 5.2.2.2.2. Avec l'ami

Les médecins ayant rapporté ces situations agissaient de la même façon avec les amies qu'avec les parents. Après s'être fait préciser qui était l'ami(e), ils proposaient que la tierce personne sorte pendant au moins pendant l'examen. Lorsqu'il s'agissait du petit ami(e), il assistait à la partie discussion de la consultation. (Voir encadré 4)

Le choix de faire sortir ou non le tiers restait celui de l'adolescent pour la plupart des médecins et ce pour permettre à la consultation de se dérouler le plus sereinement possible pour l'adolescent. (Voir encadré 4)

#### Encadré 4 :

##### Avec le parent :

*« Je propose toujours quand même à un moment dans la conversation, à l'enfant, enfin à l'adolescent de euh faire sortir le parent « si il y a des choses que tu veux me dire en privé, est ce que tu veux que je fasse sortir ton parent, puis y revient après puis on peut en rediscuter tous ensemble » pour pas mettre le parent non plus à la porte » (Médecin 3)*

*« Je dis à l'adolescente « on aura bien l'occasion d'en reparler une autre fois », voilà. Et en général, quand c'est comme ça, les adolescentes reviennent en consultation sans le dire aux parents. » (Médecin 20)*

*« (...) à partir de ce moment-là je demande à la gamine si elle a envie de poser des questions particulières, si elle préfère le faire en présence de maman ou pas » (Médecin 20)*

##### Avec l'ami (e) :

*« Si c'est un copain, une copine, je demande, quand des fois elles [la patiente et l'accompagnant] sont en salle d'attente, elles rentrent toutes les 2 : euh, c'est qui ? Vous*

*êtes d'accord qu'y rentre avec vous ? ». (Médecin 1)  
« Je les voie débouler à 2 [l'adolescente et son petit ami], mais alors là ils [les garçons] sont, s'ils pouvaient se planquer au fond du cabinet sous le truc (montre la table d'examen), ils le feraient. Ils disent pas grand-chose ». (Médecin 20)*

### 5.2.2.3. Avantages et inconvénients de la présence du parent

Les avis étaient partagés quant à l'apport ou non de la présence d'un parent. Les amis restant silencieux n'influençaient pas la consultation

#### 5.2.2.3.1. Inconvénients de la présence du parent

- Le médecin devait adapter le discours pour ne pas commettre d'impairs, ne sachant pas ce que les parents connaissaient de la sexualité de l'adolescent. La difficulté était alors d'informer l'adolescent de façon spécifique à ses besoins, tout en restant général devant les parents.

- Deux médecins rapportaient l'absence de démarche volontaire de l'enfant. Dans cette situation particulière, il s'agissait souvent de la mère qui amenait sa fille trop tôt en consultation pour parler contraception et sexualité, la puberté n'étant le plus souvent pas synonyme de début de la sexualité. Le discours paraissait alors étranger à l'adolescente qui s'en détachait. (Voir encadré 5)

- Le risque d'une monopolisation du temps de parole par l'accompagnant, souvent la mère, a également été citée. Pour éviter cela, les médecins laissaient exprimer les parents, au moins pendant une partie de la consultation. Le parent pouvait ainsi verbaliser ses questions et ses inquiétudes sur le sujet, ce qui permettait au médecin de mieux cerner le problème. (Voir encadré 5)

#### 5.2.2.3.2. Pas de modification du fait de la présence du parent

Pour d'autre, la présence d'un tiers ne modifiait ni le contenu du discours ni la façon d'en parler. La consultation se déroulait comme si l'adolescent était seul. Pour ces médecins, le fait que le parent amène l'adolescent à une consultation où il savait que la sexualité allait être abordée, montrait qu'il était d'accord pour en parler. (Voir encadré 5)

#### 5.2.2.3.3. Apport du parent

La présence du parent pouvait faciliter le discours ou apportait des informations complémentaires au médecin, lorsque l'adolescent avait des difficultés à se confier. Lorsque les parents avaient déjà parlé de sexualité avec leurs enfants, cela simplifiait l'abord en consultation. (Voir encadré 5)

#### Encadré 5 :

##### Inconvénient de la présence du parent

« Et encore j'ai déjà entendu : « Je vais l'emmener chez ma gynéco pour la faire examiner », y a des mamans qui sont très à l'écoute ou je sais pas quoi et qui emmènent systématiquement leur fille dès qu'elles ont 13 ans chez le gynéco, je pense pas que ce soit non plus une bonne idée ». (Médecin 9)

« Je veux dire quand il y a pas de sexualité, entre guillemets, de l'adolescente, elle en a rien à fiche de parler devant sa mère parce que c'est pas quelque chose qui la concerne particulièrement. Elle entend ce qu'on dit mais bon elle se sent, ça se voit, elle se sent pas concernée. » (Médecin 20)

« (...) c'est vrai que parfois le, la consultation est un peu squeezée par la maman quand même hein, effectivement avec plus de d'int., enfin des interventions de la maman, euh, euh, voilà qui, qui prend la, un peu la direction de la consultation. » (Médecin 4)

##### Pas de modification

« A partir du moment où il [le parent] est là, ils [le parent et l'adolescent] sont venus tous les deux, ils viennent, ils savent de quoi ils vont parler ». (Médecin 3)

##### Apport du parent

« J'avais déjà vue la maman une fois toute seule qui m'avait déjà dit qu'elle était déjà un petit peu inquiète, parce que sa fille, euh, sortait avec un garçon. Une jeune fille qui avait 16-17 ans donc maman s'est un peu inquiétée, se disant que quand même fallait peut-être prendre la pilule. » (Médecin 18)

#### 5.2.2.4. Le médecin comme intermédiaire

Les médecins essayaient de favoriser le dialogue parent-adolescent. Beaucoup proposaient à l'adolescent, lorsqu'il était venu accompagné de ses parents et s'il était d'accord, de les faire rentrer en fin de consultation pour un récapitulatif. Ce procédé permettait que le parent ne se sente pas mis à l'écart et qu'il puisse entendre l'adolescent via la synthèse du médecin. Lorsque l'adolescent venait seul à la consultation, le médecin encourageait le jeune à discuter des problèmes avec ses parents. S'il décidait de se taire, le médecin rappelait le respect de la confidentialité et sa disponibilité en cas de problème. (Voir encadré 6)

#### Encadré 6 :

##### Le médecin comme intermédiaire

« (...) on continue tout seul, c'est pas parce qu'on va vous faire des cachotteries mais c'est des choses ce sera plus facile pour votre fille ou votre fils d'exprimer si vous n'êtes pas là. » (Médecin 1)

« (...) où les parents n'ont jamais rien su, où c'est un copain, un machin qui a accompagné et cetera. Même si on les éééh, on leur demande de le faire, on leur dit que c'est mieux que les parents le sache et cetera. » (Médecin 20)

### 5.2.3. La sexualité, un tabou culturel ?

**La sexualité restait associée à un interdit culturel, avec lequel les médecins ont à composer, malgré l'évocation d'une différence entre les générations.**

#### 5.2.3.1. Un tabou religieux

Plusieurs médecins ont évoqué la difficulté à parler de sexualité avec les patients, du fait du caractère tabou que la sexualité revêt dans quasiment toutes les cultures. La plupart des cultures et des religions valorisaient la virginité et le contrôle du désir sexuel notamment pour les adolescents. Il était donc difficile pour eux de parler de sexualité sans éprouver une gêne voire une honte. Plusieurs médecins ont rapporté que les adolescents utilisaient parfois cet interdit comme un moyen de rejet des valeurs et/ou de la famille. Certains ont parlé de patientes qui avaient utilisé la sexualité et la maternité comme une émancipation. (Voir encadré 7)

#### 5.2.3.2. Modification de la notion de sexualité entre générations

Certains médecins ont néanmoins remarqué, au cours de leur carrière, une libération des mœurs et des discours ainsi qu'un abord parfois plus facile du sujet. Un médecin a attribué ce changement à la libération sexuelle initiée en mai 68. Il expliquait qu'elle était la cause d'une différence générationnelle qui bridait le dialogue entre les parents, élevés avant mai 1968, et les enfants ayant grandi après. C'était cette différence que le médecin devait estomper pour permettre confiance et dialogue. (Voir encadré 7)

##### Encadré 7 :

###### Un tabou culturel ?

*« (...) c'est toujours un sujet tabou quelque part. Ça fait partie de l'éducation chrétienne et catholique, [...], des jeunes arabes, nord-africaines et musulmanes, c'est porte fermée, clac. Jusqu'au mariage. » (Médecin 19)*

*« [...] une jeune fille de 17 ans m'avait posé la question, de, à quel moment il fallait faire l'amour pendant son cycle pour être enceinte...pour pouvoir quitter ses parents ! » (Médecin 12)*

###### Modifications entre générations

*« Pendant des générations, ça a été bridé tout ça quand même, on en parlait pas, c'était euh, d'accord, sale entre guillemets, honteux enfin bon. Donc c'est quand même pas vieux, le, c'est ; l'abord de cette question relativement simplement ne remonte qu'aux, allez, on va dire 68 quoi. C'est quand même pas, ça fait quoi, 2 générations et ½ » (Médecin 16)*

## 5.2.4. Les opportunités pour parler de sexualité en consultation et les informations données à ces occasions

**Les opportunités d'aborder la sexualité étaient essentiellement liées à la gynécologie pour les filles (contraception, grossesse, IST, modifications gynécologiques pubertaires), et à l'anatomie pour les garçons (réassurance d'une normalité). Les médecins insistaient alors sur la prévention des IST et pour quelques-uns sur les aspects psychoaffectifs de la sexualité.**

Les consultations, où la sexualité a pu être abordée, variaient pour les filles et les garçons.

### 5.2.4.1. Pour les filles

Les consultations ayant trait à la gynécologie étaient les plus fréquemment citées comme celles où le médecin a pu aborder la sexualité avec l'adolescente :

#### 5.2.4.1.1. La contraception

La contraception a été évoquée par tous les médecins interrogés. Il s'agissait d'un sujet directement lié à la sexualité permettant de poser des questions et d'aborder le sujet à partir d'une demande, sans choquer (Voir encadré 8). Les consultations pouvaient se présenter sous différents aspects : une première prescription, un renouvellement ou les résultats du bilan biologique associé à la prescription d'œstro-progestatif. Un médecin a évoqué cette dernière consultation comme plus propice pour évoquer la sexualité avec l'adolescente, répondre à ses questions etc, car elle offrait la possibilité de prendre le temps pour faire le point.

En matière de contraception, les médecins rappelaient son fonctionnement, ce que les adolescentes devaient faire en cas d'oublis, prescription automatique de contraception d'urgence pour certains. Ils expliquaient qu'ils insistaient sur la contraception d'urgence compte tenu des règles strictes nécessaires à son efficacité. Ils constataient qu'elle était peu connue et mal comprise par les adolescentes (Voir encadré 8). Tous les médecins leurs rappelaient que la pilule correctement prise protégeait de la grossesse mais pas des IST.

#### 5.2.4.1.2. La vaccination contre l'HPV

La vaccination contre l'HPV était également une bonne opportunité selon de nombreux médecins. Cela permettait d'expliquer à l'adolescente et à la mère que le contact avec l'HPV nécessitait un rapport sexuel et du coup d'aborder la sexualité, le plus souvent de façon hypothétique (Voir encadré 8). Il était alors facile d'évoquer de nombreuses situations : les risques plus fréquents de cancer du col en cas de partenaires multiples, la nécessité de protection par un préservatif.

#### 5.2.4.1.3. La grossesse

Il s'agissait parfois de demande de prescription de pilule du lendemain parfois de grossesses avérées avec demande d'IVG. Ce type de consultation, peu fréquentes, était l'occasion pour de nombreux médecins de reprendre soit le fonctionnement de la pilule soit l'usage du préservatif ainsi que de parler de sexualité. (Voir encadré 8)

#### 5.2.4.1.4. Les infections sexuellement transmissibles

Les consultations pour IST représentaient peu de consultations. Trois médecins l'ont évoqué sous différentes formes : demande de sérologies par peur du SIDA, peur d'autres IST et infections locales (Voir encadré 8).

Lorsque la démarche d'aborder le sujet venait de l'adolescent, il était plus facile pour le médecin d'aborder la sexualité. Il pouvait alors répéter les messages de prévention et interroger plus facilement l'adolescent sur son mode de vie et son comportement sexuel. Le plus souvent, la démarche venait des médecins, l'information principale à transmettre était la prévention des IST, de la mycose au VIH (Voir encadré 8). Cette prévention nécessitait la recherche des conduites à risque en interrogeant l'adolescent sur les facteurs favorisant les IST : l'absence de protection, les partenaires multiples, etc. Les consultations pour arrêt du préservatif étaient également un moyen de rappeler les conseils de prévention, la nécessité de l'usage du préservatif et l'occasion de proposer systématiquement une sérologie de dépistage pour certains médecins.

L'un d'entre eux expliquait l'importance de cette prévention par le fait qu'il lui semblait que les adolescents actuels n'avaient pas réellement conscience de la réalité de ces maladies. (Voir encadré 8)

#### 5.2.4.1.5. Affections gynécologiques

L'abord de la sexualité pouvait également se faire lors de consultation pour des pathologies vulvo-vaginales (prurit, vulvite, mycose...) ou des problèmes liés au cycle menstruel, (ménorragies, dysménorrhées...), fréquents lors de la mise en place de l'axe gonadotrope. La proposition d'un traitement hormonal œstro-progestatif permettait, en évoquant son rôle également contraceptif, d'aborder la sexualité. (Voir encadré 8)

#### 5.2.4.1.6. L'examen clinique

L'examen clinique était l'occasion pour plusieurs médecins d'aborder la sexualité. Il s'agissait d'un temps particulier dans une circonstance plus liée à l'intime. Pour deux médecins, lorsque l'examen était difficile à réaliser (vaginisme, inquiétude à la mise en place du speculum), c'était l'occasion d'interroger les patientes sur les difficultés qu'elles ressentaient lors des rapports sexuels. (Voir encadré 8)

#### Encadré 8 : Opportunités avec les filles

##### La contraception

« Les filles, c'est la contraception, c'est classique en fait, c'est la contraception » (Médecin 1)  
« Alors, chez les filles, c'est vraiment essentiellement la contraception » (Médecin 17)  
« (...) la pilule du lendemain, elles savent pas qu'on peut la prendre en même temps que la pilule, que même si elles prennent la pilule et qu'il y a un oubli, elles peuvent la prendre, qu'elles peuvent y aller sans ordonnance, c'est des questions qui reviennent. Donc, ça c'est vraiment, c'est pas très bien connu. » (Médecin 18)

##### La vaccination

« Aussi la période des 14-15 ans où on va proposer le Gardasil maintenant. Et donc euh, ben à chaque fois qu'on propose le Gardasil, ben euh, on met la sexualité sur le tapis et puis euh, on arrive à en parler. » (Médecin 20)

##### La grossesse

« Elle [l'adolescente] était, elle avait 14 ans, elle était enceinte et je lui ai dit que la pilule, ça existait et que ça n'évitait pas d'ailleurs le préservatif parce qu'il fallait bien distinguer les deux choses. J'ai essayé de lui expliquer ça, je sais pas si elle m'a écouté ni entendu d'ailleurs. Ce qui l'intéressait, c'est que je l'envoie voir quelqu'un pour se faire avorter. » (Médecin 19)

##### Les IST

« En gros y savent à peu près comment ça se passe, par contre les maladies sexuellement transmissibles, ça, ça les, ça peut les inquiéter un petit peu. » (Médecin 8)  
« Et puis on leur explique que les MST, ça existe, qu'on leur ment pas, et que la pilule ne protège pas du tout, ..., Et puis surtout les MST. Ça je pense que c'est, hein, le SIDA existe

*encore et y a plein d'autres maladies. » (Médecin 10)*

*« - Pourquoi, selon toi, les IST elles[les adolescentes] en parlent pas trop ? Ils [les adolescents] ont tous l'impression d'être euh, une certaine immunité, ils sont immunisés, ça n'existe pas, (...) dans la réalité, personne en a. » (Médecin 3)*

#### Les affections gynécologiques

*« (...) en posant la question de savoir si elles [les adolescentes] ont des, une gêne, euh des, des, euh, des démangeaisons, ou des, quand y a une petite pathologie vulvaire, à ce moment-là de parler plus de sexualité. » (Médecin 4)*

*« (...) des fois y a des choses qui vont pas : les irrégularités de règles, des, voilà, hein. Chez l'ado souvent, c'est pour des métrorragies ou euh des cycles très long ou des douleurs abdominales et cetera, c'est un terrain qui permet un peu de, de, d'aborder la sexualité et puis de, de voir avec elle si, où elles en sont, si euh elles ont un petit copain, si elles envisagent d'avoir des rapports, leur rebalancer le, le, l'usage du préservatif. » (Médecin 20)*

#### L'examen clinique

*« (...) comme je disais, je lui ai expliqué que ben fallait pas qu'elle s'inquiète, que c'était qu'un speculum, que c'était pas plus gros qu'un sexe d'homme, que ça allait pas lui faire du mal. Et puis elle me dit « oui, mais déjà avec mon copain, ça se passe pas bien. » Enfin, elle commençait à me raconter un petit peu, voilà, par ce biais-là. » (Médecin 1)*

### 5.2.4.1.7. Informations et épanouissement sexuel

Pour certains médecins, l'information devait rester d'ordre médical. Il n'avait pas à évoquer l'aspect intime de la sexualité de l'adolescent car il s'agissait d'un aspect trop personnel de sa vie (Voir encadré 9). Quelques uns abordaient différents aspects de l'épanouissement sexuel.

#### 5.2.4.1.7.1. Le développement de la notion de respect

Ils expliquaient évoquer la notion du respect de l'autre avec les filles plus que les garçons. Ils insistaient surtout sur le respect de la femme, essentiellement les médecins femmes, et de plus en plus nécessaire du fait de la construction erronée de l'image corporelle et des relations sexuelles des jeunes générations. Un médecin homme disait parler aux jeunes filles de la responsabilité du garçon dans une relation. Tous ces médecins insistaient sur le fait d'expliquer que chaque partenaire comptait dans une relation amoureuse ou sexuel. (Voir encadré 9)

#### 5.2.4.1.7.2. L'autonomie du choix

Quelques médecins femmes rappelaient, aux filles essentiellement, qu'elles devaient décider seules de ce qu'elles voulaient, en particulier pour les rapports sexuels. Le médecin les

replaçait au centre de leurs décisions que ce soit pour le premier rapport, pour le retrait du préservatif, etc.

#### 5.2.4.1.7.3. La notion de plaisir

Quelques médecins insistaient également sur l'importance de rappeler la notion de plaisir. Ils expliquaient que l'épanouissement sexuel passait par l'harmonie du couple, que pour cela chacun avait une place égale dans laquelle il devait se sentir à l'aise. (Voir encadré 9)

##### Encadré 9 :

###### Informations sur l'épanouissement sexuel

*« Encore une fois, nous on est plutôt le, le, l'élément plutôt scientifique, mécanique pour avoir des explications. Maintenant euh, vraiment pour l'épanouissement sexuel en lui-même, pour les ados euh, pfffh. »*

*« (...) ça m'est arrivé avec les adolescentes pour leur expliquer le respect de leur corps, et cetera et leur dire que c'est pas la peine qu'elles fassent des choses qu'elles ont pas envie de faire, que elles doivent aimer le partenaire, elles doivent être aimées de lui aussi et qu'il faut penser quand même à la notion de plaisir. (...) C'est un peu une harmonie de couples qui fait que ça se passe bien. Et que, et puis, pour sentir vraiment le plaisir, qu'elles soient libres dans leur tête et dans leur corps et donc du coup, je leur explique vraiment qu'elles doivent se respecter et aimer l'autre tout simplement. » (Médecin 3)*

#### 5.2.4.2. Pour les garçons

##### 5.2.4.2.1. Motifs de consultation d'ordre pathologique

Il s'agissait des traumatismes testiculaires, infections, hernie inguinales et troubles de l'éjaculation. (Voir encadré 10)

##### 5.2.4.2.2. Motifs de consultation d'ordre psychologique

Les consultations reflétaient alors l'angoisse du garçon quant à sa fonctionnalité et visaient surtout à se rassurer vis-à-vis d'une « normalité » : elles portaient le plus souvent sur l'aspect du sperme, longueur du pénis... Plusieurs médecins ont insisté sur l'inquiétude que généraient un frein court ou un décalottage difficile (avant même les premiers rapports sexuels). (Voir encadré 10)

##### Encadré 10 :

###### Opportunités avec les garçons

*« (...) c'est pareil, des infections, euh, locales ; y avait, y avait, je sais plus ce qu'il [l'adolescent]avait, euh, euh,... enfin, c'était peut-être une hernie inguinale tout simplement,*

*je sais plus, je sais plus ce que c'était, donc, il est venu plusieurs fois, ou alors, non, c'était des troubles, des troubles de l'éjaculation, (...); oui, c'est, j'en parle, j'en parle moins avec les garçons. » (Médecin 14)*

*« Il y en a [adolescents garçons] qui pose des questions, à propos de leur sperme, savoir euh « ah ben j'ai eu du sang dans le sperme » des trucs comme ça ; donc ça y se demande la consistance, le machin.. » (Médecin 3)*

*« (...) 15 ans [un adolescent en consultation] et qui était très inquiet parce que il arrivait pas à décalotter complètement quand il était en érection. Donc il est venu me voir, tout seul, (rires) et euh, ben il, il était inquiet pour savoir si y fallait faire quelque chose, si ça allait marcher, parce que, bon, bon il avait pas encore d'activité sexuelle, (...). Il y avait une inquiétude sur le fait que ça puisse marcher ou pas, et là c'est pareil, on profite pour, pour discuter sur les différentes MST, reparler du préservatif. » (Médecin 7)*

### 5.2.4.3. Pour les filles et les garçons

Certains sujets de consultation se retrouvaient chez tous les adolescents, indistinctement pour les garçons et les filles, pour de nombreux médecins interrogés.

#### 5.2.4.3.1. La normalité par rapport aux autres

Plusieurs médecins constataient que les adolescents connaissaient très mal leur corps ; qu'ils ne savaient ni comment ils étaient faits ni comment ils fonctionnaient. Cette ignorance faisait souvent ressortir la question de la normalité par rapport aux autres. (Voir encadré 11)

#### 5.2.4.3.2. Situations relatives aux préservatifs

Quelques médecins ont rapporté des situations relatives au préservatif. Ces situations étaient souvent les motifs premiers de la consultation. Il s'agissait parfois d'accidents de préservatif (oubli ou rupture) avec peur des IST, parfois d'une volonté de retrait du préservatif avec demande auprès du médecin de la marche à suivre. (Voir encadré 11)

#### 5.2.4.3.3. Les modifications pubertaires

Quelques consultations avaient pour motif les modifications pubertaires et la gêne qu'elles pouvaient occasionner : pilosité, développement des caractères sexuels secondaires. (Voir encadré 11)

#### 5.2.4.3.4. Les rappels vaccinaux vers 16 ans

Le rappel du DTP vers 16 ans, cité une seule fois, était une opportunité. Le médecin l'ayant évoqué rappelait qu'étant obligatoire, il permettait de voir en consultation aussi bien les

filles que les garçons. La consultation était courte et donc il était plus facile d'aborder la vie de l'adolescent notamment sous l'angle de la sexualité. (Voir encadré 11)

#### 5.2.4.3.5. La tristesse et les conflits avec les parents

La tristesse, l'absentéisme en classe et les conflits avec les parents à cause du petit ou de la petite amie ont été évoqués une fois comme amenant les adolescents à consulter et comme offrant l'occasion de parler de leurs relations amoureuses et de leurs relations avec les autres de façon générale. (Voir encadré 11)

##### Encadré 11 :

##### Opportunités pour les filles et les garçons

« D'abord elles, les ¾ [des adolescentes] ne savent pas comment elles fonctionnent. (...) mais elles ne savent absolument pas comment elles sont faites du tout, du tout. » (Médecin 20)

« (...) il [l'adolescent] se posait des questions un petit peu sur à la fois euh « est ce que les rapports sexuels que j'ai sont normaux ? Est-ce que je suis... » Euh, sur, ben comme d'habitude en fait, alors les habituelles questions sur la longueur du sexe qui sont euh... extrêmement fréquentes. » (Médecin 15)

« Deuxième possibilité, quand ils ont eu un rapport un petit peu scabreux entre guillemets c'est-à-dire ils se sont dit « oulà mais à propos j'ai oublié, j'ai pas de préservatif machin, c'est quoi les maladies ». Voilà donc, ça, on peut avoir ça. » (Médecin 11)

« (...) y a quand même des adolescents qui viennent pour demander un HIV ou un truc comme ça, pour savoir si ils vont enlever ou non les préservatifs, euh bon. » (Médecin 5)

« (...) beaucoup de, de, de petites interrogations et puis la dernière que j'ai eu, il me posait des questions : en plus je suis très embêté par mes poils, je suis, est ce qu'on pourrait faire quelque chose de ce côté-là (...) il m'est arrivé aussi d'examiner des jeunes garçons dans les 13-14ans, de vérifier si les caractères sexuels secondaires apparaissaient bien » (Médecin 15)

« On les [les garçons] voit très rarement sauf quand on les attrape au vol pour les, pour les vaccinations à 16 ans, le rappel de DTpolio donc c'est, c'est l'occasion d'en parler » (Médecin 15)

« (...) parce que ça va pas avec les parents, il y a des conflits, qu'est-ce que soient les raisons ; parce que avec le copain ou la copine euh, ça a pu arriver avec des garçons mais plus souvent avec les filles, qui viennent plus facilement parler de tout ça, elles ont été triste, voilà, elles sont pas allées en cours ». (Médecin 16)

## 5.2.5. Comportement de l'adolescent et ses questions

**Les médecins constataient que les filles consultaient plus, du fait selon eux, d'une plus grande implication biologique et psychologique. Elles posaient plus de questions, surtout axées sur la grossesse et la contraception. Les questions des garçons concernaient plus leurs capacités.**

**Les médecins décrivaient le paradoxe de l'adolescent dans ses affects et son comportement : impulsivité et mutisme, interrogations multiples et difficultés à poser des questions. La gêne des adolescents, leurs méfiances envers les adultes généraient une grande complexité à parler de sexualité.**

### 5.2.5.1. Différences fille-garçon

Tous les médecins interrogés, hommes et femmes, s'accordaient à dire qu'ils voyaient plus les filles que les garçons en consultation (Voir encadré 12). Elles étaient également plus demandeuses d'informations et posaient plus de questions. Selon plusieurs médecins, ce déséquilibre venait du fait que pour elles, l'enjeu était plus important, qu'elles étaient les premières concernées par les conséquences de la sexualité, notamment la grossesse. (Voir encadré 12)

Certains médecins femmes pensaient que les garçons étaient plus à l'aise avec des hommes pour parler de sexualité et qu'ils devaient consulter leurs confrères masculins. Il se trouvait en fait, selon les médecins hommes interrogés, que les garçons ne consultaient pas plus les médecins hommes que les médecins femmes. (Voir encadré 12)

#### Encadré 12 :

##### Différence fille-garçon

*« C'est exceptionnel que je parle sexualité avec un garçon. » (Médecin 6, homme)*

*« Ben, qu'il y a, qu'il y a sûrement, euh, bon, une gêne, hein, voilà, euh, et que cette gêne elle est sûrement dépassée par les filles par le fait qu'il y a le problème de la contraception qui est en jeu (...) [elles] ont un rapport différent à leur corps que les garçons, hein, euh, les filles, euh, de part, euh, de par la survenue de règles, euh, euh, sont beaucoup plus attentives à leur corps que, que ne le sont les garçons. » (Médecin 6)*

*« Et puis je pense que je suis une femme et que je pense spontanément un jeune ado, c'est peut-être pas forcément à moi qu'il viendra poser la question, parce que je pense que les jeunes filles sont pour moi, le rapport est plus facile. » (Médecin 18, femme)*

Les questions posées différaient selon les sexes. Celles posées par les garçons étaient plus directes. Les garçons recherchaient avant tout, auprès du médecin, à se rassurer sur leur

normalité. Ils semblaient plus intéressés par leur fonctionnement personnel (érection, masturbation...) que par la sexualité en général (prévention, aspect relationnel). Les médecins évoquaient le fait que les garçons découvraient la sexualité seul ou abordaient plus le sujet entre eux qu'avec leur médecin. (Voir encadré 13)

Les questions des filles concernaient essentiellement la pilule et ses effets. Elles souhaitaient savoir comment la prendre, quelles étaient les effets notamment sur les règles et les effets indésirables sur le poids. (Voir encadré 13)

Les questions retrouvées dans les 2 sexes concernaient les préservatifs, selon plusieurs médecins. Mais la plupart soulignaient que ce qui caractérisaient le plus les adolescents, garçons comme filles, étaient l'absence de questions, y compris sur la sexualité. (Voir encadré 13)

#### Encadré 13 : Les questions des adolescents

Pour les filles	« (...) c'est les filles qui parlent, parce que les garçons, ça parle pas. Les filles, ça va être presque toujours la contraception. Ce qui les intéresse, c'est de savoir si elles vont tomber enceintes, les préservatifs, elles en parlent pas trop, elles parlent surtout pilule. » (Médecin 3)
	« (...) ben sur les problèmes de, euh, moi j'ai été assez surpris de ça, de voilà, de l'absence de plaisir par exemple. » (Médecin 17)
Pour les garçons	« je crois que la principale question quand ils veulent vraiment une réponse, c'est « est ce que je suis normal quand je fais ça, quand je dis ça, quand je pense ça. Est-ce que je suis normal ? » (...) j'ai l'impression que c'est plus des questions purement pragmatiques, scientifiques euh, est ce que, est ce qu'on est normal, qu'est-ce que j'ai pas compris » (Médecin 15)
Pour les deux	« Moi je trouve qu'ils posent beaucoup de questions(...)» (Médecin 12)
	« (...) c'est plus des questions sur les préservatifs ou des choses comme ça. » (Médecin 17)

#### 5.2.5.2. Gène des adolescents avec les médecins

Parler de sexualité semblait embarrasser les adolescents, d'autant plus qu'ils discutaient avec un adulte et avec leur médecin généraliste. Pour de nombreux médecins, cette gêne était due à la période de l'adolescence et aux changements corporels qui l'accompagnent. Les médecins évoquaient essentiellement la pudeur pour décrire l'adolescent et la sexualité. (Voir encadré 14)

De nombreux adolescents n'exprimaient pas leurs demandes réelles. Un médecin expliquait qu'ils profitaient d'une consultation pour un autre motif pour introduire le sujet, souvent au

dernier moment. Ces demandes détournées leur permettaient de minimiser l'inconfort généré par certaines de leurs demandes. (Voir encadré 14)

### 5.2.5.3. Description des adolescents par les médecins

#### 5.2.5.3.1. Traits de personnalité communs

Les médecins ont décrits les adolescents comme ayant certains traits communs plus dus à la période qu'ils traversaient qu'à leur personnalité propre. Certains termes (« impulsif », « mutique »), bien que parfois opposés, sont revenus fréquemment mettant en relief toute la complexité des adolescents. Ils étaient décrits comme ayant une sensibilité à fleur de peau, étant impulsifs et pouvant se vexer facilement. Ceci amenait les médecins à choisir leurs mots avec plus de précaution. Les adolescents étaient parfois décrits comme mutiques, éprouvant une sorte de mal-être, de tristesse. Deux médecins ont évoqués leur impression de tout savoir, favorisée par l'accès quasi instantanément à une multitude d'informations. (Voir encadré 14)

Plusieurs médecins évoquaient la méfiance que ressentaient les adolescents par rapport aux adultes en général. Ce que l'adolescent pouvait dire dans ces circonstances était donc peu fiables pour certains médecins ou à considérer avec précaution. (Voir encadré 14)

#### 5.2.5.3.2. Comportement sexuel

Plusieurs médecins ont remarqué une sexualisation plus précoce des adolescents actuels. Notamment, les filles demandaient la pilule à des fins contraceptives de plus en plus jeunes. Cette tendance évoluant depuis une quinzaine d'années serait due selon certains médecins à une place plus importante des médias dans la vie des jeunes. Un médecin a évoqué la volonté des adolescents d'imiter les autres pour s'intégrer à un groupe et éviter la stigmatisation. (Voir encadré 14)

#### Encadré 14:

##### Traits de personnalité des adolescents

*« Je crois que c'est la pudeur, la pudeur et puis le fait que l'adolescence c'est une période où ils sont un peu renfermés sur eux-mêmes. » (Médecin 12)*

*« (...) s'ils pouvaient se planquer au fond du cabinet, (...) alors là, ils sont couleur pivoine et ils décoincident pas, quoi » (Médecin 20)*

*« Le truc classique c'est en fin de consultation « faudrait que je fasse un dépistage HIV » c'est vraiment le, ça c'est bateau. (...) C'est assez classique. En fin de consultation, ils venaient pas pour ça. » (Médecin 1)*

« (...) c'est des histoires de vocabulaire pour essayer de mettre à l'aise, pour essayer de pas gêner sur certains termes, euh en employant pas des trucs qui pourraient euh mettre mal à l'aise et puis voilà, quoi vraiment. » (Médecin 3)

« Oui, faut faire attention ..... aux signes, euh, comment dire, euuh, aux signes qui pourraient nous éveiller sur une éventuelle prise en charge. » (Médecin 16)

« (...) c'est tout à fait normal, t'as [le médecin s'adressant à l'adolescente] un sentiment normal de tristesse. » (Médecin 16)

« Il ne se confie pas forcément facilement à nous » (Médecin 2)

« (...) par l'abondance d'informations par internet, (...) tout ce qu'ils [les adolescents] peuvent avoir comme info et je dirai que quasiment ils ont, ils sont un petit peu blasés et puis euh, ils ont l'impression d'avoir fait le tour de la question à 20 ans. » (Médecin 15)

#### Comportement sexuel

« J'ai même vue une gamine de 12 ans qui était réglée qui m'a demandé la pilule parce qu'elle voulait avoir des rapports avec son petit copain qui avait 14 ans. » (Médecin 19)

« (...) quand on voit les gamines de 6 ans se balader avec des T-shirts « playboy », on se demande un peu, quand elles en ont 14 et qu'elles ont déjà leur string, on est un peu inquiet. » (Médecin 3)

### 5.2.5.4. Sources d'information des adolescents sur la sexualité

**Selon les médecins, les adolescents avaient tous les mêmes sources d'information : d'une part leurs proches (les amis et les parents), d'autre part les médias surtout internet. Les médecins portaient un regard plus mitigé sur les médias, quant à l'impact sur la construction identitaire de l'adolescent.**

#### 5.2.5.4.1. Les amis

Ils étaient fréquemment cités comme source d'information. Certains médecins évoquaient les discussions des adolescents au sein d'un groupe de pairs. Trois médecins ont évoqué que les adolescents s'informaient à partir de leur propre expérience. (Voir encadré 15)

#### 5.2.5.4.2. Les parents

Les parents étaient souvent cités, surtout la mère qui restait la première interlocutrice, selon certains médecins. La maman était une source facilement accessible car présente à la maison, notamment pour les filles. (Voir encadré 15)

#### 5.2.5.4.3. L'école

Les cours d'éducation sexuelle à l'école étaient une source d'information importante car la sexualité pouvait être abordée en groupe. Plusieurs médecins expliquaient qu'alors les élèves se rendaient compte qu'ils étaient tous préoccupés par les mêmes problèmes et étaient moins gênés pour poser des questions. Cependant, les médecins ayant eu des expériences d'animation de ces séances dans les écoles rapportaient la difficulté d'attention des élèves lors de ces cours. Les élèves se sentaient plus libres, le sujet devenait facilement propice à la plaisanterie plus qu'à l'instruction. Cela pouvait parfois permettre un questionnement pour certains d'entre eux, qui en profitaient pour se renseigner en fin de cours. (Voir encadré 15)

#### 5.2.5.4.4. Les médecins

Les médecins étaient rarement cités, ils se voyaient peu comme une source d'informations pour les adolescents en ce qui concernait la sexualité. (Voir encadré 15)

#### 5.2.5.4.5. Internet

Le premier média évoqué était Internet. La plupart des médecins s'accordaient pour dire qu'il s'agissait d'un bon outil d'information à double tranchant.

Internet permettait d'accéder facilement à une grande quantité d'informations.

Mais les informations étaient parfois livrées sans explication ni tri, essentiellement sur les forums et les réseaux sociaux. De plus, l'adolescent était souvent confronté à une perception altérée de ce qu'est la sexualité en réalité : pornographie, relations amoureuses dysfonctionnelles entre individus, etc. Certaines filles pouvaient être perturbées par les modèles proposés (images de la femme, pratiques sexuelles, etc.) et leur inadéquation par rapport à ces standards. (Voir encadré 15)

#### 5.2.5.4.6. Autres médias

D'autres médias ont été évoqués : la télévision, la radio, les livres, les magazines.

#### Encadré 15 :

##### Sources d'information des adolescents

« Ben les copains, les copines » (Médecin 15)

« (...) les gens plus âgés avec qui y ont des expériences éventuelles, quoi, et ça je leur en parle d'ailleurs, souvent je leur dit que c'est, c'est un peu comme ça que, enfin, si y a des

*questions précises, moi je veux bien y répondre mais je suis pas forcément le mieux placé, quoi, mais bon. » (Médecin 17)*

*« (...) leurs parents avaient un rôle en tout cas au départ, surtout chez les filles parce que il y a, ben il y a les règles qui arrivent et avec les règles il y a plein d'autres questions qui se posent, ..., la maman, je crois que c'est quand même une personne privilégiée ». (Médecin 12)*

*« (...) le contexte de classe, c'était un peu différent parce que du coup, forcément il y a une certaine hilarité, un certain, une, une, il y a pas une prise au sérieux du sujet parce que, en groupe, ils s'entraînent tous, enfin bon,..., c'est-à-dire entre ceux qui rigolent, parce que je pense qu'ils sont pas tout à fait mûrs. » (Médecin 18)*

*« Je pense que réellement, il y en a qui étaient intéressés, qui sont venus me voir en fin de, qui sont venus me voir en fin de, à la fin de, de l'heure, ..., 2 ou 3 jeunes sont venus me voir à la fin de, du cours, entre guillemets du cours, parce que c'était plus ça, du coup, une sorte de cours, pour me poser des questions personnelles et sérieuses et vraiment intéressées. » (Médecin 18)*

*« (...) après bon y en a qui vont voir le gynéco sinon c'est nous en fait, c'est nous généralistes en fait. Ouais. » (Médecin 1)*

*« Après euh, des fois aussi, il y en a qui sont allés voir, hein, sur internet, et cetera. Ils ont pas toujours tout compris d'ailleurs. Parce que là, on a quand même une grosse somme d'information et puis bennn, pas de tri... ». (Médecin 20)*

*« (...) c'est là que je me suis rendu compte que euh les ados se construisaient avec ce qu'ils voyaient sur internet, (...) où l'image de la femme n'est pas forcément la plus glorifiée, (...) elles [les adolescentes] peuvent avoir de la femme une, se construire une idée de la sexualité qui est tout à fait euh, enfin, euuuh, pas infantilisante mais qui les humilie un petit peu ». (Médecin 15)*

## 5.2.6. Les rôles du médecin généraliste dans la sexualité

**Pour les médecins généralistes eux-mêmes, ils avaient un rôle important en tant que médecin de premiers recours. En effet, ils étaient en première ligne pour l'information de l'adolescent sur son corps, la prévention des IST et pour combattre les idées reçues sur la sexualité. Ils répondaient aux questions des adolescents et des parents. L'abord de l'aspect affectif et émotionnel était ressenti comme imposé pour de nombreux médecins et ne relevant pas de leur rôle.**

### 5.2.6.1. Rôle d'information et de prévention

Un des rôles du médecin généraliste était d'informer le jeune sur son corps et les modifications qu'il observait à l'adolescence : anatomie et physiologie de la puberté. Il rassurait l'adolescent sur le caractère naturel de ces transformations. Il répondait également à ses questions. Beaucoup de médecins ont évoqué le rôle de prévention comme un rôle majeur du médecin dans la sexualité de l'adolescent : essentiellement la prévention des IST et des grossesses non désirées. (Voir encadré 16)

Une autre fonction du médecin généraliste était de combattre les idées reçues.

1. Sur les rapports sexuels, le manque d'information pouvant les conduire à des comportements à risques. (Voir encadré 16)
2. Sur la vaccination contre l'HPV. (Voir encadré 16)
3. Sur l'image de soi : rappeler aux adolescents la différence entre virtuel et réel.

#### Encadré 16 :

##### Information et prévention

*« L'anatomie, la physiologie de manière brève, faire un petit dessin, et cetera, être assez concret pour leur expliquer comment ça fonctionne et puis euh, pourquoi des fois y a des choses qui vont pas. » (Médecin 20)*

*« Les missions du généraliste. Si on se place sur le plan de la santé publique euuuh, 1) tout au moins les informer des risques, ben des risques de grossesse quoi, d'une part, des risques de maladies sexuellement transmissibles (...) » (Médecin 16)*

##### Combattre les idées reçues

*« Rectifier les idées reçues qu'elles peuvent avoir. Et alors ça, c'est pas triste. Par exemple, premier rapport, s'il n'y a pas pénétration, elle peut pas tomber enceinte. C'est comme ça qu'elles tombent enceinte très rapidement au premier rapport. Donc, c'est mieux de leur dire avant. » (Médecin 9)*

*« (...) ça [le vaccin] rend malade, y a des bruits qui courent. Je lisais ça récemment comme quoi ça pouvait rendre complètement malade. » (Médecin 15)*

### 5.2.6.2. Rôle de réassurance

Les médecins généralistes disaient avoir un rôle de réassurance vis-à-vis des adolescents et des parents :

- Ils répondaient aux questions des adolescents, ils déculpabilisaient la sexualité et le rapport de l'adolescent à son corps. (Voir encadré 17)

- Ils évoquaient également la réassurance des parents vis-à-vis du comportement de l'adolescent. Le médecin entendait leurs inquiétudes et essayait de les rassurer. Ils permettaient également parfois de renouer le contact entre les parents et les enfants. Par leur neutralité, ils pouvaient exposer les faits sans jugement ni parti pris. (Voir encadré 17)

- Deux médecins ont également évoqué le fait qu'un de leurs rôles était de dédramatiser l'homosexualité. Beaucoup rapportaient qu'il n'y avait que peu de questions sur l'homosexualité chez les adolescents car l'orientation sexuelle ne devenait définitive qu'au début de la période adulte. Mais pour les adolescents qui étaient concernés à l'adolescence, parfois le jugement des autres y compris de leur propre famille pouvait entraîner un repli sur soi, une sensation d'anormalité voir un état dépressif. Pour les

médecins confrontés à cette situation, il était important de rassurer le jeune, de l'aider dans son processus d'identification sexuel et d'acceptation de soi. (Voir encadré 17)

- Un autre message semblait être la protection de cette période particulière qu'est l'adolescence, de son insouciance et de sa liberté. Le médecin rappelait à l'adolescent qu'il devait profiter de la vie sans responsabilités et de l'adolescence en tant que tel, ne pas être adulte avant l'heure. (Voir encadré 17)

#### Encadré 17 :

##### Répondre aux questions, rassurer les parents

*« (...) répondre aux questions pour lesquelles ils ont pas de réponse ailleurs, quoi, quand on peut, et puis les rassurer par rapport à la normalité des choses. » (Médecin 17)*

*« (...) je peux, euh, peut-être un peu plus les [les parents] rassurer en disant : écoutez, tant qu'il, tant qu'il vous parle, c'est déjà vachement bien, tant qu'il vous confie des choses, essayez, vous, de, de l'amener à la confiance, de lui parler, prendre le temps de lui parler, de, de vous ren., de vous rendre disponible... pour lui. » (Médecin 4)*

##### Dédramatiser et protéger

*« (...) j'ai un autre garçon, là ça a été très, très douloureux, euh, parce que son homosexualité a été dévoilée par un, un ami qui a informé tout le collège, donc là, bon lui, c'est, y a carrément tentative de suicide, scarifications, enfin ça a été compliqué, là j'avais plus de questions des parents. » (Médecin 4)*

*« Non, c'est, on leur parle de 2 choses : c'est la grossesse et que une grossesse, c'est embêtant quand on est jeune. C'est pas fait pour ça quand même : l'adolescence, faut la vivre pleinement, pas à travers un bébé ». (Médecin 10)*

### 5.2.6.3. Est-ce le rôle du médecin généraliste de parler de tous les aspects de la sexualité ?

Sur ce point, les avis étaient partagés.

Pour tous les médecins interrogés, il s'agissait d'un rôle important : le médecin généraliste était en première ligne. Il avait une place privilégiée car il connaissait les antécédents et l'environnement de l'adolescent, mais également parce qu'il représentait un adulte neutre, en qui il pouvait avoir confiance et auquel il pouvait se confier. (Voir encadré 18)

Mais ce rôle n'aurait pas dû l'être pour certains qui avaient l'impression de reprendre le rôle des parents en abordant la sexualité. Les adolescents se présentaient au cabinet avec des questions, des angoisses et le médecin devenait leur confident. Soit les parents n'étaient pas présents, soit ils étaient dépassés par le comportement de leurs enfants, face à des situations qu'eux-mêmes n'avaient pas connues avec leurs propres parents. Plusieurs médecins se sont retrouvés confrontés à ce rôle d'éducation sexuelle lors de la perte d'un des parents (il s'agissait le plus souvent de la disparition de la mère), l'adolescente était amenée par son père, désemparé par l'arrivée de la puberté et de la sexualité de sa fille, ne sachant quelle information lui donner. (Voir encadré 18)

D'autres pensaient qu'aborder la sexualité avec les adolescents ne relevait pas des médecins généralistes qui n'avaient ni le temps ni la compétence. Pour certains médecins, il s'agissait d'une intrusion dans la vie privée de l'adolescent. Ils estimaient qu'ils s'immisçaient dans l'intimité de l'adolescent et ce rôle ne leur apparaissait pas comme médical. Ils se trouvaient alors mal-à-l'aise dans un rôle qu'ils n'estimaient pas être le leur. Un médecin a fait remarquer qu'elle n'était pas la bonne interlocutrice mais selon elle, son rôle était d'orienter l'adolescent vers la bonne personne, un référent adulte non médical ou la maison des adolescents. (Voir encadré 18)

Encadré 18 :

Rôle important

*« (...) rudement important parce que en fait, euuuh, ils voient guère que nous. Donc si nous on aborde pas le problème, je vois pas qui peut l'aborder, quoi. Parce que spontanément, ils consultent pas les spécialistes], hein, ils vont pas voir le gynéco parce que. Donc en fait, c'est nous qui sommes en première ligne pour le coup. » (Médecin 20)*

*« C'est-à-dire que les parents sont de plus en plus démissionnaires (...). Et puis quelque part, est-ce qu'ils comptent sur nous, je suis même pas sûr qu'ils comptent sur nous pour en parler mais en tout cas, faut bien que quelqu'un le fasse. (...) Je dirai que comme plus personne leur en parle maintenant, ils ont plus d'exemple. » (Médecin 3)*

*« (...) un papa qui m'a amené sa fille en m'expliquant que sa maman était morte et que il voulait que ce soit moi qui lui apprenne un peu les choses de la vie. » (Médecin 12)*

Rôle non consensuel

*« (...) que la psychologie de la sexualité est quelque chose de très compliqué et qui n'est pas du tout dans mes compétences. Voilà, moi j'ai pas la compétence, c'est clair. L'aborder me paraît dangereux..... en ¼ d'heure. (...) Cela me paraît dangereux. Voilà, moi je reste toujours très médical sur les conséquences. Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste. » (Médecin 11)*

*« (...) je me sens pas le, l'autorisation, (...) je suis pas sûre d'être la bonne interlocutrice (...) quand je sens que moi j'y arrive pas de leur proposer de trouver un autre, incer, interlocuteur et en particulier dans les maisons d'adolescents, (...) leur dire : ben écoutes, euh, si tu, si tu... discuter avec d'autres personnes (...) dans des maisons de jeunes, euh, bon voilà donc je les informe que ça existe en tout cas et qu'ils peuvent trouver des, des réponses. » (Médecin 4)*

## 5.2.7. Stratégies de communication des médecins généralistes

**Les médecins utilisaient de nombreuses stratégies pour favoriser la discussion sur la sexualité. Ils créaient un climat de confiance en offrant un espace libre de jugement, un lieu sécurisé où l'adolescent pouvait s'exprimer sans crainte ni retenue. Par différentes techniques de communication proche de l'entretien motivationnel, comme une écoute attentive, une attitude adaptée, des questions ouvertes, les médecins permettaient à l'adolescent de se confier librement, à son rythme. Ils diminuaient la tension par l'utilisation de l'humour. Leur disponibilité, leur neutralité, leur naturel étaient des atouts pour faciliter le dialogue avec l'adolescent.**

### 5.2.7.1. Espace de liberté d'expression

#### 5.2.7.1.1. Absence de jugement

Beaucoup soulignaient l'importance de créer un lieu libre de jugement, de préjugés et de moralisation. Ils expliquaient au jeune qu'il pouvait tout leur confier sans crainte. Le médecin abordait sans gêne tous les sujets afin de montrer à l'adolescent que le discours était sans tabou et qu'il pouvait lui-même s'exprimer librement. Le tact, la douceur dans le ton semblaient faciliter le dialogue. L'empathie permettait également à l'adolescent de se sentir plus en confiance et en sécurité et de se confier plus facilement. (Voir encadré 19)

#### 5.2.7.1.2. Neutralité du médecin

Plusieurs médecins rappelaient leur neutralité. Pour l'adolescent, le médecin devait être un adulte mais qui le considérait d'égal à égal, sans partie pris pour ses parents. Il donnait un avis professionnel et non personnel. Il était sans genre, ni femme ni homme mais médecin. Cette neutralité facilitait la confiance de l'adolescent. (Voir encadré 19)

### 5.2.7.2. Etablissement d'une relation médecin-adolescent

#### 5.2.7.2.1. Relation de confiance et intérêt pour l'adolescent

Beaucoup de médecins évoquaient l'importance de la construction d'une relation de confiance de qualité. Ils montraient de l'intérêt pour la vie de l'adolescent d'une manière générale : travail, amis, famille, loisirs, école et projets d'avenir. Cela facilitait le dialogue et rendait moins intrusives les questions sur les domaines plus personnels tels que la sexualité

ou l'état psychique et émotionnel. La prise en charge du patient dans sa globalité permettait son habitude et dissipait la gêne éventuelle lors de l'abord de la sexualité. Un médecin utilisait très tôt cette habitude. Elle abordait les relations amoureuses dès 3-4 ans. (Voir encadré 19)

Plusieurs médecins ont évoqué leur disponibilité. Le fait de savoir que le médecin serait présent lorsque l'adolescent ressentirait le besoin de se confier facilitait l'échange. Certains étaient disponibles au téléphone en cas de question, d'autres voyaient parfois les adolescents entre deux autres consultations. (Voir encadré 19)

Le rappel de la confidentialité était systématique chez tous les médecins interrogés, d'autant que l'adolescent étant mineur, libre de certains de ses choix mais toujours dépendant de ses parents pour de nombreux aspects de sa vie. Ce point semblait très important à énoncer et à garantir dès le début des consultations et de façon systématique car les adolescents savaient que le médecin était amené à voir ses parents. (Voir encadré 19)

#### 5.2.7.2.2. Suivi du patient

Pour la plupart des médecins, il était plus facile de dialoguer, notamment à propos de sexualité, lorsqu'il s'agissait d'un adolescent que le médecin suivait depuis longtemps. Il s'appuyait sur sa connaissance du patient et savait intuitivement quelle façon procéder. Certains médecins se visualisaient avec des proches pour s'aider à trouver les mots. Un médecin se mettait dans la position de la mère et imaginait comment elle aborderait le sujet avec ses propres enfants. (Voir encadré 19)

Pour d'autres, avoir en face de soi un patient inconnu permettait une plus grande liberté de discours, une absence de gêne et de jugement. Ils relataient des consultations de patients qu'ils ne voyaient que pour parler de sexualité. Ces patients leur expliquaient leur gêne à en discuter avec quelqu'un qu'ils connaissaient bien et dont ils craignaient le jugement ultérieur. (Voir encadré 19)

#### Encadré 19 :

##### Absence de jugement, neutralité

*« (...) s'il y a un adulte qui peut être complètement sans jugement, sans morale, de conseil et détendu, ça sera le seul, je veux dire, c'est le médecin généraliste (...) Mais c'est un médecin. Et donc je pense que si le gamin tombe bien, ça peut vraiment ouvrir et son aisance, et sa déculpabilisation, ouais. Donc je pense que ça peut le détendre, ouais. » (Médecin 5)*

*« (...) faut tout leur expliquer et avec délicatesse pour pas vexer leur euh, pour pas les vexer. Si tu veux que le message passe, il faut que leur expliquer de manière à leur dire qu'ils ont raison mais que l'on va approfondir les choses. » (Médecin 9)*

*« (...) de parler de sexualité avec un monsieur, ou une dame, avec un médecin, pas un monsieur ou une dame, avec un médecin. » (Médecin 19)*

### Intérêt, disponibilité et confidentialité

« Ma question, t'as une amoureuse, t'as un amoureux ça commence très tôt. C'est-à-dire, je leur demande très tôt. [Vers quel âge à peu près ?] Ben tout petit. A 3-4 ans euh : c'est qui ton amoureux ?, donc ils en ont 5 à 3-4 ans et plus ça va plus ça diminue. Donc les gamins qui me connaissent, ils sont habitués à ça ». (Médecin 5)

« (...) je ne suis pas une adepte de « l'entre 2 », je fais une exception et euh, voilà, là, elles balancent tout en l'espace de 3 minutes et euh bon (...) je te donne RDV demain à telle heure. Et là, je prends le temps. Mais euh, déjà, j'essaye d'être, de, d'apporter une réponse immédiate, pour essayer de dédramatiser et à partir du moment où elles ont eu cette démarche, ça veut dire que le lien va se faire facilement. » (Médecin 20)

« (...) ça je leur dit d'emblée, je leur dit même avant qu'y me posent la question, je leur dit on peut parler (...) ce qui se dit là ça reste complètement, euh, secret médical, quoi, je leur dit tout de suite : même si t'es mineur j'en parle, on en parle pas aux parents. » (Médecin 17)

« (...) de poser des questions sur son environnement, sur sa façon de, de, de vivre sur ce qu'il aime, des choses comme ça, donc m'intéresser à lui en fait, sur ce qu'y pense, qu'y ressent aussi » (Médecin 4)

### Suivi

« (...) on se met un peu à la place de la maman et on se dit bon « comment je pourrais dire ça à mon fils ou à ma fille pour que ça passe bien, pour pas les choquer ». (Médecin 1)

« (...) c'est presque plus facile avec les patients qu'on connaît pas parce que à la limite ils s'en foutent et bon, il peut parler, il dit ce qu'il veut. Et ils sont, je pense qu'effectivement, ils sont plus gênés de parler de sexualité (...) avec un médecin qu'ils connaissent. Ils sont plus gênés parce qu'il le connaisse (...). » (Médecin 19)

## 5.2.7.3. La place du médecin

Les médecins utilisaient leur expérience personnelle avec les adolescents dans leur pratique.

Certains médecins trouvaient que d'avoir ou d'avoir eu des adolescents les aidait, en tant que parents, à mieux comprendre les adolescents. Cela leur permettait de connaître les préoccupations actuelles des adolescents, leurs sujets de conversation ou quelles étaient les nouveautés de langage. Cela les aidait aussi à prendre en charge les parents. Utilisant leur vécu personnel, ils comprenaient leurs angoisses. Utilisant parfois leurs propres expériences, ils conseillaient aux parents patience et dialogue. (Voir encadré 20)

Cependant pour beaucoup, il était important de comprendre le patient tout en gardant une place de soignant. L'adolescent venait chercher un médecin, pas un copain. (Voir encadré 20)

### Encadré 20 :

#### Expérience personnelle

« (...) j'ai l'habitude de les côtoyer et puis je connais un peu leur centres d'intérêt, je sais en quelle classe ils sont, leur programme, euhh, les questions qu'ils se posent sur leur avenir et

*puis cette espèce de façon de penser de l'adolescent. » (Médecin 5)*

#### Comprendre le parent

*« Parce que moi, je me rappellerai toujours de cette mère qui s'est effondrée dans mon cabinet quoi, elle pleurait à chaudes larmes. Je lui dis : mais qu'est-ce qui vous arrive, comme elle s'est effondrée, je lui ai dit : mais j'en connais pleins, vous savez, même ma fille. [Réponse de la mère] ah bon, bon, ben d'accord, je suis pas la seule mère à avoir un gosse qui fait n'importe quoi » (Médecin 3)*

#### Pas de copinage

*« J'ai pas de. Non, je copine pas mais je. Je sais pas.» (Médecin 5)*

### 5.2.7.4. Techniques de communication

#### 5.2.7.4.1. Le choix du vocabulaire

Le discours était direct avec un vocabulaire adapté, un langage moderne, et éloigné volontairement du jargon médical pour rester compréhensible. (Voir encadré 21)

Beaucoup considéraient qu'une des premières choses à faire était de traiter l'adolescent comme un adulte. Pour cela, le vouvoiement remplaçait le tutoiement en général vers 15-16 ans même si le médecin suivait l'adolescent depuis longtemps. Cela permettait de placer l'adolescent dans un statut de personne autonome et respecté. Quelques médecins continuaient à tutoyer les adolescents qu'ils le suivaient depuis longtemps, et les vouvoyaient plus tard, vers 20-25 ans. L'emploi du « tu » conservait une certaine complicité et assurait une stabilité dans une période de bouleversements. (Voir encadré 21)

#### 5.2.7.4.2. Humour

Beaucoup de médecins utilisaient l'humour et la dérision pour détendre l'atmosphère et faciliter le dialogue. Cela permettait d'apporter un peu de légèreté alors que le patient évoquait, parfois avec difficultés, un sujet intime. Il s'agissait d'ailleurs d'un mode de communication souvent utilisé spontanément par le patient garçon. (Voir encadré 21)

#### 5.2.7.4.3. « Porte ouverte »

Le médecin savait aussi respecter l'intimité de l'adolescent, il ne forçait pas le dialogue lorsque l'adolescent ne voulait pas se confier. L'attente du moment favorable permettait d'éviter qu'il se sente piégé, qu'il se bloque et évite de parler. (Voir encadré 21)

#### 5.2.7.4.4. La notion de ressenti

De nombreux médecins ne pensaient pas utiliser de méthode particulière pour s'adresser aux adolescents, adaptant beaucoup leurs façons de procéder en fonction de la situation et de l'adolescent. Il s'agissait pour eux d'un état d'esprit voir un ressenti. Ils savaient comment faire sans pouvoir vraiment l'expliquer. (Voir encadré 21)

#### 5.2.7.4.5. Le non-dit

Quelques médecins ont évoqué le fait d'avoir une posture adaptée et rassurante, ils rappelaient l'importance du non-dit et de l'attitude. Ils respectaient les silences, posaient des questions ouvertes. Ils parlaient de ne pas fixer du regard pour ne pas mettre l'adolescent mal à l'aise. (Voir encadré 21)

#### 5.2.7.5. Utilisation de supports

Les supports ont été plusieurs fois évoqués par les médecins pour expliquer l'anatomie et le fonctionnement du corps aux adolescents. Ils pouvaient alors poser des questions à propos du schéma de façon plus abstraite, ce qui facilitait le discours. Cet outil pédagogique pouvait prendre plusieurs aspects : planches anatomiques déjà prêtes ou dessins réalisés par le médecin parallèlement à son explication. (Voir encadré 21)

##### Encadré 21 :

##### Le vocabulaire

*« (...) j'ai un parler vrai, je pense, je suis très franche. J'ai tendance, si il faut employer des gros mots, j'emploie des gros mots, ça me choque pas plus que ça. J'ai tendance à avoir vraiment un franc parlé. » (Médecin 3)*

*« (...) c'est une décision que j'ai prise : 15 ans je vouvoie, avant 15 ans je tutoie. (...) je leur dis : maintenant, voilà maintenant, écoute, t'es plus un enfant, aujourd'hui je vais te prendre comme une grande personne et je vais te vouvoyer. » (Médecin 11)*

*« (...) en général je tutoie, mais pas toujours, si je le connais bien parce que je l'ai suivi depuis tout petit je tutoie ; si, heu, si c'est un nouvel adolescent ça m'arrive de vouvoyer. » (Médecin 4)*

##### Humour

*« (...) un peu d'humour et puis du respect (...) » (Médecin 12)*

*« (...) les garçons y aiment pas, c'est toujours plus un peu à la, pas à la rigolade, enfin on sent que.. ils ont envie de détendre le truc. » (Médecin 7)*

##### « Porte ouverte »

*« (...) essayez de, essayez d'ouvrir une porte justement, au propre et au figuré (...) » (Médecin 1)*

*« Bon y en a souvent qui me disent : bon, ben on en parlera la prochaine fois. A ce moment-*

*là, je respecte et je leur dis : ben à l'occasion (...) Souvent, voilà, je leur donne, je leur tends les perches. Je leur dis : écoutes, si tu veux pas m'en parler tout de suite, voilà, on peut attendre et puis la prochaine fois, tu réfléchis et on en reparle, hein. Et souvent, c'est d'ailleurs après la première consultation que les choses se débloquent. Pas tout d'un coup, hein. Ça c'est, après elles en reparlent plus facilement. » (Médecin 20)*

#### Ressenti

*« (...) je sais pas comment je fais, c'est ma nature qui fait. C'est complètement sensitif, ça dépend, ça dépend du même » (Médecin 5)*

#### Non-dit

*« (...) je les mets à l'aise, (souple), j'observe. (...) la posture, (...) voilà, les bras ouvert (mime en même temps), je regarde toujours les yeux dans les yeux, peut-être pas trop dans les yeux, regarder le front comme ça on a, les gens ont le sentiment qu'ils sont pas regardés, euh et bien discuter. » (Médecin 16)*

#### Supports

*« (...) faire un petit dessin, et cetera, être assez concret pour leur expliquer comment ça fonctionne et puis euh, pourquoi des fois y a des choses qui vont pas. » (Médecin 20)*

## 5.2.8. Freins à la communication identifiés par les médecins

**Il existait des freins à la communication. Pour les adolescents, les freins étaient essentiellement dus à la gêne qu'ils ressentaient pour initier la discussion en ce qui concernait les problèmes de relations sexuelles et d'affectivité, notamment avec des médecins du sexe opposé.**

**Pour les médecins, le frein principal pour aborder les questions biomédicales était le temps. Pour les autres aspects de la sexualité, ils ne se sentaient pas à leur place pour aborder la vie privée sans raison particulière ou contexte fournie par l'adolescent, a fortiori quand il s'agissait d'un mineur.**

Les médecins généralistes interrogés ont identifié plusieurs freins à la communication pour les adolescents d'une part, et pour eux-mêmes d'autres part.

## 5.2.8.1. Freins de la part des adolescents perçus par les médecins généralistes

### 5.2.8.1.1. La pudeur de l'adolescent

Les caractéristiques de l'adolescence étaient pour de nombreux médecins la raison principale d'une difficulté à s'exprimer en général et sur la sexualité en particulier. Evoquer les bouleversements inhérents à l'adolescence pouvait entraîner une certaine gêne. La pudeur (potentiellement plus importante chez le garçon selon certains généralistes) se manifestait d'autant plus que la sexualité relevait de l'intimité d'un corps en pleine mutation. (Voir encadré 22)

### 5.2.8.1.2. L'indifférence de l'adolescent

Pour certains médecins, les adolescents n'étaient pas demandeur d'informations, ils ne souhaitaient pas ce genre de discours avec le médecin ; soit ils n'avaient aucun souci, soit ils ne voulaient tout simplement pas en parler à leur médecin, lui préférant un autre interlocuteur. (Voir encadré 22)

### 5.2.8.1.3. La peur du jugement

Le médecin restait un adulte pour l'adolescent, quelqu'un qui ne pouvait pas le comprendre, dont il se méfiait. La moralisation de l'adulte a été évoquée. L'adolescent avait peur d'être jugé sur ce qu'il faisait (début de l'activité sexuelle, nombre de partenaires, peur des IST) ou sur ce qu'il ne faisait pas (rapport sans protection, virginité, etc). (Voir encadré 22)

### 5.2.8.1.4. Le sexe du médecin

Le sexe du médecin paraissait être un obstacle pour aborder la sexualité mais également pour tous les problèmes gynécologiques. Les filles préféraient voir un médecin femme. Quant aux garçons, les rares fois où ils consultaient à propos de sexualité, ils préféraient avoir comme interlocuteur un médecin homme. (Voir encadré 22)

### 5.2.8.1.5. La crainte de la non confidentialité

Bien que tous les médecins rappelaient à leur patient qu'ils étaient tenus au secret professionnel, la crainte que les parents ne découvrent une consultation chez le médecin restait présente. L'adolescent gardait le plus souvent confiance dans son médecin, la découverte pouvant être indirecte (être vu en salle d'attente, le remboursement, etc). En effet, deux médecins ont évoqué l'inquiétude de certains adolescents lors du passage de la carte vitale, pour permettre le remboursement. (Voir encadré 22)

#### 5.2.8.1.6. L'initiation du sujet par le médecin

Un médecin a émis l'hypothèse que les adolescents préféreraient que les médecins abordent le premier le sujet. (Voir encadré 22)

##### Encadré 22 :

###### Freins des adolescents identifiés par les médecins

« Oh, ben, la pudeur, la timidité, hein, ça c'est, c'est évident. D'une manière générale et peut être plus importante, euh, au moment de l'adolescence. » (Médecin 6)

« Je pense qu'à leur demande, c'est jamais. La réponse est simple. Je pense que, enfin moi j'ai jamais eu de demande spécifique (...) c'est jamais à leur demande là-dessus. » (Médecin 11)

« La sexualité vrai euh, je crois pas que ce soit à nous qu'il la demande, comment avoir des relations correctes, c'est pas à nous qu'ils le demandent. » (Médecin 9)

« (...) puis comme si elles étaient euh, un peu, ben elles ont pas de copains, ou elles sont encore vierges, et on a l'impression que c'est une catastrophe quoi. » (Médecin 1)

« (...) les garçons, quand ils ont l'opportunité, ils viennent pas me voir pour un problème de sexualité. (...) ils savent que j'ai accès au dossier. Ils me disent : oh, ben, j'ai eu un petit problème, alors je suis allé voir X. [associé homme]. Alors, je les revoie pour des problèmes d'ordre sexuel ou autre après, après 23-24 ans, y a plus de problème. Mais alors la période adolescence pure, pffhh. C'est compliqué, hein. » (Médecin 20)

« [-Et toi tu vois des adolescents garçon, ou pas ?] Non, ça se répartit en fait. Je pense que, ouais, comme on est deux... [parle de son associé homme] » (Médecin 2)

« les freins, ce serait essentiellement d'ordre technique, c'est-à-dire que, euh, si y sont adolescents c'est qu'y sont pas majeurs, donc y vont pas venir tous seuls, si y viennent tous seuls, ça veut dire déjà que, ou il faut qu'ils inventent un autre sujet pour que la maman, euh, soit pas au courant et, ou alors, euh, si y consultent tous seuls, y a le frein de la consultation, euh, qui est pas rembours..., qui sera pas remboursée, si euh, .... y a tout ce truc la quoi, c'est pas le dépistage anonyme et gratuit. » (Médecin 8)

« Je sais pas s'ils [les adolescents] attendent quelque chose de, oui ..... peut-être qu'ils attendraient qu'on [les médecins généralistes] aborde le sujet ! » (Médecin 18)

## 5.2.8.2. Freins des médecins

### 5.2.8.2.1. La quantité des informations et le temps

La quantité des informations à donner à propos de la sexualité, notamment pour la contraception, était très importante. Cette quantité de données était consommatrice de temps et avait, selon certains médecins, un impact négatif sur la compréhension du jeune. (Voir encadré 23)

### 5.2.8.2.2. La rareté des consultations

Il s'agissait d'une population en bonne santé que le médecin ne voyait que très rarement. Les occasions d'aborder la sexualité et ses problèmes étaient donc peu fréquentes. (Voir encadré 23)

### 5.2.8.2.3. Les difficultés d'un discours hors contexte

L'absence de contexte facilitateur pour aborder la sexualité gênait beaucoup de médecins. Ils avaient quelques opportunités chez les filles mais très peu chez le garçon. En l'absence d'un problème en rapport avec le sujet, ils ne se sentaient pas le droit d'initier la discussion. (Voir encadré 23)

### 5.2.8.2.4. Les convictions du médecin

La pudeur du médecin a aussi été évoquée. Le médecin pouvait ressentir la gêne de l'adolescent et se sentir mal à l'aise de l'interroger sur un sujet intime ou bien être lui-même gêné de parler de sexualité. Ainsi le fait que, pour certains, la sexualité n'était pas un sujet relevant du domaine médical, accentuait ce sentiment de gêne à aborder de sujet. (Voir encadré 23)

### 5.2.8.2.5. Le cas particulier du mineur

La difficulté de prendre en charge un mineur a également été évoquée à plusieurs reprises. L'adolescent mineur est sous l'autorité de ses parents. Voir des adolescents sans que les parents soient au courant et plus encore prescrire des traitements à leur insu étaient un problème moral voir légal pour un certain nombre de médecin. (Voir encadré 23)

Encadré 23 :

Freins des médecins

« Ca m'a pris ½ heure, ¾ d'heure hein quand même au lieu d'1/4 d'heure » (Médecin 15)

« (...) je trouve qu'ils font des livrets qui sont absolument géniaux que je délivre à chaque fois que je donne une contraception parce qu'on a balancé une somme d'information que de toute façon, elles n'ont pas retenu parce qu'il y en avait trop. » (Médecin 20)

« Je pense qu'il y a réellement une période, une tranche d'âge qui fait qu'on les [les adolescents] voit pas. Ils vont bien, ils sont pas malades, y a pas. On les voit pas. » (Médecin 18)

« Les garçons, quand ils viennent pour la grippe, la mal de gorge, je me vois mal leur dire : et vous avez une petite copine, ça se passe comment ?, mais il faudrait sûrement le faire. Et alors comment l'introduire, ça je sais pas trop. » (Médecin 12)

« Peut-être, moi, je suis pas très à l'aise non plus » (Médecin 18)

« Parce que je sais pas, ça [la sexualité] fait partie de la vie, c'est pas tellement médical en fait, sauf quand ça se passe mal (...) mais normalement c'est quelque chose qui fait partie de la vie au départ donc euh voilà. » (Médecin 12)

« (...) pudeur de l'adolescent et puis la pudeur aussi du médecin parce que c'est pas non plus facile ; chacun peut avoir des convictions qui l'empêchent d'aborder ça ». (Médecin 15)

« Même si je connais leurs parents et cetera, en général, elles viennent me voir en dehors de leurs parents. Ce qui pose un problème, parce que normalement je ne suis pas sensé recevoir des mineurs sans leurs parents (...) c'était un juriste qui nous avait dit normalement on ne doit pas recevoir des mineurs sans leurs parents. » (Médecin 9)

« (...) enfin quoique moi parler de sexualité ou de choses comme ça avec des mineures, moi, sans les parents, ça m'embête toujours un peu quand même. » (Médecin 17)

## 6. Discussion

### 6.1. Discussion de la méthode

#### 6.1.1. Les atouts de l'étude

La méthode qualitative permettait d'aborder ce sujet dans sa globalité, de recueillir les différentes démarches de l'abord de la sexualité et de définir les stratégies développées par les médecins généralistes pour y parvenir.

Les médecins de l'étude étaient diversifiés de par leur âge, leur sexe, leur mode d'exercice, leur activité et leur personnalité ce qui a permis d'obtenir un descriptif varié des pratiques médicales et d'arriver à saturation des données.

L'analyse des données a été effectuée par deux personnes, séparément. Le double codage a permis d'atténuer l'interprétation de l'enquêteur dans la construction de la chaîne de preuves.

#### 6.1.2. Les limites de l'étude

L'étude a été réalisée dans un seul département, à forte prédominance rurale. La diminution du nombre de gynécologues médicaux sur le département augmente les consultations de ce type chez les médecins généralistes.

Lors de la réalisation des entretiens, la présence d'un enregistreur, si elle facilitait pour l'enquêteur la retranscription des données et l'analyse ultérieure, a pu être un facteur limitant.

Le manque d'expérience de l'enquêteur à ce genre d'exercice, dont l'attitude et le langage pendant le recueil de données ont pu influencer l'interlocuteur, a été une autre limite malgré une recherche théorique sur les techniques d'entretien, effectuée au préalable et un acquis d'expérience au cours de l'étude. Cette limite a probablement concerné essentiellement les premiers entretiens.

L'enquêteur a réalisé ces entretiens seul, il n'y a pas eu de validation du verbatim par les répondants.

## 6.2. Principaux résultats de l'étude

### 6.2.1. Opportunités de communication sur la sexualité

Les médecins généralistes initiaient le dialogue avec les adolescents sur la sexualité en saisissant des opportunités de communication. Certaines de ces opportunités étaient propres aux filles, liées à la gynécologie comme la demande de contraception, la grossesse, les IST, les affections vulvo-vaginales, les problèmes de cycle menstruels et la vaccination contre l'HPV. Peu de médecins abordaient également des aspects plus intimes comme l'épanouissement sexuel et le respect de la femme.

Les opportunités de dialogue sur la sexualité avec les garçons étaient beaucoup moins nombreuses. Il s'agissait majoritairement des inquiétudes de l'adolescent quant à la normalité de son anatomie, de son fonctionnement et parfois de pathologies de l'appareil génital.

Certaines opportunités étaient communes aux filles et aux garçons car liées aux comportements mêmes des adolescents. Ainsi le dialogue sur la sexualité pouvait être initié à partir de questions posées par les adolescents sur les modifications de leur corps et sur le préservatif. Les vaccinations obligatoires étaient également citées.

### 6.2.2. Stratégies de communication sur la sexualité

#### 6.2.2.1. L'environnement et le déroulement de la consultation

D'abord, les médecins établissaient une relation de confiance avec l'adolescent. Le suivi permettait de connaître le patient dans sa globalité et de s'intéresser à lui et à son environnement. Pour permettre cette confiance, les médecins rappelaient la confidentialité inhérente à tout soin médical, ils restaient disponibles et neutres.

La consultation avec un adolescent était souvent triangulaire : l'adolescent, le médecin et un parent. Une des stratégies des médecins était d'offrir un lieu où chacun avait sa place.

L'adolescent restait au centre de la consultation et était consulté pour les décisions le concernant. Le médecin éloignait les attitudes de « copinage », il offrait une neutralité professionnelle. Le parent pouvait verbaliser son inquiétude et donner son opinion. Chacun des protagonistes pouvait ainsi s'exprimer.

Lorsqu'il existait des difficultés de dialogue avec l'adolescent ou entre adolescents et parents, les médecins pouvaient utiliser leur vécu personnel en tant que parent d'adolescent. Ils offraient une attitude bienveillante et une disponibilité pour répondre aux problèmes des adolescents.

#### 6.2.2.2. L'utilisation de techniques de communication

L'utilisation de techniques de communication était parfois clairement déclarée par les médecins, parfois elle transparaissait à travers leurs dires ou dans les exemples qu'ils donnaient.

Les techniques de communication étaient proches de celles de l'entretien motivationnel comme la maîtrise du non-dit (attitude, regard, etc), l'écoute et l'empathie.

Ils utilisaient également un vocabulaire adapté, l'humour et la technique de la « porte ouverte ». Cette dernière consistait à évoquer le sujet de la sexualité et à faire comprendre à l'adolescent que le médecin et lui pourraient en reparler à tout moment quand l'adolescent se sentirait prêt.

#### 6.2.2.3. L'utilisation de supports

Les supports utilisés par les médecins étaient des plaquettes d'information qui permettaient de faciliter le dialogue et la compréhension de l'adolescent.

### 6.2.3. Perception de l'adolescent par le médecin généraliste

Par leurs descriptions des adolescents, les médecins faisaient ressortir le paradoxe de l'adolescence. Les adolescents posaient peu de questions au médecin, ils semblaient ne pas se sentir concernés par leur santé. Ils s'informaient pourtant auprès de leurs amis, de leurs parents et des médias (principale source d'informations des adolescents énoncée par les médecins). Un médecin a évoqué le fait qu'il devrait peut-être aborder le premier la sexualité avec l'adolescent. Les médecins décrivaient les adolescents comme mutiques et peu participatifs tout en soulignant le côté impulsif de l'adolescence associé à des conduites

à risques. Les médecins constataient une sexualisation précoce des adolescents avec une initiation plus tôt et plus diversifiée à la sexualité contrastant avec leur gêne pour en parler. Il existait pour les médecins une différence importante entre fille et garçon quant au recours aux soins, aux opportunités d'abord du sujet, dans le type de questions posées et dans le besoin de dialogue.

## 6.2.4. Freins identifiés par les médecins généralistes

Les médecins identifiaient deux types de freins, certains relatifs aux adolescents, d'autres à eux-mêmes.

### 6.2.4.1. Freins relatifs aux adolescents

Un des freins rapportés était la difficulté à atteindre l'adolescent soit du fait de sa gêne à parler de sa sexualité, soit d'une sorte d'indifférence affichée pour les problèmes relatifs à sa santé. Les peurs de l'adolescent étaient des freins à l'initiation du dialogue en particulier la peur d'être jugé par le médecin et la peur du non-respect de la confidentialité. Pour eux, les filles préféraient s'adresser à un médecin femme, et les garçons à un médecin homme. Du fait du peu de consultations des adolescents garçons, les médecins hommes voyaient également plus de filles.

### 6.2.4.2. Freins relatifs aux médecins

Le principal frein relevé par les médecins était leur difficulté à aborder la sexualité du fait de la rareté des consultations des adolescents. Les médecins voyaient peu les adolescents, en bonne santé, et pour des motifs ponctuels souvent éloignés de la sexualité. Sans contexte facilitateur, les médecins ne se sentaient pas à leur place et ne voulaient pas entrer dans la vie privée du patient. Les médecins évoquaient aussi souvent la difficulté à prendre en charge un mineur. Deux aspects posaient problème : parler de sexualité à un mineur au regard de la loi, et le voir en consultation et lui prescrire des médicaments à l'insu de ses parents. Le temps pris par les consultations de sexualité et la quantité d'informations à fournir sur le sujet apparaissaient comme un frein pour plusieurs médecins.

## 6.3. Discussion de ces résultats par rapport à la littérature

### 6.3.1. Aborder la sexualité des adolescents en consultation

#### 6.3.1.1. La différenciation biomédical-psychoaffectif

Cette étude montre que les médecins abordaient la sexualité avec l'adolescent grâce à des opportunités essentiellement biomédicales, comme la contraception. Une fois le dialogue initié, beaucoup de médecins interrogés parlaient uniquement de l'aspect biomédical de la sexualité. Quelques-uns élargissaient le dialogue dans une démarche plus holistique et les informaient sur l'épanouissement sexuel.

Ce résultat est assez proche de ce qui est retrouvé dans la littérature. En effet, le médecin n'élargit le contenu de la consultation à des aspects différents du motif initial qu'environ une fois sur deux. Lorsque le motif initial de consultation est purement somatique, il n'élargit plus qu'une fois sur trois. Mais cette ouverture n'aborde des aspects psychologiques que dans 4% des cas [7]. Dans une étude américaine sur les médecins généralistes, plus de 70% abordent la contraception, l'utilisation du préservatif et les relations sexuelles avec les adolescents. La question des comportements sexuels est posée dans 61% des cas et de l'orientation sexuelle dans 30% des cas [40]. Plusieurs études proposent de parler de sexualité en deux étapes pour en faciliter l'abord : sur son versant plus préventif et biomédical avec les adolescents les plus jeunes vers 13-14 ans en évoquant les questions qui touchent à l'identité sexuelle, au corps, à la relation à l'autre et ses risques ; et parler de l'épanouissement sexuel avec les plus âgés, à partir de 16-17 ans, en abordant les relations affectives et sexuelles et la notion de plaisir. Cette stratification permet d'orienter le médecin dans sa pratique [19] [41].

#### 6.3.1.2. Demandes non exprimées ou détournées

Un médecin de l'étude a évoqué les demandes détournées, l'adolescent présentant un motif initial de consultation autre que la sexualité et posant ses questions sur la sexualité rapidement, en fin de consultation.

Cette notion de demande détournée des adolescents est retrouvée dans de nombreuses études de la littérature. En effet, les motifs de consultation exprimés par les adolescents

correspondent mal à leurs besoins ressentis. Le médecin doit parfois savoir décoder leur discours pour percevoir la demande réelle et à terme faciliter son expression [7] [10] [11].

### 6.3.1.3. Systématisation de l'abord de la sexualité des adolescents

Plusieurs médecins de l'étude ont évoqué la difficulté à aborder la sexualité en dehors d'un contexte facilitateur, notamment de parler de l'aspect relationnel.

La revue de la littérature retrouve l'importance de prendre en charge l'adolescent dans sa globalité et d'aborder l'aspect biomédical et psychoaffectif de la sexualité pour le médecin généraliste [2] [7]. Il est en effet un des rares professionnels de santé à voir les adolescents en consultation, ces derniers ayant peu recours au système de soins. Les médecins ont ainsi des opportunités diverses pour initier le dialogue [7].

Il est actuellement beaucoup question de la mise en place de consultations de prévention gratuites pour l'adolescent. Le ministère de la Santé proposait dans le Plan Santé Jeune de 2008 la mise en place d'une consultation annuelle de prévention pour tous les adolescents de 16 à 25 ans. Elles permettraient de systématiser l'abord des différents sujets relatifs à l'adolescence en matière de santé : la nutrition et l'activité physique, le mal-être, la sexualité et les vaccins [2]. Plusieurs éléments restent encore à définir : rythme annuel ou plus espacé, forme de sa présentation au public, etc [2] [42].

Différents travaux réalisés auprès des adolescents retrouvent une demande de la part des adolescents de parler de sexualité avec les médecins généralistes. Les adolescents ne perçoivent pas cet abord de la sexualité comme intrusif, il s'agit pour eux d'obtenir des informations de qualité sur des questions qui les préoccupent [61].

Des études complémentaires pourraient permettre d'obtenir l'opinion des médecins généralistes sur la faisabilité et l'intérêt d'une telle consultation.

### 6.3.1.4. Le décalage des générations

Quelques médecins de l'étude évoquaient la notion de décalage entre les jeunes générations (adolescents et jeunes adultes actuels) et celles qui les ont précédées. On retrouve dans la littérature une différence entre les générations avant et après les années 1960 [35] et une différence marquée par les années 2000 [14] [35].

Pour la plupart des médecins interrogés, les médias modernes avaient une influence négative, par les modèles proposés, éloignés de la réalité biologique, par la description de la sexualité et l'absence de respect de la femme. Plusieurs médecins identifiaient les médias comme une source grandissante d'informations pour les adolescents avec un accès plus fréquent et plus précoce à la pornographie.

On retrouve dans la littérature, cette importance nouvelle des médias (publicités, films, revues...) [14]. Les médias valorisent l'esthétique, la finesse du corps pour les filles et la musculature excessive pour les garçons. Ces notions se trouvent en contradiction avec l'augmentation de la sédentarité et de l'obésité dans notre société [17] [18]. Les adolescents sont mis en contact avec des images sexuelles de plus en plus fortes et diversifiées. Cette surenchère est justifiée par les médias par une séparation qui se veut actuellement de plus en plus étanche, entre la sexualité procréative et la sexualité de plaisir [10] [13] [43].

Internet permet l'accès à de nombreuses informations rapidement, la confidentialité par rapport aux parents. Internet rassure les adolescents sur leurs inquiétudes à propos de leur normalité car il donne accès via les forums de discussion à l'opinion et à l'expérience de personnes d'âges similaires. Une étude récente montre qu'Internet reste la source la plus populaire d'informations et de conseils médicaux en dehors des médecins [16].

Actuellement, 75% des jeunes ont déjà utilisé Internet pour se renseigner sur leur santé, dont 44% pour des informations sur la santé sexuelle [30]. L'exposition accidentelle ou volontaire à la pornographie est très importante (70% des jeunes de 15 à 18 ans en exposition accidentelle), de même que la facilitation des abus et l'exploitation, dans un environnement où le contrôle reste difficile et limité. Internet donne souvent une fausse image de la sexualité et de la normalité du corps ce qui a une influence négative sur le développement psychosexuel des adolescents [16] [30] [44] [45].

Cependant, il présente des avantages, qui n'ont été que peu étudiés [30] [44]. Certains outils médicaux validés utilisent ce moyen pour mieux communiquer avec les jeunes [31]. Les médecins d'une étude anglaise utilisent un site qu'ils ont créé pour répondre aux questions des adolescents. Les adolescents qui utilisaient ce site, parlaient plus souvent et plus facilement de sexualité en consultation avec leur médecin généraliste [37].

Les adolescents gardent en majorité confiance dans leur médecin généraliste, d'autant que de nombreux sites renvoient aux médecins pour des informations plus précises [16] [30] [44] [45].

## 6.3.2. Les enjeux de la consultation triangulaire

### 6.3.2.1. La place centrale de l'adolescent dans la consultation

Les médecins de l'étude recherchaient l'avis de l'adolescent. Ce dernier avait la place centrale dans la consultation, c'est à lui que le médecin s'adressait le plus, et son avis était pris en compte. Les médecins lui demandaient notamment s'il acceptait qu'une synthèse de la consultation soit faite avec ses parents.

Dans la littérature le droit à l'information et la recherche du consentement de l'adolescent par le médecin est fréquemment rappelé [3].

Dans la loi française [46], le droit à l'information sur l'état de santé de l'enfant est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, qui doivent consentir aux actes proposés, mais le mineur doit aussi être informé «d'une manière adaptée à son degré de maturité» (Art. L. 1111-2, al. 5, CSP) et son consentement «doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision» (Art. L. 1111-4, al. 6, CSP). Le texte impose seulement de rechercher le consentement du mineur, pas de l'obtenir. Il est donc possible de passer outre son refus en cas de nécessité pour préserver sa santé. De par l'article 42 du code de déontologie, le médecin doit informer les parents ou le représentant légal et obtenir son consentement avant tout soin mais il doit également tenter de recueillir l'avis du mineur et en tenir compte dans la mesure du possible.

Donc, l'adolescent, s'il n'a pas une pleine autonomie juridique, a néanmoins un rôle, reconnu par la loi, à jouer dans sa santé. Tous les médecins de l'étude respectaient ce statut.

### 6.3.2.2. La place du médecin

Plusieurs médecins de l'étude ont évoqué la nécessité de ne pas « copiner » avec le patient. Pour deux des médecins, il était utile de se mettre dans une position de mère afin de trouver la meilleure façon de communiquer avec les adolescents.

Plusieurs études expliquent que deux pièges sont à éviter pour le médecin généraliste :

- le discours paternaliste et normatif qui dans le mode de pensée de l'adolescent place le médecin dans la même catégorie que ses parents.
- le copinage déplacé qui n'aide pas à une structuration des faits et ne correspond pas à l'image du savoir médical auquel le jeune s'attend [17] [18].

Les problèmes de communication résultent souvent d'un mauvais choix de langage, soit trop familier, soit trop moralisateur qui perturbe la consultation, personne ne se sentant plus à sa place [15] [37]. Il est donc important pour le médecin de trouver un juste positionnement par rapport à l'adolescent, différent de ses parents et de ses amis, afin de lui apporter une opinion indépendante et que l'adolescent ne projette pas sur le médecin les relations qu'il a avec ses proches [3] [10].

### 6.3.2.3. La place du parent

Les médecins interrogés ont souvent parlé des parents spontanément. Pour quelques médecins, le parent était présent pendant toute la consultation, ce qui la rendait plus difficile. Pour la plupart, le parent restait au début de la consultation ce qui lui donnait

l'opportunité d'exposer ses inquiétudes et d'apporter des informations complémentaires. Puis, il revenait à la fin pour une synthèse. Les médecins essayaient d'encourager l'adolescent à parler de ses problèmes avec ses parents.

Dans la littérature, les parents ont une place importante. Leur positionnement par rapport à la sexualité a une grande influence sur le comportement sexuel des adolescents. La description des consultations avec les parents est proche des résultats de l'étude, ménageant un temps où le médecin reste seul avec l'adolescent [7] [10].

Les 2/3 des rendez-vous d'adolescents en médecine générale sont sollicités par les parents. Les adolescents viennent d'ailleurs accompagnés, 51% des filles et 61% des garçons de 18 ans, à propos d'un motif discuté préalablement avec les parents [7]. La consultation triangulaire est donc assez fréquente. Lorsque l'adolescent vient accompagné, la consultation peut se dérouler en plusieurs temps, dont une période seule avec l'adolescent afin qu'il puisse s'exprimer en toute liberté. Il est possible d'expliquer aux parents qu'il s'agit d'un procédé habituel dans cette tranche d'âge. Il est, dans ce cas, exceptionnel qu'un parent refuse [11].

### Apport du parent

La présence du parent rendait pour certains médecins la consultation plus difficile, pour la majorité, elle ne modifiait pas leur comportement. Quelques-uns expliquaient que le parent apportait des informations supplémentaires à la consultation.

Le médecin doit gérer la singularité que présente cette consultation triangulaire entre lui, l'adolescent et le parent. Il faut donc conserver l'autonomie du premier tout en ménageant l'autorité du second [7] [15]. D'autant que le parent peut avoir un effet rassurant et libérateur sur l'adolescent et l'aider à se confier ou bien, il peut renseigner directement le médecin [7] [28]. Le parent peut apporter des informations sur l'histoire de l'adolescent, sur la situation familiale présente et passée, il peut aussi verbaliser certaines tensions et des non-dits s'ils existent [47].

L'accès de l'adolescent à la sexualité est parfois source d'un bouleversement de ses rapports avec ses parents. Il existe par ailleurs une plus grande liberté dans l'éducation des enfants actuellement qui met parfois les parents en difficulté dans leur rôle d'éducateur et cause un profond déséquilibre intergénérationnel [16] [35]. Lorsque le dialogue devient difficile, les parents se tournent souvent vers le médecin pour prendre le relais. Le médecin se retrouve donc parfois à la place des parents en matière d'information sur la sexualité. C'est une opportunité d'initier le retour du dialogue entre parents et enfants [3]. Ils aident les parents à voir les aspects positifs de l'adolescent et la façon d'améliorer leurs relations [48].

La perception de la sexualité dans le système de valeurs transmis par les parents joue un grand rôle quant à la facilité du discours sur le sujet [37]. Plusieurs études de la littérature [10] [40] [49] retrouvent une interaction étroite entre ce que les parents disent sur la sexualité et le comportement sexuel des enfants : lorsque les parents parlent de sexualité, de contraception, d'IST et d'attente avant les premiers rapports, on constate un impact sur les adolescents : ils utilisent plus de protections (contraception et préservatifs), ils ont une plus grande stabilité relationnelle (nombre de partenaires sexuels plus réduit) et abordent plus souvent le VIH avec leurs partenaires [50].

### 6.3.3. Les stratégies de communication

#### 6.3.3.1. Relation de confiance, confidentialité et espace de liberté

Pour beaucoup de médecins de l'étude, une relation médecin-adolescent solide permettait une meilleure communication, notamment sur la sexualité. Cette relation s'appuyait sur une liberté totale d'expression et sur la confidentialité. Tous les médecins interrogés précisaient rappeler systématiquement à l'adolescent qu'ils étaient tenus au secret médical, certains évoquaient le fait que beaucoup d'adolescents en étaient conscients.

Ce dernier point est en opposition avec la littérature. En effet, il persiste encore chez certains adolescents un questionnement quant à la confidentialité, même s'ils expliquent connaître l'existence du secret médical [15] [37]. En effet, 50% des adolescents rapportent ne pas aborder leur sexualité avec leur médecin par crainte que ces derniers n'en parlent à leurs parents [64]. La stricte confidentialité de la consultation est annoncée et respectée par le médecin. Les médecins sont tenus au secret professionnel par l'article 226-13 et 14 du code pénal et par l'article 4 du code de déontologie médicale. Le médecin doit respecter le souhait du mineur de ne pas informer ses parents [3] [46].

Le but est d'installer un climat de confiance, de montrer à l'adolescent que le médecin n'est là ni pour le juger, ni pour le forcer, mais pour l'informer et l'aider à faire ses choix en connaissance de cause. Il s'agit d'un partenariat [2] [3]. Idéalement la relation médecin-patient repose sur un équilibre entre la connaissance du médecin et les données propres au patient (vécu, émotions, représentations...). Cette relation est le fondement de l'alliance thérapeutique, centrée sur le patient [45].

Il est intéressant de recueillir l'impression de l'adolescent sur lui-même en début de consultation et conseillé d'évoquer d'abord les relations amoureuses et leur contexte avant de parler de sexualité [3]. Le médecin trouve un équilibre entre empathie et pédagogie [51].  
Annexe 1 Tableau 2

### 6.3.3.2. Techniques de communication

L'étude réalisée retrouvait l'utilisation par les médecins généralistes de différentes techniques de communication : le langage du corps, le non-dit, la manière de poser des questions, le contact visuel, le respect du silence et la synthèse en fin de consultation (souvent avec le parent).

Ces techniques sont proches de celles de l'entretien motivationnel [19] [37] [38] [51]. Les deux styles de questions, ouvertes ou fermées, étaient utilisés par les médecins interrogés. Dans la littérature, on retrouvait les mêmes formulations que dans les résultats de l'étude pour les questions ouvertes « et toi, que penses-tu de... » et les questions fermées « et toi, est-ce que tu as (ou pas) ... ». Par exemple, une étude a montré que l'intensité de la réponse est influencée par le langage utilisé dans la question [52].

#### 6.3.3.2.1. Choisir entre le vouvoiement et le tutoiement

Pour de nombreux médecins de notre étude, traiter l'adolescent en adulte était important pour lui permettre de se sentir compris et respecté. Plusieurs utilisaient le vouvoiement à l'entrée dans l'adolescence pour marquer ce processus, quelques autres le tutoiement pour ne pas bouleverser l'équilibre établi avec l'adolescent.

Pour les adolescents, dans la littérature, être traités comme des enfants marque un manque de respect et rompt le dialogue [5]. Parler avec l'adolescent, c'est le traiter en adulte tout en utilisant son vocabulaire [7]. Tutoyer ou vouvoyer dépend de l'habitude du praticien et n'est pas une règle [15]. Le choix de tutoyer ou de vouvoyer n'est jamais anodin, son intérêt est de permettre au médecin de conserver la bonne distance, celle choisie par les deux protagonistes. Le médecin doit être à l'aise dans sa façon de parler à l'adolescent qu'il ait choisi de le tutoyer ou de le vouvoyer, à condition que la forme choisie convienne à l'adolescent et ne soit pas source de gêne [1] [7] [15].

#### 6.3.3.2.2. L'humour

Plusieurs médecins citaient l'humour comme une technique pour créer un lien avec le patient, détendre l'atmosphère. On retrouve cette technique dans la littérature. Elle est utilisée avec les adultes comme avec les adolescents, et facilite le discours notamment sur les sujets de sexualité comme l'éjaculation précoce [53].

#### 6.3.3.2.3. Techniques non citées mais utilisées

D'autres techniques n'ont pas été citées mais transparaissaient dans le discours : la reformulation, la synthèse, l'empathie étaient utilisées par presque tous les médecins. Si les médecins interrogés n'ont pas explicitement nommé ces techniques, ils les utilisaient fréquemment, comme dans les nombreux exemples de dialogue qu'ils ont donnés.

Plusieurs médecins de l'étude disaient ne pas avoir de stratégies de communication particulière, agir de façon intuitive ce que la littérature appelle la compétence inconsciente [54].

#### 6.3.3.2.4. Supports papiers

Plusieurs médecins disaient utiliser ou remettre des supports d'information aux adolescents, essentiellement des plaquettes d'information sur la contraception orale.

Les adolescents apprécient tout particulièrement le fait de recevoir des supports écrits relayant les informations pertinentes concernant leur santé [11]. Il s'agit le plus souvent de plaquettes d'information [5].

Aucun des médecins interrogés n'a évoqué l'utilisation d'aides par des questionnaires pour faciliter le dialogue avec les adolescents.

Dans la littérature, le médecin peut s'appuyer sur différents questionnaires comme le questionnaire HEADSSS [14] [38], le questionnaire TSTS-CAFARD [55], l'auto-questionnaire du CHU de Bicêtre [15], en fonction des domaines à évaluer. Il s'agit de questionnaires validés, fréquemment cités dans la littérature. Annexe 4

L'analyse des résultats peut apporter des informations complémentaires au médecin, mais permet surtout d'aborder différents sujets de façon objective. La revue de la littérature n'a pas retrouvé d'études sur la fréquence d'utilisation de ces questionnaires par les médecins généralistes, dans des consultations où le manque de temps est souvent évoqué, notamment par les médecins de l'étude.

## 6.3.4. Discussion de la perception des adolescents

### 6.3.4.1. Point de vue des médecins sur les adolescents et sur leur sexualité

Les médecins de l'étude voyaient beaucoup plus les filles que les garçons, ils évoquaient peu les garçons de façon spontanée au cours des entretiens et expliquaient les voir pour des motifs sans lien avec la sexualité.

La littérature retrouve cette différence de fréquentation des consultations. Les filles consultent plus que les garçons, d'abord par obligation car elles subissent des modifications corporelles visibles, souvent sources de désagréments physiques (polyménorrhées, dysménorrhées) qui les amènent à consulter puis par phénomène d'habitude [14] [56]. De plus, elles sont plus exposées aux risques liés à la sexualité notamment de grossesse et se sentent donc plus concernées. Elles représentent 70% des consultations d'adolescents. Ce décalage entre les sexes augmente tout au long de l'adolescence et concerne autant le vécu et que les comportements de santé [37] [56]. Si les filles parlent plus de décision réfléchie, de sentiments dans les relations amoureuses, les garçons parlent plus de plaisir et de performances [3].

Cette différence fille-garçon entraîne souvent une sous-évaluation des problèmes de santé des garçons. Mais il persiste la notion parmi les médecins que le garçon n'est pas vraiment concerné car il n'y a pas de manifestations visibles de sa sexualité, il paraît donc plus difficile d'initier le dialogue [56]. Et pourtant les garçons sont aussi concernés, ils ont des questions, autant que les filles [16] [28]. Ils expriment de la culpabilité par rapport à certaines formes de sexualité, surtout la masturbation, mais également l'orientation sexuelle. Les garçons ont donc besoin de verbaliser leurs angoisses et de poser leurs questions [4] [57] [58] [59].

Il est nécessaire d'impliquer davantage les garçons. Le préservatif masculin est le mode de protection le plus utilisé en France chez les moins de 18 ans [21], il concerne directement le garçon. Son efficacité dépend beaucoup de son utilisation, dès le premier rapport et à tous les rapports sexuels. Son emploi est encore non systématique ou incorrect [3] [25].

L'abord plus systématique de la sexualité avec les garçons pourrait les sensibiliser davantage à leurs responsabilités. Des équipes suisses étudient d'ailleurs actuellement l'intérêt de la vaccination anti-HPV chez le garçon [14].

## 6.3.4.2. Point de vue des adolescents

### 6.3.4.2.1. Questions des adolescents sur la sexualité

Le principal résultat de l'étude concernant les questions des adolescents était qu'ils n'en formulaient pas, d'après les médecins. Pourtant au cours des entretiens, de nombreux exemples de questions d'adolescents ont été donnés. Mais le sentiment restait celui de la non verbalisation de leurs questions. Plusieurs médecins ont parlé du manque de connaissances des adolescents pour le fonctionnement de leur corps.

Ce sujet est souvent retrouvé dans la littérature comme une des questions principales qui préoccupe les adolescents à propos de sexualité. Lorsqu'on interroge les adolescents, ils se posent beaucoup de questions, notamment sur l'activité sexuelle, sur leur anatomie, surtout celle des filles (fonctionnement et normalité), la reproduction et les modifications liées à la puberté. Les inquiétudes se situant plutôt au niveau des performances sexuelles chez les garçons et de la grossesse et de la contraception chez la fille. Mais ils se posent peu de questions sur les IST et les violences sexuelles. Les questions posées par les adolescents sont généralement précises et explicites mais ils n'expriment pas l'ensemble des questions qu'ils se posent en réalité [16] [28] [30] [31] [60].

Annexe 1 Tableau 3

### 6.3.4.2.2. Paradoxe entre adolescents et médecins généralistes

Dans la littérature, les adolescents regrettent l'absence de bons outils de communication, le manque de temps que leur accorde le médecin, qu'ils interprètent comme un désintérêt et restent gênés d'aborder la sexualité avec lui. Ils évoquent également les stéréotypes des messages transmis par les médecins, écho de ce que leur disent leurs parents plus qu'une réponse à la réalité de leurs problèmes ainsi que la difficulté d'accès aux médecins (se justifier auprès du secrétariat, délais des rendez-vous) [5] [6] [61] [62].

Pourtant les adolescents respectent l'opinion et les connaissances du médecin généraliste, 85% des adolescents interrogés dans une étude anglaise se déclaraient satisfaits lorsqu'ils étaient conseillés par leur médecin. Lorsqu'un adolescent consulte un médecin, il s'agit 7 à 9 fois sur 10 (selon les études) d'un médecin généraliste qui voit, lui, en moyenne un adolescent par jour. Lorsque la communication était ressentie comme aisée et détendue par l'adolescent, elle était associée à une attitude amicale, accessible, intéressée et à l'écoute du médecin [11] [39] [55].

Il est donc indispensable d'utiliser la confiance que les adolescents ont dans leur médecin pour faciliter le dialogue et d'améliorer l'accessibilité pour saisir chaque opportunité. Une étude en miroir de ce travail auprès d'adolescent du département (l'Eure-et-Loir) permettrait de documenter ce paradoxe entre adolescents et médecins généralistes.

## 6.3.5. Discussion des freins à l'abord de la sexualité

### 6.3.5.1. Rencontre ponctuelle entre médecin et adolescent

Le principal frein pour les médecins de l'étude était qu'ils voyaient peu les adolescents quel que soit le motif. Il était alors difficile d'aborder la sexualité sans un contexte facilitateur, sans que l'adolescent en parle en premier, de peur d'être intrusif.

#### 6.3.5.1.1. La rencontre ponctuelle

La rencontre entre l'adolescent et le médecin généraliste est de nature ponctuelle et thématique : certificat de non contre-indication au sport, contraception, problème de poids, vaccination, acné, fatigue, infections hivernales, problèmes gynécologiques [5] [56]. Les médecins de l'étude ont évoqué ces rencontres de nature ponctuelle, et la difficulté à aborder la sexualité, alors que l'adolescent consultait par exemple pour un mal de gorge ou une grippe.

L'adolescence est la période où la consommation de soins est la plus basse, 8 jeunes sur 10 s'estiment en « très bonne ou excellente santé », avec une prédominance chez les garçons, 82% contre 73% des filles. Le recours aux soins des 11-20 ans, qui représentent 13% de la population française, est estimé à 8% des consultations médicales [36].

Le nombre moyen de consultations par an chez le généraliste est de 2.5 pour les filles et de 2.1 pour les garçons [7] [11] [63]. Les adolescents semblent donc avoir une fréquentation médicale suffisante compte tenu de leur bon état de santé, mais le schéma traditionnel de soins ne leur permet pas de formuler facilement leurs préoccupations réelles et les cantonne dans la plainte aigüe [11] [39].

#### 6.3.5.1.2. L'adolescent dans sa globalité

Ces demandes ponctuelles sont l'opportunité d'une rencontre et l'occasion d'aborder certains sujets de préoccupations parfois non exprimés par l'adolescent. [1] Selon certains

auteurs, le médecin devrait à la fois dépister les demandes réelles des adolescents et y répondre mais également évaluer l'adolescent dans sa globalité : conduites à risques (addictions, sexualité), troubles du comportement (alimentation, sommeil, troubles psychiques), problèmes relationnels (scolaire, familial, autres) [39].

Il pourrait donc être intéressant d'élargir le motif initial de la consultation pour permettre à l'adolescent d'aborder d'autres sujets.

#### 6.3.5.1.3. Absence de contexte facilitateur et d'abord initial par le médecin

Beaucoup de médecins interrogés expliquaient ne pas se sentir à leur place en abordant la sexualité en dehors d'un contexte précis, biomédical le plus souvent, et en élargissant le dialogue aux relations amoureuses et sexuelles. Ils parlaient d'intrusion dans la vie privée de l'adolescent.

La sensation d'être intrusif ou d'effrayer l'adolescent en lui parlant de sexualité concerne de nombreux médecins de la littérature. Ils expliquent avoir l'impression de ne pas être à leur place et de sortir de leur rôle de soignant [63].

Pourtant, la santé se définit selon l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [12]. Le rôle d'un médecin est de maintenir la santé de ses patients, santé dans ses différentes composantes. Les aspects psychologique et émotionnel d'un sujet en font partie, selon la définition de l'OMS. Aucune investigation médicale n'est indiscreète si le contexte du questionnement reste apaisant et respectueux. Il faut prendre en compte la maturité de l'adolescent et sa volonté, privilégier un abord progressif, et respecter le rythme de l'adolescence [7].

Selon l'enquête « Contexte de sexualité en France », le type de vie sexuelle de l'adulte, y compris ses attitudes vis-à-vis des risques et des protections, serait fortement lié à son approche de la sexualité à l'adolescence ; d'où l'importance pour le médecin d'aider les adolescents et de les informer le plus tôt possible [21].

Or de nombreuses études, [6] [16] [34] [37] [61] [62] [64], montrent que les adolescents se sentent plus à l'aise lorsque c'est le médecin qui aborde le sujet de la sexualité en premier. Ils attendent de leur généraliste qu'il parle des différents aspects de la sexualité tant médicaux qu'affectifs et relationnels. Beaucoup souhaiteraient en parler mais n'osent pas. Ils ne savent d'ailleurs pas toujours ce qu'ils peuvent demander à leur médecin [5]. Dans une étude anglaise, 30% des adolescents interrogés préfèrent que ce soit le médecin qui parle, le premier, de sexualité dont 33% pour l'abord des rapports sexuels [62].

### 6.3.5.2. La problématique de l'adolescent mineur

Le fait que l'adolescent soit mineur représentait une difficulté par deux aspects. Parler de sexualité à un mineur ou lui prescrire une contraception sans que les parents soient au courant posaient un problème légal. Certains médecins de l'étude pensaient ne pas en avoir le droit. Cependant, plusieurs médecins évoquaient la notion de majorité sexuelle.

Les médecins interrogés dans la littérature évoquent aussi la difficulté de leur position quand le patient est un mineur de moins de 15 ans, dont ils connaissent et suivent les parents [5] [15] [25].

Le domaine de la sexualité est sans doute celui dans lequel l'autonomie de l'adolescent s'est le plus développée. Légalement, les mineurs ont un libre accès à la contraception et au dépistage des maladies sexuellement transmissibles sans autorisation, ni même information parentale de par la loi. (Art. L. 2311-4 et L. 2311-5 CSP). Par la loi du 4 juillet 2001, l'IVG peut être pratiquée sans autorisation des représentants légaux. Il suffit que la mineure soit accompagnée d'une personne adulte de son choix (Art. L. 2212-7 CSP, al 2 et 3) [46]. La législation française considère qu'il existe une majorité sexuelle et qu'elle se situe à 15 ans [3]. Annexe 1 Tableau 4

Mais l'inconfort de voir en consultation un mineur sans ses parents n'est pas que juridique, il est parfois également éthique, vis-à-vis de parents que le médecin suit et qui ont confiance en lui. L'inconfort pour les médecins peut être d'autant plus important dans les situations où un soutien familial ne pourrait qu'être bénéfique à l'adolescent [65]. Ce frein est accentué par la sexualisation précoce des adolescents actuels, les médecins étant amenés à parler de sexualité à des patients de plus en plus jeunes.

### 6.3.5.3. Sexualité précoce des adolescents

Plusieurs des médecins de l'étude ont évoqué la sexualisation précoce des adolescents, qu'ils constataient dans leurs pratiques, notamment une demande de contraception de plus en plus jeune.

Selon des études récentes [10] [21] [66], l'âge au premier baiser est stable, vers 14 ans ainsi que l'âge moyen au premier rapport sexuel : 17,2 ans pour les garçons et 17,6 pour les filles en France en 2006. Une première baisse de l'âge moyen au premier rapport avait été noté dans les années 1960, puis les années 1990 avait vu une stabilisation, avec l'arrivée du SIDA, et il semble effectivement s'amorcer une nouvelle baisse, qui reste à confirmer, depuis le début des années 2000 [21]. La notion de sexualisation précoce pourrait être en fait la reprise d'un phénomène débuté dans les années 1960.

Les facteurs associés, identifiés par l'étude HBSC/WHO de 2002, pour la précocité des rapports sexuels (17% ont lieu avant 15 ans) sont la famille recomposée ou monoparentale, l'ivresse répétée, la consommation quotidienne de tabac et l'initiation au cannabis, la

fréquence des sorties nocturnes, l'appréciation négative de sa vie, la ménarche avant 12 ans [28] [67]. Une transformation pubertaire précoce, vivre dans une famille monoparentale avec un encadrement d'adultes défaillants, un niveau socio-économique modeste sont des facteurs favorisant un début précoce des rapports sexuels [17] [18] [64] [68].

Il pourrait être intéressant d'étudier ultérieurement en quoi la sexualisation précoce des adolescents modifie l'abord du sujet par le médecin.

#### 6.3.5.4. Sexe des interlocuteurs : plus de facilité avec les médecins femmes

Les médecins femmes interrogés trouvaient les filles plus à l'aise en consultation que les garçons, qu'elles voyaient peu. Certaines pensaient que les garçons consultaient des confrères pour les problèmes liés à la sexualité. Les médecins hommes de l'étude, même s'ils voyaient moins les garçons, trouvaient que ces derniers étaient plus à l'aise avec un homme.

Dans la littérature, les médecins femmes sont plus à l'aise pour parler de sexualité avec les adolescents, filles et garçons. Elles abordent plus facilement tous les champs de la sexualité, de la prévention des maladies aux problèmes de sexologie, et sont moins source de gêne pour les patients [40] [69]. Les hommes engagent moins souvent la discussion sur ce sujet avec les adolescentes et les adressent plus facilement à des consœurs [37]. D'une manière plus générale, les adolescents, comme les médecins, sont plus à l'aise pour parler de sexualité avec des médecins du même sexe qu'eux [5] [70].

#### 6.3.5.5. Formation du médecin généraliste sur le sujet

Un seul médecin de l'étude a évoqué son manque de compétence comme un frein, expliquant qu'il risquait de faire plus de mal que de bien en abordant un sujet qu'il maîtrisait mal. Pourtant, l'étude réalisée retrouvait de nombreuses stratégies de communication utilisées par les médecins pour aborder la sexualité.

Dans une étude de l'INSERM, les médecins généralistes expliquent éviter les problèmes liés à la sexualité, évitement qu'ils attribuent à un manque de compétences par une absence de formation [71].

Elargir la recherche à d'autres départements pourrait permettre de compléter cette étude pour confirmer ou infirmer l'utilisation de ces stratégies. Une étude auprès des médecins pourrait aider à mettre en lumière l'avis des médecins sur leur formation pour appréhender la sexualité.

## 6.3.6. Propositions et perspectives

### 6.3.6.1. Les spécificités de l'adolescence

Les médecins de l'étude définissaient l'adolescence comme une période particulière avec des spécificités, notion que l'on retrouve dans la littérature. Lorsqu'on parle des adolescents en médecine, certains sujets sont fréquemment abordés, comme la présence du parent lors de la consultation, l'impulsivité et les conduites à risque des adolescents, le besoin d'autonomie et la sexualité débutante. Pourtant les médecins, de l'étude comme dans la littérature, n'utilisaient que peu de stratégies spécifiques à la prise en charge des adolescents : ces stratégies spécifiques étaient le vouvoiement ou le tutoiement et la place faite dans la consultation à une troisième personne, le parent [2]. Les autres stratégies n'étaient pas spécifiques de l'adolescent.

Le contenu de la consultation était adapté lorsque l'adolescent était accompagné d'un parent, et les médecins se posaient la question du tutoiement ou du vouvoiement pour faciliter le dialogue avec l'adolescent. Pourtant les autres stratégies de communication utilisées par les médecins étaient applicables et appliquées chez les adultes [45].

De plus, si certaines opportunités de consultation restaient spécifiques de l'adolescence comme les modifications pubertaires, ou la vaccination contre l'HPV, la plupart des exemples cités (contraception, les IST...) se retrouvaient tout au long de la vie génitale.

La réalisation d'autres études pourrait permettre de savoir s'il existe des approches plus spécifiques de l'adolescence, pour aborder la sexualité, et comment elles pourraient être appliquées en médecine générale pour permettre une meilleure prise en charge de l'adolescence.

### 6.3.6.2. La différenciation biomédicale et psychoaffective de la sexualité par les médecins

De nombreux médecins interrogés distinguaient l'aspect biomédical de l'aspect psychoaffectif de la sexualité.

L'aspect biomédical recouvre toute la partie physiologie, pathologie et prévention de la sexualité. C'est ce que l'on apprend de la sexualité à la faculté. Pour tous les médecins, cet aspect était légitime. Il peut être abordé en consultation car il fait partie du rôle des médecins.

L'aspect psychoaffectif fait partie intégrante du processus de sexualisation de l'adolescent, il est autant, si ce n'est plus, source de questionnement [4]. Par son côté plus personnel et lié au vécu des individus, son exploration de l'intimité du patient, il est perçu comme non

médical et n'est pas abordé par les médecins. Cette dissociation limite la communication avec les adolescents en stigmatisant davantage l'interdit d'une partie de la sexualité.

D'autres études pourraient permettre de préciser les rôles du médecin généraliste dans la sexualité de l'adolescent et d'évaluer l'impact sur la communication avec les adolescents d'un abord de la sexualité, par les médecins généralistes, conciliant l'aspect biomédical et l'aspect psychoaffectif.

## 7. Conclusion

L'adolescence est une période de transformations physiques, psychologiques et relationnelles [2] [11]. La sexualité, parce qu'elle aborde l'intimité de l'individu et fait appel à diverses représentations, culturelles et personnelles, est un sujet délicat [22] [23].

Le médecin généraliste, du fait de sa position de médecin de premier recours, et par son approche globale du patient, a une place privilégiée pour aborder la sexualité avec l'adolescent [2] [8] [38] [39].

Le but de cette étude était de comprendre comment les médecins généralistes abordaient la sexualité avec les adolescents. Elle a été réalisée auprès de 20 médecins, dont 10 femmes, d'Eure-et-Loir par une recherche qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés, jusqu'à saturation des données.

Les principaux résultats retrouvaient un abord par tous les médecins interrogés de la sexualité avec les adolescents, tous abordaient l'aspect biomédical, essentiellement avec les filles, surtout par la contraception. En revanche, peu de médecins évoquaient l'épanouissement sexuel et les aspects psychoaffectifs. Les médecins utilisaient de nombreuses stratégies et techniques de communication, offrant un espace de liberté d'expression pour l'adolescent, une possibilité de dialogue pour les parents. Les difficultés de communication propres à l'adolescence, l'absence de contexte facilitateur et la difficulté à parler de sexualité avec un mineur constituaient les principaux freins au dialogue.

La littérature retrouve cette difficulté à parler de sexualité avec les adolescents, pour les parents comme pour les médecins généralistes [7] [40]. Ceux-ci se retrouvent de plus en plus souvent amenés à jouer un rôle d'éducation sexuelle, à répondre aux interrogations des adolescents et à leurs inquiétudes mais aussi à initier la discussion [2]. Ils prennent en compte la position centrale de l'adolescent dans la consultation tout en ménageant une place pour le parent.

Des études ultérieures pourraient permettre d'approfondir la communication en matière de sexualité afin de rechercher des stratégies plus adaptées aux spécificités de l'adolescence et d'évaluer leurs applications en médecine générale. D'autres études pourraient permettre de préciser le rôle des médecins généralistes dans l'abord de la sexualité avec les adolescents.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### Tableaux

	Début de l'adolescence 10–13 ans	Mi-adolescence 14–17 ans	Fin de l'adolescence > 17 ans
Changements physiques et modifications de l'image corporelle	Début de la puberté Préoccupation de l'image corporelle Questions sur la normalité	Fin de la puberté Intégration des modifications corporelles Préoccupation de l'apparence physique	Atteinte d'une maturité physique et sexuelle Intégration d'une image corporelle stable
Evolution de la sexualité	Curiosité sexuelle	Expérimentation, Phase romantique	Relations intimes
Intégration sociale	Importance du groupe des pairs du même sexe Amitiés intenses	Groupes des pairs plus hétérosexuels Début de liens plus individuels	Relations de confiance avec un partenaire
Relations avec les parents	Revendication d'un espace d'intimité Pudeur	Ambivalence entre dépendance et indépendance	Acquisition d'une identité d'adulte Indépendance
Construction identitaire	Recherche de soi	Renforcement de l'identité Prises de risques Sentiment d'invulnérabilité et de toute-puissance	Meilleur rapport à la réalité Conscience de ses propres possibilités Emancipation
Changements cognitifs	Pensée concrète	Comportements égocentriques. Début d'une pensée abstraite	Pensée abstraite Projection dans le futur

Tableau 1 : Etapes du développement à l'adolescence

Tableau 1 : Etapes du développement à l'adolescence d'après Paediatrica. 2008; 19[34]

ATTITUDES RELATIONNELLES DES MEDECINS			
Empathie		Le médecin fournit de l'information	
		Peu	Beaucoup
Le médecin comprend les émotions du patient	Peu	<p><b>Le « technicien »</b>  <b>Le médecin</b> est plongé dans le concret, il va droit au but et ne se laisse pas impressionner par l'état d'âme du patient. Son expertise et son assurance sont des garanties suffisantes pour les patients.  <b>Le patient</b> peut ne pas se sentir compris quant aux angoisses et aux interrogations qu'il aurait voulu exprimer.</p>	<p><b>Le « professeur »</b>  <b>Le médecin</b> est conscient que le patient se pose de nombreuses questions au sujet de sa maladie et de son traitement. Il prend toujours le temps nécessaire pour répondre et expliquer de manière claire et précise les éléments essentiels. Il est sûr de ses explications et de la compréhension des patients mais il néglige la dimension émotionnelle du patient.  <b>Le patient</b> peut ne pas se sentir compris.</p>
	Beaucoup	<p><b>Le « psy »</b>  <b>Le médecin</b> a compris l'importance de l'écoute du patient en prenant une réelle aisance à le faire parler. Il prend le temps de se montrer attentif aux réactions et comportements du patient. Il ne juge pas toujours utile de donner au patient des explications sur la maladie et son traitement  <b>Le patient</b> a le sentiment d'être compris et écouté, mais il lui manque des explications sur sa maladie et son traitement pour être rassuré de manière durable.</p>	<p><b>L' « allié »</b>  <b>Le médecin</b> réalise un bon équilibre entre l'écoute du patient et les informations données aux patients. Ces deux compétences (humaine et technique) permettent une véritable alliance thérapeutique.  <b>Le patient</b> se sent considéré, compris et en confiance. Il s'exprime très librement et a les explications claires et précises sur la maladie et son traitement.</p>

Tableau 2 : Attitudes relationnelles des médecins d'après La revue du praticien médecine générale. 2007; 21: 786-787.

As-tu remarqué dernièrement des changements dans ton corps?	↓	Début de l'adolescence
As-tu des questions sur ces changements?		
As-tu des amis? Plutôt des filles ou des garçons?		
Dans votre groupe d'amis y a-t-il des couples?		
Es-tu déjà tombée amoureuse?		
As-tu un petit copain? Ou en as-tu déjà eu un?		Mi-adolescence
Etes-vous très proches? intimes?		
Avez-vous eu des relations sexuelles? Ou te sens-tu prête à en avoir?		
Ou en avez-vous déjà parlé?		
Vous êtes-vous protégés?		Fin de l'adolescence
Ta vie intime se passe-t-elle comme tu le souhaites?		

Tableau 3 : Questions des adolescents d'après Archives pédiatriques. 2000 ;7[34].

Les Temps de la consultation
Avant 16 ans l'adolescent vient le plus souvent accompagné
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps 1 : Médecin/Ado/Accompagnant -Exposition du motif, interrogatoire</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps 2 : Médecin/Ado -Reprise interrogatoire, examen clinique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps 3 : Médecin/Ado/Accompagnant -Restitution et stratégie thérapeutique</li> </ul>

Tableau 4 : Les temps de la consultation d'après Qu'est ce que l'adolescence ? sur [www.cdom53.fr](http://www.cdom53.fr)

## ANNEXE 2

### Guide d'entretien

#### APPROCHE GENERALE

- Comment définiriez-vous l'adolescence ? De quel âge à quel âge ?
- Comment instaurez-vous un climat de confiance ? Quels mots, gestes, ou attitudes utilisez-vous ?

#### LA SEXUALITE

Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un adolescent.

- Selon votre expérience, dans quelle situation se fait l'abord de la sexualité avec l'adolescent ?
- Lorsque l'adolescent aborde le sujet, que vous demande-t-il ? Comment y répondez-vous ?
- Comment faites-vous si l'adolescent n'est pas seul (parents ou amis) ? Comment adaptez-vous la consultation ?
- Comment faites-vous pour aborder les différents sujets de sexualité ? Les MST ? La contraception d'urgence ?
- Comment gérez-vous la consultation quand il s'agit d'une fille (d'un garçon si médecin femme) ? Et l'examen clinique ?
- Comment faites-vous à propos de l'homosexualité ? Que dites-vous aux adolescents ? Que leur répondez-vous s'ils vous posent des questions ?
- Selon vous quel est le rôle du MG dans la prise en charge de la sexualité de l'adolescent ?
- Qu'attendent, selon vous, les adolescents de leur médecin généraliste en matière de sexualité ?
- Comment gérez-vous les craintes des adolescents, s'il y en a, sur la confidentialité ?
- Comment prenez-vous en charge les questions sur l'épanouissement sexuel ? Que pensez-vous du fait de l'aborder en consultation ?
- Quelles difficultés, quels freins avez-vous rencontré en matière de communication avec des adolescents, par exemple lors de votre dernière consultation avec l'un d'entre eux ? Comment les avez-vous pris en charge ?
- Avez-vous des enfants, adolescents ? Parlez-vous de sexualité avec eux ? Quelle influence cela a-t-il sur votre pratique ?

#### IDENTIFICATION DES MEDECINS

- Sexe
- Age
- Mode d'exercice :
  - Rural
  - Semi-rural
  - Urbain

## ANNEXE 3

### Deux exemples de verbatim

#### Entretien Médecin 1, Femme, (M1) par l'Enquêteur (E)

E : Je vais commencer par vous demander de me définir l'adolescence, pour vous ?

M1 : L'adolescence, euuh, je vais dire à partir de 14-15 ans, jusque, ben ça peut-être 25 ans, voilà, c'est ça. (rires). Voilà, on a des adolescents, c'est pour ça que je dis 14-15 ans, on pourrait penser que ce sont encore des enfants mais y en a qui sont déjà bien, bien mûr, et puis par contre y en a à 25 ans, on pourrait presque dire 30, qui, pffh, ben c'est encore des gamins, quoi.

E : Pas encore complètement mûr ?

M1 : Ah non pas vraiment. Pas du tout.

E : Comment vous instaurez un climat de confiance avec les adolescents ?

M1 : Ben, en fait, il y a 2, y a 2 parties, il y a déjà le, ce que je connais, moi, ça fait 20 ans que je suis là, donc que j'ai connu enfant, donc ben on se connaît, depuis qu'ils sont petits, en fait, et euuh, y a ceux qui arrivent que je connais pas, en fait. Et en fait, par rapport à la demande, il y a une demande de consultation, « qu'est-ce qui vous amène, pourquoi vous êtes ici, qu'est-ce que vous... ? » et puis à partir de là, de quoi on parle. Des jeunes filles, c'est plus facile, par rapport à la sexualité, par rapport, parce qu'elles viennent pour des pilules, pour des problèmes gynécologiques, donc on arrive plus facilement à aborder les choses. Pour les jeunes gens, ça dépend leurs demandes, c'est sûr que si ils viennent pour une angine, on va pas leur parler de sexualité.

E : Oui.

M1 : Ca dépend de la demande.

E : Est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un adolescent, de quoi il était question, comment ça s'est passé ?

M1 : Qu'est-ce que, c'était comment.. que je cherche ; la semaine dernière, par rapport à une contraception, une jeune fille qui avait une pilule et qui disait que en fait, elle se sentait pas bien avec cette pilule, dans le sens où elle avait l'impression de ne plus avoir de libido, que ça n'allait plus avec son copain, et puis son copain est pas content, ben forcément. Ben voilà, est-ce que ça venait de la pilule, est-ce que ça venait d'elle, voilà quoi.

E : D'accord. Et comment est-ce que vous en avez parlé avec elle, comment ça s'est passé ?

M1 : Ben après, on a essayé de voir effectivement depuis combien de temps elle prend cette pilule, est-ce qu'effectivement ça peut être un problème de dosage, une pilule un peu trop dosé par rapport

à elle parce que (portable sonne). Pardon. Parce qu'on dit qu'effectivement les pilules qui sont un peu trop dosées. (téléphone fixe sonne, elle s'excuse et répond).

M1 : Alors, c'était voir, savoir par rapport à la pilule, et puis par rapport un petit peu à, sans rentrer dans les détails si ça se passait bien, si c'était quelqu'un qu'elle avait depuis un certain temps, voilà si y a un petit peu de. De faire passer le fait que, comment, je veux dire jeune fille euh, y a le souci de, comment, de faire, ne pas faire comme les autres. De dire on a un premier rapport ou après on a une relation avec quelqu'un c'est pas pour faire comme les copines, c'est parce qu'on le ressent, parce qu'on en a envie aussi. C'est un échange en fait. C'est parce qu'on en a envie aussi. Enfin, c'est un échange en fait. Donc, c'est pas euh, c'est de leur faire parler un peu de ces choses-là. Bon, c'est pas toujours évident de parler des préliminaires, de dire que (sonnerie du portable). Ah pardon, désolée, c'est ma fille.

M1 : Voilà, de parler un petit peu de comment ça se passe. De voilà, que, est-ce que c'est quelqu'un avec qui elle est en confiance, est-ce qu'elle a quelqu'un qui, parce que la pilule, c'est toujours ça qu'on avance en premier : c'est la faute à la pilule mais y a peut-être d'autres choses derrière « est-ce qu'elle a confiance, est-ce qu'elle va avoir envie, est-ce qu'elle se sent bien, est-ce que ça se passe bien entre eux », enfin voilà quoi.

E : Vous avez l'impression qu'il y a une espèce de pression sur les jeunes filles ?

M1 : Ben les plus jeunes, quoique non, y a pas d'âge, en fait, parce qu'on a des jeunes filles qui ont 14-15 ans qui prennent déjà la pilule puis qui en fait on sent que ça se passe bien et puis dans l'autre sens en fait, on peut avoir des jeunes filles qui ont 18-20 ans et puis comme si elles étaient euh, un peu, ben elles ont pas de copains, ou elles sont encore vierges, et on a l'impression que c'est une catastrophe quoi. Donc euh, leur faire comprendre que non, y a pas d'âge, y a le bon moment, voilà. C'est tout.

E : Oui, pour chacun.

M1 : Pour chacun ! Quand on se sent en confiance, quand c'est le bon moment de faire quelque chose quoi, c'est pas. Parce que des fois, y en a qui viennent pour prendre la pilule « au cas où », mais au cas où, moi, ça me plaît pas. Quand on prend la pilule, c'est quand même un médicament, ça a des effets secondaires, ça a des contre-indications, j'essaie de leur expliquer tout ça. De leur dire effectivement : « Ben d'abord, est-ce que tu es avec quelqu'un ? » Si elles répondent « ben non », je vois vraiment pas l'intérêt de prendre une pilule. « Déjà, sort avec quelqu'un, déjà faudra prendre des préservatifs parce que la pilule, c'est que pour la grossesse, c'est pas pour le reste, donc c'est important. Et puis c'est pas parce qu'on est avec quelqu'un... si on sent que ça va être le bon moment, ben oui, on prend une pilule, au contraire. » Moi, je suis pas du tout contre la pilule, je pense que c'est rassurant, mais on la prend pas 6 mois à l'avance ou 1 mois à l'avance. Voilà, essayer de parler un petit peu de ça.

E : D'accord, mmhh, selon votre expérience, quelles sont les situations où on peut aborder la sexualité, les motifs de consultation où on peut aborder la sexualité avec les adolescents ?

M1 : Les filles, c'est la contraception, c'est classique en fait, c'est la contraception, j'aimais mieux, moi ça m'a un petit peu, c'était les premières règles, bon, c'était un petit peu tôt, en fait, mais c'était une pression maternelle derrière « elle va avoir ses règles, elle peut tomber enceinte voilà, faut lui

expliquer, je vous l'amène, il faut lui expliquer » « On a peut-être un petit peu de temps quand même de lui expliquer, on parle pas vraiment de sexualité, on parle un peu de prévention, là j'essaie d'être light quand même parce que bon on a un peu autre chose à penser. Chez les garçons, c'est euh, ben ça va être comment euh, des garçons qui euh voyagent beaucoup, les garçons qui vont souvent en voyage à l'étranger, qui bougent beaucoup de par leur travail ou de par leur activité, des fois ils ont des demandes de, de, comment, euh, comment je vais dire, par rapport des fois, ils peuvent venir aussi pour une euh infection, ben on parle de prévention, on parle. C'est vrai que y a moins d'opportunités

E : chez le garçon

M1 : chez le garçon que chez les filles, voilà.

E : Au niveau, justement dialogue euh, avec les adolescents du fait que ce soit un garçon ou une fille du fait que vous soyez médecin, vous adaptez le discours, comment ça se passe ?

M1 : Ouais mais je pense que

E : Est-ce qu'il y a une différence ?

M1 : Oui, enfin, moi euh, j'ai 2 enfants qui sont âgés, enfin qui ont 21 et 23 ans, donc bon je me dis que euh, ça se fait assez facilement en fait, voilà. Ça se

E : Peu importe le sexe de l'adolescent.

M1 : Ouais, je pense que ça se fait assez facilement parce que quelque part, c'est peut-être pas loin mais euh, on s'identifie un peu comme la maman. Et quelque part, on se dit « bon, ça pourrait être mon fils, ça pourrait être ma fille, bon qu'est-ce que je leur dirai ? » ; en fait. « Comment est-ce que je peux dire les choses pour que », ben voilà, en fait.

E : Pour que ça passe.

M1 : Voilà.

E : ça tombe bien, c'est une de mes questions, vous avez des adolescents, enfin, ils sont plus adolescents maintenant,

M1 : 21 et 23, un garçon de 23 ans et une fille de 21 ans.

E : Et est-ce que ça vous a aidé pour les consultations, pour parler avec les adolescents ?

M1 : Ah oui, c'est

E : De quelle façon ?

M1 : Parce que, en fait là, on se met un peu à la place de la maman et on se dit bon « comment je pourrais dire ça à mon fils ou à ma fille pour que ça passe bien, pour pas les choquer, pour pas euh, euh, je, je, je rentre pas dans la vie privée de mes enfants quoi, je veux dire. Donc j'essaie de faire de la prévention si on en parle, je parle pas de ça tous les matins mais euh que comment, s'ils viennent là c'est peut-être que c'est plus facile pour eux de venir là que d'en parler avec leurs parents même si les parents sont très ouverts. C'est pas toujours évident de s'identifier en tant que personne

sexuellement active, c'est pas évident en fait, par rapport aux parents « écoute voilà, tu commences à être mûr, tu fais quand même attention quoi, tu prends un préservatif. » On essaie de glisser des choses mais je me dis que peut-être que euh, d'abord une tierce personne à l'extérieure, neutre, c'est peut-être des fois plus facile pour eux de parler de certaines choses. Parce qu'en particulier, la jeune fille qui parlait de sa libido, tout ça, c'est difficile de parler de ça avec sa maman. C'est paas, c'est pas évident en fait quoi ; voilà.

E : Plus sur le côté émotionnel un peu, enfin

M1 : Oui sur le côté ressenti, comment ça va passer, comment je peux dire les choses, comment je pense qu'ils vont le ressentir ou l'entendre. Pas non plus être trop, euh, on n'est pas la copine, on n'est pas.. On est quand même quelqu'un qui euh comment on peut dire, un savoir, ça fait très (rire) mais on a des connaissances, des connaissances, donc on est aussi pour leur faire passer certains messages de protection, de, voilà, de, avec les connaissances qu'on a en fait. On est une personne neutre, pour eux, voilà, on est une personne à côté, c'est peut-être plus facile pour eux aussi, je pense.

E : Quand, quand un adolescent parle de sexualité, qu'est-ce qu'il vous pose comme question ? Quelles sont les..

M1 : Euh, c'est plus dans le, le, le relationnel euh, euh, comment, sexualité, pffh, ben moi je trouve. Non, .... Comment dire, c'est plus par rapport à la contamination par rapport aux, les protections à prendre, s'ils ont eu des relations à risques. Euh c'est plus ça. Voilà, ils parlent pas trop de , pas jamais, parle pas trop de performances ou, c'est plus dans le, ouais, la protection, ouais.

E : D'accord. Est-ce qu'il y a différentes façons d'aborder les différents sujets de sexualité que ce soient les MST, la contraception d'urgence, comment est-ce que ça peut venir dans une consultation ?

M1 : Ca dépend, en fait ça dépend comment c'est, c'est souvent eux qui en parlent. Le truc classique c'est en fin de consultation « faudrait que je fasse un dépistage HIV » c'est vraiment le, ça c'est bateau. Et le « oui d'accord, vous pensez avoir eu une conduite à risque ? » et voilà, expliquez que y a peut-être autre chose, y a peut-être pas que le HIV et puis « qu'est ce qui s'est passé ». C'est plus euh, c'est souvent ça. C'est assez classique. En fin de consultation, ils venaient pas pour ça.

E : C'était pas le motif initial ?

M1 : Non. C'est rarement le motif initial, à moins d'avoir un problème de pilule ou un problème organique, au niveau du sexe ou quelque chose sinon c'est rarement euh la demande initiale. Souvent plutôt à la fin.

E : Comment est-ce que vous organisez la consultation quand il y a un tiers que ce soit un parent, un ami ?

M1 : Ça c'est la difficulté.

E : Comment ça se passe ?

M1 : Des fois, j'ai des, des. J'essaie, enfin. D'abord quand il y a des et que c'est la maman. Si c'est la maman, euh des fois je dis « est-ce que ça vous embêterez de nous laisser un peu seules, qu'on en discute ? », y a des mamans qui prennent ça bien, d'autres moins bien. Mais je pense que, enfin si on, enfin la personne qui le prend pas bien, elle a pas tout compris, quoi en fait. Donc faut laisser, enfin tant pis. La prochaine fois, je pense que la jeune fille essaiera de venir toute seule, essaiera de venir tout seule. Elle a pas compris que y a peut-être des choses à dire que, c'est pas parce que son enfant, c'est ce que je lui dis d'ailleurs « on continue tout seul, c'est pas parce qu'on va vous faire des cachotteries mais c'est des choses ce sera plus facile pour votre fille ou votre fils d'exprimer si vous n'êtes pas là. C'est pas pour faire des cachotteries du tout, c'est plus parce que, ben des fois on peut être gêné par rapport à ses parents. Si c'est un copain, une copine, je demande, quand des fois elles sont en salle d'attente, elles rentrent toutes les 2, « euh, c'est qui ? Vous êtes d'accord qu'y rentre avec vous ? », euh, voilà. Justement en cours de consultation, je dis « euh, vous voudriez peut-être que la personne sorte ? » euh, essayez de, essayez d'ouvrir une porte justement, au propre et au figuré, pour euh. Parce que y a peut-être des choses qui diront pas forcément avec et puis on sait pas toujours qui rentrent en fait. « y vient avec moi, elle vient avec moi », c'est la copine, oui, bon. Y a peut-être des choses qu'on va pas forcément dire devant une bonne copine.

E : On dit pas les mêmes choses à 2 ou à 3. Eummh, si ça vous est déjà arrivé, comment est-ce que vous faites à propos de l'homosexualité ? Quand ..

M1 : Je fais rien de plus, rien de moins.

E : Y a des questions particulières, y a des ?

M1 : Non honnêtement, non, j'ai pas, euh, j'ai des patients mais c'est pas de adolescents. J'ai euh, une jeune fille, effectivement qui a 18 ans, qu'est une jeune fille homosexuelle. On en a parlé une fois, que un jour comme ça, j'ai dit « j'ai votre amie. » Elle m'a regardée, elle a souri, elle a dit « ben oui, mon amie ». C'est tout, voilà, je. Elle a compris que je comprenais et puis ça s'est arrêtée, on parlait pas forcément de choses sexuelles donc euh bon. C'est plus dans le relationnel. Non, je. Voilà, c'est. On peut, alors on perçoit, quelque fois y a besoin de le dire de le verbaliser et puis des fois non, c'est pas nécessaire dans la consultation. Mais bon c'est leur euh, c'est leur choix à eux, quoi.

E : Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la sexualité de l'adolescent ?

M1 : Ben, surtout de la prévention puis ouvrir un dialogue, essayez d'être un endroit où ils peuvent parler de, de tout et n'importe quoi ou euh. Voilà, on peut les aider, les orienter si nécessaire. Euh, un peu comme la PMI quelque part mais la PMI n'a pas d'horaires d'ouverture définis, et puis des fois c'est pas forcément le, au niveau local, au niveau de la, ils sont pas forcément accessibles, c'est le gros souci je pense, (incompréhensible), contraception mais de, de, de, comment d'accessibilité, de la disponibilité, de la possibilité d'y aller, de. C'est ça souvent le souci des jeunes filles. Quand on parle d'IVG tout ça, la polémique qu'il y a en ce moment, moi ça m'horripile, si déjà y avait plus d'accessibilité pour elle aux contraceptions, y aurait moins d'IVG à mon avis. Là-dessus y a des questions aussi, parce que des fois aussi entre copines, elles parlent. C'est surtout, « si y a une question qui vous pose, n'hésitez pas, appelez ou passez. Vaut mieux avoir, euh régler un problème, enfin en parler que rester sur une fausse idée quoi en fait. Enfin, je pense c'est plus euh, voilà, on est médecin de famille mais même sans ça, c'est la personne à qui on peut parler de ces choses-là, sans

qu'il y ait un regard, sans qu'il y ait euh, un jugement, sans que, voilà quoi. Qui peut donner un avis, qui peut donner euh, un conseil, une solution voir envoyer chez un spécialiste si nécessaire, quoi.

E : D'accord. Est-ce que, enfin, comment est-ce que vous gérez les craintes qu'il pourrait y avoir à propos de confidentialité du fait que vous soyez justement médecin de famille, que vous suiviez un peu

M1 : Moi je le dis aux gens, je veux dire, je le dis comment, quand euh, pour la pilule, y a des jeunes filles qui viennent pour la pilule, ben oui, maman est pas au courant ou alors. Tout ce qui est dit ici, je leur dis souvent « tout ce qui est dit ici, ça reste entre nous deux. Je veux dire, j'ai malheureusement une jeune fille qui était enceinte, et voilà, « qu'est-ce que je fais ? », c'était un accident et euh, on a essayé d'en discuter pour voir comment on allait organiser les choses, comment il fallait qu'elle aille voir un planning et que c'était pas évident. « Tout ce qui est ici reste ici ». Je, je, la maman d'ailleurs était dehors « et si vous voulez qu'on en parle à votre maman, je veux bien moi faire l'intermédiaire, si euh, voir comment on peut gérer ça mais si vous voulez pas qu'on en parle, on en parle, si vous avez une autre solution, quelqu'un qui peut vous amener pour faire une interruption de grossesse, ici c'est euh ce que vous dites ici reste ici ». Et puis, quand des fois, faire attention, quand les prises de sang, parce que si on voit cholestérol nahnahnah, ben on se dit, quand c'est pas un patient à soi, on se dit « bon c'est une prise de sang plutôt en rapport avec une pilule mais est-ce que la maman sait qu'elle prend la pilule ? » Parce que des fois, on va noyer le poisson dans une prise de sang quoi, donc si c'est pas son patient, (incompréhensible) pas soi qui a prescrit la prise de sang on est un peu, donc euh bon, on dit rien, puis voilà on laisse. J'ai la chance d'avoir (Incompréhensibles) Toutes (fait référence à ses associées) on a notre salle d'examen à côté, alors des fois, on peut des fois poser des questions un peu plus doucement.

E : dans la salle d'à côté, ouais.

M1 : Voilà, mais bon en principe, j'essaie de dire « ce qui est dit ici est dit ici. Voilà, ça ne sort pas, je vais pas le raconter aux parents, voilà, je vais pas, c'est votre euh, votre vie à vous, en fait. »

E : D'accord. Comment est-ce que vous abordez les, en fin le, la, comment est-ce que vous, je vais reprendre. Comment prenez-vous en charge les questions sur l'épanouissement sexuel ? Est-ce que vous en parlez, comment ça se passe ?

M1 : J'en parle si elles me, enfin, si elles me tendent des perches, quoi. Par rapport à la pilule, « je me sens pas bien » ou euh, ça peut donner l'occasion de, de parler de ça en fait.

E : Vous avez d'autres exemples où justement elles

M1 : Ben, des fois quand on est, des femmes, des jeunes femmes un petit peu plus des fois des jeunes filles, enfin ça fait vingt, vingt-, chez qui on fait le frotti. Des fois, on sent que le frotti, c'est quelque chose de, c'est. C'est ressenti comme une agression, on essaie d'expliquer ce qu'on va faire et puis euh, ça permet des fois de, d'arriver un petit peu aux relations en disant « ben voilà, c'est comme une relation, c'est pas plus, donc euh si ». Effectivement et c'est là qu'on voit les jeunes filles, enfin qu'on perçoit les jeunes filles qui ont, où ça s'est pas bien passé. Un stérilet, c'est une catastrophe quoi de mettre un sté, heu, unn, un spéculum, faire un frotti, c'est redoutable quoi en fait. Quand il y a eu des relations qu'ont été un peu faites pour faire comme les copains comme les copines ou faites, pas forcément voulues, qui se sont mal passées. Ca des fois je leur explique aussi

avant « ça se passe bien ? Parce que si ça se passe pas bien vous risquez après d'être euh, plutôt sur la défensive et puis ça se passera pas forcément bien non plus du coup, vous devez être dans une relation de confiance. Et ça, on l'avait vécu il y a quelques années avec une jeune femme et pour faire le frotti, c'était euh, et en fait en discutant, elle avait des soucis avec son copain aussi, que, voilà, de fil en aiguille, on a discuté un peu de ça, quoi.

E : Et justement, comment est-ce que vous avez réussi à lui faire dire...

M1 : Ben, parce que, comme je disais, je lui ai expliqué que ben fallait pas qu'elle s'inquiète, que c'était qu'un speculum, que c'était pas plus gros qu'un sexe d'homme, que ça allait pas lui faire du mal. Et puis elle me dit « oui, mais déjà avec mon copain, ça se passe pas bien. » Enfin, elle commençait à me raconter un petit peu, voilà, par ce biais-là.

E : D'accord, ok. Du coup, en fait, est-ce que ça arrive spontanément, dans ce genre de contexte, d'essayer de voir un petit peu si elles font le lien, enfin la différence entre sexualité et sentiments, le fait que justement ça doit aller de pair ? C'est abordé ou pas ça ?

M1 : Ben euh, dans le sens où, euh, ben j'aborde le sens où la sexualité doit être, se passer quand on est. C'est pas forcément arriver blanche au mariage quoi, c'est pas forcément, enfin, je dis ça mais c'est excessif. C'est, c'est, on peut avoir des relations avec quelqu'un à un moment donné parce qu'on est bien avec lui, parce que, c'est pas forcément le grand amour, donc euh, parce que des fois, c'est important d'être bien, d'être dans, voilà, d'être, c'est le bon moment, on est bien avec quelqu'un. Voilà, ça se passe bien, c'est pas forcément attendre euh. Et on fait pas non plus ça comme ça, c'est pas juste un bisou, c'est pas juste, c'est quand même quelque chose d'important quand même, c'est, c'est euh. Donc, c'est de, de, d'en discuter, qu'est-ce qu'elles en pensent.

E : En matière de, enfin, comment est-ce que vous pensez que les jeunes s'informent sur la sexualité ?

M1 : Par les copines déjà, comment dire, le bouche à oreille, euh, ça c'est sûr. Bon, les magazines, alors y en a des bons et des pas bons quoi, les magazines et puis après bon y en a qui vont voir le gynéco sinon c'est nous en fait, c'est nous généralistes en fait. Ouais.

E : D'accord. Mmh, en matière de communication sur la sexualité, vous pensez, quels sont, selon vous les outils dont on dispose ?

M1 : Ben en fait, moi j'ai des, les laboratoires qui nous laissent des fois des choses sur les pilules, sur les. J'avais un labo qui m'avait laissé de petits bouquins sympas sur euh, la contraception avec différents âges au niveau de la contraception. Des fois, des fois j'en donne pas, des fois je me dis « tiens, ça va peut-être leur servir à quelque chose en fait. »

E : Et qu'est-ce qui fait que vous choisissez justement de dire

M1 : Ca dépend du comment, ça dépend vraiment du euh, enfin ouais, comment ça c'est passé, comment la consultation s'est passée, comment je sens la personne qui a besoin d'avoir quelque chose, qui a besoin d'avoir euh, un, quelque chose de concret, et puis les personnes qui bon ben, elle le mette dans un coin puis elle s'en servira pas en fait. Y en a qui aime bien avoir, oui, ça dépend de la personne, en fait ; ouais.

E : D'accord. Qu'est ce qui fait, enfin, qu'est que vous pensez qui fait que un adolescent il arrivera pas à se confier sur ce sujet-là ?

M1 : Ah ben la pudeur. C'est difficile pour eux, la pudeur parce qu'ils passent d'une transition de. C'est plus des enfants, c'est pas encore des adultes ; en tant qu'adulte, quand je dis adulte euh responsable voilà. Ils se découvrent, ils ont tout un, ils ont eu un changement, toute leur morphologie. Déjà, c'est pas évident à assumer, quoi, je veux dire, de, deuuuh, de passer de gamin à garçon ou de petite fille à une adolescente. C'est pas évident : le regard des autres, le, le, et puis à un moment donné d'avoir, d'avoir des envies, des envies qui n'ont pas forcément (..) d'âge, en fait. C'est ça, c'est, c'est, c'est des choses qui les, les, des fois y sont pas trop à l'aise quoi en fait ; et d'un autre côté, c'est leur vie, c'est. Si ça se passe bien, c'est ça qui est important quoi.

E : D'accord. Je vais vous demander votre âge.

M1 : 50.

E : Et donc c'est exercice rural ici.

M1 : Oui, en fait on dit semi-rural

## Entretien Médecin 11, Homme, (M11) par l'Enquêteur (E)

E : Je vais commencer par vous demander de me définir l'adolescence... Qu'est-ce que c'est selon vous ?

M11 : (petit rire) oulà. C'est une question ... (petit rire) euhhh, définition de l'adolescence? Je sais pas, j'ai pas réfléchi à la question.

E : De quel âge à quel âge, par exemple ?

M11 : Euhh, je mettrai, de l'âge, je mettrai 14-18, dans ces eaux-là.

E : D'accord, euhh, comment est-ce que vous instaurez un climat de confiance avec les adolescents ?

M11 : ... Comment je fais ?

E : Ouais.

M11 : ..... benn, je sais pas, (bredouille) de la musique, je sais pas. Enfin je...

E : Est-ce qu'il y a des mots, des gestes... des attitudes ?

M11 : C'est pas spécifique, non. Y a pas de chose spécifique.

E : Ça vient naturellement ?

M11 : Ben écoutez, oui. J'avoue que j'ai jamais réfléchi à une attitude particulière, spécifique que ce soit avec les adolescents, les vieux, les jaunes. J'essaie d'avoir la même attitude. Non, je pense pas, au contraire, je pense que j'ai plutôt une attitude adulte, on va dire, si on veut être un peu plus euh. Je les vouvoie à partir de 15 ans ça c'est clair. Après, est-ce que j'ai d'autres attitudes spécifiques, non. A partir de 15 ans, je discute avec eux comme si c'était eux qui, comme si c'était des adultes en fait, si c'est un peu ça le sens de votre question.

E : euh est-ce que vous pouvez me raconter la dernière consultation où vous avez parlé de sexualité avec un adolescent ? Qu'est-ce que c'était, qu'est-ce que vous avez dit ?

M11 : Euh avec UN adolescent, c'est-à-dire masculin ou ...

E : Non et puis c'est sexualité au sens large, ça peut être versant biologique, versant psychologique.

M11 : Dernière fois, ben c'est euhh, attendez parce qu'alors là, c'est pas évident, ... dernière fois que j'en ai parlé, on en a parlé oui, si c'était plus lors d'une description d'un oestro-progestatif chez une adolescente, ça y est, je vois qui c'est, euh où on a parlé, moi je case toujours mon petit laïus MST euh lors de la première consultation, enfin lors de la première prescription de pilule

E : Comment vous l'amenez, comment ça se passe ?

M11 : Comment je l'amène ?

E : Mmh.

M11 : Ben, je sais pas, comment je l'amène. Ben j'en cause donc euh, en pratique, comment je l'amène. Comment, dans la conversation, si vous voulez, moi je fais comme, c'est pas spécifique, si vous voulez, c'est pas systématiquement comme ça. Il me semble bien que c'était en ... en décrivant ..euh le fait que la pilule c'est pas, ça protège pas... Voilà, je crois que j'ai dit ça comme ça, que ça protégeait pas des maladies sexuellement transmissibles donc on parle à ce moment-là éventuellement du préservatif, des choses comme ça, parce qu'il me semble que j'ai fait comme ça, cette fois-là. Voilà, ça dépens, ce que je sais, c'est, voilà, j'essaie toujours de caser ce laïus-là, aux premières consultations, après je sais pas trop, je pense que je le dis peut-être je sais pas si c'est utile.

E : Ok. Quelles sont les différents types de consultations qu'il peut y avoir où on est amené à parler de sexualité avec les adolescents ? ... Dans quelles circonstances ?

M11 : Je pense qu'à leur demande, c'est jamais. La réponse est simple. Je pense que, enfin moi j'ai jamais eu de demande spécifique ou alors c'est euhhh non je pense que c'est à leur demande. Je pense pas qu'à leur demande, c'est jamais à leur demande là-dessus. Moi je pense que j'ai jamais vu quelqu'un qui est venu me voir en me disant voilà euh. On vient me voir aussi dans les conditions de voilà, c'est quand ils ont eu un. Deuxième possibilité, quand ils ont eu un rapport un petit peu scabreux entre guillemets c'est-à-dire ils se sont dit « oulà mais à propos j'ai oublié, j'ai pas de préservatif machin, c'est quoi les maladies ». Voilà donc, ça, on peut avoir ça.

C'est vraiment une demande donc voilà c'est pas une demande sssssprimaire. C'est vraiment une demande secondaire, c'est une demande suite à un évènement qui leur a posé question.

E : A part les risques de MST, y-a d'autres types de consultations où vous êtes amené à parler

M11 : Sincèrement, on... de sexualité au sens large ?

E : oui, large.

M11 : (respiration), chez les ados, donc on dit 14-17, 14-18. Je vais être honnête je pense que c'est exceptionnel, enfin parce que là j'en ai pas en tête, alors a veut pas dire que que j'en fait pas parce que je vous dit quelque chose c'est exceptionnel.

E : Quand il y a des consults, quand y en a quelques unes, qu'est-ce que, que vous demande les adolescents ?... Quelles sont leurs questions, leurs demandes dans ce genre de consults ?

M11 : ..... (respiration) Vraiment des questions médicales c'est-à-dire, genre MST c'est surtout ça. C'est pas du tout sur la psychologie ex cetera. Jamais, alors ça c'est jamais. Est-ce que je suis pas à l'écoute là-dessus ou est-ce que je réponds pas, je sais pas ; En tout cas c'est jamais. C'est que sur un versant médical et pathologique quoi.

E : D'accord. Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a une différence quand c'est un garçon ou une fille, du fait que vous soyez un médecin homme ? Est-ce que votre discours change ? De quelle façon ?

M11 : Le discours change entre les ado et les adolescentes, c'est ça ? Le discours change ?

E : Est-ce que vous avez l'impression que la consult est différente ? Sur les sujets aborder, sur la façon de le faire

M11 : Oui je pense que les gars y sont peut-être un peu plus confiant, voilà y se Je pense qu'effectivement les garçons sont plus, pose des questions un petit peu plus direct.....

E : Vous avez quelques exemples ?

M11 : Non, j'ai pas d'exemples particuliers. Euhhh, y en a un qui me pose des questions euhh, j l'ai vu il y a pas très longtemps, qu'est-ce qu'il me posait comme question..... Ça doit être une question à la con mais je me souviens plus. Euh, attendez, je vais réfléchir parce que ça me.....oui, y avait plus de risque. Oui c'était par rapport sa question c'était par rapport à la période des règles, si il y avait plus de risque d'attraper des maladies, euh voilà, si on était proche de la période des règles ou pas.

E : D'accord

(rires)

M11 : Voilà c'était une question assez saugrenue et pas forcément

E : Oui, c'est pas banal.

M11 : Oui, je dois dire que c'était pas banal. Si, si, je vois, il m'avait posé cette question-là et j'avoue que je (bafouille un peu). Enfin bref, je lui ai donné la réponse. Comme il y en a pas énormément, c'est délicat cette question-là. (sourit)

E : D'accord

M11 : Qui peut déstabiliser un petit peu.

E : Et comment vous avez répondu du coup ? Comment est-ce que ?

M11 : oh ben j'ai répondu simplement. Rien de particulier sur le plan médical.

E : C'est une réassurance en fait de dire que y a pas de

M11 : Ouais ouais, après si c'était autre chose qu'il voulait me faire dire je sais pas euh soit j'ai pas attraper l'hameçon, soit j'ai pas euh, si si ouais mais non y avait pas d'autre. Non sinon si on reste dans la tranche d'âge avant 18 ans, j'ai pas d'autres exemples en tête récent.

E : Et donc entre garçon et fille, ça fait quand même une différence dans le discours selon que vous avez une adolescente ou un adolescent en face ?

M11 : Ca dépend si vous voulez parce que dieu sait que notre place est un peu privilégiée ; Si c'est une adolescente que je vois depuis l'âge de 2 ans, si vous voulez la relation qu'on peut voir entre guillemets, elle est différente, ils ont jamais connu quelqu'un d'autre Voilà, donc après, on peut avoir une relation de confiance, enfin j'espère en tout cas et je pense que les questions leur viennent peut-être plus facilement à ce moment-là que si c'est sporadique sur quelqu'un que je connais pas ou pas bien parce que je sais pas du tout leur vécu, je sais pas leur histoire euh personnelle ou familiale

donc euh . C'est vrai de connaître leur histoire familiale ou personnelle c'est important. On a pas du tout la même attitude si on sait que, je sais pas, le père il a eu, euh, qu'on sait vaguement qu'il se barre ailleurs, ça c'est déjà arrivé, vous voyez les attitudes sont pas forcément identiques.

E : Et euh ben du fait que vous soyez souvent, le plus souvent le médecin de famille, qui voit les autres membres de la famille, comment est-ce que vous gérez les craintes qu'ils peuvent avoir en matière de confidentialité, s'il y en a ?

M11 : Je leur dit toujours.

E : Mmh

M11 : A partir du moment où voilà, ils ont l'impression qu'ils vont sortir des trucs difficiles, je leur dit, « de toute façon, moi je le répèterai pas à tes parents. Enfin, voilà, y a des exceptions, je leur dit « je le répèterai pas si tu le souhaites de toute façon, je le répèterai pas ou si vous le souhaitez je le répèterai pas, avant 15 ans. C'est 15 ans, ça c'est une décision que j'ai prise : 15 ans je vouvoie, avant 15 ans je tutoie (petit rire).

E : D'accord. Et du coup comment ça se fait le passage. Enfin, quand vous les suivez, vous les tutoyer et euh

M11 : Je leur dit.

E : Vous leur dites « à partir de maintenant »

M11 : Ouais, soit je leur dit, « maintenant, voilà maintenant, écoute, t'es plus un enfant, aujourd'hui je vais te prendre comme une grande personne et je vais te vouvoyer. »

E : D'accord, Ok. Et ça se passe bien, pas de souci ?

M11 : Je sais pas mais en tout cas, moi je pense que j'ai après, je pense qu'ils, je sais pas, j'ai pas fait de screening en disant, en leur demandant comment ils ont réagi à ça. Je pense que c'est bien, je veux dire, tutoyer un gamin de 18 ans ou une gamine de 18 ans, moi j'ai pas de raison de les tutoyer plus que, même si je les ai vus en tant que médecin. Si je les ai vus 30 fois dans ma vie, ¼ d'heure, c'est pas pour ça que je deviens une proche.

E : Comment est-ce que vous gérez la consultation quand il y a un tiers, quand il y a un parent, un ami ?

M11 : Sur le thème de la sexualité toujours ?

E : Ouais

M11 : .....

E : Vous abordez différemment, vous

M11 : ..... C'est forcément différent.

E : En quoi ?

M11 : C'est forcément différent, parce que je pense que les ados, ils ont pas les même, à part peut-être avec certains parents, mais pas forcément. Enfin ça dépend des parents quoi. Y a des parents qui vont être plus ouvert entre guillemets, d'autres qui sont un peu plus... Donc c'est forcément différent. Après, dans ces cas-là, quand c'est un peu compliqué, je, je peux botter en touche en disant. Voilà, euh, si, euh, vous voulez en discuter, on peut en rediscuter ensemble. Enfin, si votre maman ou votre papa est d'accord, tout seul. Et puis donc, voilà, quelques fois, y a des parents qui sortent, des fois y a des parents qui sortent pas, des fois ils reviennent tout seul. Ça dépend un petit peu de chacun, ça j'ai déjà vu, ouais.

E : Et quand le parent sort pas, du coup, le, vous dites pas la même chose, comment ça

M11 : Si, je peux dire, enfin ça dépend, enfin la même chose, je pense que la relation, enfin si, c'est un truc intime, donc quelque part, je pense que c'est biaisé.

E : Mmh. Il dira pas forcément ce qu'il a besoin de dire.

M11 : Oui, je pense. Je pense que c'est forcément biaisé ou alors de façon très exceptionnelle mais bon. Je pense que ça arrive, je pense qu'il y a des parents qui sont avec qui ils arrivent à avoir une relation relativement ouverte et sincère, enfin je veux dire, voilà, ils sont pas trop gênés, ça reste assez, j'ai l'impression que c'est rare, j'ai l'impression.

E : D'accord, mmh, si vous avez déjà été confronté au sujet, comment est-ce que vous faites par rapport à l'homosexualité, quand y a des questions ?

M11 : Chez les ados ?

E : Oui

M11 : Y en a jamais. Sincèrement, c'est un truc, je me suis toujours posé la question, parce que j'ai, parce que y a des gamins, on peut se poser la question parfois. Chez les ados, je vois pas. 18 ans, j'ai déjà vu. Peut-être 17 ans, j'ai un gars que je vois, auquel je pense, euh, il m'en a, je crois, enfin il m'en avait jamais parlé avant qu'il soit plus vieux.

E : Avant d'être plus mûr. D'accord. Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la sexualité des adolescents... rôle, mission enfin ? Quelle est sa place ?

M11 : Moi, je garde une place médicale sincèrement c'est-à-dire que je, je vais pas faire de psychologie de comptoir. Enfin voilà, je pense que la psychologie de la sexualité est quelque chose de très compliqué et qui n'est pas du tout dans mes compétences. Voilà, moi j'ai pas la compétence, c'est clair. L'aborder me paraît dangereux..... en ¼ d'heure

E : oui

M11 : Hein ? Cela me paraît dangereux. Voilà, moi je reste toujours très médical sur les conséquences, on va revenir sur les MST. Il y a les MST, y a la contraception enfin les choses qui sont vraiment très médical.

E : la grossesse, tout ça

la grossesse éventuel ce qui peut arriver, c'est déjà arrivé. Quelque part, voilà moi je, voilà, sur la psychologie si c'est votre question, euh, moi sincèrement, je pense que c'est dangereux pour moi de me lancer là-dedans.

E : Mais même sur le plan médical, quelles sont les interventions que doit faire le médecin, enfin, que doit faire le médecin généraliste ?

M11 : Quelles sont les interventions ? Ben c'est de la prévention. On doit faire de la prévention. Moi, je parle de la prévention des MST, faut quand même qu'on en parle vachement euh, parce que maintenant on en parle moins, on en a parlé beaucoup à un moment

E : Et ça revient

M11 : Et ça revient doucement donc faut, c'est pour ça que j'ai toujours un laïus. Reste les, le plus compliqué, c'est l'abord, parce que, parce qu'il faut quand même avoir un petit peu de euh, c'est l'ado, c'est le gars, c'est le garçon, 14-17, qui a pas de souci de santé, qui fait pas de sport et qu'on voit jamais.

E : Et qu'on voit jamais !

M11 : Donc, ça tout de façon, celui-là, ça c'est clair, et je pense que ça représente un paquet de gens quand même. Sur les gens qui font du sport, j'avoue que pendant les certificats médicaux pour le sport euh, je, je, je, j'en parle pas. Peut-être que je devrais, je sais pas. En tout cas, j'en parle pas.

E : c'est difficile, peut-être, de faire le lien entre

M11 : J'en parle pas, je sais que j'en parle pas. Si on peut faire mieux ou pas, je. Je ne saurai vous dire.

E : Dans les consultations où vous avez abordé la sexualité, est ce que vous avez abordé l'épanouissement sexuel, et de quelle façon ? avec les adolescents.

M11 : Non, non, moi j'aborde pas ça. Je pense que ça reste de la, on n'a pas le temps de faire ça, on n'a pas le temps. Si on le fait, y faut prendre du temps, y faut. C'est pas gérable, c'est pas gérable de discuter de ce genre de chose, je dirai, dans le cadre de soins primaires comme on fait nous. Enfin à ce jour, en tout cas.

E : C'est plus une question de temps que de facilité de communication, c'est ça ?

M11 : Ça pourrait être intéressant mais en même temps, c'est pas, si vous voulez, c'est un peu à double tranchant, faut se méfier. Parler de ça, si ça tombe comme un cheveu sur la soupe, euh. Le mec, y va dire « mais qui c'est celui-là, qu'est-ce qui me veut », attendez, c'est pas si simple Des fois, quand on lit des fois un peu, les petites histoires de chasse sur, voilà, on tombe sur une érotomane ou je sais pas quoi. Bonjour, on va se retrouver dans le, dans le, dans des soucis gravissimes. Donc c'est vraiment pas simple.

E : Où est-ce que vous pensez que les jeunes s'informent ? Comment est-ce qu'ils s'informent actuellement ?

M11 : Ben euh, moi, je le vois à la maison. C'est euh, ben je sais qui en parle avec leur mère, par exemple. Parce que moi, j'ai que des filles. J'imagine que sur internet, y vont voir. Je sais qu'ils ont des cours là-dessus, en SVT, je sais qu'ils ont des

E : C'est prévu par la loi maintenant.

M11 : Donc j'ai lu qu'ils avaient ça.

E : D'accord. Ok. Donc du coup, vous avez des enfants, des adolescents, à la maison, c'est ça ?

M11 : Mmh

E : Ça vous aide dans le dialogue avec les adolescents en consultation ? Ou pas ? Et si oui, de quelle façon ?

M11 : Si, je pense que ça m'aide quelque part.

E : Et comment, ça vous aide, vous avez l'impression ?

M11 : .... Dans leur façon de fonctionner.

E : Pour les comprendre ?

M11 : Oui. C'est un peu déroutant des fois.

E : Oui. En matière de communication, vous pensez, quelles sont les méthodes pour pouvoir aborder la sexualité avec les adolescents ? Comment est-ce qu'on peut leur en parler ?

M11 : (Silence) Comment est-ce qu'on peut leur en parler ? ... Je vois que les voies, enfin je veux dire les, par rapport à ma place de médecin de soins primaires, effectivement de soins. Et donc, à partir du moment où il y a pas de soins, faire de la prévention, multi euh. Parce qu'on pourrait faire de la prévention pour l'alcool, parce qu'on pourrait faire de la prévention pour le tabac, on pourrait faire de la prévention pour la nutrition, on pourrait faire de la prévention pour tel machin et ce qui fait que, voilà, ça c'est pas possible pour l'instant dans le cadre de nos, de ce que l'on fait, dans l'état actuel des choses et du temps de travail. Je vois pas du tout comment on peut gérer tout ça à la fois, ça c'est clair ; ça je vois vraiment pas comment on peut faire ça. L'aborder de façon systématique, euh, je sais même pas si on serait à notre place. En tout cas pour l'instant. On n'a pas, on n'a pas. Notre image n'est pas celle de .. un psychologue l'aurait peut-être plus facilement ou un psychiatre. Nous on n'a pas l'étiquette encore. Soins primaires, pour l'instant, c'est pas encore (petit rire) c'est pas. On aimerait bien en avoir plus en prévention. Pour l'instant, c'est pas gérable.

E : D'accord. Ben je vais vous demander votre âge ?

M11 : Euh oui, 48.

E : Hop. Et donc exercice urbain ?

M11 : Ben oui, 3<sup>ème</sup> ville d'Eure-et-Loir

E : Ok, ben c'est fini. Je vous remercie.

## **ANNEXE 4**

### **Questionnaires**

#### **Questionnaire 1 : HEADSSS**

##### **Habitat, habitudes**

- Situation et climat familial
- Alimentation : déjeuner, préoccupation par rapport au poids
- Sommeil
- Changements d'habitudes

##### **Éducation**

- École : intérêt, fonctionnement, rendement, capacité de concentration, absentéisme
- Relation avec les pairs à l'école
- Évolution du primaire au secondaire
- Projet de carrière, d'emploi
- Travail (type, horaire, etc.)

##### **Activités, Affect**

- Loisirs et sports
- Activités sociales, sorties
- Réseau social
- Non-socialisation : isolement, raison, etc.
- Humeur : changement, irritabilité, dépression
- Estime de soi (qualités, défauts, etc.)
- Idées suicidaires
- Anxiété, stress, panique

##### **Drogues**

- Tabac, alcool, drogue : modèle de consommation, médicaments

##### **Sexualité**

- Relation amoureuse : degré de satisfaction

- Difficultés en lien avec l'orientation sexuelle
- Activités sexuelles
- Contraception
- IST
- Sévices sexuels

### **Sécurité**

- Prises de risque
- prévention des accidents
- Suicide, dépression

D'après : Neinstein LS, rédacteur. Adolescent Health Care. A Practical Guide. 4e éd. Philadelphie ; Lippincott Williams & Wilkins : 2003. p. 65.

## Questionnaire 2 : TSTS – CAFARD

### Test de dépistage d'antécédents suicidaires chez l'adolescent.

		Oui	Non
<b>Traumatologie</b>	As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin cette année) ?		
<b>Sommeil</b>	As-tu des difficultés à t'endormir le soir ?		
<b>Tabac</b>	As-tu déjà fumé (même si tu as arrêté) ?		
<b>Stress</b>	Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, par la vie de famille ou les deux ?		
<b>Cauchemars</b>	Fais-tu souvent des cauchemars ?		
<b>Agression</b>	As-tu été victime d'une agression physique ?		
<b>Fumeur</b>	Fumes-tu tous les jours ?		
<b>Absentéisme</b>	Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ?		
<b>Ressenti désagréable</b>	Diras-tu que ta vie familiale est désagréable ?		
<b>TOTAL</b>			

D'après : Ph. Blinder – F. Chabaud- Dépister les conduites suicidaires des adolescents.

### Questionnaire 3 : Questionnaire du CHU Bicêtre

1. Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ?
2. Est-ce que tu as un « régime alimentaire » particulier ?
3. Est-ce que tu sautes souvent un repas ?
4. Est-ce que tu fumes ?
5. Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ?
6. As-tu déjà fume de l'herbe ou du hash ?
7. Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin ou d'autres alcools ?
8. Si oui, plusieurs fois par jour ?
9. En scooter ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ?
10. En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ?

Réponds par « oui » ou « non »).

11. J'ai du mal à m'endormir.
12. Je me réveille souvent la nuit.
13. Je suis assez fatigué pendant la journée.
14. Il m'arrive encore de faire pipi au lit.
15. J'ai souvent mal à la tête.
16. J'ai souvent mal au ventre.
17. J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir.
18. J'ai souvent des douleurs aux jambes.
19. J'ai des règles douloureuses.
20. J'ai l'impression que mes seins sont trop petits/trop gros.
21. Ma santé m'inquiète.
22. Je me sens trop maigre.
23. Je me sens trop gros/trop grosse.
24. Je me sens trop petit/trop petite.
25. Je me sens trop grand/trop grande.
26. Je pense que mes parents s'entendent bien.
27. Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète.
28. J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents.
29. Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète.
30. L'école, c'est un problème pour moi.
31. Depuis quelques temps, ça marche moins bien à l'école.
32. Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard.
33. J'ai peur de devenir enceinte.
34. J'ai peur de rendre une fille enceinte.
35. J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour.
36. Sais-tu ce qu'est la contraception ?
37. Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible ?
38. Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ?
39. As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux parler de tout ?
40. Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il (ou elle) était très triste ?
41. Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ?

42. Si tu veux, tu peux écrire ici d'autres choses ou d'autres questions que tu as en tête.  
43. As-tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas écrire ?

Questionnaire d'amorce de dialogue entre le professionnel de santé et l'adolescent  
Hervé Moula, Françoise Mercier-Nicoux, Jane Velin

1. Je pratique une activité sportive régulière (plus de 2h/semaine).
2. J'attache toujours ma ceinture de sécurité en voiture.
3. Je fume des cigarettes tous les jours ou presque.
4. Je saute souvent des repas.
5. Je suis satisfait(e) de ma taille.
6. Je suis satisfait(e) de mon poids.
7. Il existe un problème de communication entre mes parents et moi.
8. Mes parents ont un problème de chômage.
9. Je me sens à l'aise avec les jeunes de mon âge.
10. Je préfère la solitude.
11. L'enseignement que je reçois m'intéresse.
12. Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable.
13. Je sais quel métier j'aimerais exercer plus tard.
14. Je connais des personnes qui se droguent.
15. J'ai souvent du mal à dormir.
16. Je me sens bien dans ma peau.
17. Je suis triste assez souvent.
18. Il y a des personnes autour de moi (parents, adultes) avec qui je peux parler de sexualité.
19. Je sais ce qu'est la contraception.
20. Je sais que mes vaccinations sont à jour.
21. J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler.
22. Il m'arrive de boire plus de six verres en une seule occasion.
23. Je passe beaucoup de temps devant un écran (Internet, console de jeu...).

D'après : le travail de thèse du Dr Françoise Mercier-Nicoux, Directeur Dr Hervé Moula,  
Présidente Pr Jane Velin – Faculté Xavier-Bichat Paris 7 –  
Soutenu en 1996.

# BIBLIOGRAPHIE

(Nomenclature de Vancouver)

- [1] Entre nous Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? INPES. 2009 Août; 1-82.
- [2] Rufo M, Joyeux H. Santé, adolescence et familles : rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004. Paris, Ministère de la famille. 2004; 108 p.
- [3] Jacquin P. Sexualité de l'adolescent : identité, normalité... Comment en parler ? Rev Prat Med Gen. 2010 Novembre Décembre; 24 (851): 839-45.
- [4] Tremblay R, Beslot J, Dal Moro M, Guinard M, Lagacherie O, Trombert H. Guide d'éducation sexuelle à l'usage des professionnels tome 1 : l'adolescence. Erès; 1998.
- [5] Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan Cl. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. Brit J Gen Pract. 2001 October; 51: 811-6.
- [6] Lambillotte A C. Le médecin généraliste vu par les adolescents résultats d'une enquête . Louv Med. 1998; 117: S339-46.
- [7] Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? Rev Prat 2005; 55: 1073-77
- [8] Société européenne de médecine générale. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. WONCA Europe. 2002; <http://www.woncaeurope.org> (Consulté le 16 décembre 2012)
- [9] Le petit Larousse illustré. Larousse; 2011.
- [10] Letombe B, Nisand I. Sexualité et adolescence. La lettre du gynécologue. 2012 Janvier Février; 368-369: 9-15.
- [11] Waelbroeck A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. Rev Med Brux. 2006; 27: S392-5.
- [12] Organisation Mondiale de la Santé [En ligne]. Disponible: [www.who.int/about/definition/fr/print.html](http://www.who.int/about/definition/fr/print.html) (Consulté le 16 décembre 2012)
- [13] Jacquin P. L'adolescence est-elle une pathologie ? Arch Pediatr. 2004; 11: 301-3.

- [14] Caflisch M, Duran M. Aborder la sexualité à l'adolescence – Réflexion autour de l'introduction du vaccin contre les virus HPV. *Paediatrica*. 2008; 19(2): 21-3.
- [15] Stheneur C. La première consultation avec un adolescent  
*Arch Pediatr*. 2009; 16: 1309-12.
- [16] Harvey K J, Brown B, Crawford P, Macfarlanec A, McPherson A. 'Am I normal?' Teenagers, sexual health and the internet. *Soc Sci Med*. 2007; 65: 771–81.
- [17] Kjellberg G. Adolescence et sexualité. *Revue Médicale Suisse*. [En ligne]. 2006 mars [consulté le 20 Mars 2012]; 58: [7pages]. Consultable à l'URL <http://rms.medhyg.ch/revue.php> (Consulté le 20 mars 2012)
- [18] Roynet D. La sexualité de l'adolescent. *Rev Med Brux*. 2007; 28: 353-5
- [19] Friedman H L. Formation aux techniques de conseil en sexualité, procréation et santé des adolescents guide de l'animateur ; 1993; Genève. Organisation Mondiale de la Santé.
- [20] Van Meerbeeck P. L'adolescence vulnérable. *Louv Med*. 200; 119: S213-20.
- [21] Bajos N, Bozon M. Contexte de Sexualité en France. Paris: La découverte; 2008.
- [22] Wood P L. Teenage Sexuality in Different Cultures. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012 August; 25: 22-32.
- [23] Jeammet P. La dimension psychique de la sexualité des adolescents d'aujourd'hui. *Gynécol Obstét Fertil*. 2005; 33: 624–6.
- [24] Serfaty D. Contraception. 4e éd. Paris: Elsevier Masson; 2011.
- [25] Jacquin P. Pourquoi et comment aborder la contraception en pédiatrie de ville ? *Arch Pediatr*. 2002; 9, Suppl 2 : 248-50
- [26] Tron I, Louacheni C, Pennognon L. La sexualité des jeunes en Bretagne : état des lieux. Conseil Régional de Bretagne. 2011 Juin; 113 p.
- [27] Aissaoui M. Données de base sur les adolescents et les jeunes. INAS du 19 au 23 décembre 2003. Disponible: [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma) (Consulté le 7 mars 2012)
- [28] Weill-Raynal A. Le droit à l'information de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pediatr*. 2000; 7, Suppl 2 : 156-8
- [29] Judlin P G. Les maladies sexuellement transmissibles de l'adolescente. *J Pédiatr Puériculture*. 2001; 14: 145-51.

- [30] Mansi Kanuga B A, Rosenfeld W D. Adolescent sexuality and the Internet: the good, the bad, and the URL. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004; 17: 117-24.
- [31] Suzuki L K, Calzo J P. The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. *Appl Dev Psychol*. 2004; 25: 685-98
- [32] L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Circulaire N°2003-027 DU 17-2-2003. Disponible: <http://www.education.gouv.fr> (consulté le 15 Décembre 2011).
- [33] Giami A. Une histoire de l'éducation sexuelle en France : une médicalisation progressive de la sexualité (1945–1980). *Sexologies*. 2007; 16: 219–29.
- [34] Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspeepe F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pediatr*. 2010; 17: 219-25.
- [35] Lida-Pulik H, Enjolras F, Isserlis C. La maison des adolescents : une rencontre innovante entre générations ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* . 2011; 59: 81-5
- [36] Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etat de santé et recours aux soins. *L'information en économie de la santé*. 2002 Mars ; 49 : 1-6
- [37] Macdowall W, Parker R, Nanchahal K, Ford C, Lowbury R, Robinson A et al. 'Talking of Sex': Developing and piloting a sexual health communication tool for use in primary care. *Patient educ couns*. 2010; 81: 332–7.
- [38] Baltzer F, Elliot A, Katzman D, Pinzon J, Sankaran K, Taddeo D. L'orientation sexuelle des adolescents. *Paediatr Child Health*. 2008; 13(7): 626-30
- [39] Qu'est-ce que l'adolescence ? [En ligne]. Disponible: [www.cdom53.fr](http://www.cdom53.fr) Adolescence.pdf (Consulté le 25 février 2012)
- [40] Kelts E A S, Allan M J, Klein J D. Where are we on teen sex ? : Delivery of reproductive health services to adolescents by family physicians. *Fam Med*. 2001 Mai; 33, 5: 376-81.
- [41] Questions d'adolescents. *Prescrire*. 2008 Juillet; 28 (297): 550.
- [42] Boulestreau Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [thèse]. Université de Nantes; 2009.
- [43] Alvin P. Contraception chez l'adolescente : le grand paradoxe. *Arch Pediatr*. 2006; 13: 329–32.
- [44] Döring N M. The Internet's impact on sexuality : A critical review of 15 years of

research. *Comput Hum Behav.* 2009; 25: 1089–101

- [45] Laidlaw T S, Kaufman D M, Sargeant J, MacLeod H, Blake K, Simpson D. What makes a physician an exemplary communicator with patients? *Patient educ couns.* 2007; 68: 153–60.
- [46] Code de la santé publique Partie législative, L1111-2, L1111-4,4 et L2212-7. Disponible: <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 2 février 2012).
- [47] Peyrebrune C. La place des parents dans la consultation de l'adolescent. De la cacophonie à la polyphonie, le travail du généraliste avec l'adolescent et un tiers. *Arch Pediatr.* 2006; 13: 741–50.
- [48] Benson P L, Damon W, Lerner R M. It's 2009: Do you know where your teenager is? *Journal of Applied Developmental Psychology.* 2009; 30: 645–47.
- [49] Aspy C B, Vesely S K, Oman R F, Rodinec S, Marshall L, McLeroy K. Parental communication and youth sexual behavior. *J Adolescence.* 2007; 30: 449–66
- [50] Pagot E. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale [thèse]. Université de Nantes ; 2010.
- [51] Légeron P, Allaf B, Laroche F. Médecin-patient Quelles attitudes relationnelles ? *Rev Prat Med Gen.* 2007 Novembre; 21 (786-787): 998-1000.
- [52] Jucks R, Paus E, Bromme R. Patients' medical knowledge and else counseling : what kind of information helps to make communication patient-centered ? *Patient educ couns.* 2012; 88: 177-83.
- [53] Barais M. Ejaculation prématurée : stratégies pour aborder le sujet en médecine générale : étude qualitative par analyse thématique de 11 entretiens semi directifs [thèse]. Université de Brest ; 2009.
- [54] Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents: le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers.* 2003 Mars; 72: 34-47
- [55] Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen.* 2005 Novembre; 19 (710-711): 1307-13.
- [56] Jacquin P. La différence des sexes dans la demande de soins à l'adolescence. *Gynécol Obstét Fertil.* 2002; 30: 596-602
- [57] Masmoudi-Soussi J, Bellaaj-Lachtar F, Aloulou-Bouguecha J, Amami O, Halouani A, Jarraya A. Vie sexuelle des adolescents (enquête auprès de 352 étudiants tunisiens). *Annales médico-psychologiques.* 2006; 164: 395-401.

- [58] Yahyaoui A, El Methni M, Ben Hadj Lakhdar D, Gaultier S. Représentations et vécus de la sexualité à l'adolescence et appartenances culturelles. Étude comparative auprès de 134 adolescentes. *Neuropsychiatr enf.* 2010; 58: 132–9
- [59] Tellier P-P. Conseiller l'adolescent homosexuel qui se présente au cabinet. *Le Médecin du Québec*. 2007 avril; 42(4): 81-86.
- [60] Sally M, Harris D, Harris M B. Adolescents' Questions About Sex  
*J Adolescent health care*. 1983 December; 4(4)b: 225-9.
- [61] Amaoua-Landau Y. Contraception-sexualité-MST : comment les adolescents entendent le dialogue avec le médecin généraliste. Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne [thèse]. Université de Paris 7; 2001.
- [62] Roger H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? : enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième [thèse]. Université de Rouen ; 2009.
- [63] Poirier M. Quelle place accorde-t-on à la sexualité lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ? [thèse]. Université de Nantes; 2010.
- [64] Boekeloo B O, Schamus L A, Cheng T L, Simmens S J. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physician. *Arch Ped Adol Med*. 1996; 150: 1146-52.
- [65] Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ?. *Rev Med Suisse*. 2008; 161(4): 1456-58. Consultable à l'URL <http://rms.medhyg.ch> (Consulté le 15 janvier 2012)
- [66] Winaver D. Sexe et sentiments. *Gynécol Obstét Fertil*. 2002; 30: 303–7.
- [67] Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. (7e édition). Paris: Masson; 2008: 570-604.
- [68] Godeau E, Vignes C, Duclos M, Navarro F, Cayla F, Grandjean H. Facteurs associés à une initiation sexuelle précoce chez les filles : données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged (HBSC)/OMS. *Gynécol Obstét Fertil*. 2008; 36: 176–82.
- [69] Temple-Smith M J, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect*. 1999; 75: 41–4
- [70] Burd I D, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. *J Sex Med*. 2006; 3: 194-200
- [71] Giami A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la

sexualité. Singuliers généralistes. Sociologie des Médecins Généralistes.  
INSERM : IFR 69.  
2010; 147-67. Disponible: <http://www.hal.inserm.fr/inserm-00511538>  
(Consulté le 12 Juin 2012)

**TITLE :** How general practitioners from Eure-et-Loir (France) start discussion and/or answer teenager's questions about sexuality ?

## Summary

General practitioners (GP) can inform and answer the questions that arouse at the teenager's physical, psychological changes and the appearance of sexuality. But talking about sexuality can turn out sensitive especially during this difficult passage of child's state, dependent on his parents, to a state of autonomous adult. The objective of this work was to understand how the GP spoke about sexuality with teenagers.

**Method:** Qualitative survey realized through individual interviews semi-managed with doctors of Eure-et-Loir, selected for their diversity by the technique known as "snowball". The interviews were realized until saturation of the data.

**Results:** All the 20 GP (10 women) questioned approached sexuality with the teenagers. Various strategies and techniques were used, certain close to motivational interview (empathy, intonation and attitudes), the others in a more holistic approach by building a relationship of trust. Brakes were persisting in the communication: sex of the interlocutors, lack of opportunities to talk about sexuality with a healthy population, presence of parents, absence of questions from the teenagers, etc.

**Discussion:** The biomedical aspects seemed consensual, the psychoaffective aspects seemed less approached. The strategy of the "open door" seems to answer the not expressed demands and the will of the teenager that the practitioner was the first to approach the subject.

**Conclusion:** GP used various strategies to approach sexuality with teenagers. A more specific approach of the teenager and systematization of psychoaffective aspects of sexuality should be done later.

**Key Words:** Teenagers, Adolescent, Sexuality, Communication, Primary care, Family physicians, General practitioners, Qualitative survey

**Jury:** Monsieur le Professeur PERROTIN

Monsieur le Professeur CHANTEPIE

Monsieur le Professeur GAILLARD

Madame le Docteur HUAS

**Date of support:** 2012 october the 12th

**Mail adress of the autor:** marianne2097@yahoo.fr

### Résumé

Les médecins généralistes (MG) peuvent informer et répondre aux questions, que suscitent chez les adolescents les changements physiques, psychologiques et l'apparition de la sexualité. Mais parler de sexualité peut s'avérer délicat notamment lors de ce passage difficile d'un état d'enfant, dépendant de ses parents, à un état d'adulte autonome. L'objectif de ce travail était de comprendre comment les MG parlaient de sexualité avec les adolescents.

Méthode : Enquête qualitative réalisée à travers des entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins d'Eure-et-Loir, sélectionnés pour leur diversité par la technique dite « boule de neige ». Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

Résultats : Les 20 MG (10 femmes) interrogés abordaient la sexualité avec les adolescents. Diverses stratégies et techniques étaient utilisées, certaines proches de l'entretien motivationnel (empathie, intonation et attitudes), d'autres dans une démarche plus holistique par l'élaboration d'une relation de confiance. Il persistait des freins à la communication : sexe des interlocuteurs, manque d'occasion d'aborder la sexualité dans une population en bonne santé, présence des parents, absence de questions de la part des adolescents, etc.

Discussion : Les aspects biomédicaux semblaient consensuels, ceux psychoaffectifs paraissaient peu abordés. La stratégie de la « porte ouverte » semble répondre aux demandes non exprimées et à la volonté de l'adolescent que ce soit le praticien qui aborde le sujet.

Conclusion : Les MG utilisaient de nombreuses stratégies pour aborder la sexualité avec l'adolescent. Une approche plus spécifique de l'adolescent et une systématisation des aspects psychoaffectifs de la sexualité serait à étudier ultérieurement.

Mots-clés : Adolescent, Sexualité, Communication, Médecine générale, Médecins de famille, Etude qualitative

Key Words : Teenagers, Adolescent, Sexuality, Communication, Primary care, Family physicians, General practitioners, Qualitative survey

Jury : Monsieur le Professeur PERROTIN

Monsieur le Professeur CHANTEPIE

Monsieur le Professeur GAILLARD

Madame le Docteur HUAS

Date de soutenance : 25 octobre 2012

Coordonnées de l'auteur : marianne2097@yahoo.fr