

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 005

THESE

pour l'obtention du

**DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

**DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES
MEDECINE GENERALE**

par

Maud Poirier

née le 9 novembre 1980 à Les Lilas (93)

présentée et soutenue publiquement le 4 février 2010

**Quelle place accorde-t-on à la sexualité
lors de la consultation de l'adolescent en médecine générale ?**

A partir d'un focus group de médecins généralistes.

Président du Jury :	Mr le Professeur AMAR
Directrice de thèse :	Mme le Professeur LACAILLE
Membre du Jury :	Mr le Professeur SENAND
Membre du Jury :	Mme le Docteur OHEIX

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
CONCEPTS ET CONTEXTE	5
1. ADOLESCENT.....	6
1.1. Repères socio-historiques.....	6
1.2. La puberté ou le développement corporel à l'adolescence	7
1.3. Le pubertaire ou la transformation psychique à l'adolescence	8
2. SEXUALITE	11
2.1. Définition de la sexualité.....	11
2.2. Sexualité de l'adolescent	12
3. LES ACTEURS DE SOINS, PLACE DU MEDECIN GENERALISTE.....	16
3.1. De l'intérêt des moyens de prévention et d'éducation.....	16
3.2. Les personnes ressources et les moyens mis en œuvre	17
3.3. Le médecin généraliste, acteur de soin pour l'adolescent.....	20
ETUDE ET ANALYSE	22
1. MATERIEL ET METHODE	23
1.1. La méthode	23
1.2. Notre focus group	25
1.3. Méthode d'analyse.....	27
2. ANALYSE DE L'ETUDE	29
2.1. Le constat.....	29
2.2. Les freins à l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité	30
2.3. Comment aborder le sujet de la sexualité avec l'adolescent ?.....	33
2.4. Intérêt d'une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent	37
DISCUSSION	40
1. PARTICULARITES ET LIMITES DE L'ETUDE	41
1.1. Choix du sujet.....	41
1.2. Participants : choix des médecins	41
1.3. Choix de la méthode	42
1.4. Avantages du focus group.....	42
1.5. Limites du focus group	43
2. SEXUALITE DE L'ADOLESCENT : L'ABORD DU SUJET.....	46
2.1. Pratique des médecins.....	46
2.2. Les difficultés du médecin.....	48
2.3. Pourquoi est-ce au médecin d'aborder le sujet ?.....	52
3. COMMENT FAVORISER L'ABORD DE CE SUJET ?	56
3.1. Aménagement de la consultation	56
3.2. Une consultation annuelle gratuite	59
3.3. L'usage de référentiels	61
3.4. Les différents intervenants.....	65
CONCLUSION.....	67
ANNEXES	70
LISTE DES ABREVIATIONS	97
BIBLIOGRAPHIE.....	98
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	105

INTRODUCTION

Les années d'adolescence marquent une rupture avec l'enfance et peuvent être ressenties comme une période difficile voire douloureuse. L'adolescent éprouve des émois, des sensations inconnues qui trouvent leurs origines dans la transition d'une sexualité infantile à une sexualité adulte. Que ce soit à travers les transformations pubertaires, l'adaptation du psychisme ou l'évolution des relations aux Autres, la sexualité est ainsi au cœur des bouleversements de l'adolescence.

Face aux interrogations et aux difficultés de l'adolescent intéressant le domaine de la sexualité, tous les intervenants en contact avec lui doivent se sentir concernés. Le médecin généraliste a, notamment, une place modeste mais importante ; il peut apporter un soutien dans cette découverte de la sexualité. En effet, il peut aider l'adolescent à appréhender les différents changements corporels, psychiques, relationnels, et l'informer sur les aspects préventifs entourant la sexualité. Par sa fonction, le médecin généraliste pourrait représenter un interlocuteur privilégié de l'adolescent. Cependant, les enquêtes réalisées auprès des adolescents démontrent que le sujet de la sexualité ne semble que rarement évoqué en consultation de médecine générale.

Ainsi, nous avons souhaité étudier, à partir d'un *focus group*, le point de vue des médecins généralistes sur l'abord de ce sujet avec leurs patients adolescents.

En pratique, les médecins abordent-ils le sujet de la sexualité et quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ?

D'autre part, nous avons discuté sur les moyens de favoriser l'abord de la sexualité avec l'adolescent en médecine générale.

Enfin, nous avons voulu connaître l'avis des médecins généralistes sur l'aide que pourrait apporter l'instauration d'une consultation annuelle gratuite dans cette démarche.

« Elle avait cette grâce fugitive de l'allure qui marque la plus délicate des transitions, l'adolescence, les deux crépuscules mêlés, le commencement d'une femme dans la fin d'un enfant. »

*Victor Hugo,
Les travailleurs de la mer (1866).*

CONCEPTS et CONTEXTE

L'adolescence est empreinte de nombreux changements tant sur le plan corporel que sur le plan psychique. Ce chapitre nous semble fondamental afin de percevoir, dans un premier temps, les particularités propres au patient adolescent et notamment tous les bouleversements qu'il doit affronter. Nous nous pencherons ensuite sur un domaine spécifique de sa santé, la sexualité, une dimension qu'il est amené à découvrir au moment de la puberté. Et enfin, face aux enjeux de cette découverte de la sexualité, nous essaierons, dans ce préambule à notre étude, de mieux cerner le rôle du médecin généraliste auprès de l'adolescent.

1. Adolescent

1.1. Repères socio-historiques

1.1.1. Histoire et définition

« Adolescent » dérive du mot *adulescens* (qui croît, qui grandit), prélude à l'adultus (qui a cessé de grandir, de pousser). A travers les époques, la vision de l'adolescent et de l'adolescence n'a pas toujours été la même. C'est à partir du XVI^{ème} siècle que le phénomène de l'adolescence s'est progressivement installé. Mais ce n'est que vers la fin du XVIII^{ème} siècle et au début du XIX^{ème} que l'adolescent moderne fait son apparition¹, ce dont témoignent certaines productions littéraires comme *L'Emile* de Rousseau, *Le Figaro* de Beaumarchais ou encore *Le Werther* de Goethe. Jean Jacques Rousseau² nommait cette période de l'adolescence : « **la seconde naissance de l'homme** », et la décrivait comme une crise : « *cette orageuse révolution s'annonce par le murmure des passions naissantes... Un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendent l'enfant presque indisciplinable. Il devient sourd à la voix qui le rendait docile ; c'est un lion dans sa fièvre ; il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné... il n'est ni enfant ni homme et ne peut prendre le ton d'aucun des deux...* ». Il y voyait une étape, certes romantique, mais dangereuse, pour l'individu lui-même et pour la société, d'où l'organisation d'apprentissages (la scolarisation, la socialisation ou l'amour de la nature) afin d'en domestiquer les pulsions désordonnées.

Il n'existe pas une **définition** de l'adolescence, mais plusieurs. Cette période de transition est marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales, elles-mêmes sous l'influence d'un contexte socio-culturel donné. La transition pourrait être définie par :

- le développement biologique, depuis le début de la puberté jusqu'à la pleine maturité sexuelle et reproductive ;
- le développement psychique, depuis les caractéristiques cognitives et affectives de l'enfance jusqu'à celles de l'âge adulte ;
- le passage de l'état de totale dépendance socio-économique qui caractérise l'enfance à un état de relative indépendance.³

¹ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nd ed. Paris : Masson, 2005, 453 p. (Collection pour le praticien)

² ROUSSEAU JJ. Emile, ou de l'éducation (1762). Paris : Garnier Flammarion, 1966, 629 p.

³ ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTE. Les jeunes et la santé : défi pour la société : Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Série de rapports techniques, n°731. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986.

1.1.2. Limites d'âge

En Amérique du Nord, les termes « adolescent » et « teenager » sont pratiquement synonymes et désignent les individus de 13 à 19 ans (par référence aux *teens years*, de *thirteen* à *nineteen*). Cependant la Société Canadienne de Pédiatrie⁴ préconise une définition plus fonctionnelle, conforme à celle définie par l'OMS⁵ : les adolescents sont des individus âgés de 10 à 19 ans, ce qui correspond à la segmentation faite par de nombreux travaux épidémiologiques.

En France, les tranches d'âge utilisées semblent différentes. On peut noter que certaines études statistiques et notamment celles effectuées par l'INSERM utilisent des tranches d'âge différentes telles que les 15–24 ans, les assimilant aux adolescents.

L'*Enquête sur la sexualité en France*⁶ de Nathalie Bajos et Michel Bozon, enquête sur laquelle nous nous appuyons par la suite dans notre exposé, a utilisé une **limite d'âge inférieure** de 18 ans. Dans cette enquête spécifique, les jeunes de moins de 18 ans n'avaient pas été inclus car une part relativement importante d'entre eux n'avait pas encore eu de premier rapport sexuel. En outre, la présence possible des parents, dont l'autorisation préalable est nécessaire, aurait pu conduire certains jeunes à fournir, lors de l'entretien téléphonique, des réponses ne correspondant pas à la réalité de leur vie affective et sexuelle, risquant ainsi de biaiser l'étude de cette phase de vie. Nous n'avons pas trouvé d'explications quant à la limite inférieure de 15 ans, cependant une remarque peut être émise : l'âge de 15 ans correspond à l'âge de la majorité sexuelle en France ou, pour utiliser une terminologie anglo-saxonne, à « l'âge de consentement » (*age of consent*). Par ailleurs, la **limite d'âge supérieure** est elle aussi variable selon les études. Si nous considérons l'adolescence comme un processus de changement s'appuyant sur l'autonomisation et la socialisation, nous nous rendons compte que la tranche d'âge peut s'étendre bien au-delà des 19 ans (limite prise par l'OMS), mais que celle-ci est aussi fortement dépendante de chaque individu. Ainsi, les personnes qui doivent prodiguer des soins aux adolescents ont à faire preuve d'une flexibilité suffisante pour s'adapter aux différentes situations.

1.2. La puberté ou le développement corporel à l'adolescence

La puberté vient rompre le développement linéaire de croissance de l'enfant et marque l'entrée dans l'adolescence. Elle survient dans 95% des cas entre 8,5 ans et 13 ans chez les filles et entre 10 et 14 ans chez les garçons. Les premiers **signes pubertaires** cliniquement repérables sont, chez le garçon, une augmentation palpable du volume testiculaire et, chez les filles, l'apparition du développement mammaire et d'un développement pileux. La méthode d'évaluation pubertaire la plus universellement utilisée est une technique simple d'inspection dite méthode de cotation de Tanner qui évalue la puberté en 5 stades : le stade 1 représente l'état infantile, le stade 5 l'état adulte et les 3 stades intermédiaires ceux du développement pubertaire proprement dit (Cf. Annexe 1).

⁴ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. *Paediatrics & Child Health*, 2003 ; 8 (9) : 578.

⁵ ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTÉ. Les jeunes et la santé : défi pour la société : Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Série de rapports techniques, n°731. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986.

⁶ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

Pendant les années/pubertaires, sous l'influence des hormones sexuelles et de l'hormone de croissance, l'anabolisme est intense : 50% de la masse générale et 15% de la taille finale sont acquises⁷. L'acquisition des caractères sexuels secondaires est par ailleurs le phénomène/pubertaire le plus spectaculaire.

La **ménarche**, début des premières règles, n'est qu'un repère tardif de la puberté puisqu'elle apparaît le plus souvent deux ans après les premiers signes/pubertaires⁸. La **spermarche**, première apparition des spermatozoïdes dans les urines du matin, survient dès le deuxième stade de développement/pubertaire, soit vers 13,5 – 14,5 ans⁹.

Les changements physiologiques de la puberté peuvent entraîner une vaste gamme de sentiments chez l'adolescent. Selon Annie Birraux¹⁰, la biochimie du **changement** n'affecte pas seulement le corps de l'enfant, sa morphologie ; elle modifie également son modèle interne, ses représentations, ses émotions, l'image du corps et la place qu'il lui fait dans sa relation au plaisir. Ainsi, alors que les premières éjaculations sont plutôt perçues de manière positive par les garçons¹¹, les filles perçoivent leurs premières règles de façon plus ambivalente avec parfois l'accent mis sur les aspects physiques d'inconfort ou de douleur et les risques liés à la sexualisation du corps. Le milieu socio-culturel semble jouer dans la perception de cette maturation physique¹².

1.3. Le/pubertaire ou la transformation psychique à l'adolescence

La multiplicité des problèmes posés à l'adolescent et par l'adolescence repose sur la transformation dont il est à la fois objet et sujet. L'adolescent peut ressentir un sentiment d'inadéquation, « *c'est la période du développement où l'enfant est en possession d'un organisme adulte dont il ne sait pas très bien quoi faire* »¹³.

C'est de l'assomption de sa personne avec un autre par l'exercice des fonctions génitales parvenues à maturité que dépend à ce niveau le sentiment de sécurité de la cohésion interne. Selon Evelyne Kestemberg¹³, les difficultés de l'adolescent sont essentiellement relationnelles, qu'il s'agisse d'une relation avec autrui ou avec son propre corps, ce dernier étant lui-même mis en relation avec autrui.

Afin d'étayer les transformations psychiques de la puberté, dénommées « le/pubertaire » par Philippe Gutton¹⁴, nous allons parcourir quelques notions **psychanalytiques**. Nous focaliserons notre attention sur l'avènement du sexuel à un stade conscient pour l'adolescent. Nous considérons alors comme connu et acquis le contenu des topiques freudiennes avec notamment le Complexe d'Œdipe, thème central de la première topique, et les trois instances (Ça, Moi, Surmoi) issues de la seconde topique.

⁷ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nde ed. Paris : Masson, 2005, 453 p. (Collection pour le praticien)

⁸ LA ROCHEBROCHARD (De) E. Les filles sont/pubères de plus en plus tôt. Fiche d'actualité scientifique n°1. Institut National d'Etudes Démographiques, novembre 2000.

⁹ LA ROCHEBROCHARD (De) E. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. Populations, 1999 ; 54 (6) : 933-62.

¹⁰ BIRRAUX A. L'adolescent face à son corps. Paris : Bayard, 1994, 204 p.

¹¹ STEIN JH, REISER LW. A study of white middle-class adolescent boys response to « semenarche » (the first ejaculation). J.Youth Adolesc, 1994 ; 23(3) : 373-84.

¹² LOGAN DD. The menarche experience in twenty-three foreign countries. Adolescence, 1980 ; 15(58) : 247-56.

¹³ KESTEMBERG E. L'adolescence à vif. Paris : le Fil Rouge, PUF, 1999, 265 p.

¹⁴ GUTTON P. Le/pubertaire. Le/pubertaire en ses origines. Paris : le Fil Rouge, PUF, décembre 1991, 336 p.

1.3.1. L'avènement des buts sexuels et la pulsion sexuelle

Avec le commencement de la puberté apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale. Aucune donnée antérieure ne peut en anticiper l'expérience somatique qui surprend l'enfant ; celui-ci ne peut avoir qu'un pré sentiment de ce que seront plus tard les **buts sexuels définitifs**¹⁵.

Selon Sigmund Freud¹⁶, « *c'est seulement lorsque s'achève le développement sexuel au moment de la puberté, que la polarité de la vie sexuelle vient à coïncider avec celle du masculin et du féminin* ».

La pulsion sexuelle, qui était jusqu'à maintenant auto-érotique, va se déplacer et découvrir l'objet sexuel. La pulsion correspond à une poussée ponctuelle et motrice visant à une satisfaction¹⁷. La sexualité parvenue à la puberté ne peut plus être différée.

Ceci comporte deux risques :

- la dépendance d'autant plus forte à l'objet que celui-ci est plus complémentaire, c'est-à-dire plus idéal ; nous aurons à parler d'une **aliénation identitaire** à l'autre sexe ;
- la proximité de l'objet annulant d'autant plus le trajet pulsionnel. Ceci tend à limiter l'activité psychique, le transfert objectal. Evelyne Kestemberg¹⁸ résume l'idée en considérant que « *le problème fondamental de la période de l'adolescence est de retrouver le temps d'attendre et de fantasmer* ».

La puberté, traumatisme narcissique par excellence, écroulement de la toute-puissance infantile, offre en même temps une solution sexuelle pour sa guérison :

- négative, anti-narcissique¹⁹ ; c'est la perte énergétique de l'investissement de l'autre, **dépendance** par rapport à ce « contenant » ;
- positive ; c'est la récupération de cette énergie, principe d'une quête de Graal, qui doit transformer un objet « indifférent » en un partenaire génital coopératif. Tel est le secret de **l'état amoureux partagé**¹⁵.

1.3.2. Le choix d'objet et la barrière de l'inceste

Le **choix d'objet** s'accomplit d'abord sous la forme de représentations, de fantasmes dont l'inclination sexuelle a acquis un caractère différencié en vertu de l'attirance sexuelle de l'enfant vers les parents : le fils vers la mère et inversement la fille vers le père. Ainsi le courant sensuel semble suivre les voies antérieures et investir de charges libidinales beaucoup plus fortes les objets de choix primaires infantiles. Cependant, ces représentations ne sont pas destinées à se réaliser, nous voyons se dresser la **barrière de l'inceste**. Se manifestera alors « *la tendance à trouver le plus tôt possible le passage de ces objets inadéquats, dans la réalité, à d'autres objets étrangers avec lesquels on peut mener une vie sexuelle réelle* »¹⁷.

¹⁵ GUTTON P. Le pubertaire. Le pubertaire en ses origines. Paris : le Fil Rouge, PUF, décembre 1991.

¹⁶ FREUD S. La vie Sexuelle. L'organisation génitale infantile. Paris : PUF, 1985, 168 p.

¹⁷ FREUD S. Trois Essais sur la théorie de la sexualité. Les transformations de la puberté. France : Editions Gallimard, 1962, 189 p. (Collection Idées)

¹⁸ KESTEMBERG E. L'adolescence à vif. Paris : le Fil Rouge, PUF, 1999, 265 p.

¹⁹ PASCHE F. L'anti - narcissisme. Rev fr psychanal., 1956, 29, 5-6, p 503-518.

1.3.3. *Subjectivation et obsolescence*

Le mouvement vers l'objectalité induit la reconnaissance de l'altérité et donc de l'individualité de la personne²⁰. L'adolescent s'engage dans une stratégie par lequel il s'affirme en tant que **sujet**, s'étayant sur les objets parentaux, sur ses pairs et sur certaines idéologies électives. Ce travail de subjectivation fonde l'élaboration progressive de la notion d'**identité**. Alors que les fantasmes incestueux sont rejetés, dépassés, se produit un important et douloureux travail psychologique, à savoir l'effort que fait l'enfant pour se soustraire à l'autorité parentale. Par l'usage du refoulement et de l'obsolescence, il se dégage des figures et réalités parentales inadéquates, afin d'effectuer par essais et erreurs ses choix objectaux. L'**obsolescence** est un concept créé par Philippe Gutton, correspondant au « *renoncement à l'ensemble Œdipe génital parental dans sa réalité perceptive – représentative même* »²¹. Ce terme définit donc le surmontement du complexe d'Œdipe par une réflexion ou un jugement sur les possibilités parentales réelles, susceptibles à l'âge de la puberté d'être appréhendées en meilleure objectivité ; il fonctionne comme une mise en doute ou une incitation à se défaire d'eux, à s'en séparer²².

1.3.4. *La fin du processus adolescens*

La fin du processus *adolescens*²³ correspondrait alors à la désobjectalisation du transfert parental et à la capacité d'organiser une névrose de transfert avec un objet autre que parental.

L'instance surmoïque s'installe alors dans ses caractéristiques d'autonomie anonyme, de contenu idéologique culturel et de constance voire d'immutabilité. Pour s'effectuer l'adultisation nécessite de s'appuyer sur :

- la qualité du complexe Surmoi/Idéal du Je. L'idéal du Je étant constitué des représentations correspondant à ce que le sujet souhaite se figurer pour être aimé, en particulier du Surmoi²⁴.
- l'opérativité du changement des figures parentales internes, susceptibles de susciter l'investissement transférentiel (nouveau point de jonction de subjectivation et d'objectivation sous forme d'une déconstruction relative du complexe surmoïque).
- la capacité d'accueillir et d'investir l'énigmatique d'autrui et de soi.

En conclusion, l'état amoureux incite indirectement à la reconstruction. C'est la tâche propre de l'altérité de déclencher le pouvoir constructeur de l'adolescent. « *Elle éveille, interroge la dimension surmoïque du sujet et favorise derechef la reprise historique, une auto théorisation de sa vie* »²³. Le pubertaire impose ainsi une réactivation du conflit d'Œdipe qui met en crise les organisations oedipiennes.

²⁰ AMAR M. Amour narcissique, amour objectal. Manuel de sexologie / ed. par P. LOPES et FX. POUDAT. Paris : Masson, 2007, p.60-63.

²¹ GUTTON P. Le pubertaire. Scènes à la puberté. Paris : le Fil Rouge, PUF, décembre 1991, 336 p.

²² GUTTON P. Le pubertaire. L'homonyme et l'anonyme. Paris : le Fil Rouge, PUF, décembre 1991, 336 p.

²³ GUTTON P. Adolescents. La reconstruction. Paris : Le Fil Rouge, PUF, juin 1996, 278 p.

²⁴ GUTTON P. Adolescents. Le besoin subjectal. Paris : Le Fil Rouge, PUF, juin 1996, 278 p.

2. Sexualité

2.1. Définition de la sexualité

2.1.1. De l'étymologie à son sens actuel

Étymologiquement, les mots *sexualité*, *sexué* et *sexe* sont dérivés des mots latins *sexualis* et *sexus*. L'origine du mot *sexus*, qui signifie «sexe», est discutée : elle proviendrait soit du latin *secare* «couper, diviser», soit du latin *sequi* «accompagner»²⁵. Néanmoins, quelle que soit l'origine du mot *sexus*, l'important est que cette racine latine indique la séparation des sexes, qui est la caractéristique première et principale de la reproduction sexuée. On voit se dégager un intéressant paradoxe « séparation – rapprochement » de la symbolique et de la réalité sexuelle sur le plan constitutionnel, affectif et relationnel.

C'est à partir du XX^{ème} siècle que le mot *sexualité* prend sa signification actuelle. Initialement, il désignait plutôt l'état sexué, puis il a désigné le comportement sexuel, avant de désigner le plaisir sexuel et tout ce qui est directement lié à ce plaisir²⁶. Avec le développement de la psychanalyse, qui affirmait que tout plaisir est sexuel²⁷, le terme de sexualité a fini par désigner presque tout l'ensemble des comportements et des états affectifs de l'être humain.

Aujourd'hui dans les dictionnaires, la définition du mot *sexualité* est encore un peu différente. Pour *le Robert*²⁸ : 1) Caractère de ce qui est sexué, ensemble des caractères propres à chaque sexe ; et 2) Ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction. Pour *le Larousse*²⁹ : 1) Ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, observables chez les êtres vivants ; et 2) Ensemble des diverses modalités de la satisfaction instinctuelle liée à la reproduction de l'espèce.

Ainsi, comme le précise Yves Ferroul³⁰, le mot « sexualité » regroupe actuellement deux sens différents :

- soit ce qui caractérise l'existence ou la reproduction sexuée (sexualité des plantes, des animaux) ;
- soit l'ensemble des comportements qui recherchent le plaisir charnel.

2.1.2. Naissance de la sexologie

Ainsi l'époque moderne s'intéressera à ce nouveau domaine de connaissance et créera une *scientia sexualis* cherchant à dire la vérité sur le sexe : la sexologie. Pourtant apparue dès la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, ce n'est qu'après la première guerre mondiale avec William Reich³¹, et surtout à l'issue de la seconde en 1948 avec la publication du *Rapport sur le comportement sexuel de l'homme* d'Alfred Kinsey³² qu'elle devient une branche légitime des sciences humaines. En 1960, William H Masters et Virginia E. Johnson³³ décortiquent l'expression orgasmique en laboratoire et c'est dans le sillage de mai 68 que Pierre Simon met en chantier la première investigation méthodologique construite en vue d'une étude du comportement sexuel des Français.

²⁵ SZEMERENRY O. Scripta Minora II. Innsbruck, 874 p.

²⁶ FOUCAULT M. Histoire de la sexualité. La volonté de savoir. Paris : Gallimard, 1976, 211 p.

²⁷ FREUD S. Trois Essais sur la théorie de la sexualité. France : Gallimard, 1962, 189 p. (Collection Idées)

²⁸ REY A, REY-DEBOVE J. Le Petit Robert 1. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1992, 2171 p.

²⁹ JEUGE-MAYNART I, GARNIER Y, VINCIQUERRA M. Le petit Larousse illustré 2008. Paris : Larousse, 2007, 1811 p.

³⁰ FERROUL Y. Sexualité. Dictionnaire de la sexualité humaine / ed. par Philippe BRENOT. Paris : L'Esprit du Temps, 2004, p.588-590.

³¹ REICH W. La fonction de l'orgasme. 2^{nde} ed. fr. Paris : L'Arche, 1986, 300 p.

³² KINSEY A, POMEROY WB, MARTIN CE. Sexual behavior in the human male- Saunders, 1948, 820 p.

³³ MASTERS WH, JOHNSON VE. Les mésaventures sexuelles. Paris : Laffont, 1971, 415 p.

Ainsi, en France, plusieurs études ont contribué à l'élargissement de nos connaissances sur la sexualité : *Le Rapport sur le comportement sexuel des Français*³⁴ de Pierre Simon en 1972, *Les comportements sexuels en France*³⁵ d'Alfred Spira et Nathalie Bajos en 1993. Plus particulièrement, concernant les adolescents, une étude a permis d'appréhender le comportement sexuel des jeunes : *L'Entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida*³⁶ d'Hugues Lagrange et Brigitte Lhomond en 1997. Depuis, d'autres études ont été menées à terme et nous pourrions dans la suite de l'exposé corroborer nos propos à partir de données plus récentes.

2.1.3. Cadre législatif particulier de la sexualité de l'adolescent

Enfin, dans la définition de la sexualité, nous allons introduire quelques aspects légaux, notamment concernant la sexualité de l'adolescent. Ceux-ci nous permettront de concevoir son cadre législatif dans notre société. Tout d'abord, notons que le droit ignore l'adolescent en tant que tel puisqu'il ne fixe de limitation qu'entre mineur ou majeur. En France, l'article 227-25³⁷ du code pénal fixe la majorité par principe à 15 ans pour les relations sexuelles. « Le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans » constitue un délit, puni de cinq ans d'emprisonnement maximum (sauf circonstances aggravantes). Tandis que toute atteinte sexuelle, quelle que soit l'âge de la victime, commise avec violence, contrainte ou surprise constitue une « agression sexuelle », punie de sept ans d'emprisonnement maximum (sauf circonstances aggravantes). L'âge limite est relevé de 15 à 18 ans dans le cas de relations entre un mineur et un ascendant ou toute personne ayant autorité par nature ou par sa fonction.

2.2. Sexualité de l'adolescent

2.2.1. Emergence de la sexualité

La biologie pubertaire inaugure le passage d'une sexualité infantile à la sexualité adulte. Les études d'Alfred C. Kinsey³⁸ avaient bien mis en évidence la relation entre l'apparition des premiers signes pubertaires, les poils pubiens et l'expérience de l'orgasme ; étude bien plus significative chez les garçons que chez les filles.

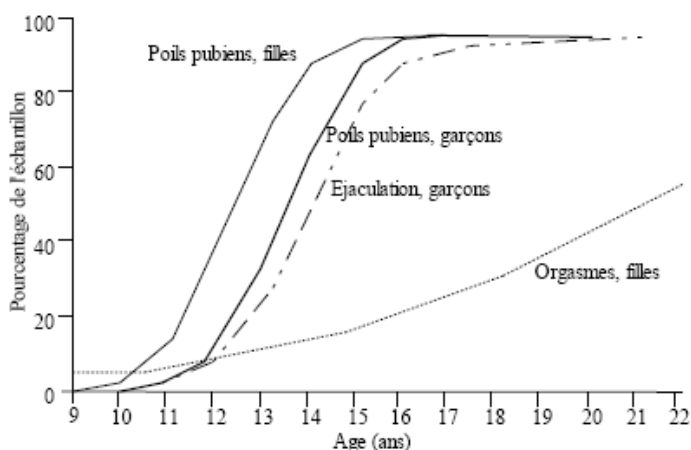


Figure 1 : Début pubertaire (pilosité pubienne) et réponse sexuelle (d'après Kinsey et al.³⁸)

³⁴ SIMON P, LEVY C. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Ed. abrégée. Paris : Julliard, 1972, 353 p.

³⁵ SPIRA A, BAJOS N, Groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La documentation française, 1993, 351 p.

³⁶ LAGRANGE H, LHOMOND B et al. L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.

³⁷ CODE PENAL. Partie législative : Livre II, Titre II, Chapitre VII, Section 5, Article 227-25 -Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002.

³⁸ KINSEY A, POMEROY WB, MARTIN CE. Sexual behavior in the human male. Saunders, 1948, 820 p.

Comme nous l'avons dit précédemment, la sexualité ne se limite pas à l'activité sexuelle. Elle fait naître toute une série de questions sur le corps, les sensations, les échanges, l'amour, la procréation, la filiation³⁹.

Selon l'évolution pubertaire, la norme sociale ambiante, il existe de grandes disparités dans le rythme et les voies d'entrée dans la sexualité génitale⁴⁰.

2.2.2. Comportements sexuels des adolescents

Nous allons nous appuyer sur les différentes enquêtes françaises réalisées avec notamment les plus récentes : l'*Enquête sur la sexualité en France*⁴¹ de Nathalie Bajos et Michel Bozon, le *Baromètre Santé Jeunes 2005 des Pays de La Loire*⁴² et *La Santé des jeunes en Pays de la Loire*⁴³ réalisés par l'Observatoire Régional de la Santé. Leurs résultats sont importants dans leurs implications pour la santé et permettent de dresser un tableau des comportements sexuels des adolescents à ce jour. A noter que les groupes d'âge concernés par ces enquêtes étaient toutefois différents et débutaient soit à 15 ans (pour le *Baromètre Santé Jeunes*) soit à 18 ans (pour l'*Enquête sur la sexualité en France*). Une étude approfondie de la phase d'entrée dans la sexualité a alors été réalisée par une interrogation rétrospective.

- Les événements qui font entrer dans la phase présexuelle (ou prégénitale) sont de deux ordres. Il y a d'abord les éléments précurseurs, liés aux **transformations du corps** : les premières règles des femmes survenant vers l'âge de 13 ans, la première masturbation vers 14,5 ans. Il y a un second type d'événements inauguraux : les premiers pas dans l'**exploration physique de l'autre** comme le premier baiser. Entre le premier baiser et la première relation sexuelle, nous pouvons constater un délai d'environ 3 ans, durant lequel seront explorées des variantes autour de l'approche et du toucher de l'autre (Cf. Annexe 2 : tableaux 1 et 2).
- Considérée désormais comme un élément intégrateur de la sexualité, la pratique masturbatoire permet à l'adolescent de passer d'une activité auto-érotique infantile centrée sur le plaisir d'organe, à une activité encore auto-érotique, mais dans laquelle l'autre trouve peu à peu sa place. Pendant les années de la prime adolescence, l'incidence de la masturbation est deux à trois fois **plus élevée chez les garçons** que chez les filles (Cf. Annexe 2 : tableau 3). Chez les garçons, son apparition, entre 12 et 15 ans, est étroitement corrélée à la chronologie pubertaire⁴⁴. Chez les filles, la pratique masturbatoire se développe plus tardivement, souvent au-delà de 15 ans⁴⁵.
- L'entrée dans la vie sexuelle des garçons et des filles à un âge de plus en plus similaire retient particulièrement l'attention. D'une façon générale et contrairement aux idées reçues, la précocité sexuelle ne s'est pratiquement pas accrue depuis une trentaine d'années. L'âge moyen des **premiers rapports sexuels** « complets » reste de **17 ans** (Cf. Annexe 2 : tableau 2).

³⁹ ATHEA N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch.Pédiatr.2001 ; 8 : 433-440.

⁴⁰ BOZON M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. Populations et Sociétés, 2003 ; 391 : 1-4.

⁴¹ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

⁴² OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. Enquête Baromètre santé jeunes 2005, Mai 2006.

⁴³ OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. La santé des jeunes en Pays de la Loire, Mars 2009.

⁴⁴ LAGRANGE H., LHOMOND B *et al.* L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.

⁴⁵ LA ROCHEBROCHARD (De) E. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. Populations, 1999 ; 54 (6) : 933-962.

Mais des changements sont survenus au niveau des mœurs, des représentations collectives et des valeurs liées à la sexualité⁴⁶ :

- l'entrée dans la vie sexuelle des jeunes n'entraîne plus les mêmes conflits qu'autrefois avec leurs parents ;
 - le premier partenaire sexuel d'un jeune homme ou d'une jeune femme n'est plus considéré d'emblée comme le futur mari ou la future épouse ;
 - la virginité et la chasteté ne sont plus dans l'ensemble des valeurs morales acceptées et donc des préceptes mis en œuvre par les individus pour régler leur conduite.
- Concernant les partenaires, 71% des jeunes de 15-25 ans ont eu **un(e) seul(e)** partenaire au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, ce phénomène est plus fréquent chez les 20-25 ans que chez les 15-19 ans. L'**homosexualité** ou la **bisexualité** concernent 4% des garçons et 2% des filles. Dans la moitié des cas, ces jeunes ont eu des relations uniquement avec des personnes de même sexe, et dans l'autre moitié des cas, avec des personnes des deux sexes⁴⁷.
 - Les sites de rencontre par Internet représentent un nouveau **moyen de communication**. Ils font désormais partie des scénarios de rencontres affectives et sexuelles : 24% des hommes et 36% des femmes de 18-19 ans se sont déjà connectés sur des sites de rencontre⁴⁶. Par le biais d'Internet, la **pornographie** est devenue plus facile d'accès. Cette consommation concerne majoritairement la gent masculine : 55% des hommes des 18-19 ans visionnent régulièrement des films pornographiques, contre 10% des femmes.
 - Parmi les pratiques sexuelles, hors pénétration vaginale, on note que la pénétration anale a été réalisée au moins une fois dans leur vie pour 15,6% des femmes et 24% des hommes âgés de 18-19 ans (Cf. Annexe 2 : tableau 3). Elle semble être une pratique plus occasionnelle que régulière. Les pratiques **oro-génitales** semblent être plus communes. Environ 68% des hommes et des femmes de 18-19 ans ont déjà expérimenté le cunnilingus une fois dans leur vie ; et pour la fellation, cela concerne 58% des femmes et 65% des hommes.
 - Les troubles de la sexualité (difficultés d'érection, éjaculation précoce, insuffisance de désir) sont plutôt **rares** chez les hommes de 18-19 ans. Il en est de même pour les femmes concernant les rapports douloureux, l'insuffisance de désir ou les difficultés d'orgasme. Par contre lorsqu'une difficulté sexuelle est présente, elle semble être plus fréquemment vécue comme un problème chez les femmes que chez les hommes de 18-19 ans⁴⁶.
 - Les attouchements sexuels surviennent très majoritairement dans l'enfance ou dans l'adolescence : 50% des femmes concernées ont subi ces attouchements avant l'âge de 10 ans et 50% des hommes avant l'âge de 11 ans. Près de la moitié des attouchements ont été immédiatement suivis d'une tentative de rapport forcé ou d'un rapport forcé⁴⁶. Un peu plus de 15% des filles et 2% des garçons de 15 à 18 ans disent avoir subi des **rapports sexuels forcés**⁴⁸. Il faut rappeler ici que le risque d'abus sexuels est deux fois plus important en cas de maladie chronique ou de handicap⁴⁹.

⁴⁶ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

⁴⁷ OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. Enquête Baromètre santé jeunes 2005, Mai 2006.

⁴⁸ LAGRANGE H., LHOMOND B *et al.* L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.

⁴⁹ CHENG MM, UDRY JR. Sexual behavior of physically disabled adolescents in the United States. J Adolesc Health 2002 ; 31 : 48-58.

- Evoquer la question de la contraception avec son partenaire lors du premier rapport est un comportement devenu fréquent : 70% des jeunes femmes de 18-19 ans déclarent avoir parlé de contraception avec leur partenaire avant le premier rapport. La différence observée avec le résultat concernant les hommes, 49%, suggère que ces derniers se sentent nettement moins concernés par ce problème⁵⁰. Actuellement **95%** des jeunes femmes sexuellement actives déclarent utiliser un **moyen de contraception** et notamment la pilule contraceptive pour 81% d'entre elles⁵¹.
- L'utilisation du préservatif est une norme préventive relativement **bien adoptée** par les jeunes générations lors de leur premier rapport sexuel : 87 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans disent l'avoir utilisé dans ce contexte⁵¹. Cependant, alors que parmi la génération des 20-25 ans, l'utilisation du préservatif concerne 87% de ceux pour lesquels le premier rapport a eu lieu avant ou à 19 ans, il ne concerne que 72% de ceux pour lesquels il a eu lieu après cet âge.
- En cas de rapports non protégés ou d'échecs de contraception, 30% des jeunes femmes ont déjà utilisé la contraception d'urgence. Cependant les conditions d'utilisation de celle-ci et en particulier le délai maximal entre le rapport et la prise du comprimé restent encore **mal connues**. Dans les pays de la Loire, 24% des jeunes femmes ont utilisé la contraception d'urgence et 12% des utilisatrices de 15-25 ans déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés entre la prise de la contraception d'urgence et la survenue de leurs règles⁵².
- La première source d'information sur la contraception est actuellement, pour les jeunes femmes de 18 à 24 ans, **l'école** (Cf. Annexe 2 : tableau 4). En effet, 86% d'entre elles citent l'école, 70% la **télévision** ou la **radio**, 67% leur mère et 60% les magazines. Viennent ensuite le médecin (45%) et les copines (39%)⁵⁰.
- Le taux de recours à l'IVG, chez les femmes de 20-25 ans est d'environ 10%⁵¹. Ces dernières années, ce recours a fortement augmenté chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. Cet **accroissement** s'explique par la progression du nombre de conceptions mais également par une élévation de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue⁵².
- Le dépistage de l'infection VIH aurait été effectué par 18% des 15-25 ans ayant déjà eu un rapport sexuel⁵². Il semble être deux fois moins fréquent chez les hommes que chez les femmes. Et, contrairement à ce qui est observé chez les femmes, il n'apparaît pas plus fréquent chez les hommes qui ont eu plusieurs partenaires que chez ceux qui n'en ont eu qu'un seul.

⁵⁰ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

⁵¹ OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. Enquête Baromètre santé jeunes 2005, Mai 2006.

⁵² OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. La santé des jeunes en Pays de la Loire, Mars 2009.

3. Les acteurs de soins, place du Médecin Généraliste

3.1. De l'intérêt des moyens de prévention et d'éducation

3.1.1. Enjeux de la transmission du savoir aux adolescents

L'adolescence est une crise narcissique, un passage dont la créativité suppose la disponibilité d'un étayage. Celui-ci peut être assuré par le partenariat en réseau, avec une **complémentarité entre les différents intervenants**. *« Il s'agit de l'entourage familial lui-même concerné par cette anamorphose de l'adolescence, mais encore de l'ensemble des acteurs relationnels familiaux, de la bande de copains, ou des enseignants, des travailleurs sociaux, des médecins avec une **place centrale** pour le médecin généraliste, le pédiatre, le gynécologue et bien sûr tous ceux, psychiatres, psychologues et autres cliniciens susceptibles d'accompagner sans intrusion effractante la mue corporelle, psychosexuelle et sociale de l'adolescent »*⁵³.

L'adulte a pour fonction de **transmettre un savoir** sur le sexuel et le désir, réalité bien différente du sexe et de la jouissance exhibés par les médias. Le dialogue peut leur donner l'occasion de s'inscrire dans une démarche plus active qui leur permettra de resituer la prévention par rapport aux multiples aspects de la prévention. *« Sortir l'individu de sa nature personnelle égotique pour le mener vers la culture du désir et de l'échange avec autrui, c'est précisément l'étymologie du mot éduquer »*⁵⁴.

Il importe de comprendre les enjeux réels, générationnels et sexués (différence entre le genre masculin et féminin) de l'exposition à autrui qui peuvent se traduire par des risques infectieux ou des violences⁵⁵. Encore faut-il rester **vigilant** sur l'abord de ce domaine précis qu'est la sexualité. En effet, l'anticipation par les adultes de la sexualité des adolescents est parfois à l'origine de blocages sexuels et de fixations psychoaffectives si elle consiste à organiser l'intimité des jeunes dans un souci non pas d'émancipation mais de possessivité.

3.1.2. Le droit à la santé sexuelle

Il apparaît de plus en plus nettement que les problèmes sexuels exercent dans de nombreuses cultures une influence plus pénétrante et plus grande sur le bien-être des individus qu'on ne le pensait. Il existe d'importantes relations entre l'ignorance, les préjugés sexuels et divers problèmes de santé⁵⁶.

S'il est indéniablement difficile de parvenir à une définition exhaustive et universellement acceptable de la sexualité humaine, la définition par l'OMS de la santé sexuelle y contribue : *« la santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, réalisée selon des modalités épanouissantes qui valorisent la personnalité, la communication et l'amour »*⁵⁶.

⁵³ BENGHOZI P. Adolescence et sexualité : liens et maillage-réseau. Paris : L'Harmattan, 1999, 262 p.

⁵⁴ BRACONNIER A, BRETONNIERE-FRAYSSE A, CHOQUET M *et al.* Sexualité à l'adolescence. Fondation pour l'Enfance. Collection Eres, 2002, 116 p.

⁵⁵ PELEGE P, PICOD C. Eduquer à la sexualité : un enjeu de société. Paris : Dunod, 2006, 262 p.

⁵⁶ ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTE. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Rapport d'une réunion de l'OMS. Série de rapports techniques, n°572. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1975.

Etroitement corrélatif à cette conception est **le droit à l'information sexuelle et au plaisir**. La santé sexuelle suppose la réunion de trois conditions fondamentales⁵⁷ :

- Etre capable de jouir, en ayant la pleine maîtrise, d'un comportement sexuel et reproducteur en harmonie avec une éthique sociale et personnelle ;
- Etre exempt de sentiments de crainte, de honte et de culpabilité, de fausses croyances et autres facteurs psychologiques qui inhibent la réaction sexuelle et perturbent la relation sexuelle ;
- Etre exempt de troubles, maladies et déficiences organiques qui interfèrent avec les fonctions sexuelles et reproductives.

Ainsi, la notion de santé sexuelle implique une **approche positive de la sexualité humaine**, ce qui signifie que les soins de santé sexuelle doivent viser à enrichir l'existence et les relations interpersonnelles et ne pas se limiter à la prestation de conseils et de traitements en matière de procréation ou de maladies sexuellement transmissibles.

L'OMS recommande un **enseignement** dans ce domaine notamment aux médecins de première ligne (gynécologues, pédiatres, urologues, omnipraticiens, psychologues cliniciens et psychiatres ...) et précise les trois niveaux qui sont ceux de l'intervention en sexologie :

- L'information : information de base sur l'anatomie, la physiologie, la psychologie de la sexualité (niveau de l'information et de l'éducation sexuelle) ;
- Le conseil (counseling) : niveau d'intervention de tous les professionnels non thérapeutes qui sont en contact avec des patients pouvant exprimer leurs difficultés sexuelles ;
- La thérapie : niveau spécifique d'intervention thérapeutique, thérapies sexologiques et traitements des troubles sexuels par des médecins spécialisés ou des psychologues thérapeutes.

3.2. Les personnes ressources et les moyens mis en œuvre

3.2.1. La famille et l'école

L'érotisation, notamment par les médias, de l'environnement dans lequel nous vivons, rend souhaitable une bonne complémentarité des rôles éducatifs de la famille et de l'école pour préparer enfants et adolescents à aborder sereinement leur sexualité.

a- Les parents

Les **parents** sont les premiers informateurs et éducateurs de leurs enfants. Concernant la sexualité, la mère est citée comme interlocuteur principal pour 48,3% pour les filles et 35,1% pour les garçons, le père pour 15% des filles et 23,2% des garçons⁵⁸. Concernant plus spécifiquement la contraception, la première source d'information est la mère pour 67,2% des filles et 38,8% des garçons, et le père pour 16,7% des filles et 27% des garçons (Cf. Annexe 2 : tableau 4). Mais, bien souvent, au moment de l'adolescence, le dialogue parents-adolescent devient plus difficile. L'adolescent souhaite se détacher de ses parents pour acquérir son autonomie, notamment en ce qui concerne son intimité. Aussi, pour les parents, la sexualité n'est pas un sujet aisé à aborder avec leurs adolescents.

⁵⁷ MACE DR, BANNERMAN RHO, BURTON J. L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1974 (Cahiers de santé publique N°57).

⁵⁸ LAGRANGE H., LHOMOND B *et al.* L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.

b- L'école

L'**école** intervient dans ce rôle d'éducation ; elle est d'ailleurs citée comme première source d'information sur la contraception par 85,6% des filles et 83,6% des garçons (Cf. Annexe 2 : tableau 4). Les **infirmières scolaires** ont aussi une place centrale puisqu'elles voient 43% des adolescents⁵⁹.

L'**Education nationale** a mené une réflexion sur la place et la légitimité de l'école dans l'éducation à la sexualité. Notamment, dans la loi du 4 juillet 2001, est inscrite l'obligation de dispenser « *une information et une éducation à la sexualité, dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène* »⁶⁰. Cette information, inséparable de l'enseignement sur la biologie humaine, intègre une réflexion sur les **dimensions de la sexualité** (affective, culturelle...) et doit aider les jeunes à développer les **attitudes de responsabilité** individuelle, familiale et sociale⁶¹. Mais aussi, elle vise à développer l'**exercice d'esprit critique**, notamment par l'analyse des modèles et des rôles sociaux véhiculés par les médias en matière de sexualité, et connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement⁶¹.

Comme le souligne Nicole Athéa⁶², « *nous sommes passés d'une information technicienne qui ne prenait en compte que le « comment faire » à un travail qui restitue du sens et favorise l'émergence de choix personnels et la responsabilité individuelle. Les intervenants de prévention doivent permettre à chacun de réfléchir à sa propre histoire et de la prendre en compte. C'est ainsi que les jeunes peuvent alors envisager, de façon singulière, des stratégies de diminution des risques qui tiennent compte de leurs capacités et de leurs besoins* ».

3.2.2. Moyens mis en œuvre

Dans ce paragraphe, nous allons aborder certains moyens proposés par le gouvernement pour améliorer la prévention et l'éducation à la santé des adolescents, dont la connaissance nous paraît nécessaire pour la compréhension de notre étude.

a – le Plan « Santé des jeunes »⁶³

Tout d'abord, le Plan "Santé des jeunes", présenté le 27 février 2008 par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, a pour ambition de mieux protéger la santé des 16-25 ans et vise à répondre à leur besoin d'autonomie et de responsabilité. Plusieurs mesures y sont abordées telles que la lutte contre les pratiques addictives, la promotion d'habitudes nutritionnelles plus équilibrées, le développement de la place des activités physiques et sportives. Mais surtout, ce que nous avons noté avec attention, des mesures particulières sont prises en faveur des jeunes les plus vulnérables :

- Le développement des **Maisons des adolescents** dans tous les départements d'ici 2010, en priorité dans les quartiers populaires, et le déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires à partir de ces Maisons, allant au devant des jeunes ;

⁵⁹ CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Ed.INSERM, 1994, 346 p.

⁶⁰ CODE DE L'EDUCATION. Partie législative, Deuxième partie, Livre III, Titre I, Chapitre II, Section 9, Article L312-16. Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 48 JORF 11 août 2004.

⁶¹ MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONAL ET DE LA RECHERCHE. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin Officiel n°9 du 27 février.

⁶² ATHEA N., UGIDOS A. Dossier prévention du sida : de multiples défis à relever. Jeunes : l'éducation sexuelle, préalable à la prévention. INPES. La santé de l'homme, n° 379, sept-oct 2005, p 16.

⁶³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Présentation du Plan "Santé des jeunes". Dossier de presse - le 27 février 2008.

- L'expérimentation d'un **programme de prévention santé** en milieu scolaire et universitaire qui tient compte des inégalités territoriales en matière de santé ;
- La promotion du dispositif du numéro vert "**fil santé jeunes**" (0 800 235 236) avec la simplification à 4 chiffres (3224) et l'expérimentation de la gratuité à partir de téléphones portables ;
- Le **repérage et la prévention de la crise suicidaire**, plus particulièrement chez les jeunes homosexuels, notamment avec une campagne dès fin 2008 menée sous l'égide du cinéaste André Téchiné ;
- Une campagne "**contraception 2008-2009**" qui répond aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires.

Enfin, le Plan "Santé des jeunes" prévoit pour tous les jeunes de 16 à 25 ans la possibilité d'une **consultation annuelle gratuite** chez le médecin généraliste de leur choix, même sans accord parental pour les mineurs. Les différentes caisses d'assurance maladie enverront chaque année un coupon aux jeunes de 16 à 25 ans leur permettant de bénéficier d'une consultation de prévention sans avoir à faire l'avance des frais. Les jeunes recevront alors en même temps que leur première carte Vitale à 16 ans un "passport pour la santé"(diffusé par l'INPES) leur rappelant leurs droits et indiquant les structures de soins les plus proches de chez eux.

b- Fil Santé Jeunes⁶⁴

Fil Santé Jeunes (FSJ) a été créé en 1995 et intégré au service téléphonique de l'école des parents et des éducateurs d'Ile de France. Ce service a reçu une double mission de la part du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

D'abord il propose aux jeunes un service téléphonique anonyme et gratuit où ils trouvent écoute, information et orientation dans les domaines de la santé physique, psychologique et sociale.

Ensuite ce service est un observatoire national des difficultés des jeunes en matière de santé. En 2006, FSJ a traité plus de 270 000 appels. Plus de trois quarts des appelants sont des filles, et sont âgées de 14 à 24 ans.

Les thèmes les plus abordés sont la santé physique, psychologique et sociale : contraception, sexualité, vie relationnelle et affective, problèmes somatiques, accès aux soins, difficultés psychologiques, mal-être, prévention du suicide, idées suicidaires. 38% des appels reçus portent sur la sexualité et la contraception, 20% portent sur les difficultés relationnelles notamment sur la relation amoureuse et les difficultés avec les pairs. 19% des appels sont à contenu somatique, 17% concernent des difficultés psychologiques, 6% une problématique sociale.

En 2001, cette ligne téléphonique a été complétée par le site Internet "filsantejeunes.com" qui propose des dossiers sur la santé, des actualités hebdomadaires, plusieurs forums de discussions entre utilisateurs ainsi que la possibilité de questionner des professionnels de santé par mail. Près de 800 000 visites, 4300 réponses par mail, 21 000 messages déposés sur le forum ont été dénombrés en 2006.

⁶⁴ OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. La santé des jeunes en Pays de la Loire, Mars 2009.

3.3. Le médecin généraliste, acteur de soin pour l'adolescent.

3.3.1. Définition du rôle et des missions du médecin généraliste

Tout d'abord, définissons le rôle du médecin généraliste et reprenons la définition établie par la société européenne de médecine générale- médecine de la famille en 2002⁶⁵.

*« 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 engendrée 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 ».*

Depuis quelques années, la prévention et l'éducation à la santé sont devenues des objectifs de santé publique. Dernièrement, l'article L. 4130-1 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » édité dans journal officiel du 22/07/2009⁶⁶ décrit, parmi les missions du médecin généraliste de premier recours, le fait « *de contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé* » mais aussi de « *contribuer aux actions de prévention et de dépistage* ».

3.3.2. Médecin généraliste et adolescent

a- Une rencontre ponctuelle

8 jeunes sur 10 s'estiment en « très bonne ou excellente santé ». De ce fait l'adolescent consulte peu : les 11-20 ans représentent 13% de la population française, mais seulement 8% des consultations médicales sont réalisées pour eux⁶⁷. La très grande majorité des adolescents (94,5%) a tout de même rencontré un professionnel de santé au moins une fois dans l'année, et pour 84 % des jeunes il s'agit d'un généraliste⁶⁸. Le médecin généraliste est déclaré par les jeunes comme **l'interlocuteur de proximité le plus fréquenté**. Pour 27% des jeunes, il est le seul professionnel de santé à avoir été rencontré au cours des 12 derniers mois, vient ensuite l'infirmière scolaire pour 3% des jeunes⁶⁹.

⁶⁵ SOCIETE EUROPEENNE DE MEDECINE GENERALE. La définition européenne de la médecine générale-médecine de la famille. WONCA Europe 2002.

⁶⁶ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française, 22 juillet 2009, 88 p.

⁶⁷ AUVRAY L, LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Questions d'Economie de la Santé. CREDES, n°49, mars 2002, 6 p.

⁶⁸ OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. La santé des jeunes en Pays de la Loire, Mars 2009.

⁶⁹ BINDER P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (545) : 1507-1512.

Le nombre moyen de consultations par an chez le généraliste est de 2,5 pour les filles et de 2,1 pour les garçons. Il semble s'avérer par ailleurs que le nombre moyen de consultations auprès de praticiens libéraux est d'autant plus élevé que les jeunes sont en difficultés⁷⁰.

b- Une rencontre spécifique

Cette rencontre avec le médecin généraliste bien que ponctuelle pour l'adolescent est pourtant potentiellement **mobilisatrice**. Elle peut lui donner l'occasion de s'aventurer à une expression personnelle.

Le médecin généraliste doit avoir à l'esprit tous les fondamentaux qui sous-tendent chaque consultation avec un adolescent :

- sa recherche d'autonomie et son besoin d'intimité ;
- la redéfinition plus ou moins critique de la relation aux parents, et par extension, aux adultes ;
- l'existence de questions et d'inquiétudes relatives aux transformations corporelles et à la notion de normalité ;
- les craintes par rapport à son devenir, à sa place dans la société.

Afin de mieux appréhender le jeune dans toutes ses dimensions, le médecin gagne à s'enquérir de son **fonctionnement global** : familial, scolaire, professionnel, de ses projets d'avenir, de sa place dans la famille, dans la société. Si l'adolescent se cherche une place dans la société, le médecin généraliste doit toujours veiller à lui donner sa place en consultation.

c- L'enjeu de la consultation

La consultation de l'adolescent en médecine générale a souvent un **enjeu** qui dépasse largement le motif évoqué⁷¹. En plus du motif de la consultation, le médecin doit évaluer et repérer d'éventuels problèmes dans la vie quotidienne de l'adolescent :

- addictions, consommation de produits illicites ou nuisibles pour la santé ;
- conduites à risques ;
- troubles psychiques à type de dépression, anxiété ;
- troubles du sommeil ;
- troubles de l'alimentation ;
- difficultés scolaires ou professionnelles ;
- difficultés relationnelles, familiales ;
- interrogations sur son développement corporel, sur la normalité ;
- interrogations sur la sexualité.

L'adolescence est, en effet, une période charnière où quasiment tous les domaines de la vie quotidienne de l'adolescent doivent être évoqués. Il paraît concevable qu'il soit difficile d'aborder chacun des sujets phares au cours d'une voire même de deux consultations. Les médecins pensent consacrer du temps à la consultation de l'adolescent : dans plus de la moitié des cas celle-ci dure au moins dix minutes et 3 fois sur 4 une discussion s'engage⁷². Cependant certains thèmes tels que la sexualité semblent être plus difficiles à aborder. C'est ce que nous allons étudier par la suite.

⁷⁰ CHOQUET M, LEDOUX S. Attentes et comportements des adolescents. Paris, Inserm, 1998.

⁷¹ JOUBERT C. L'adolescent et le médecin en consultation de médecine générale. Thèse Paris VII Denis Diderot. 27/04/2004.

⁷² BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 ; 1073-7.

ETUDE et ANALYSE

1. Matériel et méthode

1.1. La méthode

1.1.1. La recherche en médecine générale

Pour effectuer une recherche en médecine générale, nous pouvons utiliser soit la recherche quantitative, soit la recherche qualitative.

La **recherche quantitative** découle des sciences fondamentales. Elle a pour but de mesurer de façon objective la question de recherche. Pour ce faire, on utilise essentiellement des **questionnaires** ou des **grilles de recueil de données** codifiées. L'analyse de ces données se fait à l'aide de méthodes statistiques.

La **recherche qualitative** est inspirée des sciences humaines. Elle a pour objectif d'analyser et d'expliquer des concepts non quantifiables, des idées. Elle se fait dans une optique de recueil d'informations et d'opinions, de manière systématique et vérifiable, sur des thèmes variés. Son analyse repose sur la communication verbale et non verbale. Les principales techniques de ce type de recherche sont l'**observation** (participante ou non) et l'**entretien** (individuel ou de groupe).

1.1.2. Définition du focus group

Le *focus group* est une technique d'**entretien collectif**, un « groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé (« focus »). Ce sujet concerne le plus souvent une situation particulière et concrète vécue par l'ensemble des participants (« group »)⁷³. Il s'agit d'une enquête qualitative.

L'entretien est semi structuré ; il repose sur des questions ouvertes prédéterminées. Les participants sont invités à faire part de leurs opinions à propos du sujet choisi. Ils peuvent s'appuyer sur leurs **valeurs**, leurs **réflexions**, leurs **expériences** personnelles pour émettre leurs réponses. La dynamique du groupe permet, par la discussion, d'explorer et de stimuler différents points de vue.

Le *focus group* peut être utilisé pour remplir **plusieurs sortes d'objectifs**⁷⁴:

- Collecter des opinions, des croyances et des attitudes concernant un sujet ou une problématique précise ;
- Confirmer des hypothèses ;
- Encourager la parole autour de problèmes particuliers ;
- Tester ou faire émerger de nouvelles idées au sein d'un groupe, certaines pouvant être inattendues pour le chercheur⁷⁵.

Cette méthode a été mise au point en 1941 par deux sociologues américains, Paul Lazarsfeld et Robert Merton, afin de parfaire l'interprétation de données quantitatives ; elle se

⁷³ MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L *et al.* Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med. Gen., 2004 ; 18 (645) : 382-384.

⁷⁴ SHARKEN SJ. How to conduct a focus group. Los Angeles: The Grantsmanship Center Magazine, 1999, n° 9.

⁷⁵ DESLAURIERS JP. Recherche qualitative : guide pratique. Ed. McGraw-Hill, 1991.

nommait le **Focussed Interview**⁷⁶. Durant la période d'après-guerre, elle a été reprise et développée dans les domaines de la **sociologie** et du **marketing** et est devenue ce qu'on appelle aujourd'hui le *focus group*⁷⁷. Elle est actuellement très utilisée dans les pays anglo-saxons pour les travaux de recherche en **soins primaires**^{78, 79}.

1.1.3. Déroulement du focus group⁸⁰

a- Le cadre

Un *focus group* doit regrouper plusieurs personnes volontaires, en général de **6 à 12 personnes**, caractérisées par la même expérience⁸¹. Ces personnes sont conviées dans un **lieu** neutre, si possible agréable. La convivialité peut être favorisée par la distribution de rafraîchissements et de biscuits⁷⁹. Le plus souvent, les *focus group* ont lieu autour d'une table de conférence, afin que les participants soient installés en cercle ; ce **positionnement** peut favoriser les interactions dans le groupe.

b- Thèmes et objectifs

Le thème et les objectifs sont déterminés avant le *focus group*, suivant un protocole préétabli par les chercheurs. Un **guide d'entretien** est élaboré, il comprend les questions qui seront posées aux participants. Ces questions doivent être courtes et claires. Elles vont du domaine le plus général au plus spécifique. Le **thème** de la discussion n'est dévoilé qu'en début de séance afin que le discours soit le plus spontané possible. De plus, cela évite que les participants préparent à l'avance leurs réponses.

Le guide d'entretien doit être un référentiel permettant, si besoin, de recentrer la discussion sur le thème de la recherche. Il vise aussi à introduire une dynamique et une **progression dans la discussion**. Ainsi, la première question doit être très générale et permet souvent de "déliver les langues" sur un premier tour de table. Puis, après quelques échanges verbaux, viennent les 2^{ème} et 3^{ème} questions qui abordent plus spécifiquement le sujet. La dernière question est souvent celle qui tente de faire la synthèse de tout ce qui a été dit au cours de l'entretien, et d'ouvrir éventuellement sur une autre discussion.

c- La séance

La séance peut être inaugurée par un **discours d'introduction** ; celui-ci permettra de présenter le but général de la discussion et d'établir les règles d'intervention des participants. Par souci de confidentialité, on rappelle que toutes les données qui sont livrées au cours de l'entretien resteront anonymes. L'**entretien** peut durer une à deux heures. On compte en moyenne 15 minutes par question. Pour en garder une trace, on réalise un **enregistrement audio** de toute la discussion. On peut aussi utiliser la **vidéo** ; les participants ayant bien entendu donné leur accord au préalable.

⁷⁶ KITZINGER J, MARKOVA I, KALAMPALIKIS N. Qu'est-ce que les focus groups ? Bulletin de psychologie, Tome 57 (3), N°471, 2004, p. 237-243.

⁷⁷ KRUEGER RA, CASEY MA. Focus groups : a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks-London-New Delhi : Sage publications, 2000 : 125-155, 195-206.

⁷⁸ BRITTEN N, JONES R, MURPHY E. Qualitative research methods in general practice and primary care. The Journal of family practice, 1995 ; 12 : 104-114.

⁷⁹ KITZINGER J. Qualitative research : introducing focus groups. BMJ, 1995 ; 311 : 299-302.

⁸⁰ MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L et al. Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med. Gen., 2004 ; 18 (645) : 382-384.

⁸¹ DUCHESNE S, HAEGEL F. L'entretien collectif. L'enquête et ses méthodes. Ed. Armand Colin, 2005.

Un **modérateur** anime le groupe à travers le guide d'entretien. Il doit créer une dynamique capable de faire émerger les différentes opinions, encourager les participants à clarifier leurs idées et recentrer la discussion lorsque les participants s'écartent du sujet.

L'**observateur** est le témoin silencieux de l'entretien dont le rôle est de noter tous les éléments de la communication non verbale, tout aussi riches de sens que les paroles proprement dites. Par exemple, un participant hochant la tête suite aux propos d'un autre traduira son accord avec ce qui vient d'être dit, et cela sera également pris en compte dans l'analyse des résultats. De plus, l'observateur est chargé de s'occuper des enregistrements audio et vidéo de la séance.

Une **synthèse** peut être réalisée en fin de séance pour vérifier l'accord des participants sur les idées retenues. Le nombre de séances est variable ; il peut être utile d'en organiser plusieurs afin d'arriver jusqu'à un stade de *saturation*, c'est-à-dire jusqu'à l'épuisement du thème.

1.2. Notre focus group

1.2.1. Etapes de préparation du focus group

a- Choix du thème et définitions des objectifs

Au cours de nos stages de médecine générale, nous avons constaté que l'abord de la sexualité auprès des adolescents n'était pas chose facile pour les médecins. Le discours du médecin semblait souvent reposer sur les aspects préventifs. La complexité de cet abord se majorait lorsque nous souhaitions discuter avec le jeune patient de son vécu, de ses émotions et affects en rapport avec la sexualité. Nous avons donc souhaité étudier l'**avis des médecins** quant à l'abord de ce sujet, en les questionnant sur leurs pratiques et les difficultés rencontrées. D'autre part, nous avons cherché à connaître les éléments qui pourraient favoriser la discussion sur la sexualité avec les adolescents. Enfin, nous avons émis l'éventualité d'une consultation annuelle gratuite comme aide à l'abord d'un tel sujet.

b- Identification et recrutement des participants

Pour assurer une dynamique de groupe satisfaisante, nous souhaitions regrouper environ 8 médecins. Nous avons souhaité recruter les participants à partir d'une liste proposée par notre directeur de thèse, mais aussi à partir des contacts de nos maîtres de stage afin d'obtenir une diversité de participants. Nous les avons contactés majoritairement par mails et pour quelques uns par courriers. Nous leur avons expliqué le fonctionnement d'un focus group, les clauses d'anonymat et l'objectif de réaliser une thèse à partir de cette étude. Des dates leur ont été proposées à partir d'un logiciel informatique de sondage. Ce logiciel nous a permis de regrouper un maximum de médecins à une date précise ; ainsi **9 participants** ont été recrutés.

c- La modération et l'observation

Notre directeur de thèse, le Professeur Jacqueline Lacaille, s'est chargé d'être le modérateur de ce *focus group*. Par ses activités d'enseignement et de travaux de recherche, il maîtrise en effet la technique d'animation de ce type d'entretien de groupe. La reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse sont les qualités requises à la conduite d'un *focus group*.

Sur proposition de notre directeur de thèse, nous avons opté pour le rôle d'observateur. Nous nous sommes occupés des enregistrements audio et vidéo du *focus group*, de la distribution des questions écrites à chaque participant et avons répertorié les interactions non verbales tout au long de l'entretien.

d- Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été établi à partir des objectifs que nous nous étions fixés. Nous l'avons fait valider par notre directeur de thèse fin 2008. Il est le suivant :

Question 1 : « Est-ce qu'il vous arrive d'aborder la question de la sexualité auprès des adolescents ? A quel moment ? »

Question 2 : « Quels sont les freins limitant l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité en consultation de médecine générale ? »

Question 3 : « Comment essayez d'aborder la sexualité auprès des adolescents. Quelles attitudes adopter ? Quelles questions formuler ? »

Question 4 : « Pensez-vous que l'instauration d'une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent serait un temps privilégié pour aborder le sujet de la sexualité ? »

1.2.2. Déroulement de la séance

Le *focus group* a eu lieu le jeudi **15 janvier 2009**, à 11H, dans la salle de télémedecine du pôle mère-enfant du **CHU de Nantes**. Ce lieu répondait aux critères de facilité d'accès, de convivialité ; il nous a aussi permis, grâce à la caméra de vidéoconférence, d'effectuer un enregistrement vidéo. Nous avons souhaité favoriser la convivialité en proposant des boissons et biscuits aux participants avant de débiter la séance. Les participants se sont installés en « U » autour de la table de conférence, la caméra étant située à l'extrémité inoccupée de la table. Le modérateur s'est assis au milieu du « U » et l'observateur à l'une des extrémités.

La séance a été introduite par une **présentation** personnelle de chaque intervenant. Nous avons ensuite présenté l'**objectif** du *focus group* : analyser le point de vue des médecins généralistes sur l'abord de la sexualité avec les adolescents. Des précisions concernant ce sujet ont été données ; nous souhaitons en effet que la sexualité soit envisagée sous l'abord préventif mais aussi sous l'abord du vécu et des affects de l'adolescent. Le **principe** du *focus group* a été ré-expliqué aux participants, des **consignes** ont été émises sur l'organisation des prises de parole. Nous nous sommes assurés de l'**accord** des participants pour les enregistrements audio et vidéo, et nous avons aussi attribué un numéro à chaque participant afin de garantir leur **anonymat** lors de l'entretien. Ensuite, nous avons mis en place les appareils audio et vidéo pour débiter les enregistrements.

Le modérateur a débuté la séance à **11H13** en posant la première question du guide d'entretien. L'observateur a distribué l'énoncé de celle-ci par écrit afin que chaque participant se souvienne de l'intitulé de la question. Après un premier tour de table, les participants ont été encouragés à poursuivre le débat jusqu'à ce que le modérateur ait le sentiment d'épuisement du thème. Les autres questions ont été ensuite abordées de la même façon, avec la distribution d'un énoncé écrit à chaque fois. Toutefois, à chaque question, les tours de table

déboutaient par un participant différent et se faisaient dans des sens différents. Le modérateur a conclu l'entretien à **12H13**, la séance a duré 1H10.

1.2.3. Caractéristiques des participants

La méthode du focus group n'étant pas une méthode quantitative, ce n'est pas la représentativité du groupe par rapport à la population des médecins généralistes qui a été recherchée mais la **diversité des opinions** exprimées. Pour assurer un maximum d'**hétérogénéité** dans le groupe, nous nous sommes appuyés sur un certain nombre de **caractéristiques** concernant les participants ; celles-ci ont été confirmées par un questionnaire remis à la fin du *focus group* et renvoyé ultérieurement par courrier par les participants.

- Le sexe des médecins : il y avait 5 femmes et 4 hommes.
- L'âge des médecins : 1 médecin avait moins de 40 ans, 4 médecins avaient entre 40 et 50 ans, et 4 médecins avaient entre 40 et 50 ans.
- Leur durée d'exercice : de 4 à 10 ans pour les plus jeunes, et de 20 à 30 ans pour les plus âgés.
- L'exercice professionnel : la majorité des médecins avait un exercice urbain. 4 médecins exerçaient, parallèlement à leur activité de médecin généraliste libéral, un autre type d'exercice professionnel (enseignement, activité hospitalière). La majorité des médecins avait 10% à 25% d'adolescents dans leur patientèle et les voyaient en consultation 1 à 2 fois par an.
- Formations : 4 médecins suivaient le groupe de FMC de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste, 2 médecins celui de MG-Form et 3 médecins d'autres groupes de formation continue. 4 médecins avaient déjà reçu un enseignement sur la sexualité.

Aussi, pour information, nous avons souhaité savoir si les participants s'étaient sentis relativement libres de leur parole lors du *focus group*. 8 personnes ont répondu par l'affirmative avec toutefois une précision pour l'une d'entre elles concernant l'appréhension de ce sujet délicat.

1.3. Méthode d'analyse

1.3.1. Collecte des informations

L'enregistrement audio a permis de retranscrire manuellement l'intégralité de la séance, cette retranscription est nommée le **verbatim** (lisible sous forme codée ou « découpée », c'est-à-dire suite à la première phase du travail d'analyse, Cf. Annexe 3). Nous avons utilisé deux appareils numériques d'enregistrement audio disposés au centre de la table de conférence, chacun placé vers une extrémité de la table afin de bien entendre tous les intervenants. Lors de la retranscription, les paroles et réactions de chaque intervenant sont retranscrites mot à mot. La communication non verbale est elle aussi retranscrite, nous

l'avons inscrite en italique. Le verbatim comprend donc des onomatopées, des éclaircissements de voix nommés hemmages, des attitudes. De plus, nous disposions d'un enregistrement vidéo grâce à la caméra de visioconférence placée en bout de table. Cet enregistrement vidéo nous a permis de compléter les éléments non verbaux que nous n'avions pu repérer lors de l'observation de la séance. Les commentaires de chaque intervenant sont identifiés selon l'appellation durant le *focus group* : M pour le modérateur, M1 pour le médecin n°1, M2 pour le médecin n° 2, etc.

1.3.2. Phase d'analyse⁸²

L'analyse du contenu apparaît comme un « *ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages* »⁸².

Elle doit être reproductible, c'est-à-dire que quelque soit la personne qui la réalise, les conclusions doivent être les mêmes. Elle porte aussi bien sur le verbal que sur le non verbal ; ainsi les attitudes, les émotions sont analysées au même titre que les propos. L'analyse doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème.

a- Le codage

Le codage correspond à une transformation, selon des règles précises, des données brutes du texte. Des thèmes de recherche sont déterminés ; ils peuvent correspondre à ceux choisis lors de l'élaboration du guide d'entretien, ou à des thèmes inattendus apparus lors de la discussion. Un **thème** est « *une unité de signification complexe, de longueur variable ; sa réalité n'est pas d'ordre linguistique mais d'ordre psychologique : une affirmation mais aussi une allusion peuvent constituer un thème ; inversement un thème peut être développé en plusieurs affirmations (ou propositions)* »⁸³.

Ce type de codage est particulièrement propice à l'entretien collectif ainsi qu'à la polysémie des discours qui le caractérise. Dans notre étude, nous avons réalisé un codage en **découpant le verbatim** en unités de signification, les items ; chacun de ses items est numéroté chronologiquement suivant l'avancée de l'entretien (Cf. Annexe 3). Nous souhaitons préciser que toutes les données du verbatim ont été conservées lors du découpage.

b- La catégorisation

Suite à cette phase de codage, nous avons effectué une catégorisation. La majorité des procédures d'analyse utilise un tel processus⁸². Il s'agit de ventiler les composants des messages analysés dans des rubriques ou catégories. Le critère de catégorisation peut être sémantique, syntaxique, lexical ou expressif. Dans notre cas, nous avons utilisé une catégorisation d'ordre **sémantique**.

c- L'inférence

Enfin, la dernière partie de l'analyse reposait sur l'inférence. L'inférence est une opération logique portant sur des propositions tenues pour vraies, les prémisses, et concluant à la vérité d'une nouvelle proposition en vertu de sa liaison avec les premières. C'est une interprétation contrôlée.

⁸² BARDIN L. L'Analyse de contenu. Paris : Coll. Quagdrige, Presses Universitaires de France, 2007, 291 p.

⁸³ UNRUG (d') MC. Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation. Paris : Ed. Universitaires, 1974, 272 p.

d- L'analyse de la dynamique de groupe

Cette partie de l'analyse permet d'introduire les conditions générales de réalisation de l'entretien : la spontanéité des réponses ou les temps d'hésitation et de réflexion, le volume des échanges, les alliances entre les participants, ou au contraire les désaccords.

Ces phases d'analyse nous ont permis d'élaborer une synthèse narrative et descriptive de notre étude. Celle-ci est présentée ci-dessous.

2. Analyse de l'étude

2.1. Le constat

A la question : « Est-ce qu'il vous arrive d'aborder la question de la sexualité auprès des adolescents ? Et à quel moment ? », voici l'analyse des réponses obtenues.

De manière majoritaire, ce sujet est **rarement** abordé par les médecins, items 1-11-16, et de manière **non systématique**, items 11-15-23.

Une particularité notée par un des médecins, M5, est que cela serait **plus rarement abordé auprès des garçons**, item 18.

Par ailleurs, les médecins qui aborderaient assez facilement le sujet, cas des médecins M2-M3-M7, tendent à préciser le **contexte** favorisant cette démarche :

- **contraception chez les filles** : items 7-8 ;
- **certificats médicaux chez les garçons** : item 10.

Le moment choisi pour aborder le sujet de la sexualité est très nettement marqué chez **les filles** par le thème de la **contraception**, tel que le précisent les médecins M2-M3-M4-M5-M6-M7-M8 : items 2-7-14-17-21-28-37. Mais aussi lors des discussions sur **les règles**, item 3, ou lors de difficultés dans la réalisation de **l'examen gynécologique**, items 8-19.

Chez **les garçons**, comme nous l'avons dit précédemment, il se peut que cela soit plus rare, item 18. Toutefois, lors de la réalisation des certificats médicaux, items 5-10, ou lors de problématique spécifique telle qu'un **problème concernant le frein prépuce**, item 26, le sujet de la sexualité peut alors être abordé.

Si on prend maintenant les situations concernant **les deux sexes confondus**, garçons et filles, les médecins précisent les circonstances favorisant pour l'abord de la sexualité :

- **lorsqu'ils émettent une ouverture sur ce sujet** :
 - Tendre des perches* : items 12-42 ;
 - Ouverture par le test TSTS* : items 31-32-36-40-41 ;
 - Sans être systématique ni contraindre l'adolescent à cette discussion* : items 23-24-42.
- **lors de circonstances précises** :
 - Dans le cadre de l'orientation sexuelle* : items 33-34-35 ;
 - Dans le cadre de difficultés psychologiques, de troubles dépressifs* : item 20 ;
 - Lors de certaines vaccinations (papillomavirus)* : items 13-39 ;
 - Lors d'interrogations sur les MST, les mycoses ou la sexualité précisément* : items 25-27-38 ;
 - Lors de la réalisation des certificats médicaux* : items 5-9-10 ;
 - Lors de la consultation annuelle* : items 29-30 ;
 - Lors de l'absence des parents* : items 6-22.

2.2. Les freins à l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité

Tout d'abord, il peut être noté que la question concernant les freins de cet accompagnement a été considérée comme difficile et embarrassante, items 45-46-47.

D'autre part, plusieurs axes de travail ont pu être dégagés :

- Les limites intrinsèques du médecin ;
- Les limites intrinsèques de l'adolescent ;
- La consultation ;
- La place de la médecine ;
- La société et l'environnement de l'adolescent.

2.2.1. Les limites intrinsèques du médecin

Une majorité des médecins pensent que les freins viennent principalement du médecin et sont donc **médecins dépendants**, items 62-74-90. Certains évoquent un **frein personnel** et pensent être **mal à l'aise**, items 54-64-68-278. De manière explicite, certains expliquent ne jamais accompagner ni poser de question directe concernant la sexualité, item 143-280, ou se décrivent **peu intrusifs** et ne tendant que **peu de perches**, items 95-103-206-262. Un des médecins, M5, précise que les questions qu'il pose ne sont pas ouvertes, ce qu'il interprète comme une façon de **se soustraire** à l'abord de cette problématique.

Les éléments suivants vont nous permettre de comprendre les difficultés que rencontrent les médecins quant à leur pratique.

a- Cas particulier du type de patient : l'adolescent

La définition de l'adolescent semble floue notamment en ce qui concerne les **limites d'âge**, items 97-165-170. Ni l'âge ni l'apparence ne correspondent parfois à la **maturité** de l'adolescent, le médecin doit pouvoir s'adapter à l'adolescent qu'il a en face de lui en intégrant toutes ses particularités, items 219-220-244-250. Le « **rythme** » de l'adolescence implique aussi que parfois l'adulte est en décalage par rapport au stade de découverte de la sexualité par l'adolescent, items 92-93-164-165-171, et il est ainsi nécessaire de « respecter les rythmes » et de reconnaître qu'il existe un « espace-temps qu'on ne maîtrise pas », item 172. Un autre décalage est mis en évidence, celui de l'usage d'un **langage** et d'un **vocabulaire** parfois différents, items 70-71-72-87-281.

D'autre part, l'adolescent peut délivrer au médecin une « **identité** » ou « **représentation** » qui sera différente de celle donnée à d'autres personnes et notamment à leurs parents, items 84-85. Inversement, se pose aussi le problème de l'identité donnée à l'adolescent par le médecin : enfant ? adulte ? item 86. L'adolescent se présentant et paraissant le plus souvent en bonne santé, le médecin abordera moins aisément le sujet de la sexualité, items 82-256. De même, évoquer ce sujet semble plus délicat auprès de l'adolescent qu'auprès d'un adulte, items 52-250. Et un des médecins précise qu'il lui paraît difficile « de recevoir des choses de la part d'autres » et d'autant plus de l'adolescent, item 75. Enfin, il est à signaler que le « malaise » de l'adolescent semble gêner le médecin, item 56.

Nous pouvons ainsi constater que l'adolescent est un patient singulier dont certaines particularités mettent en difficulté le médecin.

b- Cas particulier du sujet : la sexualité

La sexualité est un thème difficile à aborder, items 63-74. Il est mis en évidence que c'est un sujet **tabou**, items 74-253-264-284, dont l'évolution vers la connaissance est relativement récente et encore **insuffisante**, items 105-106-107. Du fait de la notion d'intimité et de la volonté de respecter celle-ci, les médecins ont parfois peur d'une immixtion en abordant ce sujet, items 252-262. Les **représentations** personnelles du médecin, de l'adolescent et tout simplement celles existant dans la société (voir paragraphe 2.2.5) influent sur le discours tenu autour de la sexualité, items 88-122-123-189-190-196. Or celles-ci ne sont pas toujours fondées : le médecin doit pouvoir réfléchir sur ses propres représentations, item 320.

c- Cas particulier du médecin-personne : l'individualité du médecin

Comme nous l'avons dit précédemment, les **représentations personnelles** du médecin peuvent constituer un frein pour aborder le sujet de la sexualité, item 88. Certains médecins ne se sentent pas **compétents** dans ce domaine, items 117-205-208-370. Aussi, le **sexe du médecin** joue un rôle important dans la relation à l'adolescent pour un certain nombre de médecins, items 57-65-116-277-278-279-289, « c'est plus facile pour un homme de parler à un garçon et inversement ». Ainsi, certains médecins proposent à l'adolescent de **changer de médecin** s'ils le souhaitent, items 60-66-67, ou de se référer à une autre personne, items 278-279.

2.2.2. Les limites intrinsèques de l'adolescent

Concernant l'adolescent, nous pouvons mettre en évidence certains freins, émis par les médecins ; cependant ceux-ci s'avèrent cités de manière minoritaire.

Il s'agit du fait que l'adolescent **n'est pas à l'aise** avec le sujet de la sexualité, item 55, qu'il est relativement **pudique**, item 48 ; la notion de pudeur est relativisée par un autre médecin, item 63.

Une notion par ailleurs retrouvée par plusieurs médecins est que l'adolescent peut émettre des **doutes sur le secret médical**, notamment en ce qui concerne la confidentialité par rapport à ses parents, items 58-59-79.

Le médecin est parfois le médecin de famille et la période de l'adolescence peut être le moment de **changer de médecin**, items 60-61-67. Par ailleurs, le médecin ne semble pas être vu par l'adolescent comme un correspondant possible au sujet de la sexualité, items 178-179.

La **famille** joue aussi un rôle important : les parents peuvent apporter à l'adolescent les **informations sur la sexualité** dont il a besoin, mais il n'est pas toujours aisé pour l'adolescent de questionner ses parents à ce sujet, item 228. D'autre part, si les parents n'assurent pas ce rôle de formateurs, ou si la parole semble difficile dans certaines familles, il est important que le médecin soit présent et aborde ce sujet, items 100-104-122-156-157-175. De même, l'adolescent peut avoir des difficultés à obtenir les réponses à ses questions, bien qu'il ait pu en discuter avec des membres de sa famille, les pairs, item 234. Lors de la consultation médicale, la **présence des parents** est majoritairement considérée comme un frein, items 51-69-76-102-293. Seul un médecin évoque parfois la présence d'un parent comme une aide, item 77.

Enfin, les représentations véhiculées par les **médias**, notamment **Internet**, que l'adolescent s'approprie, peuvent aussi constituer un frein à l'abord de ce sujet, items 135-136-137-159. Certains messages peuvent engendrer une peur ou une appréhension, item 230.

2.2.3. La consultation

La consultation est un moment d'échange particulier entre l'adolescent et le médecin ; comme nous l'avons dit précédemment, il semble préférable de pouvoir rencontrer **l'adolescent seul**, quitte à accorder ensuite un temps pour voir l'adolescent et ses parents ensemble, items 51-69-76-78-102-293.

D'autre part, il semble important de repréciser la **confidentialité** et le respect du **secret médical**, items 58-59-79. La **mise en confiance** de l'adolescent est une étape fondamentale mais celle-ci exige **du temps**, à la fois la durée de la consultation qui peut se faire plus longue que d'ordinaire, mais aussi le temps s'écoulant entre les différentes consultations, qui à chaque fois permettront d'asseoir la création d'une confiance et du transfert entre le patient et le médecin, items 80-83-283. L'usage d'un **langage** et d'un **vocabulaire** appropriés et adaptés à notre interlocuteur est aussi un élément à prendre en compte, items 70-71-72-87.

L'usage de **tests de dépistage** ou de repérage d'un éventuel risque (psychique, sexuel, accidentel, etc.) pour l'adolescent est d'une grande utilité quant à leur capacité d'ouvertures sur différentes thématiques, items 81-183. Mais ces tests peuvent être ressentis comme un « fichage », une catégorisation, items 282-284, ou encore une banalisation, items 251-252.

Aussi les **discours tenus sur la sexualité** sont souvent « alarmistes », basés sur la prévention et le risque ; les notions de sentiments, de partage et de plaisir ne sont que peu abordées ou arrivent en second plan, items 126-127-128-129-131.

2.2.4. La place de la médecine

Les réflexions engendrées par les questions du *focus group* ont fait surgir un questionnement : « la médecine doit-elle accompagner ça ? », item 94, c'est-à-dire : est-ce la **place de la médecine** d'accompagner l'adolescent dans la découverte de sa sexualité ?, item 98.

Deux médecins, M1 et M5, ont pu ainsi exprimer leur doute quant à l'intervention du médecin dans cette problématique précise, items 94-96-98-261-262. Le médecin M1 souhaite préciser que le **rôle du médecin n'est pas central**, items 168-176, que les patients ont parfois leurs propres ressources, les permettant de trouver des solutions à leurs problématiques, item 173. Toutefois, il a établi quelques **situations particulières** où l'intervention du médecin semble nécessaire, c'est le cas d'une souffrance psychique décelable, d'une orientation sexuelle « mal définie » ou pouvant être la cause de souffrance, d'une impossibilité à communiquer avec ses proches, sa famille concernant la sexualité, ou du faible potentiel de ressources de la personne, items 169-171-174-175.

Néanmoins, ce point de vue sur la place de la médecine a soulevé une **contre argumentation** de plusieurs médecins, et notamment des médecins M2-M6-M7. La controverse s'appuie alors sur la nécessité de suppléer à un manque d'informations sur la sexualité, de démystifier et dédramatiser certaines situations, de recadrer les images véhiculées par les médias et les représentations parfois erronées portées par la société, et de soutenir les adolescents présentant une orientation sexuelle singulière, items 163-180-187-194-230-234. Les médecins insistent alors sur la nécessité « d'ouvrir les espaces de parole », items 180-184-187. L'accent est mis sur l'adolescent se découvrant **homosexuel**, celui-ci peut nécessiter un soutien dans son vécu d'une sexualité différente de ses pairs ; il existe parfois une souffrance importante à détecter du fait du fort taux de suicide chez ces adolescents, items 133-144-201-202-204.

2.2.5. La société et l'environnement de l'adolescent

Tout d'abord, dans l'environnement de l'adolescent, il y a sa famille. Comme nous l'avons dit précédemment, la présence des **parents** lors de la consultation est plutôt considérée comme un frein, items 51-69-76-102-293. Il est toutefois bien admis que les parents sont considérés comme les formateurs en matière de sexualité mais, s'ils n'assurent pas ce rôle ou si la parole ne semble pas ouverte dans le milieu familial, c'est au médecin d'être attentif et d'établir la possibilité de communiquer à ce sujet, items 100-104-142-155-156-163.

Ceci paraît important car les adolescents peuvent aussi effectuer leur **formation** auprès de leurs pairs ou par le biais des médias ; les messages transmis ne sont pas toujours interprétés comme il se doit, c'est ainsi qu'il peut être nécessaire de recadrer leur savoir, items 157-163. L'**école** a aussi un rôle dans l'éducation à la sexualité mais la formation y étant apportée semble être considérée comme « succincte », item 99. Au sujet des **médias**, ceux-ci peuvent à la fois avoir un rôle positif d'informateurs, items 124-125, mais ils peuvent aussi transmettre une représentation de la sexualité biaisée : stéréotypes, objectifs de performance, normalité d'une sexualité subie, etc., items 135-136-137-159.

Nous approchons alors les **représentations** de l'amour et du sexe que chacun de nous peut avoir, construites sur notre histoire personnelle, familiale, sur l'histoire et le fonctionnement de notre société, items 122-123-189-196. La sexualité est toujours considérée dans notre **société** comme un sujet tabou et l'évolution vers un sentiment de plus grande liberté de parole est minime, items 74-105-106-107. La **culture** ainsi que la **religion** ont donc un rôle important dans l'abord de ce sujet ; il paraît plus difficile pour les médecins de discuter de sexualité avec des adolescents dont ils ne connaissent pas les représentations culturelles ou religieuses de la sexualité, tel est le cas comme le cite le médecin M3 pour des patients « maghrébins, africains qui peuvent être musulmans, catholiques », items 118-119-120-121. De même, le « choc des représentations » peut avoir lieu à un autre niveau, celui de la **différence de génération**, le médecin étant plus souvent proche de l'image parentale, items 70-88.

Enfin, un dernier frein inhérent à la société peut être celui imposé par la **loi** ; le fait de parler de plaisir sexuel à un mineur pouvant être considéré comme illégal, items 101-102. Cependant, ces aspects légaux semblent flous et mal déterminés aux yeux d'une majorité de médecins, item 139 ; ce sujet a engendré une réaction globale de l'assemblée ayant conduit le modérateur à évincer cette problématique, item 141.

2.3. Comment aborder le sujet de la sexualité avec l'adolescent ?

2.3.1. Intérêt du questionnaire

Pour une majorité de médecins M2-M3-M4-M6-M7-M8-M9, il semble important d'aborder le sujet de la sexualité avec l'adolescent. Tout d'abord, comme nous l'avons dit précédemment, il s'agit d'un **sujet tabou**, items 74-253-264-284, l'adolescent peut être gêné pour en parler, item 55 ; c'est donc au médecin d'aller au devant d'une éventuelle problématique dans ce domaine-là.

Par le biais de **questions quasi-systématiques**, items 239-254, l'espace de parole peut alors s'ouvrir. Les médecins ont souligné, tout particulièrement, certaines situations où le questionnaire est fondamental : suspicion de violence sexuelle, item 217, orientation sexuelle et souffrance psychique, items 133-144-201-202-204. Dans ce cas précis, certains

médecins utilisent une formule de questionnement ouverte : « est ce que t'as un petit copain, une petite copine ? », item 245, ouvrant la possibilité pour l'adolescent de parler de son éventuelle attirance pour le même sexe. Les questions doivent effectivement être **ouvertes** sinon la pertinence en est moindre, item 257-260.

Nous pouvons aussi interroger les adolescents sur leurs **représentations**, items 310-311-312. Parfois celles-ci sont erronées, item 230, la discussion permettant alors de les **rassurer** et de dédramatiser certaines situations, items 314-317-319-321. Certains médecins vont s'impliquer, items 311-316, et donner leurs propres représentations : « la sexualité, ce n'est pas la pénétration », item 312, « avant tout c'est un acte d'amour », item 314. De plus, les adolescents ne trouvent pas toujours les réponses à leurs questions, ou il peut leur paraître difficile d'aborder ce sujet, que ce soit auprès de leurs parents, de leurs pairs, ou de l'école, items 99-228-234. Poser une question à l'adolescent au sujet de la sexualité, c'est aussi lui montrer que c'est **normal** d'en parler, item 287, et qu'ils peuvent aussi en parler dans leur couple, items 284-288.

Alors, plusieurs sortes de questionnements sont présentées :

- ceux abordant **la sexualité en général** :
Item 213 : « Est-ce que t'as envie de parler de la sexualité, c'est quelque chose qui te pose des questions, et tu ne trouves pas les réponses ? On peut en parler librement si tu veux. »
Item 227 : « Est-ce que t'as des questions dont tu n'as pas les réponses, que t'as pas demandées à tes parents et cætera ? »
Item 245 : « Est-ce que t'as un petit copain, une petite copine ? »
- ceux abordant les **rapports sexuels** plus précisément, notamment lors de la demande de contraception :
Item 242 : « Et les rapports, ça se passe bien ? »
Items 258 et 259 : « As-tu déjà eu des rapports ? » - « Ça se passe bien ? »
Item 279 : « Comment ça se passe, les rapports ? »
Le médecin M7 précise à ce sujet qu'il a remplacé le terme « rapport » par le terme « câlin » afin d'élargir cette notion et de se mettre à la portée d'une grande partie des adolescents, items 280-281.
- Ceux abordant le **corps** et l'**appréciation de soi** :
Item 226 : « Euh, est-ce que tu connais bien ton corps ? Est-ce que t'es à l'aise avec ton corps ? Est-ce que tu veux qu'on en parle ? »
Items 274 et 275 : « Est-ce que tu t'aimes bien ? » - « Est ce que tu t'aimes bien ? Est ce que t'aimes ton corps ? »
Item 292 : « Est ce que tu as tes règles, est ce que t'as mal au ventre ? »

2.3.2. Attitudes du médecin

Pour favoriser un échange sur la sexualité, les médecins reconnaissent qu'il faut tout d'abord établir une **relation de confiance** avec leur patient adolescent, items 49-211. Relation qui se fait au fur et à mesure des consultations, items 209-210-211. Ce n'est pas dès la première rencontre ni lors d'une consultation pour « une angine » que le médecin va aborder le sujet, sauf élément l'orientant sur ce terrain, items 214-222-223. Il peut paraître même « choquant » pour un adolescent d'être questionné directement sur ce sujet, item 265. Par ailleurs, si la présence des parents peut parfois apporter une aide lors de la consultation, il est cependant important d'essayer de voir **l'adolescent seul**, items 76-77-78.

L'**attitude d'écoute** est à privilégier, items 50-89-169-211. L'adolescent n'abordera que rarement le sujet spontanément, item 205, des moyens neutres ou les questions systématiques peuvent alors créer une ouverture, items 207-239-254. Les médecins sont unanimement en accord sur le fait qu'il est important de « **tendre des perches** » et d'« **ouvrir les espaces de parole** », items 109-134-180-184-186-187-203-212-213-231-236-237-263. Le fait de recommencer aux consultations suivantes est aussi un élément essentiel, permettant au patient de saisir la possibilité d'en parler au moment où il se sentira prêt, item 238-243. Il est important aussi de lui signifier que le médecin est présent et capable de l'aider à trouver des réponses aux questions qu'il se pose, items 230-234.

Connaître les **représentations** de l'adolescent et parfois oser donner les siennes peut le rassurer et dédramatiser certaines situations, items 310-311-312-316-318-319-321. Cela peut être l'occasion de donner quelques explications ou conseils, items 232-233-312-314-319, mais cela peut être aussi les « recadrer », items 302-303-304-306. Le médecin M2 cite le cas de jeunes filles de 12 ans « habillées comme des petites femmes », qui « veulent plaire », qui « veulent séduire »; c'est l'occasion de savoir ce qu'elles recherchent à travers ce comportement et cette apparence, items 302-303. Le médecin doit essayer de **s'adapter** à l'adolescent qu'il a en face de lui, en fonction de son âge, de son sexe, de sa maturité, items 244-285-290-294-295. Ainsi l'usage du tutoiement ou du vouvoiement est variable, item 199.

L'**abord au corps** peut aussi être une porte d'entrée pour l'abord de la sexualité : discuter sur les premiers signes pubertaires, les caractères sexuels secondaires, rebondir sur des questions portant sur l'anatomie, le physique en général, items 197-226-274-275.

Dans certaines situations, le médecin peut aussi proposer à l'adolescent d'en parler avec d'**autres personnes** (parents, pairs, autres référents) ou de **changer de médecin**, items 66-199-233-307. Enfin, concernant l'**adaptation du médecin**, il doit permettre à ses pratiques d'évoluer, item 241.

2.3.3. Situations favorables

Plusieurs situations paraissent favorables pour tendre la perche. Elles dépendent du motif même de la consultation, qu'il soit un motif direct ou indirect à l'abord de la sexualité.

a- Via le corps

La médecine permet une liaison entre le corps et la psyché, item 269, le contact avec le corps de l'adolescent peut aider à amorcer une discussion sur l'appréciation de soi-même et sur la sexualité, items 226-255. La pesée mesure est un premier élément d'approche du corporel, et certains médecins profitent de ce moment pour aborder ce sujet, items 273-274-275. C'est aussi le cas pour les premiers signes pubertaires, les caractères sexuels secondaires ou les règles, items 225-271-292-309. Certains adolescents ont des interrogations ou des méconnaissances par rapport à leur anatomie et par rapport à la norme, items 153-155-158-161-198-306-317-318. Par exemple, concernant les garçons, ils peuvent présenter des complexes de petits sexes ou des difficultés à décalotter, items 235-278.

Lorsque le patient présente des symptômes somatiques : abdominaux, urinaires, gynécologiques (mycoses), il paraît plus aisé pour le médecin de questionner sur la sexualité, items 25-146-147-224. C'est le cas aussi lors des questions sur la « première fois », item 46, certaines vaccinations (papillomavirus), items 13-39, les maladies sexuellement transmissibles (MST), item 25-38-130, la contraception, items 110-146-242-243-258-259, ou lors de l'examen gynécologique. Notamment lorsque l'examen gynécologique s'avère difficile, items 240-242-150, il est important de rechercher un éventuel vaginisme ou des dyspareunies, items 148-149-151-154-188.

b- Via le psychisme

Lorsque les médecins ressentent un malaise général, une souffrance psychique, ils essaient d'aborder la question de la sexualité, items 111-112-256. Notamment face au fort taux de suicide chez les adolescents homosexuels, il convient de s'enquérir de l'orientation sexuelle des adolescents en souffrance, items 108-132-133-144-167-201-202-204-245. Les difficultés scolaires, les conflits avec les parents peuvent aussi être des éléments amenant à une ouverture de la discussion sur la sexualité, items 113-114.

c- Via le contexte

Lors de l'examen annuel ou de l'établissement des certificats, les médecins profitent de voir les adolescents pour évaluer leur bien être et les risques qu'ils encourent, items 5-9-10-29-30. Peut alors se poser la question de la sexualité, item 244. Lorsque les médecins notent que l'adolescent n'a que peu de ressources, que ses parents n'assurent pas leur rôle de formateurs, ils essaient de suppléer au manque d'informations, items 100-104-156-157-174. Certains considèrent alors qu'ils ont à tenir ce rôle au moins jusqu'à ce que l'adolescent acquière son autonomie, item 272-286.

2.3.4. Les supports

Parmi les supports les plus utilisés, nous retrouvons dans les dires des médecins : les tests de dépistage et les livres ou documents.

a- Les tests de dépistage

Les tests de dépistage sont cités à multiples reprises, items 31-32-36-40-41. Ils sont reconnus comme efficaces dans la prévention et permettent un abord neutre et systématique de multiples problématiques, items 215-216-217. Ils peuvent notamment aider à dépister des violences sexuelles, item 217. Cependant ils peuvent être difficiles à introduire dans la pratique de chacun ; un des médecins, M1, précise : « cela ne correspond pas à ma psychologie ni à ma manière de faire », item 216. Un test est particulièrement cité : le TSTS, item 31-36-215. Un médecin, M9, ayant découvert ce test assez récemment, trouve que celui-ci « amène des discussions intéressantes », item 41, qu'il « permet d'ouvrir les choses et quelquefois sur la question de la sexualité », item 40. D'autres médecins n'ont pas connaissance de ce test, M4 et M8, et ont souhaité avoir plus d'explications, item 43. Ces questions ayant entraîné une réaction générale de l'assemblée de type brouhaha, le modérateur a dû clore le sujet, item 44.

b- Les livres ou documents

L'usage d'un document qui peut être remis à l'adolescent est un moyen intéressant d'ouvrir la discussion ou, tout au moins, lui montrer que la discussion est possible, items 266. Notamment le livret réalisé par l'INPES, « Questions d'ados », est parfois remis aux adolescents, item 246. Un des médecins évoque les questionnaires préalables à la consultation proposés par les anglo-saxons, tout en s'interrogeant sur la possibilité d'une transposition à notre pratique en France, item 267. D'autres supports sont utilisés tels que les livres, les bandes dessinées, items 296- 328. Certains médecins les conseillent aux adolescents, un médecin précise que cela est d'autant plus important qu'ils sont jeunes, item 296. D'autres médecins les laissent en accès libre dans la bibliothèque de leur salle d'attente, item 322-325-327. Les livres conseillés sont : le « Que sais-je » sur la sexualité, item 297-298, « Je découvre mon corps » et « Comment on fait les bébés ? », item 323, « La sexualité expliquée aux ados », item 324.

2.4. Intérêt d'une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent

Cette dernière question du *focus group* : « Pensez-vous que l'instauration d'une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent serait un temps privilégié pour aborder le sujet de la sexualité ? » a entraîné initialement un certain malaise des intervenants puis une polémique très intéressante, avec parfois une évolution dans l'opinion des médecins, items 329-368-369-375-397-404-434. Globalement, trois médecins semblent favorables à cette idée, M1-M6-M7, trois médecins semblent défavorables, M2-M3-M4, et trois médecins n'ont pu trancher, M5-M8-M9. A noter tout de même que le médecin M9 était clairement défavorable à cette idée au début de la discussion, mais que par la suite, son attitude semblait avoir changé.

Ainsi plusieurs axes de réflexion ont pu être dégagés autour de cette proposition de consultation annuelle gratuite pour l'adolescent :

- Les aspects positifs de l'instauration de cette consultation ;
- Les aspects négatifs de celle-ci ;
- La nécessité d'un cadre pour cette consultation spécifique ;
- L'ouverture sur d'autres possibilités permettant aux adolescents de s'informer sur la sexualité.

2.4.1. Aspects positifs

Tout d'abord, il est important de signaler que cette instauration d'une consultation annuelle gratuite a été, semble-t-il, **une demande des jeunes**, une demande des syndicats, items 430-431-432-433.

D'autre part, l'adolescent dépend de ses parents à deux niveaux : d'un point de vue **financier** et d'un point de vue **administratif**, par la carte vitale ou la réalisation d'une feuille de soins, items 342-343. En effet, l'adolescent n'obtient une carte vitale à son nom qu'à partir de 16 ans, et son autonomie financière n'intervient souvent que bien plus tard. Or, ces deux aspects peuvent constituer un véritable blocage pour l'adolescent. Ainsi, la consultation gratuite, sans avance de frais, permettrait de **lever le blocage financier**, items 342-343. Aussi, le fait que cela soit prévu dans le cadre de la sécurité sociale permettrait de **lever le blocage parental**, items 342-348-349-355-382. L'adolescent pourrait venir en consultation sans demander l'accord préalable de ses parents ou sans devoir expliquer le motif lors de la réception du compte rendu des soins réalisés, items 351-352-377-383. Enfin, certains adolescents sont systématiquement amenés et accompagnés par leurs parents en consultation et cela pourrait permettre à l'adolescent d'effectuer seul cette démarche, items 401-402.

Actuellement, les médecins voient les adolescents pour des motifs très précis comme les certificats, les infections ORL ou la « liste des cinq problèmes » à résoudre, items 357-362-377-408. Il s'agit d'une utilisation très « mécaniste » du système de santé, item 358. Or, les médecins souhaiteraient profiter de cette consultation (souvent annuelle) pour avoir une **démarche plus globale**, plus générale, items 417-418-419-421-422-423. Mais se pose alors la problématique du **temps**, item 424-426-427. En effet, gérer les motifs pour lesquels l'adolescent vient consulter, et profiter en même temps de sa présence pour dépister des problèmes éventuels requièrent une laxité dans la durée de la consultation, item 353. Ainsi, l'établissement d'une consultation annuelle gratuite pourrait être l'occasion de créer des ouvertures sur des **sujets non abordés habituellement**, par manque de temps ou du fait d'un nombre insuffisant de consultations chez l'adolescent, items 336-359-377-408. De plus, si l'adolescent n'a pas de référent dans son entourage pour parler de sexualité, cette consultation pourrait représenter une opportunité pour lui signifier que le médecin généraliste peut être un référent, item 371.

2.4.2. Aspects négatifs

Certains médecins pensent que cette consultation annuelle gratuite **n'est pas adaptée** à l'adolescent. L'adolescent n'est généralement pas dans l'anticipation des événements, items 365-405. De ce fait, les médecins se demandent s'il serait en mesure de profiter de cette consultation pour aborder de nouvelles thématiques, items 339-340. De même face à une problématique précise, cette consultation va-t-elle l'inciter à venir en parler au médecin, items 347-366 ? De plus, il paraît important aux médecins de s'assurer que celle-ci ne sera pas imposée aux adolescents, au risque d'être ressentie comme un « flicage », items 389-406.

Par ailleurs, pour certains médecins, **le système actuel** leur paraît **fonctionnel**, items 330-400. L'aspect pécuniaire ne paraît pas être un facteur limitant, item 331. Il est précisé à l'adolescent qu'il peut venir seul, que le paiement ne doit pas être un obstacle, item 380-388-398-413. En effet, si l'adolescent n'en a pas parlé à ses parents, certains médecins ne réalisent **pas de feuille de soins**, item 385-386. Cependant un médecin, M2, précise que sa disponibilité n'est pas aussi grande qu'il le souhaiterait, item 387. C'est pourquoi il évoque d'autres possibilités de soutien ou de formation auprès des adolescents ; celles-ci seront étudiées par la suite (paragraphe 244). Les médecins rappellent à l'adolescent le **respect du secret médical**, valable aussi à l'égard de leurs parents, excepté dans les cas de mise en danger, items 381-383. Si l'adolescent n'a pas été vu depuis longtemps, la consultation est alors « étoffée », item 399. Des occasions peuvent être créées pour signifier à l'adolescent que le médecin est un référent possible, item 371.

D'autre part, pour aborder le sujet de la sexualité, il semble important d'avoir pu établir **une relation de confiance**, au fur et à mesure des consultations successives, items 332-334-335-374-376. L'adolescent peut se confier si cette relation a pu se construire, items 345-346. Or une consultation annuelle gratuite se veut ponctuelle : celle-ci ne serait alors favorable que pour les patients ayant déjà confiance en leur médecin, souligne le médecin M9, item 346. Se pose aussi la question de la différence de pratique en ville ou en campagne, item 333, les patients citadins changeant peut être plus fréquemment de médecin. Un autre médecin, M8, s'interroge sur les capacités de médecin à se saisir de cette consultation pour tendre des perches qu'il ne tend pas habituellement, items 336-341-344.

Enfin, cette possibilité d'instauration d'une consultation annuelle gratuite est vécue par un des médecins, M4, comme une façon de **tout cadrer** dans la médecine, items 369-372, parfois au détriment de certaines valeurs de la médecine, items 373-374.

2.4.3. Cadre de cette consultation spécifique

Des échanges réalisés autour de cette proposition, s'est dégagée la nécessité de définir et d'imposer un cadre à cette consultation annuelle gratuite pour l'adolescent.

Tout d'abord, cette consultation devrait répondre à certains **critères** :

- Etre une consultation de **synthèse**, envisager l'adolescent dans sa globalité, items 338- 353-363-417 ;
- Pouvoir réaliser des **dépistages et tests systématiques** dans un but préventif, item 337 ;
- Permettre **l'éducation à la santé**, item 357 ;
- Envisager **certains sujets** : psychothérapie de soutien, contraception, items 350-363 ;
- Etre **remunérée à bon escient**, en rapport notamment avec le temps consacré à cette consultation spécifique, item 353.

Par ailleurs, un débat s'est organisé autour de la problématique des **certificats médicaux pour le sport** et du **remboursement des consultations**, item 435. La consultation effectuée dans le cadre d'une demande de certificat d'aptitude au sport n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Or les médecins ne voient certains patients que pour ce motif ; ils profitent alors de ce moment pour faire un examen plus général, items 423-436-437-438. Mais se pose à nouveau le problème du temps, de la durée de la consultation, item 424. C'est pourquoi un des médecins, M9, prône une consultation annuelle gratuite pour effectuer une synthèse sur l'état de santé du patient et réaliser les certificats de sport par la même occasion, item 426-428-438-439-440. Deux autres médecins, M6 et M7, appuient l'idée qu'une consultation annuelle gratuite, en tiers payant direct, pour tous les patients, serait bénéfique, items 354-360.

2.4.4. Autres possibilités

Cette question du *focus group* a amené des réflexions sur les autres possibilités permettant aux adolescents de s'informer sur la sexualité, et plus particulièrement les autres lieux de référence. Tout d'abord, il paraît important qu'il existe des lieux anonymes, tel que **le planning familial** ou les consultations anonymes et gratuites de **l'hôpital**, items 351-379-390. Cependant se pose parfois le problème de s'y rendre, l'accès paraissant parfois difficile pour certains adolescents, item 391. **L'établissement scolaire** est un lieu central pour l'adolescent, il y passe une majeure partie de son temps. L'éducation à la santé et particulièrement à la sexualité y est présente. Selon un des médecins, M2, il serait probablement bénéfique d'instaurer un **lieu de soin paramédical**, géré soit par une infirmière soit par une psychologue, où l'adolescent pourrait se rendre, poser des questions et être écouté, items 392-393-394. Il faudrait alors que les horaires du lieu correspondent aux heures de présence des adolescents dans les établissements et qu'ils y aient la possibilité de consulter des livres de référence, items 395-396.

Enfin, il existe **des coordonnées téléphoniques**, telles que Fil Santé Jeunes, permettant à l'adolescent de poser ses questions et d'être écouté, items 409-410.

L'objectif principal, au centre des précédentes réflexions, est que l'adolescent connaisse les différents moyens existants pour l'aider à trouver des réponses à ses questionnements, notamment concernant la sexualité, items 411-412.

DISCUSSION

1. Particularités et limites de l'étude

1.1. Choix du sujet

La revue de la littérature rapporte de nombreux articles anglo-saxons concernant la sexualité des adolescents. La littérature française s'est quant à elle enrichie de documentations à ce sujet suite à la découverte du SIDA et de son mode de contamination. Cependant, nous nous sommes rendus compte que ce sujet était principalement traité sous la forme de la prévention : prévention de la grossesse, des MST. Les aspects relationnels, émotionnels, étaient de ce fait beaucoup moins étudiés. C'est pourquoi nous avons souhaité aborder le sujet de la sexualité des adolescents à la fois dans ses **aspects préventifs** mais aussi dans ce qui se rapporte au **vécu** et aux **affects** des adolescents. Le fait de le préciser dans le préambule au *focus group* aurait pu avoir pour effet d'influencer les participants et de les inciter uniquement à parler du vécu des adolescents. Or, nous avons pu constater que tous les aspects avaient été traités de manière relativement **équivalente**. Nous avons aussi pu noter que les aspects préventifs pouvaient d'une certaine manière ouvrir la discussion sur la sexualité, via l'usage d'une contraception, d'un moyen de protection contre les MST. Mais que l'expérience de la puberté, de la découverte de la sexualité était aussi envisagée. Enfin, il nous a paru enrichissant de voir comment les médecins cernaient l'alliance entre ce sujet, la sexualité, et cette période critique de leurs patients qu'est l'adolescence.

1.2. Participants : choix des médecins

Plusieurs thèses ont été réalisées sur la relation adolescent-médecin généraliste^{84, 85, 86, 87}. Concernant plus particulièrement le sujet de la sexualité, nous avons pu en noter certaines analysant les comportements ou le point de vue des adolescents^{88, 89, 90}.

Dans ces différentes thèses, on constate que **le point de vue des médecins généralistes sur l'abord de la sexualité** auprès de leurs patients adolescents n'a pas été recueilli. Bien qu'il existe un certain nombre d'ouvrages à l'intention des professionnels de la santé, il nous a paru utile de mettre en relief les attitudes et opinions des médecins généralistes sur l'abord de ce sujet avec les adolescents.

⁸⁴ JOUBERT C. L'adolescent et le médecin en consultation de médecine générale. Th : Méd. : Paris VII, Denis Diderot : 2004, 132 p.

⁸⁵ LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Méd. : Paris V : 2004, 126 p.

⁸⁶ DROUHIN-BATTIN H. Les adolescents en médecine générale. Spécificités et démarche préventive. Enquête de pratique auprès de médecins généralistes de la région narbonnaise. Th : Méd. : Montpellier : 2006, 134 p.

⁸⁷ BOULESTREAU-GRASSET H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste. Th : Méd. : Nantes : 2009, 64p.

⁸⁸ 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. Th : Méd. : Paris VII, Denis Diderot : 2001, 79 p.

⁸⁹ DECHOUX-PRADEL J. Appréhension de la sexualité par les adolescents. Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group. Th : Méd. : Angers : 2008, 216 p.

⁹⁰ ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

1.3. Choix de la méthode

Les recherches qualitatives effectuées en France sur le sujet de la sexualité recourent essentiellement à des entretiens individuels approfondis ou à des enquêtes de type ethnographique^{91, 92, 93, 94}.

Sur ce même sujet, les travaux anglo-saxons privilégient **l'entretien collectif**. En effet, s'il paraît a priori plus difficile de parler de sujets intimes ou sensibles en groupe que dans une relation en face à face, de nombreux chercheurs anglo-saxons défendent le point de vue inverse⁹⁵. Dans la mesure où ces entretiens sont menés auprès de personnes ayant une même expérience, en l'occurrence leurs activités professionnelles, un espace commun se crée. Il facilite l'échange de points de vue et contribue à un entraînement à la divulgation de pratiques ou d'opinions généralement tenues sous silence.

C'est pourquoi la **méthode dite le focus group** nous a paru adaptée à une discussion sur le sujet de la sexualité. Par ailleurs, nous aurions pu envisager de coupler cette méthode à une enquête quantitative afin de donner une expression chiffrée aux résultats de notre étude. Cependant, avant de créer un questionnaire, encore fallait-il se faire une idée sur ce sujet précis. La méthode du *focus group* n'a pas pour objectif d'être représentative d'une population. Une étude quantitative pourrait donc être réalisée sur les attitudes et opinions des médecins généralistes dans l'abord de la sexualité auprès de leurs patients adolescents.

1.4. Avantages du focus group

1.4.1. La dynamique du groupe

L'avantage de cette méthode réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la **dynamique de groupe**, c'est-à-dire dans leur effet « libérateur »⁹⁶. Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, opinions et expériences en créant une réaction en chaîne. Par effet d'entraînement, l'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres ou les entraîner dans un débat. En effet, l'entretien collectif a pour avantage de faciliter le recueil de la parole individuelle en diminuant les inhibitions personnelles ; il encourage ainsi la contribution des personnes pensant n'avoir rien à dire ou réticentes à s'exprimer sur le sujet. L'expérience commune partagée peut également créer des solidarités. Le collectif peut ainsi donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels⁹⁶.

L'entretien en groupe réduit aussi le contrôle exercé par l'enquêteur et introduit un transfert de son pouvoir sur le groupe. Les participants acquièrent ainsi une certaine influence sur la logique de la discussion. L'entretien collectif permet également de saisir les prises de position en interaction les unes avec les autres, et non de manière isolée. Il permet à la fois l'analyse des significations partagées et des désaccords.

⁹¹ SIMON P, LEVY C. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Ed. abrégée. Paris : Julliard, 1972, 353 p.

⁹² SPIRA A, BAJOS N, Groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La documentation française, 1993, 351 p.

⁹³ LAGRANGE H., LHOMOND B *et al.* L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.

⁹⁴ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

⁹⁵ DECHOUX-PRADEL J. Appréhension de la sexualité par les adolescents. Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group. Th : Méd. : Angers : 2008, 216 p.

⁹⁶ MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L *et al.* Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med. Gen., 2004 ; 18 (645) : 382-384.

Nous avons pu constater que, durant notre *focus group*, la parole s'est progressivement libérée. En effet, lors de la réponse à la première question, les échanges étaient relativement modestes, avec peu d'interventions ou de réactions du groupe. Certains participants ont initialement présenté une certaine **gêne** à exprimer leurs idées. Cette gêne a pu être notée dans :

- l'analyse du matériel verbal : les hésitations, « euh », les éclaircissements de la voix appelés aussi hemmages, les soupirs ;
- l'analyse du matériel non verbal : manipulation de stylo, recherche d'approbation du modérateur ou de l'observateur.

Nous avons pu noter que l'enregistrement vidéo semblait avoir déconcerté un des médecins, M3, au début du *focus group* : « se grattant la tête, sa main gauche cachant son visage de la caméra ». Puis cette gêne s'est estompée au cours de l'entretien, son visage est apparu sur la vidéo lors des prises de parole suivantes.

La **libération de la parole** et le changement d'attitude des participants ont pu être notés dans :

- la communication verbale : rires, prises de parole inopinées, désaccords, brouhaha et bruits de fond ;
- la communication non verbale : sourires, attitudes plus détendues, demandes de parole, agitations.

1.4.2. Validité de l'étude

Le *focus group* n'a pas pour objectif d'être représentatif d'une population. Il doit cependant permettre de recueillir une **diversité d'opinion**. Ainsi, il ne permet pas d'établir de consensus sur une question, puisqu'il a justement pour objectif de faire émerger toutes les opinions sur un thème donné. Dans notre étude, nous avons ainsi pu recueillir tous les éléments pouvant mettre en difficulté le médecin lors de la consultation de l'adolescent et de l'abord du sujet de la sexualité. De même, tous les éléments permettant de favoriser cet abord ont pu être énoncés par les participants. Dans l'analyse d'un *focus group*, tout est « **valide** » : même une seule idée minoritaire est « **vraie** ». Une idée fréquemment émise au cours d'un entretien n'a pas plus d'importance qu'une idée exprimée succinctement, une simple expression ou même un mot. C'est pourquoi l'analyse a pris en compte toutes les idées émises.

1.5. Limites du focus group

1.5.1. Biais de sélection des participants

Dans notre étude, nous pouvons noter un **biais de recrutement**. Les médecins ont été recrutés à partir d'une liste proposée par notre directeur de thèse mais aussi à partir des contacts de nos maîtres de stage. En utilisant ces deux répertoires, nous avons souhaité limiter ce biais en diversifiant les intervenants. Cependant, il s'est avéré que les médecins disponibles pour participer au *focus group* avaient certaines caractéristiques communes : la majorité avait un exercice urbain, et la plupart appartenait au même groupe de FMC. De ce fait, nous ne sommes pas certains d'avoir recueilli des opinions aussi variées que si nous avions analysé les avis d'un groupe plus diversifié et peut-être plus révélateur de la population des médecins généralistes.

1.5.2. Limites et intérêts de la présentation du sujet et du rôle du modérateur

Lors de la présentation du sujet, au début de la séance, nous avons souhaité émettre quelques précisions. Elles concernaient la définition de l'abord de la sexualité en médecine générale ; nous avons demandé aux médecins de considérer la sexualité sous plusieurs angles, et si possible dans sa définition la plus large. Une des limites à évoquer est que la sexualité est un **domaine très vaste**, impliquant à la fois les changements corporels et psychiques de l'adolescent, ses relations aux autres, les aspects préventifs et éducatifs. Ainsi cette précision a pu ajouter de la complexité aux questions du *focus group*.

D'autre part, nous avons volontairement choisi de ne pas préciser les **limites d'âge** de l'adolescence. Celles-ci varient selon les études et selon les pays. Nous ne voulions pas influencer les participants et nous avons choisi de les laisser se référer à leurs propres repères. Cette variabilité dans la conception de la période d'adolescence a été relevée par un des médecins, M1, items 97, 170. Cela a entraîné une discussion enrichissante sur l'adaptation de l'attitude du médecin en fonction de la maturité et de l'âge de l'adolescent.

Concernant la consultation annuelle gratuite, lors de la quatrième question, nous n'avons pas précisé qu'elle devait être prochainement mise en place par le gouvernement. Cela aurait probablement eu une incidence sur les réponses données.

Le modérateur a dû recadrer à deux reprises l'entretien collectif, en écartant certains sujets :

- Les demandes d'explication sur le test TSTS, items 43 et 44 ;
- Les précisions sur le rapport du médecin à la loi, items 138 à 141.

Par ailleurs, nous avons pu constater quelques digressions au cours de la quatrième question du *focus group*, concernant le souhait d'une consultation en tiers payant pour tous les patients, et l'établissement des certificats médicaux pour le sport.

1.5.3. Effet leader d'opinion et relations de hiérarchie

Les interactions du groupe peuvent présenter certaines limites, telles que par exemple l'effet de **leader d'opinion**⁹⁷. Cet effet doit être minimisé par le modérateur au cours de l'entretien. En effet, celui-ci doit essayer de répartir le temps de parole entre tous les intervenants de manière relativement équitable. Ce fut le cas dans notre *focus group*.

Concernant les **relations de hiérarchie**, un minime déséquilibre a pu être constaté à trois reprises. Un des médecins, M2, a pris la parole spontanément, en coupant parfois la parole aux autres intervenants, à plusieurs reprises ; nous le retrouvons plus particulièrement lors de la deuxième question, items 136 à 163. Ce même participant a suscité une réaction des autres participants sur une problématique précise : le rapport du médecin à la loi, items 138 à 140. Enfin, une tension a pu être notée entre M2 et M3 au sujet de la prise en charge des jeunes adolescents, items 297 à 302. Une hypothèse que nous pouvons émettre pour expliquer cette tension est que le médecin M2 présentait une certaine assurance tant dans ses propos que dans son attitude ; ceci semble avoir entraîné une certaine irritabilité de M3.

⁹⁷ MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L *et al.* Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med. Gen., 2004 ; 18 (645) : 382-384.

Inversement à l'assurance présentée par M2, le médecin M4 nous a paru mal à l'aise, voire **inhibé** durant l'entretien. Nous avons pu le constater notamment par sa difficulté à exprimer ses idées, items 45 à 50 et 249 à 256. Par ses propos, nous avons ressenti la peur d'être jugé, de ne pas avoir une pratique professionnelle adaptée ou conforme aux recommandations. Nous supposons que le déroulement et l'objectif du *focus group* avaient été mal interprétés. Préalablement à l'entretien, lors de la phase de recrutement, nous avons envoyé un mail ou un courrier aux intervenants, en leur expliquant la méthode du *focus group* et le déroulement de la séance. Nous avons précisé que les enregistrements audio et vidéo ne seraient pas divulgués et que leurs retranscriptions seraient effectuées de manière anonyme. Cependant il aurait certainement été bénéfique d'expliquer, en début de séance, les caractéristiques d'un *focus group* : l'**anonymat**, le **non jugement**, la **véracité** de chaque idée.

1.5.4. Biais d'entraînement et norme de groupe⁹⁸

Le **biais d'entraînement** a été constaté à quelques reprises : les participants reprennent alors les idées énoncées par l'intervenant précédent. C'est notamment le cas, lors de la première question, au sujet des motifs de consultation permettant d'aborder la question de la sexualité avec l'adolescent.

Nous avons aussi pu mettre en évidence un effet de **norme de groupe**, c'est-à-dire une tendance du groupe à tenir le même discours sur une thématique. Ceci peut s'expliquer soit par le fait que c'est une pensée dominante soit par le fait qu'il est socialement convenable de tenir ce discours. Ainsi, cet effet a été constaté au cours de la quatrième question, lors de la discussion sur l'établissement des certificats médicaux pour l'aptitude au sport. Il semble alors que la conversation corroborait la pensée dominante.

1.5.5. Absence de représentativité

Les résultats d'un *focus group* ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population ciblée. Les résultats de ce type de méthode sont soumis à des variables incontrôlables : un groupe peut par exemple s'attarder sur un point qui n'aurait peut-être pas été abordé dans un autre groupe. Les résultats d'un *focus group* peuvent en revanche être utilisés pour l'élaboration d'un questionnaire soumis à un échantillon représentatif de population. Pour que les résultats d'un *focus group* soient généralisables, il est nécessaire de constituer plusieurs *focus groups* sur le même thème jusqu'à atteindre la **saturation**⁹⁸, c'est-à-dire le point où l'information récoltée ne livre plus rien de nouveau par rapport à ce qui a déjà été dit. Cette saturation n'a pas été recherchée lors de notre étude, c'est pourquoi nos résultats ne sont pas généralisables.

1.5.6. Biais de l'analyse

L'analyse des données met inévitablement en jeu une part de **subjectivité** liée au chercheur. Même si celui-ci s'efforce de la minimiser autant que possible, il fait preuve d'interprétation lors du découpage des idées et du classement des énoncés par thèmes. A ce sujet, lors du **découpage du verbatim**, la numérotation n'a pas été attribuée aux unités de signification non utilisables. Celle-ci concernait principalement les propos du modérateur ; il nous semblait que ce matériel verbal ne pouvait pas contribuer à l'analyse de notre étude.

⁹⁸ MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L *et al.* Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. Rev. Prat. Med. Gen., 2004 ; 18 (645) : 382-384.

2. Sexualité de l'adolescent : l'abord du sujet

2.1. Pratique des médecins

2.1.1. Un sujet rarement abordé

Dans notre étude, nous sommes partis d'un **postulat** : les médecins généralistes n'abordent que rarement le sujet de la sexualité avec leurs patients adolescents. Nous avons pu le confirmer au cours de la première question du *focus group* : 6 médecins sur 9 disent ne pas l'aborder facilement. Ce résultat corrobore ainsi certaines études faites précédemment. Dans une étude réalisée en 2004 concernant l'adolescent et le médecin en consultation de médecine générale, **près d'un médecin sur trois n'aborde pas le thème de la sexualité**. Dans 19% des cas, ni l'adolescent ni le médecin n'abordent ce sujet. Et seuls 57% des médecins abordent ce sujet sans que l'adolescent les ait interpellés.

Lorsque les médecins généralistes du *focus group* abordent le sujet, ils ont en tête à la fois les aspects préventifs mais aussi les questions relatives à l'appréciation de soi-même, de son corps, aux relations sexuelles ou encore à l'orientation sexuelle. Une majorité de médecins ont conscience de la nécessité de favoriser le dialogue concernant **l'orientation sexuelle**, le vécu d'une homosexualité pouvant entraîner une souffrance psychique chez l'adolescent. Dans les données de la littérature, nous ne retrouvons pas cette diversité d'approches dans l'abord de la sexualité par les médecins. Une étude américaine a mis en évidence que, lorsque le sujet était abordé, cela concernait plutôt la contraception, le VIH, l'utilisation du préservatif et beaucoup moins des thèmes tels que les comportements sexuels ou l'orientation sexuelle⁹⁹.

2.1.2. Implication des médecins

Force est de constater que la sexualité n'est pas toujours considérée comme une des cibles des actions de prévention ou d'éducation à la santé. Dans notre étude, certains médecins émettent des **réticences** pour aborder ce sujet en dehors de problématiques précises. Notamment les médecins M1 et M5 s'interrogent sur la place de la médecine dans la découverte de la sexualité par l'adolescent. Ces médecins se décrivent de ce fait comme peu intrusifs, et « ne tendant que peu de perches ». Par ailleurs, parmi les médecins estimant important d'aborder ce sujet, peu le font de manière systématique puisqu'ils ne sont que 3 (M2-M3-M7) sur 7. Pourtant, une enquête réalisée pour évaluer le rôle des médecins en termes de **prévention et d'éducation pour la santé** a montré que, globalement, les médecins se sentaient impliqués et efficaces dans des démarches préventives¹⁰⁰. Une majorité des généralistes s'intéressent à la prévention et la considèrent comme partie intégrante de leurs missions¹⁰¹.

Aborder ce type de sujet n'a pas seulement un but préventif ; il peut permettre de **diagnostiquer** une IST ou de déceler une grossesse. Il faut rappeler que 50% des adolescentes enceintes ne sont pas suivies au cours de leur premier trimestre de grossesse et 2,4% ne le seront jamais¹⁰².

Ainsi paraît-il nécessaire d'introduire la sexualité dans les éléments clefs de dépistage de difficultés chez l'adolescent.

⁹⁹ KELTS FA, ALLAN MJ, KLEIN JD. Where are we on teen sex ? Delivery of reproductive health services by family physicians. *Fam Med* 2001 May ; 33(5) : 376-381.

¹⁰⁰ INPES. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES. Gautier A. : 276 p.

¹⁰¹ BATAILLON R, SAMZUN JL, LEVASSEUR G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *Rev Prat Med Gen* 2006 ; 20 (750/751) : 1313-1317.

¹⁰² BERTON F. Le médecin de famille peut prévenir la grossesse chez les adolescentes. *Impact médecin quotidien*, 1993, n°370, 36-38.

2.1.3. En fonction du motif de la consultation

Les médecins de notre *focus group* abordant assez facilement le sujet le font dans un contexte particulier et souvent en rapport avec une **problématique précise** : contraception, examen gynécologique, IST, etc. Ces données sont retrouvées dans une étude britannique datant de 2001 : 76% des médecins s'intéressent à la sexualité de leurs patients uniquement si le motif de consultation est lié ; cette recherche est moins fréquente lors des visites de routine ou de prévention¹⁰³.

Or, les motifs de consultation des adolescents ne sont que rarement en rapport direct avec la sexualité : 75% sont d'ordre « somatique », 19% d'ordre « administratif, social ou de prévention », 8% en rapport avec la contraception et 6% en rapport avec un problème « psychologique »¹⁰⁴. De plus, parmi les 94% de jeunes ne présentant pas de problème psychologique, 17% disent avoir des soucis non exprimés¹⁰⁵. Il paraît donc important que le médecin élargisse le champ de la consultation.

Dans notre étude, certaines **situations** non liées au motif de la consultation pouvaient orienter les médecins vers le sujet de la sexualité : l'examen clinique dans le cadre des certificats médicaux, la présence de troubles psychiques, etc. Le temps de **l'examen clinique** peut, en effet, permettre d'aborder la sexualité via les transformations pubertaires ; il peut aussi être profitable pour souligner tout ce qui fonctionne bien, en insistant sur la normalité¹⁰⁶. Seuls 6% des filles et 7% des garçons disent avoir parlé de leurs modifications corporelles avec leur médecin généraliste¹⁰⁷. Les données de la littérature mettent en évidence que **l'élargissement de la consultation** par le médecin n'est pas systématique : moins d'une fois sur deux quand le motif de la consultation est administratif ou préventif, et une fois sur trois lorsque le motif est somatique. En fin de consultation, les adolescents peuvent avouer un sentiment de frustration, déclarant n'avoir pas dit tout ce qu'ils souhaitaient dans 30% à 45 % des cas¹⁰⁸.

2.1.4. En fonction du sexe du patient/du médecin

Les médecins de notre étude semblent plus facilement aborder le sujet de la sexualité avec les filles. Mais aussi, il leur paraît plus aisé d'aborder le sujet de la sexualité avec un adolescent de **sexe** similaire. Cet aspect est aussi constaté dans l'autre sens : les adolescents préfèrent évoquer les questions concernant la sexualité avec un médecin de même sexe. Ainsi dans une étude récente « sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? », la différence de sexe semble être un obstacle à la discussion sur les relations sexuelles, et ce essentiellement pour les filles : 51,8% contre 7% des garçons interrogés¹⁰⁹. Ces différences entre garçons et filles concernant le sexe du médecin ont été constatées dans d'autres études : en Suisse, il est important d'avoir un médecin du même sexe pour 40% des filles contre 25% des garçons¹¹⁰ ; aux Etats-Unis, c'est le cas pour 50% des filles contre 23% des garçons¹¹¹.

¹⁰³ JACOBSON L, RICARDSON G, PARRY-LANGDON N, DONOVAN C. How do teenagers and primary healthcare providers view each others ? An overview of key themes. Br J Gen Pract. 2001 Oct ; 51(471) :811-816.

¹⁰⁴ AUVRAY L, LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Questions d'Economie de la Santé. CREDES, n°49, mars 2002, 6 p.

¹⁰⁵ BINDER P, JOUHET V, VALETTE T, *et al.* Interaction adolescent- médecin généraliste en consultation. Evolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin ? Etude SOCRATE 1-31. Supplément La Revue du Praticien, Octobre 2009 ; tome 59, n°8: 25-31.

¹⁰⁶ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2^{nde} ed. Paris : Masson, 2005, 453 p.
(Collection pour le praticien)

¹⁰⁷ RUFO M, CHOQUET M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière, 2007, 510 p.

¹⁰⁸ BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 ; 1073-1077.

¹⁰⁹ ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

¹¹⁰ RUTISHAUSER C, ESSLINGER A, BOND L, *et al.* Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. Acta Paediatr 2003 Nov ; 92(11) : 1322-1326.

¹¹¹ KAPPAHN CJ, WILSON KM, KLEIN JD. Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. J Adolesc Health. 1999 Aug; 25(2) : 131-142.

D'autre part, concernant le sexe des médecins, une étude québécoise a montré que les femmes généralistes abordaient plus souvent les sujets « sensibles » de l'adolescence que leurs homologues masculins¹¹². Aussi, une étude française réalisée en 2005 a montré que les femmes paraissaient plus intéressées par le domaine de la prévention¹¹³. Au cours de notre *focus group*, nous n'avons pas relevé ces particularités.

2.2. Les difficultés du médecin

Pour aborder le sujet de la sexualité avec les adolescents, les médecins se heurtent à certaines difficultés :

2.2.1. Les limites propres au médecin

Certains médecins du *focus group* émettent des réticences pour aborder le sujet de la sexualité avec les adolescents. Ils ne pensent pas toujours avoir une **place dans l'éducation à la santé** en matière de sexualité. Ils peuvent estimer que ce domaine appartient à la sphère privée du patient. Ils ne souhaitent alors pas être intrusifs afin de respecter l'**intimité** du patient. Une donnée également retrouvée dans la littérature est la peur d'offusquer l'adolescent¹¹².

Il est vrai qu'il faut être vigilant lorsque ce sujet est abordé, notamment avec l'adolescent. Selon sa maturité, l'adolescent peut ne pas être prêt à discuter sur la sexualité avec le médecin. Mais aussi, c'est une période de changements où l'adolescent peut souhaiter mettre à distance les adultes et de ce fait le professionnel de santé. Ce thème doit de préférence être abordé progressivement en s'enquérant du vécu de l'adolescent.

Nous avons pu noter aussi que, dans notre étude, certains médecins évoquent un frein personnel, ne se sentant pas à l'aise avec ce sujet. La sexualité continue à être un **sujet tabou**, dont l'évocation peut mettre en difficulté le médecin. En effet, il peut être difficile de poser ce type de questions¹¹². Les données de la littérature montrent que les médecins semblent hésiter à aborder les thèmes délicats comme celui de la sexualité¹¹⁴.

Les **représentations du médecin** vont ainsi influencer l'abord de ce sujet : tant dans le fait même de l'aborder que dans la manière de le faire. Cependant le médecin doit s'efforcer de ne pas être influencé par ses convictions personnelles. Rappelons que selon l'article 3 des principes d'éthique médicale européenne adoptés en 1987 : « *le médecin s'interdit d'imposer au patient ses opinions personnelles, philosophiques, morales ou politiques dans l'exercice de sa profession* »¹¹⁵.

D'autre part, pour les médecins du *focus group*, la nécessité de faire preuve de bonnes **capacités d'adaptation** et d'une flexibilité importante concernant ses représentations a été mise en évidence. La différence entre la génération du médecin et celle de l'adolescent fait que leurs représentations peuvent être différentes. Les discours sur la sexualité doivent s'appuyer sur les repères de l'adolescent. Le langage et le vocabulaire utilisés sont aussi des éléments à prendre en compte et à adapter à l'adolescent. Une étude récente sur les

¹¹² HALEY N, MAHEUX B., RIVAR M, *et al.* Sexual health risk assessment and counseling in primary care : how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists ? Am J Public Health. 1999 June ; 89(6) : 899-902.

¹¹³ BINDER P, CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 1307-1313.

¹¹⁴ STRONSKI S, MICHAUD PA. La prévention auprès des adolescents au cabinet médical. Hyg 2000 ; 58 : 2577-2582.

¹¹⁵ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

interactions adolescent - médecin généraliste en consultation a pu noter une **différence de perception** entre le médecin et l'adolescent sur le fait que l'adolescent ait ou non un souci. Certains médecins révélaient que l'adolescent avait pu parler de ses problèmes alors que l'adolescent se disait « sans souci ». Une des hypothèses alors émise pour expliquer cette différence de perception est que le mot « souci » n'ait pas la même représentation chez le médecin et chez l'adolescent¹¹⁶. Lors du *focus group*, nous avons aussi pu constater que, parmi les difficultés rencontrées par le médecin, il pouvait y avoir **la méconnaissance de certaines représentations culturelles ou religieuses de la sexualité**.

2.2.2. La formation des médecins

Trois médecins (M3, M4, M8) ont émis très discrètement un doute sur leurs compétences à aborder un tel sujet avec l'adolescent. Dans une étude canadienne, 64% des médecins estimaient leur formation médicale insuffisante¹¹⁷. Tout d'abord, certains médecins généralistes pensent ne pas avoir assez de compétences et de savoir sur **les problématiques adolescentes**¹¹⁸. Il s'avère que la formation sur la « Médecine de l'Adolescent » reste succincte dans le cadre des études médicales. D'autre part, au cours de notre cursus universitaire, nous avons pu constater que la formation médicale concernant **la sexualité** était limitée, voire optionnelle ou facultative dans certaines facultés. Cependant, nous pouvons aisément nous rendre compte que ce domaine peut potentiellement intéresser tous les médecins : le pédiatre, le neurologue, le cardiologue, le psychiatre, le cancérologue, l'urologue, le gynécologue, etc. Le médecin généraliste, étant généralement **l'intervenant de première ligne**, doit être sensibilisé aux problématiques sexuelles. Il ne s'agit évidemment pas de faire de chaque médecin un spécialiste de la sexologie, mais de donner à chacun les bases d'une connaissance suffisante. La sexualité étant déjà un sujet tabou, ne serait-il pas préférable que les médecins se sentent compétents dans ce domaine ?

Aussi, comme l'a précisé un des médecins du *focus group*, M2, il est nécessaire qu'au cours de leur exercice quotidien les médecins favorisent **l'évolution** de leurs pratiques. Participer à des Formations Médicales Continues peut contribuer à l'évolution et l'amélioration de leurs pratiques¹¹⁹.

Enfin, comme nous le verrons dans le paragraphe sur l'usage des référentiels (paragraphe 3.3), plusieurs outils existent pour faciliter l'abord des problématiques adolescentes. Cependant, la mise à disposition de ces **outils** ne s'accompagne que rarement d'une formation ad hoc des professionnels. L'INPES a notamment créé un classeur à l'intention des professionnels de santé : « Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec l'adolescent ? »¹²⁰. Il pourrait être envisagé d'accompagner cet outil d'une formation adéquate, afin que son usage soit pleinement bénéfique.

¹¹⁶ BINDER P, JOUHET V, VALETTE T, *et al.* Interaction adolescent- médecin généraliste en consultation. Evolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin ? Etude SOCRATE 1-31. Supplément La Revue du Praticien, Octobre 2009 ; tome 59, n°8: 25-31.

¹¹⁷ LANGILLE B, MANN K, GALIUNAS P. Primary care physicians' perceptions of adolescent pregnancy and STD prevention. Practices in a Nova Scotia County. Am J Prev Med, 1997 Jul-Aug, 13(4): 324-330.

¹¹⁸ BOULESTREAU-GRASSET H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste. Th : Méd. : Nantes : 2009, 64p.

¹¹⁹ SANCI LA, COFFEY CMM, VEIT MFC, *et al.* Evaluation in the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care : randomised controlled trial. BMJ 2000 ; 320(7229): 224-230.

¹²⁰ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

2.2.3. Les limites de la consultation

Parmi les freins évoqués par les médecins du *focus group* dans l'abord de la sexualité auprès des adolescents, nous pouvons retrouver le **manque de temps**. Cette donnée est confirmée par la littérature¹²¹. A noter que c'est une raison majoritairement citée dans les freins à la pratique de la prévention d'une manière générale¹²². Comme les médecins l'ont formulé à plusieurs reprises, il est nécessaire de **créer du lien** pour mettre l'adolescent en confiance. Mais ceci exige du temps. Une fois l'alliance créée, l'adolescent pourra alors exprimer ses préoccupations, ses attentes. C'est à cette condition que le médecin généraliste peut être identifié comme une personne ressource par l'adolescent, et qu'il sera capable de répondre de la manière la plus appropriée à ses demandes explicites et implicites. Il appartient d'ailleurs au médecin de tout mettre en œuvre pour amener le jeune à reconsulter, chaque consultation consolidant la relation naissante. Une des solutions envisagées dans le rapport Rufo-Joyeux¹²³ serait la mise en place d'**examens de prévention obligatoires** chez l'adolescent à 12 ans, vers 14-15 ans et au moment de la journée d'appel de préparation à la défense. Cette proposition se rapproche du « Plan Santé Jeunes » émis par le Ministère de la Jeunesse, de la Santé et des Sports, que nous avons étudié dans la quatrième question du *focus group*. Nous y reviendrons par la suite dans les solutions envisagées pour favoriser la discussion avec l'adolescent (paragraphe 3.2).

Par ailleurs, le temps intervient d'une autre façon dans la consultation de l'adolescent en médecine générale. Comme l'a bien précisé un des médecins du *focus group*, il est nécessaire de respecter le **rythme de l'adolescence**, et de prendre conscience de « l'espace-temps » dont on ne peut être maître. La temporalité est une composante essentielle du processus d'adolescence. Comme le souligne M. Emmanuelli, il faut en effet du temps pour que s'accomplisse le travail psychique de détachement des premiers objets d'amour, pour que le sujet puisse s'accepter dans un corps nouveau, se dégager des illusions narcissiques de l'enfance et accepter les renoncements et limitations inhérents à la condition d'adulte¹²⁴. Par ailleurs, respecter ce temps nécessaire ne signifie pas que le médecin doit se contenter d'attendre la résolution de la problématique ou le renoncement de l'adolescent face à ses questionnements¹²⁵.

Enfin, la **rémunération** de la consultation semble intervenir, mais à un moindre niveau. C'est une donnée que l'on retrouve dans des études faites auprès des professionnels de santé au sujet de la prévention^{126, 127}. Cet argument intervient en rapport avec la durée de la consultation, nécessaire à l'abord des différents éléments à dépister chez l'adolescent. Les médecins du *focus group* précisent qu'il est nécessaire de valoriser financièrement ce type de consultation. Il est vrai que le paiement à l'acte paraît tout à fait inapproprié à l'exercice de la prévention, ce domaine nécessitant du temps et des modifications dans l'organisation du travail¹²².

¹²¹ HALEY N, MAHEUX B, RIVAR M, *et al.* Sexual health risk assessment and counseling in primary care : how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists ? *Am J Public Health*. 1999 June ; 89(6) : 899-902.

¹²² BOUILLOT M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale, intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD. Th : Méd. : Nantes : 2008, 78 p.

¹²³ 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.

¹²⁴ EMMANUELLI M. La nostalgie à l'épreuve du temps. *Adolescence*, 2000, 18 : 513-536.

¹²⁵ BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent : un patient pas comme les autres- Paris, Coll. Ouvertures psy, Masson, 2002, 87 p.

¹²⁶ VENTELOU B, VIDEAU Y, COMBES JB, *et al.* Prévention et santé publique en PACA. *Rev Prat Med Gen* 2007 ; 21(778-779) :737-738.

¹²⁷ INPES. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES. Gautier A. : 276 p.

2.2.4. Les aspects légaux

Lors du *focus group*, l'incidence de la loi a été évoquée par un des médecins, M2. Celui-ci énonçait que **parler de plaisir sexuel à un mineur** pouvait être considéré comme illégal. Cette notion avait soulevé un étonnement des autres membres du focus groupe. La question de la sexualité des mineurs est traitée de manière un tant soit peu paradoxale par notre système juridique. Le code pénal ne reconnaît aux mineurs le droit de consentir à des relations sexuelles qu'à compter de **15 ans révolus**. Par ailleurs, le code de la santé publique autorise la délivrance de produits contraceptifs quel que soit l'âge, sous-entendant ainsi la possibilité d'avoir des relations sexuelles en dessous de 15 ans. Il paraît évident que les médecins se doivent d'aborder les questions de sexualité quel que soit l'âge de l'adolescent.

Le médecin évoquant la loi a peut-être voulu signifier une autre notion : celle de l'infraction encourue lors de la **corruption de mineurs**. La corruption de mineurs, anciennement appelée incitation de mineurs à la débauche¹²⁸, est définie par l'article 227-22 du Code Pénal : « *C'est le fait de favoriser ou tenter de favoriser la corruption d'un mineur* ». Si toutes les précautions ne sont pas prises auparavant, une autre infraction peut être encourue au cours de la pratique du médecin généraliste et notamment de l'examen clinique : celle de **l'atteinte sexuelle**. Elle est définie par l'article 227-25 du Code pénal : « *C'est le fait, par un majeur, d'exercer sans violence, contrainte, menace ni surprise une atteinte sexuelle sur la personne d'un mineur de quinze ans* ». Si la victime est âgée de 15 à 18 ans, il est nécessaire pour que l'infraction existe, qu'il y ait violence, contrainte, menace ou surprise. Il paraît donc nécessaire que le médecin s'enquière d'un maximum de **précautions** lorsqu'il souhaite aborder la sexualité avec un mineur et d'autant plus s'il lui paraît nécessaire d'effectuer un examen clinique.

Comme l'ont évoqué les médecins du *focus group*, le rapport à la loi peut se jouer à un autre niveau : celui de la **confidentialité** et du **secret médical**. Selon l'article 9 du Code civil, le mineur a droit, au même titre que l'adulte, à une vie privée et à l'intimité. Et selon l'article 6 du Code de déontologie médicale, l'adolescent mineur est libre de consulter le médecin de son choix.

Concernant les médecins et les professionnels de santé, la règle du secret professionnel (Code pénal, article 226-13 et 14 ; Code de déontologie médicale, article 4) reste applicable aux mineurs. Le médecin n'est donc pas tenu d'informer les titulaires de l'autorité parentale des éléments de la consultation, à l'exception des cas où la loi autorise ou impose une révélation ; c'est le cas notamment pour des mauvais traitements infligés à des mineurs de 15 ans.

Depuis juillet 2001 (loi n°2001-588 du 4 juillet 2001), le **consentement** du ou des titulaires de l'autorité parentale n'est plus obligatoire dans le cas d'une prescription de contraception ou d'une interruption de grossesse, si le mineur désire garder le secret. Et depuis mars 2002 (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002) la dérogation au principe de l'autorité parentale, sur demande du mineur à garder le secret sur son état de santé, a été étendue aux actes médicaux « *qui s'imposent pour sauvegarder la santé* ». C'est-à-dire que le médecin peut se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale si le mineur s'y oppose expressément, et lorsque l'abstention de soin est préjudiciable à la santé du mineur. Il reste néanmoins du devoir du médecin de favoriser l'échange, même différé, entre l'adolescent et ses parents.

¹²⁸ PIERRAT E. Législation. Dictionnaire de la sexualité humaine/ ed. par Philippe BRENOT. Paris : L'Esprit du Temps, 2004, p.379-381.

2.3. Pourquoi est-ce au médecin d'aborder le sujet ?

2.3.1. L'adolescent, un patient spécifique

Tout d'abord, penchons nous sur les recommandations de Donald W. Winnicott¹²⁹ : « *Ceux qui explorent le domaine de la psychologie doivent savoir que l'adolescent (garçon ou fille) ne désire pas être compris. Il faut que les adultes gardent pour eux ce qu'ils parviennent à comprendre de l'adolescent. Il serait absurde d'écrire un livre sur l'adolescence à l'intention des adolescents, car cette période de la vie qui est essentiellement celle d'une découverte personnelle doit être vécue. Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre, dans un problème, celui d'exister* ».

a- Le champ de la consultation

Dans notre *focus group*, les médecins ont insisté sur la nécessité de « **tendre des perches** » à l'adolescent. L'adolescence correspond à une période de vie où la représentation corporelle est confuse, où les symptômes portent atteinte à une autonomie naissante, une normalité supposée¹³⁰. Ils éprouvent ainsi plus de difficultés à se situer et à énoncer leurs plaintes. D'autant plus qu'ils ont un **langage** bien à eux¹³¹, codifié, riche en néologismes, parfois difficile à décrypter, comme l'ont précisé les médecins de notre *focus group*. Lorsque l'adolescent décrit des **plaintes floues**, il est important pour le médecin de ne pas passer à côté de ce langage codé. Trop souvent la rencontre médecin-adolescent correspond à « *un rendez-vous manqué entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais qui n'osent pas entrer en relation* »¹³². C'est au médecin d'essayer de le **mettre en confiance** et d'**élargir le champ de la consultation**¹³³.

Aussi, les médecins de notre étude ont mis en évidence la nécessité d'élargir le champ de la consultation en cas de **souffrance psychique**. En effet, si un mal-être est détecté, ils aborderont facilement le thème de la sexualité. Notamment ils s'enquerront d'une éventuelle homosexualité. Une situation non évoquée lors du *focus group*, mais qu'il nous semble bon de rechercher face à un adolescent en souffrance, est celle des violences sexuelles. A noter aussi que des **conduites à risques**, des consommations de **produits psychotropes** peuvent nous amener à réfléchir sur la sexualité. Enfin, les adolescents porteurs de **maladies chroniques** présentent aussi des interrogations quant à leur sexualité¹³⁴. Il conviendrait de porter un intérêt notable à leurs inquiétudes et à leurs interrogations quant aux effets de leur maladie sur leur système reproductif et leur sexualité.

b- Représentations de l'adolescent

- Le médecin généraliste

Comme l'a précisé un des médecins de notre étude, M6, les adolescents ne considèrent pas le médecin généraliste comme un **interlocuteur privilégié** pour leurs interrogations sur la sexualité. Si 92% des adolescents pensent que leur médecin peut les aider sur la santé

¹²⁹ WINNICOTT DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. L'adolescence : Paris, Payot, 1999, 369 p.

¹³⁰ BELTRAND L. Le rôle de l'éducation sexuelle dans la prévention des troubles sexuels. Manuel de sexologie / ed. par P. LOPES et FX. POUDAT. Paris : Masson, 2007, p.177-181.

¹³¹ JEAMMET P, ATGER F, LAPUSAN I *et al.* FMC sur les spécificités de la prise en charge des adolescents en médecine générale. Impact médecin hebdo, sept 1998, n° 420, p 3-22.

¹³² BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 ; 1073-1077.

¹³³ ALVIN P, BELLATON E. Adolescents : comment amorcer le dialogue ? Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(625) : 1774-1777.

¹³⁴ SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE. La transition des jeunes ayant des besoins particuliers vers les soins pour adultes. Paediatrics & Child Health, 2007 ; 12(9) : 789-793.

physique, ils ne sont que 55% à le penser pour leurs **problèmes sexuels**, et seulement 32% pour une éventuelle dépression¹³⁵. Les adolescents ignorent souvent le fonctionnement de notre système de soins et ont une représentation assez floue du champ d'action du généraliste qu'ils cantonnent le plus souvent aux soins somatiques. Ils ont l'impression que les praticiens qui les recevront ne seront pas à même de comprendre leurs préoccupations et de les accepter comme tels sans les juger.

L'adolescent montre cependant une avidité relationnelle projetée sur ce soignant plutôt idéalisé, parallèlement il se méfie de l'adulte qui l'impressionne. Dès le début de la consultation, il étudie le médecin en étant très sensible au contexte, à son attitude et son comportement¹³⁶. Pour l'adolescent, le médecin peut correspondre à l'**image du père**, et ce d'autant plus s'il suit le jeune depuis longtemps ; le médecin est alors porteur de l'autorité et du pouvoir. Selon le Professeur Rufo : « *plus le médecin est silencieux et attentiste, plus l'adolescent est ramené à un statut d'enfant devant un adulte mystérieux et supérieur auquel il est soumis* »¹³⁷. D'autre part, parler de sexualité peut alors signifier, pour l'adolescent, qu'il laisse pénétrer le médecin dans son intimité sexuelle ; cette conception se rapproche de la relation incestueuse fantasmée tant rejetée par l'adolescent. Le médecin généraliste, souvent médecin de famille, a donc une position avantageuse par sa proximité. Mais il fait aussi partie de ce monde que l'adolescent remet plus ou moins radicalement en cause.

- La sexualité

Les médecins du *focus group* ont appuyé la nécessité de mener un travail avec l'adolescent sur ses représentations de la sexualité, notamment en ce qui concerne l'acceptation de son corps et de ses changements physiques, l'estime de soi et la relation aux Autres¹³⁸.

Les **médias**, quel que soit le support, ont une nette influence sur les représentations de l'adolescent, et notamment en ce qui concerne les **relations affectives et sexuelles**. Les médecins de notre *focus group* ont conscience qu'ils représentent une **source d'information** importante pour les adolescents ; concernant la contraception, la radio et la télévision constituent la seconde source d'information pour les adolescents (Annexe 2 : tableau 4). Or, tous les messages véhiculés par les médias n'ont pas pour vocation de favoriser la prévention ou l'éducation à la santé. Devant l'affluence des messages concernant la sexualité, l'adolescent peut présenter une certaine **passivité** dans le recueil des informations. Mais aussi il peut ne pas discriminer les messages de prévention et d'éducation à la santé de ceux véhiculant des **représentations biaisées** de la sexualité : stéréotypes, corps parfaits, objectifs de performance, normalité d'une sexualité subie. Aussi, **Internet**, par son accès aisé et sa possibilité de confidentialité, n'est pas un outil de communication sans risque : confrontation à des images pornographiques, possibilités de rencontres, etc. Il est important de connaître le rapport de l'adolescent aux **images** ; celles-ci peuvent inciter à l'indifférenciation, « *au brouillage du registre du virtuel et du réel, du registre de l'idéal et des idées, de l'image de soi et d'autrui* »¹³⁹.

Le **dialogue** reste la meilleure arme pour recadrer les visions parfois erronées transmises par les médias. En fonction des besoins de l'adolescent, ce dialogue peut être orienté vers des **outils éducatifs appropriés**. D'autre part, un apprentissage de l'usage de ces moyens de communication, et notamment le développement du **sens critique** de l'adolescent, doit être encouragé.

¹³⁵ LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Méd. : Paris V : 2004, 126 p.

¹³⁶ BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 ; 1073-1077.

¹³⁷ RUFO M, CHOQUET M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière, 2007, 510 p.

¹³⁸ BELTRAND L. Le rôle de l'éducation sexuelle dans la prévention des troubles sexuels. Manuel de sexologie / ed. par P. LOPES et FX. POUDAT. Paris : Masson, 2007, p.177-181.

¹³⁹ PELEGE P, PICOD C. Eduquer à la sexualité : un enjeu de société. Paris : Dunod, 2006, 262 p.

2.3.2. **Réticences des adolescents**

a- La présence parentale

Lors du *focus group*, la présence des parents a été citée à plusieurs reprises comme une **gêne à la communication** avec l'adolescent. Cela semble induire trop souvent un faux-discours de la part de l'adolescent¹⁴⁰.

Dans une étude américaine datant de 2004¹⁴¹, le constat était que les adolescents avaient 72% de chances en moins d'avoir une discussion avec leur médecin concernant la sexualité lorsque les parents étaient présents. Dans une étude française¹⁴², 20% des jeunes consultant seuls leur médecin avaient déjà parlé de leur vie amoureuse contre 3,4% de ceux accompagnés par leurs parents. Les adolescents viennent souvent accompagnés, surtout les plus jeunes, et les deux tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents¹⁴³. 61 % des consultations d'adolescents sont réalisées avec un tiers : 86 % quand l'adolescent a de 12 à 15 ans, 42 % pour les 16 à 19 ans¹⁴⁴.

Lors de l'accompagnement parental, le médecin est vite confronté à un problème de rapport à l'autorité de l'un et à l'autonomie de l'autre. Les bouleversements de l'adolescence doivent cependant amener le praticien à redéfinir les rôles dans le triangle relationnel parent-adolescent- médecin. Dans son rapport au médecin, l'adolescent pose en effet la question de son droit à l'intimité, y compris en matière de santé. Il paraît donc être du devoir du médecin de faire en sorte que l'adolescent bénéficie d'un temps de consultation en tête à tête avec le médecin.

b- La confidentialité

Comme l'ont énoncé les médecins de notre *focus group*, la notion de **confidentialité** est importante pour l'adolescent. Dans une étude française¹⁴⁵, 95% des médecins disaient informer spontanément le jeune de l'existence du secret professionnel mais seulement 29% des jeunes déclaraient avoir reçu cette information. 10% pensaient même que le médecin avait le droit de divulguer la teneur de la consultation. Dans une étude américaine¹⁴⁶, 75% des adolescents pensaient que le médecin était capable de garder le secret sur le fait qu'ils aient posé des questions en rapport avec la sexualité. Mais seulement 44% pensaient qu'ils pouvaient garder le secret concernant une grossesse ou une IST. Les médecins ne semblent expliciter clairement la confidentialité de la consultation. Ce pourrait cependant être un moyen appréciable de lever l'appréhension des adolescents lorsque le médecin aborde le sujet de la sexualité¹⁴⁷.

¹⁴⁰ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nde ed. Paris : Masson, 2005, 453 p. (Collection pour le praticien)

¹⁴¹ MERZEL CR, VANDEVANter NL, MIDDLESTADT S, *et al.* Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. J Adolesc Health. 2004 Aug; 35(2): 108-115.

¹⁴² ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

¹⁴³ CHOQUET M, ASKEVIS M, MANFREDI R, *et al.* Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris : Inserm, 1992 : 1-76.

¹⁴⁴ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

¹⁴⁵ LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Méd. : Paris V : 2004, 126 p.

¹⁴⁶ SCHUSTER MA, BELL RM, PETERSON LP, *et al.* Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996 Sep; 150(9) : 906-913.

¹⁴⁷ RUTISHAUSER C, ESSLINGER A, BOND L, *et al.* Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. Acta Paediatr 2003 Nov ; 92(11) : 1322-1326.

c- Le sentiment d'être suffisamment informés

Du point de vue des adolescents, rares sont ceux abordant le sujet de la sexualité, et d'autant plus lorsqu'il s'agit de leur propre sexualité^{148, 149, 150}.

Dans une étude réalisée en 2009¹⁴⁹, un des obstacles les plus significatifs est que les adolescents se sentent **suffisamment informés**. Ce sentiment est retrouvé chez 55% des adolescents concernant les relations sexuelles, 52% concernant la contraception, 47% concernant les IST et 63,4% concernant les relations amoureuses. Ces résultats étaient aussi retrouvés en 2001¹⁵¹ dans une étude réalisée en région parisienne. A la question « si vous n'avez jamais abordé ce type de question (sexualité, contraception ou IST) avec votre généraliste, quelle en est la raison ? », 54% des adolescents interrogés âgés de 17 à 21 ans répondaient se sentir suffisamment informés.

Cependant, certaines enquêtes montrent que les **connaissances des adolescents** dans le domaine de la sexualité sont assez approximatives.

D'une part, ils semblent méconnaître leur corps, et des lacunes persistent concernant le cycle féminin¹⁵². D'autre part, les connaissances relatives aux méthodes contraceptives ne sont pas toujours exactes^{153, 154}.

Enfin, des résultats ont mis en évidence l'intrication entre l'éventualité d'un comportement à risque et le niveau de connaissance de l'adolescent. Parmi les adolescents sexuellement actifs, ceux ayant un bas niveau de connaissances ont significativement plus de chances d'avoir des comportements sexuels à risques (moins de discussion avec le partenaire, plus grand nombre de partenaires, plus faible utilisation du préservatif lors du dernier rapport, probabilité plus importante de grossesse et d'IST)¹⁵⁵.

2.3.3. Attentes des adolescents

Il semblerait que les jeunes considèrent **l'opinion du médecin** comme importante, mais qu'ils ne se sentent pas toujours à l'aise concernant certains sujets : relations sexuelles, utilisation correcte du préservatif, nombre de partenaires¹⁵⁶. Les garçons semblent plus en difficulté que les filles pour formuler leurs questions relatives à la puberté, à la normalité, à des problèmes sexuels ou identitaires¹⁵⁷.

Une proportion significative d'adolescents souhaiterait que le **médecin** aborde le sujet de la sexualité **en premier**. Dans une étude réalisée en 2001¹⁵¹, 30% des adolescents interrogés émettaient ce souhait. Dans une étude réalisée en 2009¹⁴⁹, 33% des adolescents souhaitaient que le médecin aborde le sujet des relations sexuelles, 28,20% le sujet de la contraception et 31,20% le sujet des IST.

¹⁴⁸ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

¹⁴⁹ ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

¹⁵⁰ MERZEL CR, VANDEVANTER NL, MIDDLESTADT S, *et al.* Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. J Adolesc Health. 2004 Aug; 35(2) : 108-115.

¹⁵¹ 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. Th : Méd. : Paris VII, Denis Diderot : 2001, 79 p.

¹⁵² BENNIA-BOURRAI S, ASSELIN I, VALLEE M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen) – Médecine. Février 2006 ; 2(2) : 84-89.

¹⁵³ GODEAU E, GRANDJEAN H, NAVARRO F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, 2002. Ed INPES, 2005 (Coll. Baromètres santé) ; 284 p.

¹⁵⁴ GUILBERT P, GAUTIER A, LAMOUREUX P. Baromètre santé 2005/ Premiers résultats. Ed. INPES, 2006 (Coll. . Baromètres santé) ; 170 p.

¹⁵⁵ ROCK EM, IRELAND M, RESNICK MD. To know that we know what we know : perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. J Adolesc Health 2003 Feb; 32(2) :146-147.

¹⁵⁶ BOEKELOO BO, SCHAMUS LA, SIMMENS SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physicians. Arch Pediatr Adolesc Med. 1996 Nov ; 150(11) : 1146-1152.

¹⁵⁷ SURIS JC, MICHAUD PA. Médecine de l'adolescence. Consultation garçons. Rev Med Suisse. 2007 Jan ; 3(93) : 30-33.

D'autre part, il a été mis en évidence que dans 70% des cas, les jeunes auraient souhaité que la **consultation** soit **plus longue**, ou qu'ils puissent revenir plus fréquemment¹⁵⁸. C'est une donnée intéressante qui permet de consolider l'idée que le médecin peut proposer à l'adolescent une nouvelle consultation.

3. Comment favoriser l'abord de ce sujet ?

3.1. Aménagement de la consultation

La consultation du patient adolescent ne va pas de soi. Comme pour tout autre patient, le généraliste doit pouvoir aborder l'adolescent dans son ensemble, en tenant compte de ses spécificités physiques, psychiques, de la qualité de ses relations avec l'entourage. Cependant, afin de favoriser le dialogue, plusieurs conditions essentielles sont à réunir.

3.1.1. Accueil de l'adolescent

Comme nous l'avons vu précédemment, l'adolescent est particulièrement sensible au contexte ; le cadre de son accueil peut **favoriser son expression** et aider à **créer du lien**¹⁵⁹.

Les médecins de notre *focus group*, ont mis en évidence que, dès la salle d'attente, certains éléments pouvaient participer à l'accueil de l'adolescent :

- la présence d'une **bibliothèque** avec des livres de référence concernant les problématiques adolescentes ;
- la mise à disposition de **brochures**, dépliants, magazines, spécifiquement destinés à l'adolescent.

L'apposition d'affiches de prévention et d'éducation à la santé peut aussi contribuer à son accueil.

Lors de la prise de contact, il nous semble important aussi de signifier à l'adolescent qu'il est **l'interlocuteur principal** : en lui adressant directement la parole, en le regardant expressément, en lui tendant la main en premier ou en lui proposant le siège le plus proche du bureau.

3.1.2. La présence du tiers

La présence du tiers est une donnée importante à prendre en compte lors de la consultation de l'adolescent. Concernant les sujets touchant à la sexualité, notre étude a confirmé qu'elle représentait un **obstacle significatif** au dialogue. Si le médecin demande à un adolescent en présence de l'accompagnant s'il souhaite être reçu seul, la plupart du temps il répondra qu'il ne sait pas ou dira que cela ne le gêne pas que l'accompagnant reste ; mais cela ne signifie pas forcément que c'est son désir profond. Dire qu'il souhaite parler seul à seul avec le médecin peut signifier qu'il a des choses à cacher à ses parents et éventuellement l'exposer à un interrogatoire après la fin de la consultation. Il est donc nécessaire de décoder, voire de prendre l'initiative de la rencontre seul à seul avec l'adolescent. Recevoir seul un

¹⁵⁸ LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Méd. : Paris V : 2004, 126 p.

¹⁵⁹ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

adolescent, c'est une façon de marquer sa singularité, son individualité ainsi qu'une reconnaissance de son autonomie et de son libre-arbitre¹⁶⁰.

En pratique, il peut être envisagé de **voir seul l'adolescent** dans un premier temps, puis de recevoir les parents en fin de consultation, en présence de l'adolescent s'il le souhaite ; ce dernier temps de consultation doit permettre de faciliter les échanges directs entre les parents et leur enfant. Il ne faut pas oublier que les parents font partie des interlocuteurs privilégiés des adolescents, mais qu'ils peuvent être en difficulté face aux changements de leurs enfants^{160, 161}.

3.1.3. *Relation de confiance et droit à l'intimité*

La reconnaissance du droit de l'adolescent à l'intimité et au secret professionnel est un facteur fondamental à l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son jeune patient. Comme nous l'avons vu précédemment il existe une réelle méconnaissance de l'adolescent quant à ses droits. Ainsi doute-t-il de la capacité du médecin à ne pas divulguer les informations le concernant, notamment par rapport aux parents. Il appartient donc au médecin de **redéfinir** le cadre de confidentialité à l'adolescent mineur mais également au parent accompagnant, si l'adolescent n'est pas seul.

Comme le précisaient les médecins du *focus group*, la relation de confiance se crée au fur et à mesure des consultations. Plus l'adolescent est rencontré régulièrement, plus il a de chances de se confier ; ainsi, la **fréquence des consultations** peut influencer sur l'abord de sujets plus intimes pour l'adolescent. De plus, le temps consacré à la consultation n'est pas toujours suffisant pour aborder certaines problématiques ou pour apporter des éléments de réponse à celles-ci. Nous voyons ici l'intérêt de proposer à l'adolescent une nouvelle consultation lorsque nous sentons la nécessité d'approfondir l'entretien, ou même de **reprogrammer** systématiquement un rendez-vous dans certaines situations¹⁶².

3.1.4. *Evolution de la relation*

Notre étude a mis en exergue le fait que la sexualité est un sujet délicat à aborder. Ceci est d'autant plus difficile si le médecin connaît le jeune patient depuis l'enfance. Le généraliste doit pouvoir, à un moment donné, **changer la relation** qu'il a avec l'adolescent en repérant les transformations physiologiques qui ont eu lieu¹⁶³. Comme l'ont précisé les médecins du *focus group*, l'adolescence peut être aussi le moment de lui proposer de **choisir un médecin** autre que le médecin de famille, éventuellement de sexe similaire. A noter que les médecins semblent aborder plus systématiquement les sujets de prévention, et notamment la sexualité avec l'adolescent lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient¹⁶⁴.

L'usage du **tutoiement** ou du **vouvoiement** n'a été abordé qu'une fois au cours du *focus group*. Selon les références bibliographiques, le choix du vouvoiement semble être privilégié car il a pour intérêt d'être un moyen de garder la bonne distance ou de marquer la transition du stade infantile au stade adulte¹⁶⁵. Cependant il est concevable que le

¹⁶⁰ ALVIN P, BELLATON E. Adolescents : comment amorcer le dialogue ? Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(625) : 1774-1777.

¹⁶¹ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nde ed. Paris : Masson, 2005, 453 p.

(Collection pour le praticien)

¹⁶² BOUILLOT M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale, intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD. Th : Méd. : Nantes : 2008, 78 p.

¹⁶³ ALVIN P. Les adolescents et la contraception. Que devrait savoir le pédiatre ? (1^o partie). Arch Ped 2001 ; 8 :1251-1259.

¹⁶⁴ OSCOS-SANCHEZ MA, WHITE D, BAJOREK E, *et al.* Safe teens : Facilitators of And Barriers to Adolescent Preventive Care Discussions. Fam Med 2008; 40(2):125-131.

¹⁶⁵ BOULESTREAU-GRASSET H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste ? Th : Méd. : Nantes : 2009, 64 p.

vouvoient soit difficile à instaurer pour un adolescent suivi par son médecin depuis son enfance. Ainsi les adolescents se sentent plus à l'aise s'ils sont tutoyés par leur médecin de famille qu'ils connaissent depuis plusieurs années. Il n'existe pas de règle absolue, en dehors du fait que le médecin doit en convenir avec l'intéressé¹⁶⁶.

3.1.5. Attitudes du médecin

Plusieurs éléments sont nécessaires pour créer une atmosphère satisfaisante à la discussion avec un adolescent¹⁶⁷.

Tout d'abord, le généraliste doit tenir compte des attentes de l'adolescent et de ses interrogations¹⁶⁸. Comme les médecins du *focus group* l'ont signifié, il doit se montrer à l'**écoute** du jeune et limiter les activités annexes de l'entretien telles que les prises de note. Il doit aussi s'assurer de la bonne compréhension de ses problématiques, en utilisant éventuellement la reformulation. Cependant, les jeunes (et surtout les garçons) sont souvent très discrets sur leurs difficultés, lors leur rencontre avec un professionnel de santé. Par exemple, ils n'évoquent pas spontanément leurs difficultés relationnelles et psychologiques¹⁶⁹. Si le généraliste s'en tient aux seuls motifs évoqués, il pourrait conclure que les troubles de santé de l'adolescent se limitent aux symptômes somatiques aigus. Il semble important que le médecin recherche les motifs cachés par le biais de **questions ouvertes**, d'**outils de repérage**.

Afin d'établir une réelle communication avec le patient et notamment l'adolescent, le médecin doit pouvoir **adapter son discours** tant sur le fond que sur la forme. Ainsi devra-t-il essayer d'utiliser un **vocabulaire approprié** et s'assurer de la compréhension des messages transmis. Le médecin peut être amené à se détacher de sa propre éducation, de son histoire familiale et **remettre en question** ses principes de vie et sa conception de la société ; ceci afin de conserver une impartialité et donc une tolérance dans sa prise en charge.

3.1.6. Le temps de l'examen clinique

L'examen clinique est un temps que les médecins de notre étude utilisent favorablement pour aborder le sujet de la sexualité. Il doit être un moment d'intimité pour l'adolescent. Il doit lui permettre d'aborder les sujets qui le préoccupent, en particulier les craintes quant à la **normalité** de son corps (développement statural, pondéral, pubertaire et sexuel). Il doit être complet et commenté¹⁶⁶.

L'adolescent est dans l'apprentissage de l'expression et de la désignation de son vécu corporel. L'examen clinique peut contribuer à familiariser l'adolescent avec son corps et son évolution. Le médecin peut alors aborder la représentation du corps, déçue ou idéalisée, soutenir le processus de narcissisation et renforcer l'estime de soi. Chaque moment ou organe exploré peut faire lien ou métaphore avec une dimension de son existence. Par exemple, la pesée peut susciter un échange sur l'alimentation, la peau peut favoriser un échange sur l'apparence et l'image de soi, les seins peuvent mener à une discussion sur la sexualité, etc. L'important est de faire un **commentaire pendant l'examen** afin de susciter un échange sur ces thèmes¹⁷⁰.

¹⁶⁶ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nd ed. Paris : Masson, 2005, 453 p.

(Collection pour le praticien)

¹⁶⁷ MERZEL CR, VANDEVANTER NL, MIDDLESTADT S, *et al.* Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. J Adolesc Health. 2004 Aug; 35(2) : 108-115.

¹⁶⁸ ALVIN P. Les adolescents et la contraception. Que devrait savoir le pédiatre ? (1^{re} partie). Arch Ped 2001 ; 8 :1251-1259.

¹⁶⁹ BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent : un patient pas comme les autres- Paris, Coll. Ouvertures psy, Masson, 2002, 87 p.

¹⁷⁰ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

3.1.7. Spécificités du discours sur la sexualité

Concernant le sujet de la sexualité, le médecin doit parfois initier le dialogue. Cependant, comme l'ont précisé les médecins du *focus group*, il est important de tenir compte de la **maturité** de l'adolescent et de **respecter son intimité**. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, il convient « *d'aborder avec tact la question de l'existence de relations sexuelles chez l'adolescent* »¹⁷¹. Le médecin doit pouvoir signifier à l'adolescent sa **disponibilité** et sa **compétence** sur ce sujet ; et ainsi se positionner comme possible personne ressource¹⁷². L'usage de **questions ouvertes** utilisant des termes simples et concrets est recommandé¹⁷³. De même, il est conseillé de choisir des **termes neutres**, afin de ne pas présumer de l'orientation sexuelle du patient. De courtes périodes de silence peuvent être respectées, afin de permettre à l'adolescent de s'exprimer sur ce sujet. Il est intéressant de connaître les **représentations** de l'adolescent sur la sexualité et de connaître ses moyens d'information. Il peut être nécessaire de recadrer son savoir et de l'orienter vers des **sources d'information fiables**. Enfin, nous souhaitons rappeler que l'abord de la sexualité ne doit pas se faire uniquement dans un but préventif, mais aussi dans le cadre de l'éducation à la santé.

3.2. Une consultation annuelle gratuite

3.2.1. Avis des médecins, avis des adolescents

La proposition d'une consultation annuelle gratuite a soulevé une vive discussion lors du *focus group*. Nous n'avons pu obtenir d'avis tranché quant à l'intérêt de sa mise en place. Une des objections à cette proposition est que l'abord de sujets sensibles tels que la sexualité ne peut se faire que dans un **climat de confiance**. Or une consultation ponctuelle ne permet pas à elle seule de créer une **alliance** médecin-patient suffisante.

Pourtant, lors d'une précédente étude¹⁷⁴, c'est une mesure citée par les médecins généralistes pour favoriser les démarches préventives. Ils entrevoyaient la mise en place de consultations de prévention pour l'adolescent, prises en charge intégralement par la sécurité sociale. Il paraît important de faciliter l'accessibilité aux consultations de médecine générale, non seulement en levant le **blocage financier**, mais aussi en levant l'éventuel **blocage parental**.

Selon des études effectuées récemment, les adolescents entendent positivement la proposition d'une consultation de prévention annuelle gratuite. A la question : « Pensez-vous qu'une consultation gratuite annuelle « spéciale ado » vous aiderait à parler de vos problèmes avec votre médecin ? », 46% des adolescents avaient répondu favorablement¹⁷⁵. Parmi ces adolescents favorables à cette consultation de prévention, près de 2/3 (63%) étaient des filles et 37% des garçons.

¹⁷¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans. Septembre 2005, 17 p.

¹⁷² ATHEA N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch.Pédiatr.2001 ; 8 : 433-440.

¹⁷³ MONASTERIO E, HWANG LY, SHAFER MA. Adolescent sexual health. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2007 sept ; 37 : 302-325.

¹⁷⁴ DROUHIN-BATTIN H. Les adolescents en médecine générale. Spécificités et démarche préventive. Enquête de pratique auprès de médecins généralistes de la région narbonnaise. Th : Méd. : Montpellier : 2006, 134 p.

¹⁷⁵ BOULESTREAU-GRASSET H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste ? Th : Méd. : Nantes : 2009, 64 p.

3.2.2. Une proposition du gouvernement : le Plan Santé Jeunes

En février 2008, le ministère de la santé a proposé, dans son « Plan santé jeunes », que tous les jeunes âgés de 16 à 25 ans puissent bénéficier d'une consultation annuelle gratuite chez le médecin généraliste de leur choix. Cette mesure a pour but de faciliter l'accès des jeunes au système de santé. En effet, l'accès aux soins est très inégal à l'adolescence, selon les milieux où les jeunes évoluent¹⁷⁶. Associé à cette mesure, un « passeport pour la santé » sera remis aux jeunes à l'âge de 16 ans, en même temps que leur première carte Vitale. Il comprendra un récapitulatif de leurs droits en matière de santé et des informations sur les structures de soins adaptées à leurs besoins.

Cette mesure aurait du être effective dès le 1er janvier 2009 cependant elle n'a pu se mettre en place dans les délais prévus. Il semblerait que le ministère de la santé prévoit une montée en charge progressive avec un travail initialement mené dans 10 départements et concernant d'abord les âges extrêmes de la tranche d'âge, c'est à dire les jeunes de 16 ans et les jeunes de 25 ans.

3.2.3. Limites de cette proposition

Tout d'abord, certains médecins du *focus group* ont évoqué la nécessité d'un **cahier des charges**, ou tout au moins de fixer un **cadre à cette consultation**. Cette notion de cahier des charges est retrouvée dans une précédente étude¹⁷⁷. Son rôle serait alors de cibler les actions à pratiquer auprès des adolescents. Nous pourrions imaginer qu'à cette occasion des formations destinées aux médecins généralistes seraient organisées, afin de leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires à cette action préventive. Dans notre étude, l'accent est mis sur la nécessité d'une consultation de **synthèse** ; elle permettrait de réaliser de la prévention et de l'éducation à la santé. Celle-ci serait l'occasion d'aborder certains sujets phares de l'adolescence, éventuellement à l'aide de **tests systématiques**. Cependant les médecins ont souhaité préciser qu'il serait justifié qu'elle soit **remunérée** à bon escient, en rapport notamment avec le temps consacré à cette consultation spécifique.

Parmi les limites de cette proposition, nous pouvons reprendre l'avis des médecins de notre étude : une seule consultation annuelle **n'est pas suffisante** pour établir une relation de confiance avec l'adolescent. En effet, concernant la sexualité, les adolescents envisagent davantage leur médecin comme un interlocuteur potentiel lorsqu'ils le voient régulièrement¹⁷⁸. Rien n'empêche alors au médecin de proposer un nouveau rendez-vous pour favoriser l'échange sur des sujets plus intimes.

Enfin, cette mesure ne concerne pas les adolescents âgés de moins de 16 ans. Rappelons qu'en France, la majorité sexuelle est située à 15 ans et qu'à cet âge 16,8% des jeunes ont déjà eu leur première expérience sexuelle¹⁷⁹.

¹⁷⁶ 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.

¹⁷⁷ DROUHIN-BATTIN H. Les adolescents en médecine générale. Spécificités et démarche préventive. Enquête de pratique auprès de médecins généralistes de la région narbonnaise. Th : Méd. : Montpellier : 2006, 134 p

¹⁷⁸ ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

¹⁷⁹ GUILBERT P, GAUTIER A, LAMOUREUX P. Baromètre santé 2005/ Premiers résultats. Ed. INPES, 2006 (Coll. . Baromètres santé) ; 170 p.

3.3. L'usage de référentiels

Il n'existe pas de référentiel spécifique à l'abord de la sexualité auprès des adolescents. Les recommandations de l'HAS¹⁸⁰ sur le dépistage individuel des enfants ne concernent pas spécifiquement l'adolescent et n'abordent que les risques liés à la sexualité (grossesse non désirée, IST, relations sexuelles non consenties).

Par ailleurs, des référentiels ont été élaborés pour aborder différentes problématiques auprès des adolescents ; ceux-ci peuvent constituer un tremplin vers les questions concernant la sexualité.

3.3.1. Intérêt des outils de repérage

Les médecins du *focus group* ont émis la possibilité d'effectuer des **tests systématiques** afin de repérer d'éventuels problèmes et ouvrir la discussion sur certains sujets. Marie Choquet précise¹⁸¹ : *«Devant la complexité des situations et des modes d'expression, force est de constater que les outils de repérage s'avèrent de plus en plus indispensables si l'on veut intervenir précocement et efficacement. Pour écouter les adolescents, il ne suffit pas de les laisser parler librement, il faut aussi les questionner systématiquement sur leur mode de vie, leurs troubles, leurs conduites et leurs difficultés »*. Même si le mode d'interrogation devient systématique, il a pour objectif de favoriser l'échange entre l'adolescent et le médecin. L'épidémiologiste évoque aussi l'intérêt de mettre au point des grilles d'entretien adaptées à chaque pratique professionnelle, et de former les professionnels à intégrer cette grille dans leur pratique. Nous rejoignons ainsi l'idée d'utiliser une **aide à la consultation** en proposant une **formation** à cet usage. Il peut aussi s'agir d'une **aide mnémotechnique** pour le médecin, lui permettant ainsi de penser aux divers sujets à aborder¹⁸².

3.3.2. Exemples d'outils de repérage

a-TSTS-Cafard

Parmi les outils de repérage, celui le plus cité dans notre étude est le **TSTS – Cafard**. Certains médecins du *focus group* utilisent ce test pour dépister des conduites suicidaires mais aussi pour **ouvrir le dialogue**. Ainsi peuvent-ils ensuite aborder d'autres sujets tels que celui de la sexualité. Le TSTS - Cafard correspond à un questionnaire. Il a été élaboré au cours d'une étude menée auprès de 3800 collégiens pour analyser le problème des conduites suicidaires chez les adolescents¹⁸³. Il a été validé et considéré comme acceptable et faisable.

¹⁸⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans. Septembre 2005, 17 p.

¹⁸¹ BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent : un patient pas comme les autres. Paris, Coll. Ouvertures psy, Masson, 2002, 87 p.

¹⁸² OSCOS-SANCHEZ MA, WHITE D, BAJOREK E, *et al.* Safe teens : Facilitators of And Barriers to Adolescent Preventive Care Discussions. Fam Med 2008 ; 40(2) : 125-131.

¹⁸³ BINDER P, CHABAUD F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents : conception d'un test et validation de son usage. Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 576-580.

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant les **questions d'ouvertures** suivantes :

Traumatologie→ « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
Sommeil→ « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
Tabac→ « As-tu déjà fumé ? Même si tu as arrêté ? »
Stress→ « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

On s'en souviendra par l'acronyme **T.S.T.S.**

A chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots-clés.

Sommeil→**Cauchemars** : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
Traumato→**Agression** : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
Tabac→**Fumeur quotidien** : « Fumes-tu tous les jours du tabac ? »
Stress scolaire→**Absentéisme** : « Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »
Stress familial→**Ressenti Désagréable** familial : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

On s'en souviendra avec l'acronyme **C.A.F.A.R.D.**

Trois réponses positives au « Cafard » concernent la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.

b- HEADSS

Parmi les autres outils de repérage retrouvés le plus fréquemment dans la littérature, nous pouvons noter l'usage de l'acronyme « **HEADSS** »^{184, 185, 186}. Cet acronyme permet de se souvenir facilement des différents domaines dont il faut s'enquérir auprès de l'adolescent. Il faut évaluer les conditions d'existence du jeune consultant, la composition et le climat familial (Home), son cursus scolaire et professionnel (Education), ses activités sportives et loisirs (Activities), ses rapports aux substances psychotropes (Drugs). Enfin, le « S » inclut plusieurs domaines : la sexualité (identité sexuelle, comportements sexuels), la sécurité (prise de risque ou comportements de protection face à la survenue d'accidents), le suicide (dépression, idées suicidaires).

¹⁸⁴ STRONSKI S, MICHAUD PA. La prévention auprès des adolescents au cabinet médical- Hyg 2000 ; 58 : 2577-2582.

¹⁸⁵ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

¹⁸⁶ AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL, DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir sur leur profil de risques. Prévention en pratique médicale, février 2005 : 6 p.

3.3.3. Un référentiel d'attitudes professionnelles

En plus de la conception du test TSTS - Cafard, l'étude menée par Philippe Binder a permis l'élaboration d'un **référentiel**¹⁸⁷. Il s'agit d'un référentiel d'attitudes simples et applicables en médecine générale lors de **toute consultation d'adolescent**, mais aussi lors de dépistage de situation à risque.

Les objectifs de l'usage de ce référentiel sont :

- élargir le contenu de la consultation ;
- en cas de problème, aider l'adolescent à passer un cap.

Les 4 attitudes de base permettant la réalisation de ces objectifs sont :

- favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action ;
- établir une relation de soin dans laquelle l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité ;
- améliorer la représentation du corps et l'estime de soi ;
- susciter une diversité de solutions possibles à la mesure de ses capacités.

Lors de toute consultation d'adolescent, il est proposé d'élargir le contenu de la consultation en saisissant au moins 4 occasions :

- lors de l'exposé du motif, proposer une ouverture par une allusion de type : « à part ça ? », « oui mais encore ? » ;
- intégrer le rôle du tiers : « Qui demande quoi et pour qui ? », puis « Que dire à qui et pourquoi ? » et se positionner dans la situation ;
- commenter l'examen clinique pendant sa réalisation, en suscitant un échange de point de vue ;
- dépister le mal-être avec le test « TSTS - Cafard ».

Lorsqu'un problème de mal-être est dépisté, il est proposé d'intervenir de 4 manières possibles pour aider l'adolescent à passer un cap :

- confronter les points de vue et savoir reformuler ;
- renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels ;
- fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation ;
- orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

3.3.4. L'usage de questionnaires

L'usage d'un questionnaire proposé au patient avant la consultation a été émis par un médecin lors du *focus group*. Ce questionnaire peut en effet favoriser l'approche globale du patient, il peut constituer un gain de temps pour le médecin, sans se substituer toutefois à l'entretien. Pour l'adolescent, il peut montrer la disposition du médecin face à certaines de ses préoccupations, et ainsi ouvrir la possibilité d'échanger sur celles-ci.

Les questionnaires préalables à la consultation sont très peu utilisés en France. Cependant, certaines équipes médicales travaillant auprès d'adolescents s'en servent ; c'est le cas dans le service de médecine pour adolescents de l'hôpital Bicêtre^{188, 189}.

¹⁸⁷ BINDER P, CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 1307-1313.

¹⁸⁸ ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

¹⁸⁹ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

Un « questionnaire amorce de dialogue » organisé autour des thèmes de prévention avait été évalué en médecine générale. Les adolescents se prêtaient facilement à ce type d'exercice et semblaient satisfaits. Les médecins semblaient plus s'impliquer lors des consultations et trouvaient cet outil efficace¹⁹⁰.

A noter aussi que les questionnaires permettent parfois de soulever certains problèmes pour lesquels l'adolescent n'aurait pas consulté spontanément¹⁹¹.

3.3.5. Les documents de référence

a- Pour le médecin

Parmi les documents récents créés à l'intention des professionnels de santé, nous pouvons citer le livret « Entre Nous » de l'INPES¹⁹². Il a été présenté lors de la conférence biennale sur la santé des jeunes, organisée par le Ministère de la Santé et des Sports et tenue le 29 octobre 2009 à Paris. C'est un guide d'intervention pour les professionnels de santé en contact avec l'adolescent, dont l'objectif principal est d'initier et de mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé. C'est un outil à la fois théorique et pratique.

b- Pour l'adolescent

L'INPES a mis au point des **brochures** que le professionnel peut laisser à la disposition des adolescents : « Questions d'ados » concernant l'amour et la sexualité, destiné aux adolescents âgés de 15 à 18 ans, « Les premières fois » concernant les premières relations sexuelles, la découverte et le respect de l'autre, les risques à éviter. Des **livres** peuvent être proposés aux adolescents selon leurs sujets d'intérêt et leur âge. Enfin des numéros de téléphone ou des adresses électroniques peuvent être remises à l'adolescent au moyen de cartes, c'est le cas pour la carte « Fil santé jeunes ».

D'autre part, le Ministère de la Santé et des Sports a mis au point plusieurs **dispositifs** à l'intention des adolescents, en usant de tous les moyens de communication à leurs portées : spots télévisés, radiophoniques, films sur Internet, diffusion de SMS sur les téléphones mobiles. Les campagnes médiatiques permettent de réaliser un certain travail de **prise de conscience** et peuvent contribuer à **modifier certaines normes**. Ce fut l'objectif des courts-métrages réalisés dans le cadre du concours « Jeune et homo sous le regard des autres » ; le but était de favoriser le dialogue autour de l'homosexualité « *afin de lever les tabous et de renforcer l'acceptabilité des différents comportements* »¹⁹³. Aussi, les campagnes nationales d'information, telles que la campagne sur la contraception réalisée en 2008, visent à inciter l'adoption de **comportements de prévention**.

¹⁹⁰ VELIN J, MERCIER-NICOUX F, MOULA H. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. Rev Prat Med Gen 1997 ; 11(402) : 28-35.

¹⁹¹ ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2^{nde} ed. Paris : Masson, 2005, 453 p.
(Collection pour le praticien)

¹⁹² INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

¹⁹³ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Présentation du Plan "Santé des jeunes". Dossier de presse - le 27 février 2008.

3.4. Les différents intervenants

Il est évident que les généralistes ne peuvent à eux seuls prendre en charge toutes les problématiques adolescentes. Tous les intervenants en contact avec les jeunes, le corps médical, scolaire, ou encore les parents, doivent être sensibilisés et informés sur la santé globale des adolescents : tous doivent se sentir impliqués¹⁹⁴.

De plus, lorsque le médecin n'est pas choisi par l'adolescent comme interlocuteur privilégié pour parler de sa sexualité, il semble important que le praticien puisse l'orienter vers des sources d'informations fiables. Un travail en réseau avec des structures parfois plus expérimentées dans la prise en charge des adolescents peut être nécessaire¹⁹⁵.

3.4.1. La place des parents

Le soutien familial est un **facteur de protection** important dans le développement harmonieux des jeunes. Une étude américaine¹⁹⁶ a démontré que le **dialogue** entre les parents et les adolescents sur les sujets de la sexualité pouvait influencer leurs comportements sexuels : relations sexuelles moins précoces, discussion sur les risques sexuels avec leurs partenaires et probabilités d'utilisation du préservatif et d'une contraception plus importantes. Intervenir auprès des parents peut donc avoir un impact positif sur la santé des adolescents¹⁹⁷. Ainsi, il est utile d'aborder avec eux les difficultés d'être parents d'adolescents, de discuter des processus propres à l'adolescence : développement de l'identité, de l'autonomie, acquisition des habiletés et des compétences, besoin d'intimité. Il est important de souligner l'importance de leur soutien et d'un encadrement souple mais aussi de les rassurer dans leur rôle de parents.

Bien que les adolescents se disent embarrassés pour aborder le sujet de la sexualité avec leurs parents, ils les considèrent tout de même comme un interlocuteur potentiel¹⁹⁸. Le jeune éprouve une certaine pudeur à envisager avec eux sa sexualité, sentiment d'ailleurs réciproque. Les mères sont citées fréquemment par les adolescents comme source d'information sur la contraception, les pères sont moins souvent cités (Cf. Annexe 2 : tableau 4). Afin d'éviter une intrusion dans l'intimité des adolescents, il est préférable que les parents saisissent des occasions pour amorcer le dialogue plutôt que de les pousser maladroitement aux confidences. Les parents demeurent un point d'ancrage significatif et central pour l'adolescent même si celui-ci tend à s'en éloigner pour acquérir son autonomie.

3.4.2. Au sein du système éducatif

Dans notre étude, les médecins ont souligné l'importance des établissements scolaires comme repère et lieu de référence pour les adolescents. Plusieurs services sont disponibles pour répondre à leurs besoins.

¹⁹⁴ 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.

¹⁹⁵ INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90p.

¹⁹⁶ ASPY CB, VESELY SK, OMAN RF *et al.* Parental communication and youth sexual behavior. J Adolesc. 2007 Jun ; 30(3): 449-466.

¹⁹⁷ AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL, DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir sur leur profil de risques. Prévention en pratique médicale, février 2005 : 6 p.

¹⁹⁸ OGLE S, GLASIER A, RILEY SC. Communication between parents and their children about sexual health. Contraception, 2008, vol. 77, n°4, p. 283-288.

Au sein des établissements scolaires de premier et de second degré, il existe un **service de santé scolaire** ayant pour but de promouvoir la santé en faveur de tous les jeunes scolarisés et de participer à l'éducation à la santé. Ce service est composé de secrétaires, d'infirmières et de médecins scolaires.

D'autre part, il existe aussi des **psychologues scolaires** dont une des missions est de rechercher avec les parents « *l'ajustement des conduites et des comportements éducatifs* », et de favoriser chez l'enfant « *l'émergence et la réalisation du désir d'apprendre et de réussir* » (décret n°90-259 du 22 mars 1990).

Enfin, le **service social** présent dans le second degré peut intervenir dans un travail en réseau : ce service est en effet chargé d'apporter écoute, conseils et soutien aux élèves pour favoriser leur réussite individuelle et sociale.

Cependant, comme l'ont précisé les médecins du focus groupe, il pourrait être envisagé de rendre l'accès à ces services encore plus aisé pour l'adolescent. Les horaires d'ouverture des services pourraient être totalement adaptés au temps de présence de l'adolescent dans l'établissement.

3.4.3. Les lieux ressources pour adolescents

Les maisons des adolescents sont des structures polyvalentes où la santé est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle, sociale et éducative. Différentes structures existent pour accueillir les adolescents et leur proposer une écoute et un soutien : les espaces santé jeunes, les points accueil écoute jeunes. L'école des parents et des éducateurs permet aussi de favoriser le dialogue dans les familles. Les centres médico-psychologiques s'intéressent plus particulièrement aux problèmes liés à la santé mentale et les centres médico-psycho-pédagogiques sont mieux à même de gérer les difficultés scolaires et les troubles d'apprentissage.

3.4.4. Les lieux concernant spécifiquement la sexualité

Les **centres de planification** sont des structures médicalisées ; ils assurent des actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale (décret n°92-784 du 6 août 1992). Ils sont autorisés à délivrer de façon libre, anonyme et gratuite des contraceptifs « *aux mineurs désirant garder le secret* » (loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974) et aux personnes qui ne bénéficient à aucun titre de prestations d'assurance maladie. Ils sont aussi habilités au dépistage et au traitement des IST auprès des mineurs qui le demandent, de façon anonyme et gratuite (loi n°90-86 du 23 janvier 1990, dite « loi Calmat »).

Le **planning familial** correspond à une structure associative militante (association du Mouvement Français pour le Planning Familial). Cette association accueille le public concerné par tous les problèmes d'ordre sexuel et réalise des actions de prévention sexuelle, notamment dans les établissements scolaires.

Concernant plus spécifiquement les maladies sexuellement transmissibles, il existe les **Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles**, ainsi que les **Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit**.

CONCLUSION

Le *focus group* nous a permis d'étudier le point de vue des médecins généralistes sur un sujet délicat : l'abord de la question de la sexualité avec les adolescents en consultation de médecine générale. Force est de constater que peu de médecins évoquent ce sujet avec leurs patients adolescents. Les médecins généralistes sont confrontés à plusieurs difficultés. Selon leurs représentations personnelles, ils peuvent présenter certaines réticences à aborder ce sujet considéré comme tabou et faisant partie de l'intimité du patient. Ils ont aussi à appréhender ce patient spécifique qu'est l'adolescent. En effet, les adolescents consultent rarement et ne formulent pas toujours leurs problématiques. Enfin, la consultation doit être aménagée pour favoriser la discussion sur la sexualité ; notamment, la présence d'un tiers doit être exclue.

Pour aborder le sujet de la sexualité avec l'adolescent, il semble nécessaire de créer un cadre à la consultation :

- Accueillir spécifiquement l'adolescent en disposant, dès la salle d'attente, des documents à son intention ;
- Rencontrer l'adolescent seul, au moins durant une partie de la consultation ;
- Lui rappeler le respect du secret médical ;
- Favoriser une attitude d'écoute et mettre en confiance l'adolescent ;
- Adapter son discours à l'adolescent ;
- Profiter du temps de l'examen clinique pour élargir la discussion ;
- Emettre des ouvertures sur le sujet de la sexualité en respectant son intimité et en l'amenant à ressentir la disponibilité et la compétence du médecin dans ce domaine ;
- Lui donner quelques références : supports documentaires, coordonnées téléphoniques, adresses de lieux spécifiques à la problématique de l'adolescent ;
- Reprogrammer une consultation selon les besoins et problématiques de l'adolescent.

Selon l'ancienneté de la relation entre l'adolescent et le médecin, le sexe des deux interlocuteurs ou le statut du médecin par rapport à la famille, il peut être proposé à l'adolescent de changer de médecin.

Durant la consultation, créer des ouvertures sur la sexualité est important. L'adolescent peut en effet saisir cette opportunité pour faire part de son ressenti et de ses interrogations. Notamment, les questionnements ouverts ou les tests systématiques tels que le TSTS-Cafard visent à dépister une problématique dans la vie de l'adolescent ; celle-ci peut être liée à la puberté ou la découverte de la sexualité. Il nous paraîtrait intéressant de créer ou d'inclure, dans les tests systématiques, une ouverture sur le vécu de l'adolescent concernant sa sexualité.

Il est ressorti aussi, de notre étude, le besoin des médecins de bénéficier d'une formation adaptée à ce type d'approche. Car « tendre des perches » à un adolescent, c'est éventuellement prendre des risques. D'abord celui d'être confronté à un malaise voire, pour certains adolescents, un mal-être dont les causes ne sont pas toujours bien identifiées par lui-même. Mais aussi, et peut-être serait-ce ce qui nous fait le plus peur, à notre propre malaise : celui de l'appréhension de ce domaine où s'entrechoquent les représentations de chacun.

De plus, nous avons souhaité connaître l'avis des médecins du *focus group* sur l'aide que pourrait apporter l'instauration d'une consultation annuelle gratuite dans l'abord du sujet de la sexualité avec les adolescents. Il n'est pas ressorti d'avis tranché sur cette question. Le gouvernement a prévu de mettre en place prochainement cette consultation. Il nous semblerait intéressant de poursuivre cette étude en analysant les sujets abordés au cours de cette consultation ; notamment, en ce qui concerne la prévention et l'éducation à la santé. Aussi, une sorte de « cahier des charges » pourrait être créé de manière à évoquer les sujets sensibles de l'adolescence.

Par ailleurs, si la méthode du *focus group* nous a permis de faire émerger de nouveaux éléments sur ce sujet, cette méthode ne constitue certes pas une représentation exhaustive de la population étudiée. Il pourrait être envisagé de compléter ce travail par une étude quantitative afin de donner une expression chiffrée à ces données.

*« Chaque individu est engagé dans une expérience, celle de vivre –
dans un problème, celui d'exister. »*

*D.W. Winnicott,
De la pédiatrie à la psychanalyse (1999).*

ANNEXES

- ANNEXE 1 -
CLASSIFICATION DE TANNER
 (Stades de développement pubertaire)
 D'après « Growth at adolescence »¹⁹⁹ de James Mourilyan Tanner

Filles

	Développement mammaire		Pilosité pubienne
S1	Pas de tissu glandulaire.	P1	Pas de pilosité.
S2	Tissu glandulaire palpable.	P2	Quelques poils fins le long des grandes lèvres.
S3	Augmentation de la taille des seins ; Profil arrondi de l'aréole et du mamelon.	P3	Poils pubiens plus pigmentés.
S4	Augmentation de la taille des seins ; Mamelon surélevé par rapport au sein	P4	Poils plus durs, recouvrant le mont de vénus.
S5	Aspect adulte ; Disparition de la saillie de l'aréole.	P5	Poils de type adulte, s'étendant vers les cuisses.

Garçons

	Organes génitaux externes		Pilosité pubienne
G1	Testicules < 2,5 cm	P1	Pas de pilosité.
G2	Augmentation des testicules > 2,5 cm ; Amincissement du scrotum.	P2	Quelques poils sur le scrotum.
G3	Testicules de 3,0 à 3,5 cm ; Epaississement du pénis.	P3	Poils plus pigmentés, contournés sur le pubis.
G4	Testicules de 3,5 à 4 cm.	P4	Poils plus durs sur le pubis.
G5	Testicules de 4 cm ; Taille adulte du pénis.	P5	Pilosité de type adulte, s'étendant vers les cuisses et la paroi abdominale.

¹⁹⁹ TANNER JM. Growth at adolescence. Second edition. Oxford. Blackvell Scientific Publications, 1962.

- ANNEXE 2 -
TABLEAUX
D'après « l'enquête sur le sexualité en France »²⁰⁰ de Nathalie Bajos et Michel Bozon

TABLEAU 1 : Age médian aux premiers événements de la vie pré-génitale, selon le sexe et l'âge (en années et dixièmes d'années)

Age	Age première masturbation	Age premières règles	Age premier baiser	Age premier baiser
	Hommes	Femmes	Femmes	Hommes
60-69 ans	14,8	13,5	17,5	16,6
50-59 ans	14,5	13,5	16,6	16,0
40-49 ans	14,2	13,2	15,7	15,2
35-39 ans	14,5	13,2	15,1	14,5
25-34 ans	14,3	13,3	14,8	14,4
20-24 ans	14,3	13,4	14,4	13,7
18-19 ans	14,2	13,2	14,1	13,6

TABLEAU 2 : Age médian au premier rapport, par sexe et âge

Age à l'enquête	Année de naissance	Année des 18 ans	Age au premier rapport des femmes	Effectifs des femmes	Age au premier rapport des hommes	Effectifs des hommes
65-69 ans	1936-1940	1954-1958	20,6	382	18,8	218
60-64 ans	1941-1945	1959-1963	20,2	356	18,5	284
55-59 ans	1946-1950	1964-1968	19,6	439	18,4	304
50-54 ans	1951-1955	1968-1973	19,1	445	18,1	337
45-49 ans	1956-1960	1974-1978	18,5	404	17,6	352
40-44 ans	1961-1965	1979-1983	18,4	462	17,7	392
35-39 ans	1966-1970	1984-1988	18,2	1 346	17,6	1 126
30-34 ans	1971-1975	1989-1993	18,2	1 141	17,6	975
25-29 ans	1976-1980	1994-1998	18,1	864	17,7	665
20-24 ans	1981-1985	1999-2003	18,0	750	17,3	663
18-19 ans	1986-1987	2004-2005	17,6	235	17,2	224

²⁰⁰ BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.

TABLEAU 3 : Pratiques sexuelles déclarées par sexe et âge

Pratiques sexuelles	Sexe	18-19 ans	20-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
Effectifs	F	204	611	1 691	1 140	734	747	636	5 763
	H	194	539	1 376	946	621	542	424	4 642
Masturbation, expérience au moins une fois (vie)	F	48,8	54,5	66,0	68,3	64,7	60,6	43,9	60,1
	H	90,6	94,1	93,4	92,5	93,2	89,5	85,5	91,4
Masturbation, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	10,2	16,3	22,3	23,1	21,7	14,3	10,1	17,9
	H	56,4	52,5	47,9	47,4	42,4	31,1	20,5	40,3
Fellation, expérience au moins une fois (vie)	F	58,3	73,6	86,5	88,5	86,0	81,2	65,8	80,4
	H	65,2	82,2	88,4	90,5	89,9	82,2	73,4	83,3
Fellation, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	38,1	53,0	67,5	67,0	61,6	45,7	22,1	52,8
	H	46,8	61,2	68,9	64,6	61,5	49,5	32,1	56,4
Cunnilingus, expérience au moins une fois (vie)	F	68,9	80,4	90,8	92,5	90,5	86,4	71,7	85,5
	H	67,3	78,4	86,2	90,5	92,2	85,4	76,4	85,0
Cunnilingus, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	44,9	59,6	70,5	72,3	67,7	49,5	26,0	57,6
	H	46,1	57,7	68,4	70,7	70,6	58,3	40,0	61,4
Pénétration anale, expérience au moins une fois (vie)	F	15,6	28,3	42,9	43,9	42,7	38,6	25,7	37,3
	H	24,0	36,1	49,0	54,9	52,7	43,5	33,7	45,1
Pénétration anale, pratique régulière (souvent ou parfois dans les 12 mois)	F	7,2	6,4	12,0	12,2	12,5	7,0	3,4	9,2
	H	7,6	15,1	15,6	17,9	18,4	13,3	4,8	14,2

TABLEAU 4 : Premières sources d'information sur la contraception, selon le sexe et l'âge

% ayant cité l'une de ces sources	Sexe	18-24 ans	25-34 ans	35-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	Total
Copines	F	39,3	34,2	34,8	41,0	37,8	40,6	38,0
	H	26,0	19,2	22,6	22,3	26,9	20,8	22,9
Partenaire	F	8,7	7,3	5,4	8,7	8,0	13,6	8,6
	H	20,1	19,0	22,1	24,8	22,9	18,4	21,4
Copains	F	16,8	11,1	8,4	8,7	7,6	6,2	9,6
	H	45,3	49,1	48,2	48,1	50,2	49,8	48,6
Mère	F	67,2	62,4	54,3	42,2	34,5	27,7	47,2
	H	38,8	33,8	22,2	22,1	15,6	14,6	24,4
Ecole	F	85,6	67,2	63,7	51,8	29,7	21,0	51,7
	H	83,6	72,0	66,8	48,5	24,6	17,6	51,2
Père	F	16,7	12,7	7,7	6,1	3,6	3,1	8,0
	H	27,0	21,9	13,4	11,7	13,8	12,0	16,5
Médecin	F	45,5	42,6	43,3	36,8	30,3	22,0	36,4
	H	18,4	15,7	12,5	7,5	13,1	12,2	13,0
Télé Radio	F	70,4	59,5	47,5	40,3	30,2	18,6	43,7
	H	70,6	75,2	60,2	50,3	34,6	19,6	51,9
Magazines féminins	F	59,5	50,1	44,3	42,4	41,5	27,8	44,1
	H	16,9	20,7	24,3	26,5	30,8	23,3	24,2
Planning familial	F	19,9	16,7	19,7	10,7	7,2	9,0	13,1
	H	8,7	5,4	7,0	4,6	6,3	8,1	6,4
NR, NSP	F	0,7	1,4	3,4	3,6	8,5	9,2	4,6
	H	1,0	1,7	3,2	5,4	9,4	10,5	5,3
Effectif	F	815	1 691	1 140	734	747	636	5 763
	H	733	1 376	946	621	542	424	4 642
Nombre moyen de sources citées	F	4,3	3,6	3,3	2,9	2,3	1,9	3,0
	H	3,6	3,3	3,0	2,7	2,4	2,0	2,8

- ANNEXE 3 -
DECOUPAGE DU VERBATIM

	M	Alors c'est que je vous demanderais avant qu'on commence, c'est d'écrire votre numéro pour pas qu'on se trompe parce que... 1,2, 3... 4,5 et d'le mettre face à moi. <i>(Hemmage)</i> Alors on va vous distribuer des p'tits papiers qui vous rappellent la question parce que des fois c'est pas toujours facile. <i>(Hemmage)</i> Ça doit durer pas plus d'une heure et demie... le temps de marche, d'accord ? Tu as bien mis les appareils en route <i>(Regardant l'observateur)</i> ? Bon, le focus groupe pour la thèse de Maud Poirier débute. Il est 11h13 nous allons poser la première question. « Est-ce qu'il vous arrive d'aborder la question de la sexualité auprès des adolescents ? Et à quel moment ? » Médecin 1 ?
1	M1	<i>(en regardant l'observateur)</i> Rarement, et donc euh... à quel moment ? J'ai pas de souvenir précis dans la tête pour l'instant.
	M	Médecin 2 ?
2	M2	Moi j'aborde la question en tant que médecin généraliste au moment de la contraception c'est sûr,
3		au moment des règles,
4		euh... finalement euh, j'l'aborde assez facilement euh...
5		même avec des garçons euh quand il y a des certificats médicaux à faire à la rentrée scolaire...
6		J'essaie d'aborder la question sans les parents <i>(manipulant son stylo)</i>
	M	Médecin 3 ?
7	M3	<i>(se grattant la tête, sa main gauche cachant son visage de la caméra)</i> euh... moi j'l'aborde euh souvent au niveau de la demande de contraception chez les filles lorsqu'il y a des... euh
8		... à quel moment aussi, lorsqu'il y a des difficultés lors des examens gynéco
9		et au moment des certificats,
10		euh souvent chez les garçons, au niveau des certificats.
	M	Médecin 4
11	M4	Ca m'arrive rarement, c'est pas systématique euh de l'aborder et ça a dû se passer. <i>(regardant le modérateur)</i>
12		Je, j'aurais plutôt tendance à tendre des perches... euh donc...
13		euh plutôt effectivement au moment des, de certaines vaccinations
14		ou chez les jeunes filles de la contraception.
15		C'est pas systématique
	M	Médecin 5
16	M5	Rarement aussi euh
17		plutôt à l'occasion de euh de consultations pour la contraception plutôt chez les filles.
18		J pense que chez les garçons c'est vraiment rare.
19		Et souvent quand les examens gynéco effectivement ont l'air de ...
20		ou alors dans des contextes parfois de difficultés psychologiques, de troubles dépressifs.
	M	Médecin 6
21	M6	Il m'arrive d'en parler, bon évidemment au moment de la demande de contraception,
22		euh évidemment c'est en l'absence des parents <i>(regardant le modérateur)</i> .

23		Euh, j'évite d'être systématique au moment des certificats euh de sport ou certificats médicaux
24		parce que j pense qu'il faut éviter le guet-apens euh si il n'y a pas eu de demande particulière.
25		Mais y'a souvent des demandes par rapport euh aux MST ou euh aux mycoses donc là on peut aborder le sujet.
26		Les garçons qui font des problèmes de frein, de ...euh on peut en parler un p'tit peu.
27		Il y a souvent des interrogations par rapport à ça.
	M	Médecin 7 ?
28	M7	Euh alors systématiquement dans les consultations de contraceptions, avec les filles, (<i>recherchant du regard l'approbation du modérateur et de M8</i>) ça c'est systématique...
29		euh surtout qu'maintenant on n'a plus à faire plein de trucs physiques... donc c'est vach'ment mieux parce que... on n'a vachement plus de temps pour causer c'est bien....
30		euuuh j'ai, j'essaie de... à la consultation annuelle...
31		ça fait partie de mes pistes d'ouverture avec le TSTS (<i>hochement de tête de M9</i>).
32		Donc je l'utilise en ouverture vers aussi ça.
33		Avec entre autre, j'essaie de...poser relativement facilement la question de...à partir de la question... «Est-ce que t'as un copain, t'as une copine ? »,
34		euh je la déssexualise entre gu... enfin je la dé... c'est pas que je la déssexualise (<i>rire</i>), c'est-à-dire qu'je pose la même question aux garçons et aux filles «Est-ce que t'as un copain, une copine ? ».
35		Voilà, pour les mettre éventuellement à l'aise si il ont des orientations sexuelles dont ils ont du mal à parler euh... c'est tout voilà. Donc j'essaie d'être... mais euh...
36		voilà après cela dépend aussi des ouvertures du TSTS, euh c'est vrai qu'ça nous oriente plus dans un sens ou plus dans l'autre
	M	Médecin 8
37	M8	Alors en plus de... du fait d'aborder cette question lors des consultations de contraception surtout chez les filles en fait euh (<i>regardant la table</i>)...
38		j'l'aborde aussi, ben comme quand y'a des demandes directes en particulier des recherches d'IST (<i>approbation M7</i>), des demandes de tests voilà.
39		Et puis y'a souvent une orientation hépatite ou maintenant y'a le, y'a la vaccination contre le papillomavirus, donc c'est l'occasion d'en parler un p'tit peu.
	M	Médecin 9
40	M9	Donc euh oui moi aussi c'est un peu les les...(s'adressant avec un geste de la main à M7 et M8) c'qu'ont dit les autres hein...le test TSTS que je ne connais pas depuis si longtemps que ça euh... permet d'ouvrir les choses et quelquefois sur la question de la sexualité...
41		donc c'est une approche assez nouvelle pour moi et qui... qui amène des discussions intéressantes.
42		Mais bon euh y'a pas de forcing (<i>sourire</i>) enfin quoi... s'ils prennent la perche, ils prennent la perche quoi.
	M	Quelqu'un veut-il rajouter quelque chose sur cette première question ?
43	M8	Ben moi j'aimerais bien savoir qu'est-ce que c'est qu'ce test...
	M4	/Oui moi aussi./
	M8	... TSTS (<i>brouhaha</i>)

44	M	D'accord. Bon c'est p't-être pas le sujet. <i>(brouhaha)</i>
	M8	En aparté.
	M	On verra après. Alors on va p't-être poser... passer à la deuxième question parce là on a respecté tout à fait les temps impartis. Je vous lis la deuxième question : « Quels sont les freins limitant l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité en consultation de médecine générale ? » Je répète hein : « Quels sont les freins limitant l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité en consultation de médecine générale ? » et là je vais demander au médecin 4 de commencer le tour de table. C'est toi.
45	M4	Alors déjà comprendre la question « dans la découverte de sa sexualité... » je... je m'souviens pas qu'il y ait eu des questions euh directes par rapport euh... à sa propre sexualité chez un adolescent euh... <i>(mouvements sur sa chaise)</i>
46		moi je me rappelle avoir euh... pu euh... euh... expliquer ou euh... euh... raconter enfin... tendre une perche en parlant de la première fois euh par exemple euh...
47		donc je sais toujours pas si je suis dans la question <i>(faisant la moue)</i>
48		bon ensuite j pense qu'il y a beaucoup de pudeur euh de la part de l'adolescent mais qu'on arrive euh...
49		quand c'est des jeunes qu'on connaît bien ou si euh...
50		suivant notre attitude d'écoute, j pense qu'on arrive à faire euh... à l faire parler en tous cas, à l faire se questionner ou à nous questionner par rapport à... à sa sexualité.
	M	Médecin 5 ?
51	M5	Moi c'que j'dirais moi c'est quand y'a une présence parentale, il est impossible d'en parler. Ça me paraît impossible d'en parler <i>(Brouhaha : approbation générale du groupe)</i>
52		et euh sans doute... des freins j'm'interrogeais en même temps, c'est euh... j me dis ça m'est p't-être plus facile pour moi de parler de la sexualité avec un adulte qu'avec un ado. Je sais pas pourquoi...
53	M1	/alors/
54	M5	...frein perso sans doute non déterminé <i>(hemmage)</i>
55		j pense que le malaise enfin... quand on parle avec l'ado, il y a... quand on tend un petit peu des perches, il n'est pas très à l'aise par rapport à ça
56		et du coup j'ai p't-être du mal à vivre le malaise de l'adolescent.
	M	Médecin 6 ?
57	M6	<i>(Hemmage)</i> Alors peut-être qu'il y a plus de enfin... le sexe du... médecin est p't-être important aussi. J pense que c'est plus facile pour un homme de parler avec un garçon et inversement euh....
58		il y a aussi euh certains adolescents qui ne sont pas complètement persuadés qu'on n'en parlera pas à leur famille.
59		Donc il faut absolument leur faire comprendre qu'il y a un secret médical absolu par rapport à ce sujet là et souvent...
60		on voit bien que parfois il y a des changements de médecins, arrivés à quand on est jeunes adultes
61		peut-être parce qu'on ne veut pas avoir le même médecin que ses parents
	M	Médecin 7 ?
62	M7	Euh moi j pense que les freins sont vraiment euh... enfin sont... médecins dépendants....
63		parce que chaque fois qu'on arrive à aborder le sujet avec les ados j trouve en fait ils sont... <i>(importante gestuelle des mains)</i> pas si pudiques que ça, enfin ils

		sont pudiques mais ils... ils...
64		j'trouve qu'on arrive à en parler, j'ai l'impression que c'est nous qui sommes mal à l'aise par rapport à ça. J pense que c'est plus un frein principal...
65		euh la preuve c'est que effectivement je suis bien plus à l'aise pour parler sexualité avec les filles qu'avec les garçons
66		et ça m'arrive régulièrement de dire aux garçons que si euh... ils le souhaitent c'est le moment de changer de médecin, s'ils sont plus à l'aise de parler avec un médecin homme qu'avec moi...
67		que je comprendrais tout à fait que ça leur soit plus facile donc y'en a qui le font, y'en a qui le font pas.
68		Euh mais j'ai l'impression que le frein principal c'est... c'est c'est nous.
69		En dehors de ce que vous avez dit hein bon bien sûr les parents si le parent est présent c'est pas... c'est pas possible hein.
70		Et puis peut-être un frein c'est que je suis pas sûre maintenant que euh j'ai un certain âge que je sois toujours dans le même vocabulaire complètement
71		et je me demande si y a des fois je... on est pas sur un même registre des mots qu'on emploie et puis que...
72		voilà je me dis est-ce que est-ce que les mots que j'emploie sont... sont perçus par l'ado comme... sur le même registre que ce que je suis en train de dire. Je sais pas si je suis claire là. Mais j'ai l'impression que ça peut être ça peut être un frein
	M	Médecin 8 ?
73	M8	Oui bin je suis tout à fait d'accord avec ce qui vient d'être dit euh... je pense que y a des euh... des freins des deux côtés,
74		de la part du médecin c'est certain, euh je pense qu'on a de la peine euh bon déjà de parler de sa propre sexualité
75		donc c'est difficile de recevoir euh des choses de la part d'autres en plus d'adolescents c'est pas toujours évident,
76		pour la famille, la présence de la famille enfin encore que des fois...
77		c'est vrai que y'a des aspects facilitateurs, des fois une mère qui accompagne sa fille, et qui... qui lance le truc
78		bon après évidemment faut voir l'adolescente seule.
79		Euh puis euh je pense qu'il y a des représentations chez les adolescents qui sont aussi de se dire bon qu'est-ce qui va raconter à ma mère. Voilà.
	M	Médecin 9 ?
80	M9	Je suis d'accord avec tout ce qui a été dit. C'est vrai que les freins qui me paraissent importants c'est aussi le temps.
81		On peut euh... frimer tout à l'heure avec le test TSTS (<i>rire et regard vers M7</i>) mais c'est des questions ouvertes et ça amène des consultations plus longues et quelquefois on est tous dans le même problème euh
82		les ados on les voit souvent quand ils vont bien, et on se dit ils vont bien c'est bon. Voilà donc euh ça euh ça ça peut être un frein.
83		Il faut accepter de donner du temps parce que le premier temps c'est de les mettre en confiance (<i>hochement de tête M8</i>)
84		parce que quelle identité ils nous donnent effectivement euh...
85		est-ce qu'il nous donnent pas la même identité qu'ils donnent à s... leurs parents ?
86		Pi aussi notre frein à nous, effectivement quelle identité on leur donne ? des enfants ? des adultes ? des entre les deux ? des...
87		et comment est-ce qu'on leur parle, avec quel langage effectivement ?
88		donc euh est-ce que... le choc des représentations est vraiment... on rentre dans

		l'éducation en santé ? euh le choc des représentations là il est certainement très fort et...
89		et essayer vraiment de se mettre à la portée, d'écouter euh...avant de dire faut faire si faut faire ça, faut d'abord écouter, leur permettre de pouvoir s'améliorer dans ce domaine là quoi.
	M	<i>désigne M1</i>
90	M1	Le frein principal c'est bien sûr le médecin,
91		euh moi j'interroge un peu quand même sur la formule euh (<i>relisant la question</i>) « accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité ».
92		Je pense qu'un des freins c'est qu'on est toujours en retard exactement comme les parents par rapport à leurs jeunes
93		c'est-à-dire la découverte de la sexualité quand on commence à en parler ça veut dire que ça fait deux trois ans que c'est en cours euh voilà
94		alors est-ce que il faut accompagner, est-ce que la médecine doit accompagner ça euh... sûrement des fois mais euh est-ce qu'il y a vraiment un tel euh... un tel besoin ? Bon voilà hein... J'interroge ça.
95		Bon, après euh c'est sûr que moi je suis pas, c'est vrai que je suis assez peu intrusif dans ce genre de domaine euh... p't-être que je suis pas, j'tends pas assez de perches,
96		enfin je pense que quand même on a à s'interroger là-dessus, sur la place de la médecine dans l'accompagnement de la découverte de la sexualité chez les adolescents.
97		En plus du point de vue plus général sur le... sur le focus groupe on n'a pas défini c'est que c'était un adolescent. On en discutera peut-être
	M ?	Mhh
	M	Médecin 2
98	M2	Oui la place de la médecine effectivement comme tu dis(<i>regardant M1</i>), euh,...
99		comme euh, à l'éga... l'école c'est quand même très très succinct euh, (<i>hemmage</i>)
100		si les parents n'ont pas été euh euh les formateurs euh au niveau de leurs enfants, c'est quand même nous après hein...
101		mais c'est vrai qu'avec la loi on est, on n'a pas l'droit normalement de parler de plaisir et d'accompagner de plaisir et de parler de plaisir à un mineur, c'est vrai que ça limite énormément hein, les freins c'est ça aussi hein ! Aussi la loi elle est là, hein (<i>hemmage</i>).
102		Donc euh, les adolescents en dessous de 18 ans, normalement on doit les voir avec les parents (<i>regardant M1</i>) alors c'est vrai que ça gêne beaucoup, c'est un frein.
103		Euh, les garçons, on parlait tout à l'heure, les garçons, on va pas être intrusifs,.
104		j'crois qu'les garçons, euh, si leur père ne leur a pas parlé euh de la masturbation, des éjaculations, euh si il décalotte si il décalotte pas euh qui va l'faire. Ben c'est nous aussi de quelque part de le faire
105		alors c'est vrai que (<i>hemmage</i>) actuellement ça bouge un p'tit peu mais faudrait qu'ça bouge un peut plus encore quoi parce que euh
106		ils s'y retrouvent pas les ados quand vous parlez avec eux ils disent « ben oui à l'école effectivement on nous apprend les MST, la contraception », bon ils savent maintenant que on peut des fois être enceinte même sans pénétration (<i>sourire</i>), mais c'est pas... c'est récent !
107		Y'a quand même un petit peu d'évolution par rapport à ça, mais c'est tout hein. On n'parle pas autrement de plaisir, des caresses.

108		Si ils sont attirés par des garçons ou par des filles, enfin si il y a homosexualité question.
109		J'crois que des fois faut p't être être un p'tit peu à tendre des perches.
110		Cà peut être à l'occasion de contraception comme on disait tout à l'heure
111		mais cela peut être à l'occasion aussi d'une tentative de suicide bien entendu,
112		euh mais d'un coup de déprime,
113		de difficulté scolaire,
114		euh conflits avec les parents etcetera
	M	Médecin 3
115	M3	Alors moi j'dirais (<i>hemmage</i>) si l'adolescent il est avec ses parents c'est clair que là j'vais pas accompagner ni en parler (<i>approbation M7-M8-M9</i>).
116		Après euh ben comme vous disiez ça dépend du sexe du docteur, du sexe du patient...euh j'me sens plus capable d'accompagner une fille dans des problèmes ou dans sa découverte de la sexualité plutôt qu'un garçon.
117		Et puis euh euh, y'a ben y'a la compétence du médecin si il veut pas avoir envie d'en parler ce bon
118		et puis y'a autre chose, nous on a une population assez colorée dans tous les sens du terme et le frein limitant l'accompagnement de l'adolescent, ça peut être la culture aussi.
119		Moi j'pense qu'il y'a plein d'choses que j'sais pas pour les gens de culture différente
	M	Tu peux être plus claire un peu ?
120	M3	Ben (<i>soupir</i>) ben enfin nous on a des maghrébins, des africains qui peuvent être musulmans, catholiques,
121		enfin y'a plein de choses, une représentation que je ne connais pas en fait.
122		Dans la découverte de la sexualité qu'est ce qui se dit dans ces familles, qu'est ce qui est normal, qu'est ce qu'est pas normal, comment on fait l'amour, comment...
123		j'en sais rien en fait, y'a p't être des choses différentes ou y'en a p't être pas en fait. C'est p't être moi qui m'fais une idée de ça aussi ?
	M	On va prendre... on a encore euh dix minutes là pour expliciter un peu euh le.. cette question. (<i>mouvements de la main de M6</i>) Donc... (<i>Bruits de fond</i>)
124	M6	Ce que je voudrais rajouter, je pense quand même que les adolescents ont d'autre moyen de de la sexualité... elle abreuve la vie, j'veux dire euh... les médias, internet, la télé y a tout ce qu'il faut alors,
125		après on peut critiquer effectivement les représentations qu'il y a, c'est quand même des représentations qui existent, qui ont existé tout le temps malgré tout
	M	Ouais, médecin 7 ?
126	M7	Moi, je en en, je repensais à un autre frein, c'est que on aborde beaucoup en fait avec les ados, on est tout le temps en train de les abreuver : prévention MST, prévention contraception et ça j'trouve que c'est un frein énorme,
127		parce que on a on est, en y repensant hein, on est tellement dans l'inquiétude qu'elles tombent pas enceintes, qu'ils n'attrapent pas des trucs et des machins, (<i>approbation M6</i>) que du coup la porte d'entrée qu'on utilise pour la sexualité, c'est en fait très souvent justement contraception, prévention MST.
128		Et alors après, des fois, ça m'arrive de dire à des ados, alors voilà, on cause, tu viens pour ta contraception, alors on parle de .. surtout pas enfin comment pas tomber enceinte, comment pas attraper des maladies ...alors le plaisir là-dedans (<i>approbation M5</i>), on se demande où il est et euh..
129		Alors c'est pas, du coup c'est vraiment pas très sympa comme façon de parler de tout ça.

130		Alors, c'est à la fois un frein et une ouverture puisqu'on peut rebondir là-dessus.
131		Mais mais du coup, j'ai l'impression qu'on passe beaucoup de temps à parler prévention ou maladie plutôt que ... problématique...
132		Je pense que c'est important de permettre aux ados qui sont en train de se découvrir homos d'avoir un espace de parole extra-familial,
133		ça je pense que c'est fondamental parce qu'ils sont en risque de suicide s'ils sont... s'ils sont... rejetés bloqués et cætera,
134		donc je pense que c'est alors là, par rapport à ta question, je pense que c'est vraiment important de de de de donner des ouvertures dans nos cabinets pour dédramatiser des situations.
135		Euh... et par rapport à ce que tu disais euh... je trouve que sur les médias la sexualité c'est réduit au cul souvent et que pour moi c'est pas de la sexualité c'est (<i>sourire, échange de regard entre M2 et M9</i>)... enfin je veux dire... et je trouve que c'est...
136	M2	c'est de la performance alors ça leur met encore un peu plus...
	M7	Ouais.
137	M2	de stress.
	M9	(<i>souffle de rire</i>)
	M	Alors attends j'ai une demande de parole au ...9.
	M9	Oui heu...
	M	et puis après...
138	M9	j'ai un peu perdu le fil mais ... je m'aperçois qu'il y a y a des aspects légaux que probablement je connais pas, enfin tu tu disais tout à l'heure on ne peut pas parler du plaisir avec un adolescent (<i>regardant M2</i>), c'est ça ? (<i>hemmage</i>)
139	M2	Normalement t'as pas le droit, si t'es avocat euh... c'est dans les textes. (<i>brouhaha</i>)
140	M9	C'est bien pour ça qu'à l'école ils ont pas...
141	M	On va continuer à ignorer la loi dans notre colloque singulier. (<i>approbations</i>)
142	M2	Y a les parents qu'ont le droit.
	M	Médecin 4.
143	M4	Oui je je voulais dire que finalement là dans le libellé de la question 'fin précisément là dans la découverte de sa sexualité moi je pense pas avoir accompagné je pense aucun a... aucun adolescent (<i>demande parole M2</i>)
144		et je pense que l'accompagnement il est plus dans le questionnement ou dans une difficulté ou... dans une... euh... une euh une déc déc... (<i>soupir</i>) oui une homose... 'fin la découverte d'une homosexualité plus plus souvent
145		donc la découverte de quelque chose qui paraît un petit peu euh... dangereux pour l'adolescent enfin qui qui... voilà... ou euh... anormal pour l'adolescent.
	M	Médecin 2.
146	M2	T'as jamais eu de jeunes filles qui sont venues à l'occasion d'une contraception, à l'occasion de mycoses, de dire euh... « j'ai toujours mal, ça me fait toujours mal euh... je... »
	M4	Oui...
147	M2	parce que y'en a beaucoup quand même qui disent... qui ont qu'elles ont des mycoses, qu'ont mal,
148		et qu'ont jamais finalement eu de plaisir,
149		et qu'ont toujours eu mal, qu'ont un vaginisme hein...
150	M4	ou des examens gynéco extrêmement difficiles qui permettent d'interroger sur...
	M2	/ [?] y'en a certainement/

151	M4	sur la réalité de... de la pénétration.
152	M2	y'en a plus qu'on ne croit.
	M8	<i>demande la parole</i>
	M	Oui.
153	M8	J'veux bien dire deux mots enfin, dans dans dans la suite de ça, c'est vrai qu'il y a p't être une méconnaissance aussi euh de la physiologie, de l'anatomie enfin ... de base, presque hein.
154		C'est vrai enfin bon moi c'est surtout c'est pas tellement l'expérience en médecine générale mais c'est plutôt en centre de planif qu'on voit euh pas mal euh de, de jeunes effectivement qu'ont des problèmes enfin de dyspareunies, etc
155		et c'est vrai que ... y'a quand on explique un peu souvent bon y'a une découverte hein de de choses qu'on p't être pas été expliquées
156		parce que p't être au niveau familial etc ça jamais été dit, ça jamais été.
157		Leurs formations ont été faites un peu à droite à gauche comme ça par les pairs et pas par...
158	M2	/Et j'crois qu'il y a beaucoup de jeunes filles encore à l'heure actuelle qui ont jamais mis un doigt dans leur vagin et qui n'ont jamais mis un tampon non plus,
159		faut pas croire que les medias nin nin.../ (<i>approbation M5</i>)
160	M8	Exactement
161	M2	elles l'ont jamais fait, elles sont, elles savent pas comment elles sont faites euh aujourd'hui.
162	M8	C'est bien ça
163	M2	Faut bien que quelqu'un leur dise un jour. Effectivement c'est un peu le but des questions. (<i>rire étouffé</i>)
	M	(<i>hemmage</i>) Médecin 6
		(<i>signes de plusieurs intervenants pour signaler la demande de parole préalable du médecin 1</i>) Médecin 1
164	M1	Je crois que l'histoire du rythme,
165		enfin quand je posais la question de qu'est ce que c'est un adolescent ? p't'être jusqu'à trente ans quoi... enfin, mais non mais... (<i>Brouhaha</i>)
166	M5	/jusqu'à l'achat de la machine à laver le linge/ (<i>approbation M7 et M8</i>)
167	M1	Ben non mais même plus que ça parce que bon hein...dans ma famille il y a quelqu'un de la génération de mes enfants qui ... qui vient de faire son hitting out, enfin une fille, pour son homosexualité féminine, elle est infirmière, elle a trente ans, euh bon, c'est à ses cousins qu'elle en parlé,
168		hein, je veux dire faut pas non plus mystifier enfin, on n'est pas central dans le rôle. Enfin faut bien avoir conscience de cela parce que les discours de prévention où on se met une espèce de barre haute, une espèce de rôle social absolument surévalué euh...
169		moi je veux bien mais euh...moi je veux bien si tu veux être, je me sens un peu insuffisant, p't'être avoir plus de possibilités d'écoute quand y a, quand y a une souffrance en particulier
170		bon c'est vrai que les jeunes, c'est pas forcément à l'adolescence telle qu'on la définit.
171		Euh le dernier cas que j'ai dans la tête si tu veux c'est un jeune homme qui euh qui avait une orientation sexuelle mal définie bon ben finalement il est revenu à une orientation [?]sexuelle mais bon ça s'est manifesté plutôt vers 23-24-25 ans euh... la vie professionnelle etc... (<i>M4 se cognant contre la table</i>)
172		non mais voilà moi j'pense qu'il faut respecter les rythmes et tout se résout pas forcément euh...euh au début hein. C'est-à-dire que y a un...un espace temps

		qui, qu'on maîtrise pas.
173		Et puis les gens ils ont des ressources, enfin y a pas que, y a pas qu'internet,
174		bien sûr y a des gens qu'ont peu de ressource et c'est ceux- là et c'est vers ceux là qu'il faut être vigilant.
175		Médecin 3 parlait aussi des familles, bon y a des familles où la parole ... on sait bien, on voit les familles donc on sait bien qu'y a des familles où on soupçonne bien qu'la parole doit être particulièrement pauvre et impossible donc c'est vrai qu'là faut être plus vigilant mais, tu vois faut enfin bref...
176		c'est pas, on n'est pas central dans la société sur l'accompagnement de l'adolescent dans la découverte de sa sexualité. On a un rôle mais on n'est pas central
	M2	ouais
177	M1	ça fonctionne jusqu'à preuve du contraire
178	M6	oui mais même j pense qu'en tant qu'adolescent il me serait même pas venu à l'idée d'en parler à mon médecin qui pourtant est un médecin très compétent et ouvert et... parce qu' effectivement c'est quelque chose de pas si répandu que ça.
179		Euh j pense pas que beaucoup d'adolescents se disent « Tiens le médecin généraliste c'est quelqu'un à qui on peut parler de ça ».
180		Et peut être que lorsqu'on leur tend des perches ils s'aperçoivent que c'est possible.
181	M2	Ben voilà.
182	M6	Donc ça c'est hyper important mais spontanément, ils le feront pas.
	M	Médecin 7
183	M7	C'est pour ça, d'où l'intérêt du TSTS (<i>Rire et hémme</i>) pour tendre les fameuses perches parce que,
184		bien sûr on n'est pas central mais l'idée c'est d'ouvrir les espaces de parole (<i>hochement tête M8</i>).
185		Ils les prennent, ils les prennent pas et ça.
186		Ils savent que c'est un endroit où éventuellement ils vont pouvoir venir parler, que tu mets pas d'opposition absolue au fait d'en parler et que si, ... si ils en ont besoin, ils savent qu'ils peuvent en parler...
187		il faut les tendre les perches,
188		on parlait tout à l'heure de dyspareunie des adolescentes et j'suis d'accord y'en a plein qui ... qui prennent pas leur pied, qu'ont mal, qui, qui sont, quand on en cause avec elles.
189		Moi j'me rappelle d'une adolescente me disant « ben euh, c'est normal, euh, vous savez bien docteur, les les hommes ils ont des besoins, ils ont des pulsions ». (<i>chuchotements d'approbation</i>)
190	M7	Dis, c'est encore possible qu'il y ait une gamine de 18 ans qui te dise que les hommes ont des pulsions et que c'est normal qu'elle, elle est mal, et qu'elle n'ait pas de plaisir.
191		Et (<i>soupir</i>) mais si t'as pas euh..., enfin si tu lui as pas demandé comment ça s'passait, ben elle va pas t'en parler. Puisque c'est normal puisque les hommes ont des pulsions. Mais enfin...
192	M2	Et ça va continuer des années.
193	M7	Et c'est parce, c'est parce que t'as posé la question comment ça se passait qu'elle va pouvoir te dire que euh... voilà que ben elle prend pas son pied et que euh... non seulement elle prend pas son pied mais euh... elle a mal et euh... et elle est en train de rentrer dans une espèce de sexualité... euh subie...
194		qu'est... donc faut bien qu'on les pose à un moment les questions d'une

		manière ou d'une autre,
195		pas tout le temps j'suis d'accord ; enfin bon, on passe pas notre temps à, à (<i>rire</i>) à les interroger sous la lampe, sur, euh
196		alors vous prenez votre pied ou pas parce qu'il y a aussi ça maintenant, la prise de pied obligatoire. Enfin bon, (<i>agitation des participants</i>) j'ai dépassé la question. (<i>rire</i>)
	M3	Moi, j'voudrais...
	M	Médecin 3
197	M3	Moi j'dirais quand même qu'on a un avantage, c'est qu'on a un abord au corps
198		donc p't-être que les ados ils viennent chercher des questions purement physiques,
199		après ce que je suis en train de me dire, je leur dis souvent mais autrement si tu veux ou si vous voulez ça dépend de l'âge de l'ado et comment je le connais, vous pouvez aussi aller en parler à quelqu'un d'autre.
200		Ca je propose assez systématiquement. On parle du corps et après pour le reste euh j'dis souvent, enfin je propose souvent quasi systématiquement
	M	Il reste une petite minute pour une dernière intervention. Quelqu'un a envie de rajouter quelque chose ?
201	M7	Il parle du coming out, c'est quand même une cause de suicide des adolescents qu'est quand même vachement importante
	M3	/De quoi ?/
202	M7	De la sortie du placard, la... l'aveu de son homosexualité ...
	M3	/Ah oui, d'accord/
203	M7	à l'extérieur de soi-même (<i>soupir</i>) et je pense que ça, par contre, je pense que c'est quelque chose qu'on voit hein ... qu'on doit ouvrir les portes pour qu'ils aient un espace de parole,
204		parce que des fois ils sont vraiment très très mal, ils ont l'impression qu'ils sont pas normaux enfin bon... ils sont vraiment pas bien.
	M	On va terminer là pour cette deuxième question. On va vous donner la troisième question, y en a quatre, hein, au total. « Comment essayez d'aborder la sexualité auprès des adolescents. Quelles attitudes adopter ? Quelles questions formuler ? » En fait, ce que l'on vous demande, c'est qu'est ce qu'il serait bon de faire à votre avis ? pour ouvrir un peu les portes comme on l'a vu à la question précédente. On va demander peut-être au médecin 8.
205	M8	Moi, je dirais comme ça que j'sais pas comment aborder ...euh, c'est quand l'adolescent en parle, alors c'est vrai qu'c'est assez rare
206		donc peut-t-être que je ne tends pas assez de perches sans doute.
207		Euh...voilà..., p't-être qu'y a effectivement des moyens d'aborder ça de façon assez neutre, ouvrir les portes
208		mais bon, j'avoue que jusque là je ne pratique pas ce...ce que je ne connais pas.
	M	médecin numéro 9
209	M9	Euh... je crois que nous on a un atout quand même c'est que euh... effectivement on les voit pas une seule fois les ados
210		on on a le temps de la mise en confiance, on a le temps au fur et à mesure des consultations de euh... de s'faire connaître,
211		je dirai donc ils nous euh... donc ils nous identifient, ils savent qu'ils peuvent parler et euh en confiance en liberté euh euh si leur parole est écoutée ou pas au fur et mesure des consultations euh...
212		et je pense que c'est là qu'on peut euh... qu'on peut un jour ouvrir au cours des discussions si la parole est assez libre euh s'ils sentent qu'ils peuvent parler euh... bah y'a un point d'accroche qui va faire qu'on va pouvoir parler de la...

		la sexualité euh... moi si vous voulez c'est comme ça que j'envisage les choses alors euh...
213		(soupir) bon quelle question formuler, ma question c'est souvent « est-ce que t'as envie d'en parler de la sexualité, c'est quelque chose qui te pose des questions et tu trouves pas les réponses ? On peut en parler librement si tu veux. » Bon voilà c'est comme ça que je formule les choses.
214		Mais pas la première fois où je vois un ado que j'ai jamais vu et... voilà quoi. Y a un parcours avant.
	M	Médecin 1
215	M1	Moi je crois ce qui est bon de faire, enfin ce qui est efficace c'est les tests systématiques effectivement enfin moi j'ai participé à l'action de la plupart des gens d'ici qui parlent du TSTS (<i>regardant les médecins M3 et M7</i>).
216		Moi j'ai beaucoup de mal avec ça. Enfin, j'avoue dans tous les domaines, que ce soit le diabète ou autres j'ai beaucoup de mal à utiliser des tests systématiques, ça correspond pas à ma psychologie et ma manière de faire (<i>regardant l'observateur puis faisant visuellement un tour de table</i>).
217		mais je pense que c'est enfin que c'est prouvé dans toutes les études, c'est vraiment les questionnements systématiques neutres c'est vraiment ce qui est le plus efficace que ce soit en alcoologie, en en violence on parlait de ça aussi, en violence sexuelle et cætera enfin...
218		Je pense que c'est vraiment ce qui faut faire. Maintenant euh moi j'ai beaucoup de mal à faire ça euh...
219		alors je suis en train de penser à un truc rigolo sur les logiciels : « à quel âge vous mettez, vous passez de enfant à mademoiselle ou monsieur chez les jeunes ? »
220	M1	Moi chez les filles, c'est maintenant c'est quasiment 9 ou 10 ans et chez les garçons... euh c'est entre 12 et... comme ça et... de remettre une ordonnance à une jeune fille de 10 ans à l'heure actuelle, enfant machin, y a des fois ça correspond et des fois, ça ne correspond plus du tout, réfléchissez-y.
	M	Médecin 2.
221	M2	(soupir) Moi j'essaie d'aborder le le sujet euh... régulièrement...
222		quelle quelle quelle question, ben je... si... enfin s'ils viennent pour une angine je vais pas parler de la la sexualité.
223		Je veux pas dire, on les voit plusieurs fois. C'est pas la première fois qu'on les voit qu'on va leur sauter parce qu'ils sont adolescents qu'il faut aborder leur sexualité tout de suite.
224		Bon mais c'est vrai que dès qu'il y a euh une pathologie par rapport au corps, par rapport à... la gynéco, au niveau urinaire, au niveau du bas du ventre, c'est déjà plus facile,
225		euh la puberté aussi au moment de la puberté, les seins ils font mal, pas mal, symétrie, c'est l'occasion aussi d'en parler.
226		Et euh moi je vais leur demander assez facilement la question suivante : « euh est-ce que tu connais bien ton corps ? est-ce que t'es à l'aise avec ton corps ? est-ce que tu veux qu'on en parle ?
227		est-ce que t'as des... des questions dont tu n'as pas les réponses, que t'as pas demandées à tes parents et cætera ? » Tu vois.
228		Bon c'est pas facile de demander aux parents. Je leur dis bien c'est pas facile des fois hein, ils sont pas à l'aise des fois avec leurs parents, (<i>approbation M1</i>)
229		pas forcément le bouquin adéquat,
230		l'Internet et caetera je leur dis que ils trouveront plein de choses sur Internet (<i>regardant M6</i>) mais ça risque effectivement de leur faire peur ou de... les

		impressionner euh... et donc je suis là pour euh... voilà !
231		Mais je pense que leur donner, leur dire bin qu'effectivement ça peut être là,
232		qu'on a des ouvrages à conseiller euh...
233		et qu'ils peuvent en parler avec leurs copines, qui ont peut-être déjà eu des expériences,
234		et les garçons c'est pareil hein les garçons faut pas croire hein les garçons n'ont pas non plus toujours demandé à leur père, les copains euh... ils ne sont pas toujours à regarder leur anatomie.
235		S'il y a un souci euh... parce que y'en a beaucoup qui ont des complexes de petits sexes et des complexes de pas bien décalotter et ça peut traîner longtemps hein. (<i>approbation M9</i>)
236		Je trouve que... alors euh... ça doit pas être systématique bien sûr je vais pas leur sauter sur le poil mais euh... (<i>soupir</i>) je tends la perche quoi.
237		La perche il faut qu'ils sachent que tu l'as tendue, je suis d'accord avec ce que tu disais tout à l'heure et toi tu la tends beaucoup (<i>regardant M8</i>)
238		et je crois qu'avec des adolescents il faut recommencer, nos adultes aussi mais...
239		avec les questions systématiques comme tu dis, (<i>regardant M9</i>) moi je deviens systématique, tout le monde, que ce soit des jeunes pas des jeunes...
240		au niveau gynéco par exemple je pose ça de façon systématique dans mon questionnaire.
241		Enfin, ça évolue au fil des années.
	M	Médecin 3
242	M3	Alors bon moi les, les la question « et les rapports ça se passe bien ? » enfin j'suis en train de réfléchir, je la pose de façon systématiquement lorsqu'il y a une euh consultation de contraception qu'il y ait un examen gynéco ou pas
243		et même si on m'a répondu oui une fois, à la même personne, je vais lui reposer la question au cours des différentes consultations, euh au cours de la contraception.
244		Après les autres euh au niveau des certificats et enfin je veux dire il y a une question que je pose c'est euh « est-ce que », si je connais bien les ados évidemment et ça je m'aperçois de l'âge de l'adolescent,
245		« est-ce que t'as un petit copain une petite copine ? » Quel que soit le sexe de la personne je dis un ou une petite copine. (<i>approbation M2</i>) Quelle attitude adopter ? enfin je sais pas d'trop en fait.
246		Si ah si, y'a un p'tit livret de l'INPES qui me sert beaucoup (<i>hochement de tête de M9</i>), que j'donne très facilement : « Question d'ados » qui est très très bien fait. Voilà
247	M	Donc tu t'aides d'un support.
248	M3	Je Non ! j'le donne, j'le donne à la fin de la consult' J'vais le chercher et... Si vraiment ils me posent des questions qu'on posera après
	M	Médecin 4
249	M4	Oui ben je, je m'aperçois que je ... euh... (<i>soupir</i>) je l'aborde quand même pas si souvent que ça.
250		Euh, la sexua... plutôt de l'adulte, d'ailleurs plutôt de l'adulte jeune, peut être ça pousse un peu la fourchette.
251		Et euh, ça m'a fait très peur aussi là ces histoires de, enfin c'est comme des euh... questions par exemple sur l'alcoolisme, enfin l'alcoolisme c'est pas ça, mais bon enfin est ce que vous fumez. Alors tu remplis ton dossier la première fois que tu vois le patient. Et euh Tabac ? euh alors Numéro de téléphone, voilà y'a déjà tout un pedigree qui se formule.

252		Euh le tabac, l'alcool déjà c'est plus difficile parce qu'on a la ... 'fin. Bon ça peut être très banalisé, mais euh on a l'impression, moi j'ai l'impression déjà d'une immixtion.
253		Bon c'est c'est des questions tabou alors la sexualité, sans doute ça reste encore , alors il faudrait avoir une rubrique sexualité, c'est un peu ça, quoi ça fait penser au grand fichier.
254		Alors j'pense que c'est sûrement qu'il faut faire. C'est clair euh, voilà moi j'pense à cette occasion, à la suite de ses rencontres, j'pense que j's'rais amenée à formuler la question effectivement plus systématiquement, <i>(regardant M2)</i>
255		euh plus, plus fréquemment à l'occasion d'un contact avec le corps de l'adolescent.
256		mais je ne suis pas sûre sauf si y'a un malaise général auquel cas j'peux en parler aussi. Autrement, si tout va bien, j'suis persuadée que j'aborderais pas cette question. Enfin... je n'crois pas. Voilà.
	M	Médecin 5
257	M5	Oui alors moi en réfléchissant j'm'aperçois que je n'ai pas de question type et surtout les questions que j'ai, j'trouve, ne sont pas très ouvertes alors du coup, pas très pertinentes
258		donc euh, souvent quand une jeune vient pour euh... en disant « je viens chercher la pilule ». La question que je pose c'est « as-tu déjà eu des rapports ? »
259		Euh quand c'est oui, parce que bon, c'est du coup, c'est « ça se passe bien ? ». Donc c'est ça la question donc la réponse c'est oui ou c'est non. <i>(rire)</i>
260		Donc euh c'est pas une question très ouverte et j'pense que du coup j'me défile.
261		Euh... moi aussi j'suis pas forcément convaincue qu'on ait une place euh... dans cette découverte de la sexualité.
262		Donc euh, du coup, j'ai du mal à être intrusive un peu parce que j'pense que c'est pas non plus forcément notre fonction que d'aller chercher dans ce domaine là donc euh.
	M	Médecin 6
263	M6	Alors j'pense qu'il faut ouvrir les portes mais c'est vrai qu'moi j'aurai tendance à respecter quand même le <i>(hemmage)</i>
264		Ouais, c'est vrai qu'il y a des tabous hein mais euh
265		j'pense que ça peut être aussi choquant pour un adolescent qu'on aborde le sujet un p'tit peu blanc...
266		j'pense que l'idée du document <i>(regardant M3)</i> euh c'est une bonne idée, un document qui permet de réfléchir et que les ados puissent consulter à posteriori et éventuellement après rebondir dessus, c'est intéressant. <i>(approbation M5)</i>
267		Alors je sais si, ... les anglo-saxons font souvent ça, c'est remplir des questionnaires dans la salle d'attente avant de... pour préparer les consultations, je sais pas si c'est quelque chose qu'est transposable dans nos ... nos façons d'exercer.
	M	Médecin 7
268	M7	Euh <i>(se grattant les cheveux)</i> comment essayer d'aborder le sujet <i>(hemmage)</i> moi, j'crois que j'ai en arrière pensée que c'est, bon enfin j'pense qu'c'est que ça doit être aborder en médecine générale enfin,
269		il me semble , on est le seul endroit où à mon avis, où aussi facilement le corps et la psyché sont liés et c'est le seul endroit où les choses vont pouvoir se...
270	M4	/se lier/
271	M7	ouais, se <i>(hemmage)</i> être dites, être dites...euh...je crois que je demande très

		facilement aux ados ...alors euh... premiers signes, apparition des premiers signes pubertaires jusque ... euh...
272		jusqu'à ce que ils, je les sente un peu partir dans leur vie d'une manière autonome,
273		euh je leur demande facilement quand je les pèse et je les mesure en fait s'ils sont bien dans leur corps, s'ils sont bien.
274		Je leur demande s'ils s'aiment bien en fait, je, c'est une question que je leur pose souvent « est-ce que tu t'aimes bien ? » (<i>hochement de tête de M2</i>) et et bon bin j'trouve que du coup ça, ça fait sortir des trucs qui vont aller au-delà du discours [?]...
275		je crois que c'est souvent cette question là que je pose « est ce que tu t'aimes bien ? est ce que t'aimes ton corps ? » (<i>sourire de M4</i>)
276		Alors là le nombre d'ados qui répondent que non, mais bon ça veut pas dire que... voilà enfin y a des tas de fois qu'ils disent qu'ils n'l'aiment pas bon c'est parce qu'ils ont trois boutons pis mais qu'ça , ça les handicape pas dans leur, dans leur vie
277		je crois qu'avec les garçons, ça m'est beaucoup plus difficile, je les renvoie à leur père, ça c'est clair, à leur père enfin, je leur, je leur demande volontiers s'ils en parlent à leur père ou si ils ont un adulte homme avec qui ils peuvent en parler.
278		Parce que je me sens, ben non mais c'est vrai, je me sens pas à l'aise pour discuter euh...sauf s'il va venir me poser des questions concrètes euh (<i>soupir</i>) je trouve que mon sexe est trop petit ou ben des choses comme ça mais bon, je les renvoie volontiers à un réf...
279		Et avec les filles, où je me sens nettement plus à l'aise pour parler sexualité, je leur demande alors avant j'leur disais beaucoup « comment ça se passe les rapports ? »
280		jusqu'à ce qu'il y en une qui manifestement qui finisse par me dire mais de quoi vous me causez, c'est quoi les rapports ? (<i>sourire et regard vers M5</i>)
281		maintenant je leur demande si cela se passe bien quand elles font des câlins, enfin je trouve que ça passe bien les câl... enfin le terme des câlins pis c'est euh...c'est large
282		et puis je crois que je leur demande facilement si ça se passe bien pour elle, si lui il prend son temps, si il attend qu'elle soit prête, et et enfin c'est des questions en fait qui ...
283		oui, là faut du temps (<i>regardant M9</i>) parce que euh... y a très très souvent bin des réponses négatives
284		et d'savoir ben s'ils arrivent à parler ensemble...le garçon et la fille de comment ça se passe. Voilà et souvent ce n'est pas le cas !
285	M2	/Ca dépend de l'âge qu'ils ont/
286	M7	Oui non mais alors quand ils ont de l'argent, OK ! non mais enfin... et ben y en a y... enfin oui
287		voilà mais enfin le fait qui me disent que non...enfin je veux dire c'est aussi de leur poser la question, c'est aussi quelque part leur dire que c'est normal d'en parler enfin... (<i>approbation M2</i>)
288		voilà, que ça m'ouvre... ça ouvre le fait que euh... ben oui, on peut parler de ça avec son copain, en l'occurrence c'est souvent ça,
289		c'est très rare que j'ai ce genre de discussion là avec les garçons.
	M	Qui veut reprendre la parole, médecin 3 ?
290	M3	Oui enfin je suis en train de réfléchir, y a juste un truc qui me gêne, c'est vrai que l'adolescent... euh alors pour moi y a des adolescents jeunes et des

		adolescents vieux
291		'fin je vais caricaturer, un adolescent jeune par exemple qui a douze ans, enfin je vais,... j'ai jamais vu une jeune fille de douze ans venir chercher une pilule ou... et là du coup, c'est vrai que... la sexualité du coup
292		ou alors peut être... si j'aborde la sexualité au sens « est ce que tu as tes règles, est ce que t'as mal au ventre ? est ce que t'as des règles... »
293		sachant que parfois ça me dérange de poser cette question là si la maman est là (<i>hemmage</i>)
294		donc ça c'est l'adolescent jeune et en fait tout ce que j'ai dit avant c'était pour les adolescents vieux entre guillemets entre....15 et 17-18...
295		enfin bref j'en sais rien jusqu'à quel âge on est ado. Voilà. 15-17.
	M	Médecin 2
296	M2	Ouais, moi, je crois que je voudrais revenir sur.... sur un support, surtout quand ils sont très jeunes. Enfin bon vers 12-13 ans, s'ils viennent, j pense qu'il faut qu'ils aient un support hein...
297		parce que ils ont besoin d'avoir un petit bouquin « que sais-je », le « que sais-je » sur la sexualité ...
	M3	/Je sais pas si je.../
298	M2	D'abord, le petit« que sais-je » sur la sexualité, il prévient (<i>regardant M3</i>)
299	M3	/enfin ben moi, c'est mes représentations, je sais pas si je vais le donner à 12 ans.../
300	M2	Ben oui mais si elle vient déjà pour te parler de contraception
301	M3	Ah oui non mais j'en ai jamais vu
	M2	/Ah bon/
	M3	moi à 12 ans qui venait pour une pilule....
302	M2	Ah ouais... mais moi j'en ai vu, ça calme mais c'est ça, elles sont habillées comme des petites femmes euh,
	M3	Ah, ça c'est clair
303	M2	Et euh, elles veulent plaire quoi, elles veulent plaire, elles veulent séduire,
304		p't'être qu'y aura rien mais c'est l'occasion de leur en parler, qu'est ce que tu cherches etc.
305		donc c'est vrai que c'est bien de leur donner un bouquin.
306		Elles sont aussi quand elles sont à 12-13 ans, par rapport à leur corps, euh... comme tu disais tout à l'heure, y a aussi l'histoire de j'ai pas de seins, j'm'aime pas, ou alors j'en ai d'trop, docteur, faut faire quelque chose, faut que je me fasse opérer. Faut r'cadrer aussi, j'trouve qu'on en a quand même...
307		t'en as parler à ta mère, qu'est ce qu'elle en pense, qu'est ce qu'elle t'en a dis,
308		d'accord on voit déjà des fois... mais des fois on va attendre un peu pour que tu lui dises pour voir un peu ton corps comment il va changer.
309		Et je pense que les seins c'est aussi, euh... ça peut être déjà euh un une entrée à la discussion (<i>demande parole de M9</i>)
310	M9	Alors, je sais pas si ça pourrait être l'objet de la quatrième question alors euh... tu m'arrêtes si... euh une fois qu'on est rentré dans le sujet, j'aime bien euh, c'est de savoir leurs représentations de la... la sexualité
311		et euh j'avoue que je m'implique un peu, et euh je parle aussi de moi ce qu'elle est moi ma représentation
312		c'est-à-dire que effectivement l'acte mécanique (<i>s'adressant à M7</i>) euh ou la sexualité c'est pas la pénétration, quoi 'fin j'veux dire et...
313		ce genre de discours là je sais pas s'il faut le tenir ou pas...
314		on a souvent des ados qui savent pas du tout ce que c'est cette globalité de la sexualité (<i>approbation M2</i>) et leur dire que effectivement avant tout c'est un

		acte d'amour, moi ça...
315		moi ça fait parti de mon truc euh je donne mes représentations... j'ose donner mes représentations. Alors, c'est p't'être pas... (<i>haussement d'épaules</i>)
316		après avoir écouté le le d'abord leurs leurs leurs représentations à eux mais je je m'implique et je donne mon avis.
317		Mais j'pense que, le problème, la problématique de l'adolescent c'est souvent quand même le rapport à la norme, la norme par rapport à leurs aux aînés.
318		Et et et euh, il m'arrive de poser la question s'il y a eu des rapports ou pas ?
319		Bon ils ont dit non, j'dis ben euh c'est normal la moyenne, parce qu'en fait la moyenne des premiers rapports chez une fille ...
320		rien n'a changé sur ses 20-30 dernières années alors en fait on a toujours la représentation que ça s'avance ça s'avance et que les adolescents ont une sexualité, une découverte de la sexualité de plus en plus tôt et en fait euh c'est pas vrai,
321		donc ça permet de dédramatiser entre guillemets mais j'pense que c'est l'interrogation... des ados qu'ont pas eu de rapports encore. « Quand est ce que ça va venir ? Est-ce que c'est normal que tout que j'en ai toujours pas ».
	M	Est-ce qu'il vous vient d'autres idées là sur...
322	M7	Juste un tout petit point sur les supports. Nous en fait dans la salle d'attente on a la bibliothèque et y'a les bouquins sur le ...
323		c'est vrai qu'ça commence dès l'âge de 3 ans. On a les gros bouquins cartonnés « Je découvre mon corps », « Comment on fait les bébés » etc
324		jusqu'à euh, fin j'sais pas y' a eu plein de bouquins sortis... « la sexualité expliquée aux ados », 9 à 12 ans ou ensuite de 13 à 15 ans enfin bon.
325		Donc ils sont à disposition dans la salle d'attente et euh, on les prête plus euh si il y a besoin. Et donc du coup, ils savent qu'il y a tout ça aussi dans la salle d'attente j'pense que ça...
326	M6	La salle d'attente est vide, quand ils peuvent les consulter ?
327	M7	Non mais tu sais (<i>regardant M6</i>), là. (<i>brouhaha</i>) Mais dans la salle d'attente tous les bouquins sont dans le même coin donc tu, ... personne voit si t'es en train d'regarder des bouquins sur la mort, sur la sexualité, sur euh ... (<i>sourire et rire</i>) tu vois enfin bon. C'est bon... Moi le « Accompagner la mort » est juste à côté de la sexualité de l'adolescent de 15 à 16 ans donc euh... (<i>soupir</i>)
	M	Est-ce que quelqu'un aurait encore d'autres idées sur ce qu'il serait bon de faire ?
328	M7	Y a des supers BD pour les ados (<i>approbation de M2</i>).
	M	Oui, personne ne désire rajouter quelque chose. On va p't-être passer alors à la 4 ^{ème} question. Voilà, et là on va vous demander : « Pensez-vous que l'instauration d'une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent serait un temps privilégié pour aborder le sujet de la sexualité ? »
		<i>Voix chuchotées : gratuite ? et rires étouffés</i>
	M	Voilà on va commencer le tour à l'envers en commençant par le médecin 9.
329	M9	Et ben dis donc c'est pas sur cette question que je me sens le plus à l'aise. (<i>Hemmage, rires, soupir</i>)
	M	Alors la question...
330	M9	La consultation gratuite euh... Non moi je euh... je vais rester simple je vais dire non.
	M	Qu'est-ce qui te... limite là dans la euh... ?
331	M9	J'crois pas que ce soit ça le facteur limitant euh de l'abord du sujet euh... de la sexualité par les adolescents dans nos consultations. C'est pas euh... la question du coût de la consultation.

332		C'est surtout l'image qu'ils peuvent avoir euh avoir de nous. Et je pense que l'image qu'ils vont avoir de nous c'est aussi celle qu'on va avoir créée au fur... je reviens toujours à la même chose au fur et à mesure du temps.
333		Euh... alors moi j'ai une pratique particulière euh je je suis en campagne, je suis un peu toujours le... Peut-être qu'en ville c'est différent où les gens euh... plus de changements plus de mouvements.
334		Euh (<i>soupir</i>)... nan moi je pense que la relation elle se construit petit à petit et... euh et que donc c'est euh moi dans ma pratique à moi ça changerait rien.
335		Euh... je pense justement que notre relation elle se construit c'est comme leur dire que la sexualité ça se construit aussi euh petit à petit et la consultation annuelle machin c'est bon.
	M	Médecin 8
336	M8	Oui moi je suis assez d'accord enfin bon le problème c'est que si on l'aborde pas, si on ouvre pas les portes dans les consultations habituelles pourquoi est-ce qu'on va les ouvrir tout d'un coup euh lors de cette consultation euh annuelle.
337		Bon ou à moins de réserver cette consultation à faire des tests systématiques (<i>haussement d'épaules de M9</i>).
338		Ça serait une possibilité à ce moment-là d'utiliser que pour ça en sachant que il n'y a pas de demande précise, c'est une consultation sans demande euh...
339		mais comment les ados vont venir à une consultation euh parce que euh c'est un peu le problème de l'ado qui euh n'a pas tendance de lui-même à aborder ce sujet euh...
340		est-ce qu'il va se saisir de ça pour euh venir en parler euh alors qu'il ne le fait pas d'habitude, qu'est-ce que ça peut ouvrir de plus quoi ?
341		c'est un peu la question qu'il se pose, je suis un peu d'accord avec ce qui vient d'être dit, je suis pas sûr que ce soit un plus si c'est pas fait habituellement. (<i>Hemmage</i>)
342		que ce soit gratuit est-ce que bon l'accès au soin c'est un problème pour l'ado (<i>mine dubitative de M9</i>) puisque en règle générale il est dépendant de la sécurité sociale de ses parents alors est-ce que le fait que il puisse venir comme ça euh sans cette barrière,
343		euh sans que la famille soit au courant euh sans demander la carte vitale, sans euh bon enfin c'est vrai que ça peut... ça peut être peut-être un petit plus euh qui facilite euh le fait d'être parlée, pourquoi pas hein ?
344		Mais mais c'est quand même un peu dépendant de ce qui est fait habituellement aussi quoi.
345		Et euh l'ado va se confier s'il a confiance. S'il n'avait déjà pas confiance avant euh je crois pas que cette consultation sera quelque chose.
346		Donc est-ce que cela va pas encore favoriser des gens qui déjà euh ont des des une confiance, ont déjà senti que ils pouvaient venir en parler heu et
347		est-ce qu'ils ne le feraient pas, est-ce que ça va les inciter à en faire plus quoi c'est c'est la question.
348		Enfin ça peut lever le blocage financier puis le blocage de l'autorisation parentale entre guillemets, enfin liés à la prise en charge Sécurité Sociale. Ça peut être un petit plus pourquoi pas.
	M	Médecin 7.
349	M7	(<i>Toux</i>) ah oui sur ce volant là moi je pense que ça peut être un plus parce qu'on a quand même quelquefois des ados qui... sont un peu coincés pour venir nous voir parce que il faut qu'ils demandent... (<i>hochement de tête de M8</i>)
350		notamment euh que ce soit pour des consultations de psychothérapie de soutien, des consultations de contraception,

351		enfin bon y'en a quand même un certain nombre d'ado qu'on voit quand même sous le planning (<i>regardant M8</i>) non pas parce qu'ils ne voudraient pas venir au cabinet, mais parce qu'ils sont sûrs de là de enfin parce que la consultation est gratuite, les parents ne recevront pas de euh de feuilles de soins et caetera.
352		Donc ils savent que là euh les parents vont pas recevoir la fameuse enfin le justificatif de paiement « pourquoi t'as été chez le médecin ? » enfin.
353		Euh... je dirais gratuite oui et rémunérée à son juste prix et euh enfin (<i>rire</i>) je veux dire et que ce soit une consultation vraiment... je dirais de synthèse enfin vraiment que ce soit une consultation de justement de temps euh où ils viennent euh bin voilà pour se faire peser, mesurer, que euh examiner leur corps, voir si tout va bien, parler bon, un cadre suffisant.
354		Non, c'est pas suffisant une consultation annuelle gratuite pour l'adolescent ; il faudrait une consultation gratuite pour tous nos patients en tiers-payant direct, là je crois qu'y aura plus de problèmes. (<i>slurp</i>) non mais c'est vrai (<i>rires</i>).
	M	(<i>en riant</i>) un élargissement du débat !
355	M7	C'est c'est pas euh voilà. Mais mais mais enfin qu'ils puissent venir sans avoir à demander à leurs parents ça je pense que c'est important.
	M	Médecin 6.
356	M6	Non moi je trouve que c'est une très bonne idée.
357		Voilà je pense que quand même ça fait partie de l'éducation à la santé pour les adultes et leur dire que on voit bien que les à partir de l'adolescence je pense aux garçons par exemple on va les voir une fois par an pour le certificat de foot euh... et puis éventuellement quand il y a une infection ORL ou que...
358		euh quand il y a une utilisation du système de santé très mécaniste, on va changer de pièces, on va réviser, on va faire une révision,
359		et là euh y a un temps pour justement peut-être que on peut aborder d'autres sujets
360		et euh moi je pense que c'est intéressant parce que ça devrait être étendu à une large euh... part de la population.
361		Et on voit beaucoup ça des des je dis là des garçons je trouve ça très frappant c'est-à-dire que on les on les revoit à nouveau à 40 ans pour leur faire les analyses de cholestérol et (<i>rire de M9</i>)
362		et euh entre euh les 15 ans et les 40 ans, c'est uniquement quand ça va pas ou alors y a la liste avec les 5 problèmes à résoudre
363		et moi je pense que c'est intéressant de faire comprendre aux gens que on est là aussi pour euh une consultation de synthèse euh et essayer d'aborder certains sujets euh notamment voilà les thérapies de soutien, ou autre chose je pense que ça c'est intéressant.
	M	Médecin 5.
364	M5	Bin en théorie je pense que c'est intéressant, en pratique j'y crois pas je crois pas que ce soit très pertinent
365		parce que des adolescents par expérience ils sont jamais dans l'anticipation,
366		donc je me dis que le jour où ils se disent « oh la la la » euh je sais pas ils ont eu une tentative de premier rapport que ça s'est mal passé, tiens je vais aller en parler au médecin je pense qu'ils vont pas forcément avoir en tête la consultation gratuite et donc je suis pas sûre que du coup ils vont utiliser cet outil là euh pour ça quoi.
367		Donc c'est bien tout gratuit euh tout le temps mais dans la vie comme ça je vois pas trop l'intérêt en fait.
	M	Médecin 4.
368	M4	Euh (<i>soupir</i>) j'ai pas d'avis euh j'ai beau tourner la question dans tous les sens

		j'ai pas d'avis
369		je trouve que ça fait un peu dépistage consultation annuelle gratuite, ça fait un peu dépistage des mélanomes euh enfin je sais pas en fait et euh bon donc (<i>soupir</i>) bien sûr 'fin non 'fin ça en fait je crois que je suis pas vraiment pour.
370		Ensuite je me demande euh si on n'est pas si on serait pas tenus euh d'avoir une compétence euh particulière aussi est-ce que ça veut pas dire que tout d'un coup on deviendrait des spécialistes de la sexualité enfin euh ou des sexologues.
371		Si c'est effectivement pour euh pour rassurer l'adolescent, pour être l'adulte référent qu'ils trouvent pas dans leur famille oui mais ça c'est on a d'autres occasions de se faire après euh (<i>soupir</i>) voilà.
372		'fin c'est un peu encore une euh une façon de tout cadrer dans la médecine, voilà y aura un temps pour la sexualité et puis y'a un temps pour les mélanomes, et y a un temps pour le dépistage du diabète et puis voilà donc euh je trouve que ça voilà.
373		On évolue bon c'est c'est autre chose, on évolue sûrement là-dedans mais euh voilà c'est un petit peu comme si je sais pas en consultation annuelle gratuite, il a qu'à nous donner, il a qu'à remplir le questionnaire.
374		Y a pas besoin de le voir on va lui donner des réponses puis ça se passera sans... je trouve que la plus belle chose de notre métier c'est quand même le côté euh bin un peu euh c'est le dialogue, c'est la confiance ou la relation de confiance euh et puis les les questionnements mutuels enfin voilà.
	M	Médecin 3.
375	M3	Je trouve que c'est une question compliquée.
376		En fait euh je dirais non parce que pour moi une consult', enfin une relation ça se construit petit à petit.
377		En même temps comme vous avez dit ça pourrait peut-être pour certains ados être un moment justement pour aborder le sujet en sachant que c'est gratuit.
378		Après y a vraiment y a déjà des consultations pour les dents alors pourquoi pas pour la sexualité enfin je sais pas.
379		En tous cas pour ce qui est de l'accès au soin, moi je dis toujours aux ados que y a toujours les consultations anonymes et gratuites à l'hôpital,
380		après y a euh souvent j'en profite quand y a même un enfant un ado qui vient avec ses parents, je dis s'il y a des choses dont tu veux me parler à moi ou à mes collègues, t'as le droit de venir tout seul sans tes parents
381		euh je lui dis on est soumis au secret médical et je caricature, je dis « évidemment, si tu me dis que t'es pas bien et que tu vas sauter du pont de Cheviré, bin là on est obligés d'en parler à tes parents » (<i>hochements de tête de M2 et M5</i>) et ça m'arrange bien que les parents entendent ça.
382		Bon après pour ce qui est du paiement, bin les parents ils vont être au courant que l'enfant est venu ou l'ado est venu à la consultation, je suis un peu sur un terrain glissant hein mais bon euh...
383		en même temps enfin si les parents m'appellent pour me dire « bin pourquoi mon enfant est venu ? Il me l'a pas dit. » ça m'est jamais arrivé mais enfin bon. On n'a pas le droit de mentir non plus.
384		Enfin c'est un peu un terrain glissant mais je dis toujours que les ados, les enfants ils ont le droit de consulter sans leurs parents... pour l'accès au soin. (<i>hemmage</i>)
	M	Médecin 2.
385	M2	(<i>hemmage</i>) Moi aussi mais euh (<i>hemmage</i>) ils ont l'accès au soin et euh et je fais pas de feuilles et et les parents sont pas au courant.
386		La porte est ouverte, ça dépend, moi je leur dis toujours la porte est ouverte, ils

		peuvent venir quand ils veulent, ils peuvent m'appeler quand ils veulent, et ça fera pas forcément euh une consultation.
387		Ça peut mais on n'est pas quatre heures par jour disponibles comme ça pour nos adolescents.
388		Je crois que le la consultation annuelle gratuite, je crois pas trop non plus que cette consultation là se mette en place, elle peut très bien être gratuite, on l'a tous fait certainement, on l'fera encore.
389		L'imposer certainement pas parce qu'alors là ils vont certainement pas apprécier qu'on leur impose une consultation « faut encore y aller, je vais faire quoi, je vais dire quoi ? » voilà, elle va encore me trouver des trucs euh.
390		Non je crois que ça serait peut-être bien qu'ils aient, enfin y a des lieux effectivement anonymes gratuits entre guillemets.
391		Effectivement c'est à l'hôpital, « faut déjà y aller, c'est dans quel service ? ».
392		Dans le temps y avait (<i>sourire</i>) y avait les infirmières scolaires, c'était bien dans les établissements. Maintenant ils les suppriment de plus en plus mais c'était quand même un lieu d'écoute, 'fin c'était pas mal ça hein.
393		C'est quand même là où ils vont tous les jours. Nous on n'est pas le lieu où ils vont tous les jours, un lieu où ils vont tous les jours, c'est quand même l'école.
394		C'est je pense que c'est au niveau des établissements qu'il devrait y avoir une psychologue, une psychologue, une infirmière enfin quelque...
395		un endroit de de soin euh paramédical où c'est ouvert pendant qu'ils y sont c'est-à-dire jusqu'à cinq heures, même le vendredi soir,
396		avec des bouquins aussi de référence qu'ils peuvent emprunter ou qu'ils peuvent lire sur place euh [?]
	M	Médecin 1.
397	M1	Tous les moyens sont bons enfin bon pourquoi pas euh si ça peut servir à quelques-uns.
398		Enfin c'est vrai que je vois par rapport à notre fonctionnement de cabinet de quartier (<i>regardant M3</i>) enfin les jeunes viennent assez rapidement tout seuls, ils peuvent venir s'ils se sont tordu la cheville ou parce que ou que...
399		enfin moi j'ai quand même cette vigilance toujours quand on regarde sur les dossiers en plus maintenant on a des dossiers qui sont assez bien tenus enfin quand on regarde depuis combien de temps on l'a pas vu, enfin si ça fait plus si ça fait un an ou plus, on essaie d'étoffer un peu la consultation, au niveau de... globalement enfin.
400		On va pas rester dans la cheville, (<i>approbation de M2</i>) ça va être l'occasion, souvent les jeunes aiment bien se peser, se mesurer, discuter enfin... je trouve que ça fonctionne assez bien dans ce enfin de mon point de vue dans le système tel qu'on fonctionne tous enfin euh
401		maintenant c'est vrai je pense à une famille qui m'amène ses enfant depuis... depuis qu'ils sont nés, elle a cinq enfant elle me les amène, tous les cinq elle me les amène, c'est pas anonyme puisque disons enfin elle me les amène et les ados ils viennent tout seuls, c'est quand même plutôt rare quoi.
402		C'est vrai il faut reconnaître qu'il y a pas beaucoup de famille. Ils viennent après (<i>hemmage</i>) on les amène parce que bon ils sont et cætera.
403		Ça peut faire une porte d'entrée de plus mais euh bon euh ça joue euh c'est un point supplémentaire dans, qui changerait pas forcément, fondamentalement la donne.
	M	Quelqu'un oui veut prendre la parole avant de clôturer le focus groupe ? (<i>demande de parole de M9</i>)
404	M9	Je je m'aperçois que en fait je dis non et je dis toujours non à cette consultation

		euh gratuite enfin non c'est pas une position formelle.
405		Mais je pense qu'effectivement ils anticipent pas les ados, (<i>regardant M3</i>)
406		voilà est-ce que ça peut pas être pris pour un flicage ou comme ... ?
407		Enfin je trouve que, tout ça, ça manque un peu de spontanéité
408		mais ça veut dire que si on dit non (<i>regard vers M8</i>) à ça euh ça veut dire aussi qu'on euh qu'on ouvre les choses tout le temps hein euh lors de nos consultations et je m'aperçois en fait que cette consultation gratuite les pose ;
409		c'est-à-dire que je fais exactement ce que disait le médecin numéro 3, c'est-à-dire que au cours d'une ouverture par un test TSTS on leur remet par exemple les coordonnées de « fil santé jeunes ».
410		Quand ils sont en difficulté pas forcément par rapport à la sexualité ils peuvent appeler
411		je leur dis que le référent il faut qu'ils puissent trouver un référent alors c'est pas forcément le médecin bien entendu.
412		Ça peut être euh bien d'autres personnes que le médecin mais si jamais ils trouvent personne bin la porte elle est ouverte,
413		qu'ils ne se soucient pas de l'argent, ce sera pas le problème ce jour-là puisque ça fait partie de...
414		en fait leur faire comprendre qu'on n'est pas que le médecin du corps quoi euh et que la porte elle est ouverte pour bien d'autres choses que des souffrances physiques et
415		euh bon ceci étant dit je sais pas si c'est très efficace puisque je l'ai dit à pas mal d'ados et j'en ai jamais vu venir un me dire que « ça va pas, j'ai pas de sous alors est-ce que... ». Non, ça m'est jamais arrivé et pourtant je l'ai proposé à beaucoup donc je sais pas si c'est très efficient non plus mais c'est ma façon de faire.
	M	Médecin 7.
416	M7	(<i>hemmage</i>) Je sais pas parce que la discussion est partie comme si cette consultation gratuite elle a été créée que pour parler de sexualité ce qu'est pas, ce qu'est pas le cas. (<i>hochement de tête de M6</i>)
417		La consultation annuelle gratuite elle est proposée initialement c'est une consultation beaucoup plus générale comme celle qu'on fait quand on fait des bilans de sport ou qu'on fait une consult'...
418		enfin moi à chaque fois qu'ils viennent pour un bilan sport je dis « non, tu viens pas pour... » enfin je dis « vous venez pas pour un bilan de sport, vous venez pour un bilan annuel et on va faire le point... enfin voilà un certain nombre de choses.
419		C'est ça la consultation annuelle gratuite, c'est « on se pose euh une fois par an quand t'es pas malade et on explore un certain nombre de choses et euh à la fin en prime on a un certificat de sport. »
		<i>Rires de M2</i>
420	M3	Bon pour un... ! (<i>rire de M2</i>)
	M2 / M3	<i>Chuchotements inintelligibles.</i>
421	M7	ce qui permet de les voir et euh quand je vois qu'ils sont pas venus depuis un certain temps, parce qu'ils font pas de sport... pour échapper à mon examen annuel,
422		je rappelle aux parents que c'est bien qu'une fois par an il y ait un point euh où on voit si tout va bien, s'ils entendent bien, et que ça va du petit jusque jusque tard.
423		Et c'est vrai que les ados ils vont venir essentiellement beaucoup à travers les

		bilans des certificats de sport hein ? <i>(regardant M6)</i> et et...
424	M9	Oui mais faut euh faut faire l'un ou faut l'autre parce que on est quand même relativement débordés parce que...
425	M7	Oh bah le certificat de sport on peut faire assez euh...
426	M9	Si on les voit pour cette consult' systématique faut effectivement faire le certificat de sport et qu'on les voit pas une autre fois ou deux fois parce qu'ils ont fait un autre sport et tout le tralala...
	M7	Ah non bin bien sûr ! T'as pas...
	M9	Il faut régler ce truc-là parce que...
427	M7	Ah bin quand tu les vois une fois par an tu leur fais tous les certificats de sport dont ils ont besoin dans l'année qui suit, t'as pas... voilà.
428		Donc c'est juste, c'est c'est voilà c'est que cette consultation là devienne gratuite...
429		enfin quand on était référents et que les gamins ils pouvaient venir sans chèques, eh ben moi j'avais des gamins qui, plein de gamins qui venaient bien plus facilement parce que... et après ils ont eu du mal à se réhabituer au fait qu'il y ait une consultation où fallait... et savoir ce qui... <i>(désaccord médecin 7)</i>
	M	[?] demande la parole. Et puis euh on on va clore euh son inter... sur la question là.
430	M6	Je suis d'accord avec médecin 7 <i>(rire)</i> mais je pense que quand même là cette consultation annuelle gratuite c'est aussi une demande des jeunes,
431		y a des syndicats étudiants qui font cette demande là
432		donc nous là on a l'impression qu'on freine un peu mais y a une demande quand même euh...
433		euh je sais plus euh c'est euh lequel mais euh c'est l' AMNEF qui a demandé ce genre de consultation
434	M9	Je pense qu'effectivement je vais peut-être euh si on m'écoute dans les trois fois je vais peut-être changer d'avis finalement
435		mais il faut un peu qu'on règle ce problème là, cette histoire de... ça c'est un peu dans notre pratique, on est tous un peu, enfin beaucoup de médecins sont gênés par rapport à ces certificats de sport,
436		faut faire payer faut pas faire payer euh non on fait payer mais je veux dire est-ce qu'on fait en remboursable pas remboursable.
437		Tout ça c'est des trucs euh c'est n'importe quoi hein et il faudrait effectivement peut-être arriver à cet examen annuel où on fait les certificats de sport mais euh ç aurait un intérêt de dire euh de faire comprendre aux médecins aussi que ce certificat de sport c'est un tout petit aspect de cette consultation hein <i>(approbation M6 et M7)</i>
438		et que euh au lieu de faire un certificat de sport en cinq minutes et en faire trois dans l'année pour le même ado, on fait une consultation qui est bien autre chose que ça et qui qui prend en charge la globalité de la personne
439		et on va pouvoir parler effectivement de... jusqu'à la sexualité hein et que euh l'aspect somatique est quand même là parce qu'il faut bien l'examiner pour faire le certificat
440		et on sortirait de de ces choses qui coûtent de l'argent à la société, où personne n'est à l'aise avec ça et où on ferait du bien meilleur boulot vis-à-vis des jeunes certainement.
	M	Bon... bin on va peut-être clore ce focus groupe sur ces bonnes paroles. On est donc le 15 janvier. Il est 12 heures 23. Nous vous remercions pour votre participation active à ce focus groupe et je repasse la parole à Maud.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACSF : Analyse des Comportements Sexuels en France

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuite

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

FMC : Formation Médicale Continue

FSJ : Fil Santé Jeunes

HAS : Haute Autorité à la Santé

HCSP : Haut conseil de la Santé Publique

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

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PUF : Presses Universitaires de France

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. 2nde ed. Paris : Masson, 2005, 453 p.
(Collection pour le praticien)
- BAJOS N, BOZON M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. Paris : La découverte, 2008, 609 p.
- BARDIN L. L'Analyse de contenu. Paris : Coll. Quagdrige, Presses Universitaires de France, 2007, 291 p.
- BENGHOZI P. Adolescence et sexualité : liens et maillage-réseau. Paris : L'Harmattan, 1999, 262 p.
- BIRRAUX A. L'adolescent face à son corps. Paris : Bayard, 1994, 204 p.
- BRACONNIER A, BRETONNIERE-FRAYSSSE A, CHOQUET M *et al.* Sexualité à l'adolescence. Fondation pour l'Enfance. Collection Eres, 2002, 116 p.
- BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M. Traiter à l'adolescence. L'adolescent : un patient pas comme les autres. Paris : Coll. Ouvertures psy, Masson, 2002, 87 p.
- BRENOT P. Dictionnaire de la sexualité humaine. Paris : L'Esprit du Temps, 2004, 735 p.
- CHOQUET M, LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Ed.INSERM, 1994, 346p.
- CHOQUET M., LEDOUX S. Attentes et comportements des adolescents. Paris : Inserm, 1998.
- DESLAURIERS JP. Recherche qualitative : guide pratique. Ed. McGaw-Hill, 1991.
- DUCHESNE S, HAEGEL F. L'entretien collectif. L'enquête et ses méthodes. Ed. Armand Colin, 2005.
- FOUCAULT M. Histoire de la sexualité. La volonté de savoir. Paris : Gallimard, 1976, 211 p.
- FREUD S. La vie Sexuelle. Paris : PUF, 1985, 168 p.
- FREUD S. Trois Essais sur la théorie de la sexualité. France : Gallimard, 1962, 189 p.
(Collection Idées)
- GUTTON P. Adolescents. Paris : Le Fil Rouge, PUF, juin 1996, 278 p.
- GUTTON P. Le pubertaire. Paris : le Fil Rouge, PUF, décembre 1991, 336 p.
- JEUGE-MAYNART I, GARNIER Y, VINCIQUERRA M. Le petit Larousse illustré 2008. Paris : Larousse, 2007, 1811 p.
- KESTEMBERG E. L'adolescence à vif. Paris : le Fil Rouge, PUF, 1999, 265 p.
- KINSEY A, POMEROY WB, MARTIN CE. Sexual behavior in the human male. Saunders, 1948, 820 p.
- LAGRANGE H., LHOMOND B *et al.* L'entrée dans la sexualité : le comportement des jeunes dans le contexte du sida. Paris : La découverte, 1997, 431 p.
- LOPES P, POUDAT FX. Manuel de sexologie. Paris : Masson, 2007, 451 p.
- MASTERS WH, JOHNSON VE. Les mésententes sexuelles. Paris : Laffont, 1971, 415 p.
- PELEGE P, PICOD C. Eduquer à la sexualité : un enjeu de société. Paris : Dunod, 2006, 262 p.
- REICH W. La fonction de l'orgasme. 2nde ed. fr. Paris : L'Arche, 1986, 300 p.
- REY A, REY-DEBOVE J. Le Petit Robert 1. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1992, 2171 p.

- ROUSSEAU JJ. Emile, ou de l'éducation (1762). Paris : Garnier Flammarion, 1966, 629 p.
- RUFO M, CHOQUET M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Essai. Anne Carrière, 2007, 510 p.
- SIMON P, LEVY C. Rapport sur le comportement sexuel des Français. Ed. abrégée. Paris : Julliard, 1972, 353 p.
- SPIRA A, BAJOS N, Groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La documentation française, 1993, 351 p.
- SZEMERENRY O. Scripta Minora II. Innsbruck, 874 p.
- TANNER JM. Growth at adolescence. 2nd edition. Oxford. Blackvell Scientific Publications, 1962.
- UNRUG (d') MC. Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation. Paris : Ed. Universitaires, 1974, 272p.
- WINNICOTT DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot, 1999, 369 p.

ARTICLES DE REVUES

- ALVIN P. Les adolescents et la contraception. Que devrait savoir le pédiatre ? (1^o partie). Arch Ped 2001 ; 8 :1251-1259.
- ALVIN P, BELLATON E. Adolescents : comment amorcer le dialogue ? Rev Prat Med Gen 2003 ; 17(625) : 1774-1777.
- ASPY CB, VESELY SK, OMAN RF *et al.* Parental communication and youth sexual behavior. J Adolesc .2007 Jun ; 30(3) : 449-466.
- ATHEA N. L'entrée dans la sexualité et ses aléas. Arch.Pédiatr.2001 ; 8 :433-440.
- ATHEA N, UGIDOS A. Dossier prévention du sida : de multiples défis à relever. Jeunes : l'éducation sexuelle, préalable à la prévention. INPES. La santé de l'homme, n° 379, sept-oct 2005, p 16.
- AUVRAY L, LE FUR P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. Questions d'Economie de la Santé. CREDES, n°49, mars 2002, 6p.
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf> (consulté le 23 décembre 2009).
- BATAILLON , SAMZUN JL, LEVASSEUR G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2006 ; 20 (750/751) : 1313-1317.
- BENNIA-BOURRAI S, ASSELIN I, VALLEE M. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéens (Caen) – Médecine. Février 2006 ; 2(2) : 84-89.
Disponible sur : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/15/B2/article.md?type=text.html> (consulté le 23 décembre 2009).
- BERTON F. Le médecin de famille peut prévenir la grossesse chez les adolescentes. Impact médecin quotidien, 1993, n°370, 36-38.
- BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat 2005 ; 55 : 1073-1077.
- BINDER P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (545) : 1507-1512.
- BINDER P, CHABAUD F. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. Rev Prat Med Gen 2005 ; 19 : 1307-1313.

- BINDER P, CHABAUD F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents : conception d'un test et validation de son usage. *Rev Prat Med Gen* 2004 ; 18 : 576-580.
- BINDER P, JOUHET V, VALETTE T, *et al.* Interaction adolescent- médecin généraliste en consultation. Evolution du mal-être ressenti et influence de la formation du médecin ? Etude SOCRATE 1-31. Supplément La Revue du Praticien, Octobre 2009 ; tome 59, n°8: 25-31.
- BOEKELOO BO, SCHAMUS LA, SIMMENS SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Nov ; 150(11) : 1146-1152.
- BOZON M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Populations et Sociétés*, 2003 ; 391 : 1-4.
Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/542/publi_pdf1_pop_et_soc_francais_391.pdf
(consulté le 23 décembre 2009).
- BRITTEN N, JONES R, MURPHY E. Qualitative research methods in general practice and primary care. *The Journal of family practice*, 1995 ; 12 : 104-114.
- CHENG MM, UDRY JR. Sexual behavior of physically disabled adolescents in the United States. *J Adolesc Health* 2002 ; 31 : 48-58.
- CHOQUET M, ASKEVIS M, MANFREDI R, *et al.* Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris : Inserm, 1992 : 1-76.
- EMMANUELLI M. La nostalgie à l'épreuve du temps. *Adolescence*, 2000, 18 : 513-536.
- HALEY N, MAHEUX B, RIVAR M, *et al.* Sexual health risk assessment and counseling in primary care : how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists ? *Am J Public Health*. 1999 June ; 89(6) : 899-902.
- JACOBSON L, RICARDSON G, PARRY-LANGDON N, DONOVAN C. How do teenagers and primary healthcare providers view each others ? An overview of key themes. *Br J Gen Pract*. 2001 Oct ; 51(471) :811-816.
- JEAMMET P, ATGER F, LAPUSAN I *et al.* FMC sur les spécificités de la prise en charge des adolescents en médecine générale. *Impact médecin hebdo*, sept 1998, n° 420, p 3-22.
- KAPPAHN CJ, WILSON KM, KLEIN JD. Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *J Adolesc Health*. 1999 Aug; 25(2) : 131-142.
- KELTS FA, ALLAN MJ, KLEIN JD. Where are we on teen sex ? Delivery of reproductive health services by family physicians. *Fam Med* 2001 May ; 33(5) : 376-381.
- KITZINGER J. Qualitative research : introducing focus groups. *BMJ*, 1995 ; 311 : 299-302.
Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550365/pdf/bmj00603-0031.pdf>
(consulté le 23 décembre 2009).
- KITZINGER J, MARKOVA I, KALAMPALIKIS N. Qu'est-ce que les focus groups ? *Bulletin de psychologie*, Tome 57 (3), N°471, 2004, p. 237-243.
- KRUEGER RA, CASEY MA. Focus groups : a practical guide for applied research. 3rd ed. Thousand Oaks-London-New Delhi : Sage publications, 2000 :125-155,195-206.
- LANGILLE B, MANN K, GALIUNAS P. Primary care physicians' perceptions of adolescent pregnancy and STD prevention. *Practices in a Nova Scotia County*. *Am J Prev Med*, 1997 Jul-Aug, 13(4): 324-330.
- LA ROCHEBROCHARD (De) E. Les âges à la puberté des filles et des garçons en France. Mesures à partir d'une enquête sur la sexualité des adolescents. *Populations*, 1999 ; 54 (6) : 933-962.
- LA ROCHEBROCHARD (De) E. Les filles sont pubères de plus en plus tôt. Fiche d'actualité scientifique n°1. Institut National d'Etudes Démographiques, novembre 2000.
Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/3363/telechargement_fichier_fr_fiche1.pdf
(consulté le 23 décembre 2009).

- LOGAN DD. The menarche experience in twenty-three foreign countries. *Adolescence*, 1980 ; 15(58) : 247-256.
- MERZEL CR, VANDEVANTER NL, MIDDLESTADT S, *et al.* Attitudinal and contextual factors associated with discussion of sexual issues during adolescent health visits. *J Adolesc Health*. 2004 Aug; 35(2) : 108-115.
- MONASTERIO E, HWANG LY, SHAFER MA. Adolescent sexual health. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2007 sept ; 37 : 302-325.
- MOREAU A, DEDIANNE MC, LETRILLIART L *et al.* Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2004 ; 18 (645) : 382-384.
- OGLE S, GLASIER A, RILEY SC. Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 2008, vol. 77, n°4, p. 283-288
- OSCOS-SANCHEZ MA, WHITE D, BAJOREK E, *et al.* Safe teens : Facilitators of and Barriers to Adolescent Preventive Care Discussions. *Fam Med* 2008 ; 40(2) : 125-131.
Disponible sur : <http://www.stfm.org/fmhub/fm2008/February/Manuel125.pdf> (consulté le 23 décembre 2009).
- PASCHE F. L'anti – narcissisme. *Rev fr psychanal*, 1956, 29, 5-6, p 503-518.
- ROCK EM, IRELAND M, RESNICK MD. To know that we know what we know : perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *J Adolesc Health*. 2003 Feb; 32(2):146-147.
- RUTISHAUSER C, ESSLINGER A, BOND L, *et al.* Consultations with adolescents : the gap between their expectations and their experiences. *Acta Paediatr* 2003 Nov ; 92(11) : 1322-1326.
- SANCI LA, COFFEY CMM, VEIT MFC, *et al.* Evaluation in the effectiveness of an educational intervention for general practionners in adolescent health care : randomised controlled trial. *BMJ* 2000 ; 320(7229): 224-230.
- SCHUSTER MA, BELL RM, PETERSON LP, *et al.* Communication between adolescents and physicians about sexual behavior and risk prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996 Sep ; 150(9) : 906-913.
- SHARKEN SJ. How to conduct a focus group. Los Angeles: The Grantsmanship Center Magazine, 1999, n° 9.
Disponible sur : <http://www.tgci.com/magazine/HowToConductAFocusGroup.pdf>
(consulté le 23 décembre 2009).
- SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE. La limite d'âge entre l'adolescence et l'âge adulte. *Paediatrics & Child Health*, 2003 ; 8 (9) : 578. Disponible sur :
<http://www.cps.ca/Francais/enonces/AM/ah03-02.htm> (version française à jour le 23 décembre 2009).
- SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE. La transition des jeunes ayant des besoins particuliers vers les soins pour adultes. *Paediatrics & Child Health*, 2007 ; 12(9) : 789-793.
- STEIN JH, REISER LW. A study of white middle-class odolescent boys response to « semenarche » (the first ejaculation). *J.Youth Adolesc*, 1994 ; 23(3) : 373-384.
- STRONSKI S, MICHAUD PA. La prévention auprès des adolescents au cabinet médical. *Hyg* 2000 ; 58 : 2577-2582.
- SURIS JC, MICHAUD PA. Médecine de l'adolescence. Consultation garçons. *Rev Med Suisse*. 2007 Jan ; 3(93) : 30-33.
- VELIN J, MERCIER-NICOUX F, MOULA H. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. *Rev Prat Med Gen* 1997 ; 11(402) : 28-35.
- VENTELOU B, VIDEAU Y, COMBES JB, *et al.* Prévention et santé publique en PACA. *Rev Prat Med Gen* 2007 ; 21(778-779) : 737-738.

THESES

AMAOUA-LANDAU Y. Contraception-sexualité-MST : comment les adolescents entrent-ils en dialogue avec le médecin généraliste ? Enquête auprès de 125 adolescents de la région parisienne. Th : Méd. : Paris VII, Denis Diderot : 2001, 79 p.

BOUILLOT M. Dépistage du mal-être des adolescents en médecine générale, intérêt d'utilisation du TSTS-CAFARD. Th : Méd. : Nantes : 2008, 78 p.

BOULESTREAU-GRASSET H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste. Th : Méd. : Nantes : 2009, 64 p.

DECHOUX-PRADEL J. Appréhension de la sexualité par les adolescents. Impact des séances de prévention sexuelle en milieu scolaire évalué par la méthode du focus group. Th : Méd. : Angers : 2008, 216 p.

DROUHIN-BATTIN H. Les adolescents en médecine générale. Spécificités et démarche préventive. Enquête de pratique auprès de médecins généralistes de la région narbonnaise. Th : Méd. : Montpellier : 2006, 134 p.

JOUBERT C. L'adolescent et le médecin en consultation de médecine générale. Th : Méd. : Paris VII, Denis Diderot : 2004, 132 p.

LACOTTE-MARLY E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Méd. : Paris V : 2004, 126 p.

ROGER H. Sexualité : qu'attendent les adolescents de leur médecin traitant ? Enquête auprès d'adolescents scolarisés en classe de troisième. Th : Méd. : Rouen : 2009, 142 p.

RAPPORTS et LOIS

AGENCE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL, DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir sur leur profil de risques. Prévention en pratique médicale, février 2005 : 6 p.

Disponible sur : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfppm/ppmfevrier2005.pdf>
(consulté le 23 décembre 2009).

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Partie législative, Quatrième partie, Livre I, Titre III, Article L4130-1, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 –art.36. Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C0A6E23989C75B2D8619A56BF2045B25.tpdl_o15v_1?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20091105
(consulté le 23 décembre 2009).

CODE DE L'EDUCATION. Partie législative, Deuxième partie, Livre III, Titre I, Chapitre II, Section 9, Article L312-16. Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 48 JORF 11 août 2004. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524777&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20080211&fastPos=1&fastReqId=2133286430&oldAction=rechCodeArticle>
(consulté le 23 décembre 2009).

CODE PENAL. Partie législative : Livre II, Titre II, Chapitre VII, Section 5, Article 227-25. Modifié par Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 (V) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002. Disponible sur :

<http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006418101&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20080210&fastPos=1&fastReqId=1168442522&oldAction=rechCodeArticle>
(consulté le 23 décembre 2009).

GODEAU E, GRANDJEAN H, NAVARRO F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France, 2002. Ed INPES, 2005 (Coll. Baromètres santé) ; 284p.

GUILBERT P, GAUTIER A, LAMOUREUX P. Baromètre santé 2005/ Premiers résultats. Ed. INPES, 2006 (Coll. . Baromètres santé) ; 170 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans. Septembre 2005, 17 p.

Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_propositions.pdf (consulté le 23 décembre 2009).

INPES. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis : INPES. Gautier A. : 276 p.

INPES. Entre Nous. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, 2009, 90 p.

Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf> (consulté le 23 décembre 2009).

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française, 22 juillet 2009, 88 p.

MACE DR, BANNERMAN RHO, BURTON J. L'enseignement de la sexualité humaine dans les établissements formant les personnels de santé. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1974 (Cahiers de santé publique N°57).

MINISTERE DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION NATIONAL ET DE LA RECHERCHE. L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées. Bulletin Officiel n°9 du 27 février.

Disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/botexte/bo030227/MENE0300322C.htm> (consulté le 23 décembre 2009).

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Présentation du Plan "Santé des jeunes". Dossier de presse - le 27 février 2008.

Disponible sur : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_du_Plan_version_final.pdf (consulté le 23 décembre 2009)

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. La santé des jeunes en Pays de la Loire, Mars 2009.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE PAYS DE LA LOIRE. Enquête Baromètre santé jeunes 2005, Mai 2006.

ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTE. Formation des professionnels de la santé aux actions d'éducation et de traitement en sexualité humaine. Rapport d'une réunion de l'OMS. Série de rapports techniques, n°572. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1975.

ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTE. Les jeunes et la santé : défi pour la société : Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Série de rapports techniques, n°731. Genève : Organisation mondiale de la santé, 1986.

Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_fre.pdf (consulté le 23 décembre 2009).

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.

Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000128/0000.pdf> (consulté le 23 décembre 2009).

SOCIETE EUROPEENNE DE MEDECINE GENERALE. La définition européenne de la médecine générale-médecine de la famille. WONCA Europe 2002. Disponible sur :

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (consulté le 23 décembre 2009).

SERMENT 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 à 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.

NOM : POIRIER

PRENOM : Maud

TITRE DE THESE

QUELLE PLACE ACCORDE-T-ON À LA SEXUALITE LORS DE LA CONSULTATION DE L'ADOLESCENT EN MEDECINE GENERALE ?

A partir d'un focus group de médecins généralistes.

RESUME

L'adolescence est une période de vie où la sexualité peut entraîner de nombreux questionnements et doutes, en ce qui concerne à la fois son vécu émotionnel, les changements pubertaires ou relationnels mais aussi les aspects préventifs des Maladies Sexuellement Transmissibles et de la contraception. Nous avons souhaité étudier, par le biais d'un *focus group*, le point de vue des médecins généralistes sur l'abord du sujet de la sexualité avec leurs patients adolescents. Nous avons pu constater que ce sujet était rarement évoqué. Les médecins généralistes sont confrontés à plusieurs difficultés : leurs propres limites, le cadre de la consultation, le fait que l'adolescent soit un patient particulier et le fait que la sexualité persiste à être un sujet tabou. Afin de favoriser cet abord, plusieurs axes de travail ont pu être envisagés : aménager spécifiquement la consultation, utiliser des référentiels, faire participer les différents interlocuteurs de l'adolescent et profiter de l'instauration d'une consultation annuelle gratuite pour les adolescents.

MOTS-CLES

Adolescent - Médecin Généraliste- Sexualité- Focus Group

ABSTRACT

Adolescence is a period of life when sexuality may lead to numerous questions and doubts, concerning at the same time one's own feelings, modifications owed to puberty, relational changes, but also prevention of Sexually Transmitted Diseases and contraception. We aimed at studying, by the means of a Focus Group, the point of view of the general practitioners on the issue of discussing sexuality with the teenagers. It appeared that the subject was seldom mentioned. The GPs have to face several difficulties: their own limitations, the setting of the consultation, the fact that the teenager is a particular patient and that subject of sexuality is frequently taboo. To encourage discussion, several axes have been considered: specifically to adapt the consultation to teenagers, to use frames of reference, to encourage the protagonists to participate, and to take advantage of an annual free consultation for the teenagers.

KEYS-WORDS

Teenager - General practitioner - Sexuality - Focus Group