

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

COMMENT LES MÉDECINS DE CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE COMMUNIQUENT-ILS SUR LA SEXUALITÉ AVEC LES ADOLESCENTS ?

ETUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS DE CPEF
DU MAINE ET LOIRE

LEGRAND Alix

Née le 07 juillet 1990 à Rennes (35)

Sous la direction de Mme **TESSIER CAZENEUVE Christine**

Membres du jury

Monsieur le Professeur **CONNAN Laurent** | Président

Madame le Docteur **TESSIER CAZENEUVE Christine** | Directeur

Madame le Docteur **VASSEUR Isabelle** | Membre

Madame le Docteur **LAVIGNE Emmanuelle** | Membre

Soutenue publiquement le :
12 Novembre 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) **Alix LEGRAND**
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **07/10/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine

DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine

PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne- Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie

SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER	Neurochirurgie	Médecine
Dominique CHABASSE	Parasitologie et Médecine Tropicale	Médecine
Jean-François SUBRA	Néphrologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur CONNAN Laurent :

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le docteur TESSIER-CAZENEUVE Christine :

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Un immense merci pour votre aide, votre disponibilité, votre bienveillance et vos conseils avisés. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler avec vous. Merci également pour les enseignements facultaires, et en particulier les séances de GEAP.

A Madame le Docteur LAVIGNE Emmanuelle :

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury, et de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur VASSEUR Isabelle :

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse et de t'intéresser à mon travail. Un immense merci également pour ton encadrement lors de mon dernier stage d'interne, pour ton humanité, ta bienveillance, ta disponibilité, ta bonne humeur, et tous tes conseils. J'ai beaucoup appris à tes côtés, je t'en suis très reconnaissante.

Aux médecins interrogés :

Merci d'avoir participé à cette étude. Je vous remercie pour votre accueil et votre disponibilité. Ces échanges ont été très enrichissants.

A mes maitres de stage :

Estelle, Anne-Judith, Catherine, Jean-Paul, Olivier, aux côtés de qui j'ai pris plaisir à travailler et apprendre.

A mes parents :

Merci de m'avoir aidé à devenir celle que je suis aujourd'hui. Merci pour votre soutien et votre présence à mes côtés depuis toujours, dans tous mes projets. Merci pour notre complicité, pour les nombreux voyages et découvertes dont je garde des souvenirs précieux, pour les moments musicaux partagés auxquels je tiens tant, et pour votre bienveillance depuis la naissance d'Agathe.

Maman, merci pour tes nombreux allers retours au Plessis, un jour les routes du coin n'auront plus de secrets pour toi !

Papa, merci pour ton aide rapide et précieuse en cas de besoin, même à minuit pour une traduction !

Merci pour vos maisons toujours ouvertes, merci pour tout !

A mes sœurs :

Merci pour votre présence à mes côtés, notre complicité à toute épreuve, et votre bonne humeur communicative pendant toutes mes études, qui m'a de nombreuses fois aidé à me changer les idées ! Je suis fière de vos parcours à toutes les deux, et de près ou de loin, je ne peux pas me passer de vous.

A Clément :

Merci pour tout l'amour que tu m'apportes, depuis bientôt 10 ans. Merci d'avoir fait de moi ta femme et la maman heureuse que je suis aujourd'hui. Tu m'aides à avancer, à dépasser mes doutes et à repousser mes limites. Je te remercie infiniment pour ton soutien, j'ai énormément de chance de t'avoir à mes côtés.

REMERCIEMENTS

A Agathe :

Merci de m'avoir fait devenir maman. Merci pour ta joie de vivre, tes éclats de rire, ta grande sensibilité, et tout le bonheur que tu m'apportes. Tu es une petite fille formidable et tu seras bientôt une super grande sœur. Je suis fière d'être ta maman, je t'aime infiniment.

A ma belle-famille :

Merci de m'avoir si gentiment et spontanément accueillie dans votre famille. Merci pour tous ces bons moments partagés.

A mes cousines :

Juliette, Marine, merci pour votre présence à mes côtés pendant toutes ces années, j'ai passé tellement de bons moments avec vous. Malgré les kilomètres et nos vies bien remplies qui nous empêchent de nous voir autant que je le souhaiterais, notre relation m'est très précieuse.

Alexandra, tu es la 3^{ème} sœur que je n'ai pas. Un immense merci pour cette complicité, pour ta présence depuis toujours, pour ta joie de vivre, et pour ton soutien précieux ces dernières semaines. Reviens vite habiter près d'ici !

A mes amis :

Laure, un immense merci pour TOUT depuis toutes ces années. Tant de complicité, de passions et idéologies communes, et de si bons moments partagés... Jamais je n'aurais osé rêver d'une si belle amitié. Malgré mon engagement je vais plagier une thèse que tu connais bien : tu es indispensable à ma vie.

France, merci pour ton amitié. Nos fous rires, nos confidences, ta franchise... Merci d'être toujours là dans les bons et les moins bons moments, notre amitié m'est très précieuse.

Kathy et Antoine, merci pour votre amitié à laquelle je tiens beaucoup, pour les longs moments passés à refaire le monde ou à se transformer en agents immobiliers. Merci pour votre confiance et votre écoute. Antoine, merci d'avoir accepté ce rôle dans notre famille, que tu tiens avec brio !

Clémence, merci pour tout ce que tu m'as apporté. Ta joie de vivre est un exemple pour moi. Quoi que la vie nous réserve, je serai toujours là pour toi.

Morgan, merci pour tous ces bons moments partagés, depuis l'externat. Grace à toi, je garde de bons souvenirs des révisions de l'ECN ! Merci pour ton soutien dans les moments plus difficiles de nos études et ta présence dans les moments importants.

Hélène, sans toi, l'externat n'aurait pas eu la même saveur ! Merci pour tous les bons moments partagés, et ta bonne humeur à toute épreuve !

Lucie et Clément, merci pour cette année partagée dans le grand nord, qui n'aurait pas été la même sans vous. Merci pour votre soutien dans l'élaboration de cette thèse ! Les CPEF et autres codages n'ont plus de secrets pour vous...

Plan

TITRE

RESUME

INTRODUCTION

SUJETS ET MÉTHODES

1. Population et recrutement
2. Recueil et analyse des données

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon
2. Les sujets de préoccupation des adolescents et les réponses des médecins de CPEF
 - 2.1. L'adolescent dans sa globalité et son évolution
 - 2.2. La relation à l'autre
 - 2.3. Les relations sexuelles et la sexualité
 - 2.4. Les risques liés à la sexualité
 - 2.4.1. Psychiques : troubles relationnels, psychiques, addictions, conduites à risques
 - 2.4.2. Les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles
 - 2.4.3. Les violences et maltraitances
 - 2.4.4. Les réseaux sociaux, l'intimité et la pornographie
 - 2.4.5. D'où l'importance de la prévention
3. Similitudes et différences de pratiques entre les médecins généralistes ambulatoires (MGA) et les médecins généralistes en CPEF (MGC)
 - 3.1 Les similitudes
 - 3.1.1 L'importance d'un climat de confiance
 - 3.1.2 Une consultation en plusieurs temps
 - 3.1.3 Un suivi possible
 - 3.1.4 Le secret médical
 - 3.2 Les différences
 - 3.2.1 L'anonymat
 - 3.2.2 Un accès aux soins facilité
 - 3.2.3 Des consultations seuls ou à plusieurs adolescents
 - 3.2.4 Non-paiement à l'acte permettant des consultations longues
 - 3.2.5 Des motifs de consultation déjà orientés sur la sexualité, facilitant le dialogue
 - 3.2.6 Une ouverture d'esprit plus marquée
 - 3.2.7 L'attente d'un avis plus spécifique en gynécologie
 - 3.2.8 Un travail en équipe
 - 3.2.9 L'abord systématique de la SAS en consultation
4. Les freins ou difficultés identifiés par les médecins
 - 4.1 Les difficultés dans la relation
 - 4.1.1 Le mutisme de certains adolescents
 - 4.1.2 Les accompagnants ou tiers
 - 4.2 Des sujets difficiles
 - 4.2.1 Les conduites à risques

- 4.2.2 Les violences
- 4.2.3 La vaccination
- 4.3 Autres difficultés
- 4.3.1 Le manque de formation
- 4.3.2 Des freins internes
- 4.3.3 Des difficultés supposées pour les adolescents

5. Des pistes pour lever ces freins

- 5.1 Un discours adaptable
- 5.2 Des techniques de communication propres à chacun
- 5.3 L'appui sur différents supports
- 5.3.1 Les supports utilisés en consultation pour faciliter le dialogue
- 5.3.2 Les outils de communication pour se faire connaître
- 5.4 L'apport des formations
- 5.5 Un travail en équipe et réseau
- 5.6 Autres pistes évoquées

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

- 1.1 L'échantillonnage
- 1.2 L'enquêteur
- 1.3 Le recueil des données
- 1.4 L'analyse des données

2. Discussion des principaux résultats

- 2.1 Une approche globale de l'adolescent
- 2.2 Une approche positive de la sexualité
- 2.3 Des médecins qui s'adaptent au mieux aux représentations et connaissances des adolescents
- 2.4 Des médecins peu connus, qui pourtant répondent aux attentes des adolescents
- 2.5 Comparaison des difficultés ressenties par rapport à celles rencontrées par les autres professionnels de santé

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : Le premier recours des adolescents en cas de problème de santé est leur médecin généraliste. Cependant, la communication concernant la santé affective et sexuelle (SAS) peut être difficile entre eux. Les médecins qui exercent en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) en proposant des consultations médicales anonymes et gratuites, peuvent dans ce cas être des interlocuteurs privilégiés pour les adolescents.

Objectifs : L'objectif était d'explorer comment les médecins de CPEF communiquent avec les adolescents autour de leur santé affective et sexuelle, de cerner leurs éventuelles difficultés, et d'identifier des pistes pour améliorer de façon globale cette communication.

Méthode : Ce travail a consisté en une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de neuf médecins de CPEF du Maine et Loire entre mai 2019 et janvier 2020, suivis d'un codage en unité de sens puis d'une analyse thématique inductive du verbatim et d'une triangulation des données.

Résultats : Les médecins de CPEF jouent un rôle significatif dans la prévention des conduites à risques des adolescents, particulièrement dans le champ de la SAS. Au-delà des thèmes biomédicaux, ils valorisent la relation amoureuse et sexuelle et les démarches responsables des adolescents, avec pour objectif de les aider à vivre une vie affective et sexuelle épanouie quel que soit leur âge. Ils rencontrent peu de difficultés pour communiquer avec les adolescents sur leur SAS, grâce notamment à l'anonymat, la gratuité des consultations, et à la spécificité des motifs de consultation.

Conclusion : Les médecins de CPEF communiquent facilement avec les adolescents sur leur santé affective et sexuelle. Cependant, ils semblent mal connus par cette population. Un travail en équipe avec les médecins généralistes et autres professionnels de santé qui prennent en charge des adolescents, ainsi qu'une communication sur leur existence plus adaptée aux jeunes pourraient être intéressants pour améliorer leur prise en charge globale.

INTRODUCTION

La santé sexuelle est définie par l'OMS depuis 2002 comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. » (1).

Elle peut être vécue différemment selon les cultures, les croyances, l'âge, et est influencée par de nombreux facteurs biologiques, éthiques, historiques, psychologiques, économiques ou politiques.

Malgré toutes ces différentes approches, les notions de bien-être, plaisir et respect de l'intégrité de chaque être humain, doivent rester centrales dans l'abord de la santé sexuelle, au-delà d'une simple absence de maladie ou besoin contraceptif. (2)

L'adolescence est considérée par l'OMS comme « la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. Elle représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements. Les processus biologiques conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement, l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence. ». (3)

Il s'agit d'une période charnière d'où émergent de nombreux questionnements, en particulier sur la sexualité, et pendant laquelle sont observés plus de comportements à risques, en lien avec de plus grandes libertés et un besoin de s'affirmer et de repousser les limites acquises durant l'enfance.

Selon le baromètre santé 2010, 96% des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé. Environ 89% d'entre eux se sentent bien informés concernant la contraception et le VIH, en revanche seulement 64% se sentent bien informés sur les IST autres que le SIDA. (4)

Malgré ces déclarations, 13 % des adolescents sont touchés par des syndromes dépressifs (5), et ils risquent également d'être confrontés aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux grossesses non désirées (GND) et aux interruptions volontaires de grossesse (IVG). En effet, 3 femmes de moins de 18 ans sur 5 y ont recours en cas de GND (6,17). Malgré l'amélioration de l'accès à l'information et à la contraception, le taux global de recours à l'IVG suit globalement une tendance à la hausse depuis 1995 (7) et le taux d'IST ne cesse de croître ces dernières années chez les adolescents (8,9). Ceux-ci semblent avoir peu de connaissances sur les différents moyens de contraception mis à leur disposition, et de nombreuses idées reçues persistent (10).

Parallèlement, l'évolution et l'essor des nouvelles technologies permet un accès facilité et plus précoce à des contenus pornographiques et à des pratiques comme le sexting, qui font maintenant partie de la vie affective et de l'éducation sexuelle des adolescents, pourtant particulièrement vulnérables aux conséquences possibles de ces moyens de communication (11).

Le médecin généraliste (MG) est le praticien de premier recours des adolescents et deux tiers d'entre eux déclarent l'avoir consulté dans l'année (4). Plusieurs études ont démontré leurs difficultés à aborder la santé affective et sexuelle avec les adolescents, en particulier avec les garçons, et ils restent dans une approche biomédicale avec les filles, sans aborder la santé affective et l'épanouissement de l'adolescent dans sa sexualité (12). Le médecin généraliste peut souffrir de sa position de « médecin de famille » vis-à-vis des adolescents, avec une crainte du non-respect du secret médical. Et pourtant, les adolescents ont peu recours à d'autres professionnels de santé (13,14).

Les centres de planification et d'éducation familiale sont apparus en réponse à l'application de la loi Neuwirth de 1967 qui a autorisé l'usage des contraceptifs. Lieux d'accueil et d'écoute, ils proposent dans toute la France des consultations médicales anonymes et sans avances de frais, pour les mineurs notamment. Ils informent sur la sexualité, l'éducation familiale, le couple ou encore les problématiques gynécologiques et la contraception (15,16).

Très peu d'études ont étudié la façon dont la santé sexuelle et affective est abordée dans les CPEF.

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer comment les médecins des CPEF communiquent avec les adolescents sur leur vie affective et sexuelle. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les difficultés ressenties par les médecins, ainsi que les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour améliorer cette communication.

SUJETS ET MÉTHODES

L'objectif étant d'explorer les représentations et pratiques des médecins de CPEF lors de leurs consultations, une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée sur 8 mois (mai 2019 à janvier 2020) dans le département du Maine et Loire.

1. Population et recrutement

Le critère d'inclusion était d'être médecin exerçant uniquement ou en exercice mixte en CPEF dans le Maine et Loire. Le recrutement s'est fait selon une liste prédéfinie des praticiens des CPEF du Maine et Loire, qui ont été contactés par voie électronique ou téléphone par l'enquêtrice, médecin généraliste.

2. Recueil et analyse des données

Avant chaque entretien, les participants ont reçu par voie électronique une lettre d'information. Au début de chaque entretien, l'objectif de l'étude était à nouveau présenté, et le consentement était recueilli par écrit.

Six entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail du médecin, les trois derniers ont été réalisés par téléphone. L'entretien de M2 a été interrompu à deux reprises. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone, sous couvert d'anonymat. Le recueil des caractéristiques des participants (âge, sexe, type d'exercice, formation) a été réalisé.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à partir des données de la littérature et des hypothèses formulées dans le respect des lignes directrices COREQ afin d'obtenir une analyse des données qualitatives la plus caractéristique possible. Il explorait 6 thèmes : population rencontrée en CPEF, santé affective et sexuelle, motifs de consultation, confidentialité, difficultés ressenties et éventuelles pistes pour améliorer la communication. Deux entretiens tests ont été réalisés, permettant d'évaluer le guide d'entretien, et ont été

intégrés au recueil de données. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens. Ceux-ci se sont poursuivis jusqu'à saturation théorique des données.

Les entretiens ont été intégralement retranscrits au fur et à mesure à l'aide du logiciel de traitement de texte Word, en respectant les propos, puis anonymisés.

Ces propos ont constitué le verbatim de l'étude, dont l'analyse thématique et le codage en unité de sens ont été réalisés au fil de l'eau de manière inductive selon la théorisation ancrée.

Une double lecture des entretiens et de leur codage a été réalisée par l'enquêtrice et la directrice de thèse, permettant une triangulation de l'analyse, dans le but d'augmenter la validité des résultats. Un relevé thématique a été élaboré pour chaque entretien, suivi d'une analyse transversale des données de l'ensemble du corpus.

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon

Au total, 9 médecins ont été interrogés, toutes des femmes, âgées de 33 à 50 ans (âge moyen 41 ans). 2 exerçaient une activité exclusivement en CPEF, 7 avaient un exercice mixte. Une des médecins ayant un exercice actuel exclusif avait exercé plusieurs années en libéral auparavant. Les caractéristiques des médecins sont reportées dans le tableau 1.

La durée moyenne des entretiens était de 35 minutes (20 à 74 minutes).

Le thème annoncé préalablement aux entretiens était « communication avec les adolescents sur leur sexualité ». La saturation théorique des données a été obtenue au 7ème entretien, les deux derniers entretiens n'ont pas apporté d'élément significativement nouveau.

Tableau I : caractéristiques de l'échantillon

	Age	Sexe	Type d'exercice actuel	Exercice libéral antérieur	Lieu d'exercice	Formation de base	Formation supplémentaire
M1	34 ans	F	Mixte CPEF + libéral + PMI	Oui	Baugé	Médecine générale	NC
M2	50 ans	F	Exclusif CPEF	Oui	Angers	Médecine générale	Non
M3	33 ans	F	Exclusif CPEF	Non	Angers Saumur	Médecine générale	Non
M4	45 ans	F	Mixte CPEF + libéral	Oui	Angers	Médecine générale	DU « pédiatrie préventive »
M5	33 ans	F	Mixte CPEF + PMI	Oui	Angers	Médecine générale	DU sexologie
M6	39 ans	F	Mixte CPEF + PMI	Oui	Angers	Médecine générale	DU « médecine préventive de l'enfant »
M7	49 ans	F	Mixte CPEF + PMI	Oui	Angers	Médecine générale	DU « médecine préventive de l'enfant » + DU gynécologie
M8	41 ans	F	Mixte CPEF + libéral	Oui	Angers	Médecine générale	DU neurosciences
M9	50 ans	F	Mixte CPEF + hospitalier	Oui	Angers	Médecine générale	DU « éducation thérapeutique »

M= Médecin

2. Les sujets de préoccupation des adolescents et les réponses des médecins de CPEF

Les médecins interrogés étaient partagés sur la représentativité des adolescents qu'elles rencontraient. Certaines avaient l'impression de voir une partie représentative de la population d'adolescents français « *C'est assez représentatif de la population effectivement française* » (M9), quand d'autres notaient des spécificités chez les adolescents qui venaient les consulter : « *On a un biais clairement, on est assez connotés quand même, on est en lien avec des services sociaux, avec des éducateurs, des familles d'accueil.* » (M7), « *On a quand même peut-être plus particulièrement, par rapport à des médecins généralistes, des jeunes qui viennent nous voir parce que c'est impossible d'en parler à la maison* » (M2). Enfin, certains médecins avaient l'impression de voir plus de mineurs isolés et d'adolescents allophones qu'en libéral : « *A Angers on reçoit aussi les accueils de mineurs isolés* » (M3), « *On voit beaucoup de cultures différentes. Après y a la barrière de la langue* » (M4).

2.1. L'adolescent dans sa globalité et son évolution

Les médecins interrogés rapportaient de nombreux questionnements et un fort besoin de réassurance des adolescents. Elles trouvaient important de refaire le point avec eux sur leur anatomie car il semblait persister encore beaucoup de méconnaissances : « *Y a encore pas mal de questionnements surtout chez les plus jeunes, sur la puberté, plein de choses qui les rassurent en fait.* » (M7), « *Est ce qu'au niveau de son anatomie y a des questions (...) des fois je teste, quand on parle du stérilet, c'est quoi la différence entre le vagin et l'utérus, et là parfois elle est pas évidente du tout. (...) Mais ça c'est pas acquis du tout, alors ça l'anatomie féminine, fiou !* » (M4).

Elles rapportaient les inquiétudes des adolescents face à cette évolution corporelle : « *Sur les questions de contraception souvent ce qui revient c'est la peur de prendre du poids, et du coup*

de pas utiliser de contraception, parce qu'en fait elles veulent pas que leur image change » (M3), ou la nudité : « On aborde, bah être nu devant quelqu'un, (...) bah, ça nous gêne, bah, c'est normal ça peut être gênant, donc qu'est-ce qu'on peut faire » (M7).

Dans cette perspective, la plupart des interviewées estimaient fréquentes des questions sur la notion de normalité : *« C'est normal qu'à 15 ans je sois comme ça, que je sois faite comme ça, que mon zizi fasse telle longueur, que ceci que cela. » (M6)*

Les praticiennes interrogées soulignaient également le besoin d'autonomie des adolescents : *« ça peut être symbolique aussi, le fait de se détacher, de rencontrer (...) d'autres référents que ses parents proposent. » (M4), et les accompagnaient dans cette autonomisation progressive avant l'âge adulte : « Ils ont beau avoir des parents qui leur ont dit non, euh, faut pas avant tel âge, ou je sais pas quoi, finalement ils font quand même, ils vont nous voir et c'est très bien. » (M2)*

Dans cette perspective, la plupart des médecins notaient être plus sensibles à la maturité des adolescents qu'à leur âge biologique : *« Finalement avoir 14 ans ça veut rien dire (...) » (M5).*

2.2. La relation à l'autre

La plupart des médecins interrogés estimaient que les relations aux autres constituaient une part importante de la santé affective et sexuelle : *« moi je dirais plus les relations d'une manière générale, la relation affective puis la relation amoureuse, les a côtés, comment on gère ça avec les autres » (M7).*

Elles trouvaient important de questionner les adolescents sur leurs relations amicales : *« à ce moment-là on parle des copains, après tout, la vie affective c'est ça aussi » (M1), et familiales : « en savoir un peu sur, bah, le lien aux parents (...) Voilà, donc je m'interroge sur l'environnement familial » (M7).*

La notion d'appartenance à un groupe revenait également : « *Est-ce que c'est important d'appartenir au groupe ou pas. Est-ce que si toutes mes copines ont déjà eu un rapport sexuel est ce que c'est important que moi j'en ai un ou pas.* » (M3). Certains médecins profitaient de cette notion de groupe très présente chez les adolescents pour faire de la prévention : « *Je dis donc vous sortez entre filles, est-ce que l'une des filles ne boit pas (...) Alors le mieux c'est de ne pas boire, (...) mais si t'as pas confiance dans tes propres actes quand t'as bu, tu dis à ta copine bah tu m'arrêtes* » (M4).

Elles valorisaient également la relation de couple : « *J'essaie de leur dire voilà, être en couple c'est chouette, l'idée c'est de se faire plaisir, puisque leur idée en général c'est pas d'avoir un bébé, donc voilà, l'idée c'est de passer des bons moments, tout en respectant le corps de l'autre bien sûr,* » (M1) et les échanges au sein du couple, témoins d'une vie sexuelle et affective épanouie : « *Quand ils viennent comme ça j'ai l'impression qu'à la fois ils en ont parlé entre eux (...) donc j'ai l'impression que ça va en fait, qu'ils sont en bonne santé affective et sexuelle* » (M1).

Enfin, deux notions semblaient essentielles pour la plupart des médecins. Tout d'abord l'épanouissement et le bien-être des adolescents : « *Moi je leur parle de comment ils se sentent tout court, dans leur vie au quotidien, est ce qu'ils sont bien dans ce qu'ils font, est ce qu'ils ont des amis, est ce que dans leur tête ça va (...)* Et bien c'est parler de la manière dont ces jeunes vivent, en fait, leurs relations amoureuses, et puis aussi leur sexualité, au quotidien » (M9). Et également l'importance du consentement et du respect, envers les autres et au sein du couple : « *C'est vraiment avant tout le lien aux autres, le respect, le consentement. (...) c'est aussi beaucoup d'interrogations sur la relation à l'autre, sur comment je lui dis que je veux je veux pas, ce que je veux, comment je détermine déjà moi-même ce que je veux, au moment où je suis prêt* » (M7)

2.3. Les relations sexuelles et la sexualité

Les médecins parlaient avec les adolescents de leurs rapports et de leurs pratiques sexuelles : « *Quand je les laisse aller ça peut être très technique parce que y en a qui sont très à l'aise et qui me posent des questions, et donc on va parler des positions, des douleurs* » (M4). Elles abordaient aussi leur plaisir et leur désir : « *Redonner le pouvoir à chaque personne, on ne dépend pas de quelqu'un pour être au contact de son désir ou de son plaisir.* » (M8). Elles évoquaient aussi les difficultés éventuelles : « *Par exemple, des filles qui disent qu'au moment des rapports sexuels c'est compliqué, on a aussi* » (M2)

Plusieurs médecins trouvaient important pour les adolescents qu'ils sentent que leur sexualité était reconnue : « *Déjà c'est ne pas nier l'existence d'une vie affective et sexuelle, c'est, c'est... elle existe. Le lien affectif ou sexuel il existe, et on sait très bien que ça peut être très fort et d'autant plus à cette période-là* » (M4).

Certaines n'abordaient l'homosexualité que sur demande de l'adolescent : « *Je tourne quand même autour de leurs demandes. L'homosexualité c'est pas du tout quelque chose qui a besoin d'être abordé si eux ils ne se posent pas la question* » (M1). Les autres médecins interrogés n'évoquaient pas le sujet de l'homosexualité lors des entretiens.

2.4. Les risques liés à la sexualité

Que les adolescents les abordent d'eux même ou pas, il était important pour les médecins interrogés de parler des dangers possibles liés à une vie sexuelle : « *La santé, c'est vrai que dès qu'on parle santé on a toujours envie de parler un peu de risques* » (M2).

2.4.1. Psychiques : troubles relationnels, psychiques, addictions, conduites à risques

Les risques liés aux prises de toxiques étaient très souvent évoqués : *« C'est difficile de parler de vie affective et sexuelle sans parler de (...) consommation de toxiques, de consommation de drogues, de fréquentations... » (M3)*

Certains médecins insistaient plus sur les risques d'une vie sexuelle chez les adolescentes qu'elles voyaient pour des IVG itératives : *« Celles qui sont en prise de risque total et on a l'impression que ça capte pas, ça leur passe au-dessus, et donc celles qui sont rendues à leur 2ème ou 3ème IVG alors qu'elles sont qu'à 19 ans, on leur redit la contraception, et on essaie de comprendre ce qui va pas... on voit bien qu'on est au-delà, qu'on est plus sur une problématique autre. » (M4)*

Quelques-unes étaient vigilantes sur les limites et dérives de certaines relations. Une des médecins recherchait d'éventuelles relations toxiques : *« Voir comment ça fonctionne un petit peu là-haut, si y a une relation toxique ou pas » (M4)*, et une autre s'interrogeait quant à l'intrusion maternelle dans certaines relations mères-filles : *« Elles ont pas grand-chose à cacher mais d'un autre côté je sais pas trop ce que ça peut vouloir dire. Je suis encore en quête » (M1)*

2.4.2. Les grossesses non désirées (GND) et les infections sexuellement transmissibles (IST)

Les grossesses non désirées étaient souvent évoquées : *« Voilà, des jeunes filles qui arrivent et qui ont un retard de règles et qui viennent pour un test de grossesse, donc c'est l'occasion de parler de contraception, qu'il soit positif ou négatif. » (M2)*. Les médecins abordaient également les IST mais dans une vision plus globale de protection : *« Je pensais justement au VIH, j'aborde moins le côté VIH, (...) Alors on l'aborde plus facilement pour ceux qui viennent*

pour un dépistage, (...) mais euh finalement j'aborde plus la protection, parce que, au-delà de toutes les IST, y'a aussi les grossesses, et tout ça quoi. » (M4).

Les médecins remarquaient que les demandes de dépistages d'IST étaient parfois médicalement inadaptées, la demande ne venant pas nécessairement des adolescents les plus à risque : *« On a quelques jeunes qui viennent pour un dépistage aussi, spontanément, souvent des jeunes alors là pour le coup avec un profil, euh, un peu... des bons en classe qui ont bien appris les choses et qui savent qu'il faut faire un dépistage et qui en font même un avant d'avoir leur premier rapport sexuel. Donc ils ont entendu qu'il faut, mais finalement pas toujours tout le sens qu'il y a derrière tout ça. » (M2)*

2.4.3. Les violences et maltraitances

Les moyens de dépistage des violences étaient variés. La majorité des médecins interrogés dépistait de façon systématique les violences physiques ou psychiques avec un interrogatoire type : *« C'est une question qu'on va poser quasi à titre systématique (...) On a une question type pour les soignants qui seraient un peu plus gênés de poser la question, c'est : avez-vous déjà été victime de violence, quelle qu'elle soit. Et souvent les gens nous demandent de quoi on parle, et on redit que ça peut être des violences physiques, sexuelles, mais aussi psychologiques, et qu'il existe plein de formes de violence. » (M8).* Mais plusieurs médecins n'abordaient la violence qu'à la demande de l'adolescent : *« j'ai l'impression que ma question est comprise par les gens qui ont subi de la violence, et pas particulièrement retenue par les gens qui n'ont pas subi de violence. Donc si à cette question ils me répondent non, surtout j'aborde pas la violence. Surtout j'en parle pas plus, parce que pour moi l'amour c'est pas ça » (M1)*

Les agressions sexuelles ou physiques, y compris le viol, étaient fréquemment évoquées par les médecins interrogés : *« Ça m'arrive très souvent quand même d'avoir des jeunes qui me disent avoir subi des violences » (M7).*

Certains médecins notaient chez des adolescents un sentiment de culpabilité par rapport au viol. Il leur semblait alors indispensable de recadrer les choses autour du consentement et du respect : « *Déculpabiliser certaines jeunes qui se disent que c'est de leur faute, que c'est elles qui l'ont cherché...* » (M6).

Les médecins interrogés posaient le cadre légal qui impose de lever le secret médical en cas de violence : « *Si y a quelque chose qu'on nous livre qui est particulièrement grave et qui met en danger le mineur, on va rediscuter avec lui de la possibilité de le protéger, et que des fois dans ce cas-là on peut lever le secret* » (M7)

Elles expliquaient alors aux adolescents le principe de l'information préoccupante, qui était là pour les protéger : « *A ce moment-là, nous, on lui dit : « on va être obligé pour te protéger, on fait une information préoccupante », et dans un deuxième temps, la cellule de recueil des informations préoccupantes, qui fait son évaluation pénale, finit par aller au domicile et voir les parents.* » (M1). Et elles précisait aux adolescents qu'elles ne dévoilaient pas tout ce qui avait été dit, uniquement le strict nécessaire pour la justice et la protection de l'adolescent : « *Donc on la prévient que dans tous les cas ses parents vont être au courant qu'elle a consulté. Les détails restent en consultation, et de toute façon on ne les met même pas s'ils ne sont pas importants.* » (M1).

2.4.4. Les réseaux sociaux, l'intimité et la pornographie

Les praticiennes de l'étude insistaient auprès des adolescents sur l'importance de préserver leur intimité notamment sur les réseaux sociaux : « *Avec les réseaux sociaux, avec internet, je trouve qu'y a une plus grande porosité, et on a beaucoup de jeunes où il faudrait vraiment agir là-dessus, sur le fait que leur intimité... c'est quoi l'intimité, c'est quoi le privé, c'est quoi le public* » (M7)

Il ressortait des entretiens que les adolescents ont tendance à s'identifier à la pornographie, de plus en plus accessible. Les médecins ressentaient le besoin de recadrer la réalité par

rapport à ce que les adolescents voyaient dans la pornographie : « *On revient très souvent sur la pornographie, puisque c'est malheureusement très souvent leur point de... d'éducation finalement, maintenant l'accès est très facile (...) et puis de voir bah c'est quoi la pornographie, c'est un film, qu'est-ce qu'un film, c'est la réalité, c'est la fiction, et tout ça (...) j'pense que y a vraiment besoin de beaucoup de décryptage de ce qui est vu à l'écran, (...) et beaucoup de peurs qui sont engendrées la dessus* » (M7)

2.4.5. D'où l'importance de la prévention

Les médecins interrogés considéraient la prévention comme essentielle, en particulier concernant les IST et les grossesses non désirées : « *Prévention, voilà, des conduites à risques, que ce soit grossesses, IST, j'pense que ça c'est important, ouais* » (M6), pour que la sexualité reste un plaisir avec le moins de risques possibles : « *justement le risque on peut le cadrer, en parlant de comment il faut encadrer ça pour que ça soit du plaisir sans risque.* » (M2). Elles donnaient aux adolescents des informations sur la nécessité du dépistage : « *J'ai certaines collègues qui prescrivent le dépistage systématiquement, moi je le prescris pas systématiquement (...) parce que je pense que notre travail c'est de l'information, c'est pas que du technique, et si ils viennent pour avoir quelque chose et qu'ils repartent en l'ayant fait mais sans avoir compris l'intérêt je trouve que c'est nul.* » (M3), et sur les préservatifs : « *quand on parle du préservatif c'est important ça, pourquoi ils l'ont utilisé ou pas utilisé* » (M4).

La contraception était aussi un sujet de prévention largement abordé. Les adolescents en quête de moins d'hormones pouvaient avoir des questions sur les DIU : « *y a des adolescents qui se tiennent très informés et à 15 ans qui veulent se faire poser le stérilet au cuivre pour ne pas avoir d'hormones.* » (M1), et les médecins cherchaient avec eux une contraception adaptée à chacun : « *Moi je suis beaucoup sur la contraception. C'est ça que j'aborde le plus, sur essayer de trouver une bonne contraception qui leur va bien.* » (M2).

Une des médecins parlait également avec les adolescents de vaccination, tous vaccins compris : *« Ça peut m'arriver d'en parler, quand je reçois les résultats (...) Et là je leur dis, vous êtes vaccinés donc d'accord, vous seriez conscients que vous êtes vaccinés vous auriez pas à me redemander ça à chaque fois quand même au niveau du coût, soit vous l'êtes pas bah c'est l'occasion d'en reparler. »* (M4)

Même si certains adolescents ne leur semblaient pas réceptifs à la prévention, les médecins étaient persuadés de son intérêt à plus long terme : *« Je vois comment on peut retenir des informations qu'on a au collège sur la contraception, sur la vie affective et sexuelle, (...) ça les intéresse vraiment. Donc en fait ils le retiennent. (...) du coup je pense qu'ils ont ça dans la tête et qu'ils reviennent. Même si à ce moment-là, ils ont pas l'âge. »* (M1)

3. Similitudes et différences de pratiques entre les médecins généralistes ambulatoires (MGA) et les médecins généralistes en CPEF (MGC)

3.1. Les similitudes

3.1.1. L'importance d'un climat de confiance

Les médecins interrogés étaient très attachés au fait de construire une relation de confiance avec les adolescents : *« Quelque part on n'est pas dans le biologique pur, on est dans un truc un petit peu autre chose qu'est aussi de l'ordre du relationnel (...) Tout de suite y a un petit sourire qui s'affiche, ou y a un petit truc qui fait que, bon ben elle s'intéresse à moi quoi, au-delà de juste ma contraception. »* (M5), afin qu'ils puissent sentir un soutien et accompagnement auprès des médecins : *« Et puis, j'espère qu'on est une majorité à être dans l'accompagnement, dans l'écoute et pas dans le tout prêt à penser ou la normalisation »* (M7).

La plupart des médecins souhaitaient que les adolescents puissent identifier le médecin ou la structure comme interlocuteurs si nécessaire : *« Moi, mon job c'est d'ouvrir des portes (...) Donc si la personne ne veut pas en parler, y a pas de souci, mais elle sortira de la consultation (...) en ayant compris qu'elle pourrait après parler avec moi de violences, parler de sexualité, et parler de toute sa vie affective. » (M8).*

Enfin, il était nécessaire également de dédramatiser l'examen gynécologique. En effet, certaines adolescentes semblaient avoir des craintes, et les médecins tentaient de rassurer, expliquer, mettre à l'aise, voire reporter l'examen quand il n'y avait pas d'urgence : *« Je leur dis quasiment à chaque fois qu'en fait je vais pas avoir besoin de leur faire un examen gynéco, que le premier examen gynécologique (...) ce sera pour faire un frottis, et ce sera à 25 ans, (...) Et en général je leur raconte comment ça va se passer, donc en parler alors qu'on va pas le faire et ben je trouve que ça, ça lève un frein. » (M1).*

3.1.2. Une consultation en plusieurs temps

Beaucoup des médecins interrogés préféraient organiser leur consultation en 2 temps, en recevant l'adolescent accompagné s'il le souhaitait, puis seul dans un 2ème temps pour faciliter l'échange : *« Souvent j'fais rentrer, si les gens se lèvent tous les 2, je dis bon vous êtes d'accord mademoiselle, pour que monsieur, madame, l'accompagnant vienne (...) [Je dis] on aborde des sujets très intimes, donc des fois j'pose des questions intimes, donc j'aime bien avoir un temps où on n'est qu'à deux » (M7)*

3.1.3. Un suivi possible

Un suivi était également fréquent, leur permettant de prendre le temps de ne pas tout aborder dès la première consultation : *« Ce sont en général des ados qu'on a déjà vus en consultation une première fois, et qui viennent pour du suivi (...) on peut pas tout aborder, donc on n'hésite*

pas à les revoir à une semaine, ou à 15 jours, pour pouvoir réaborder les choses ultérieurement » (M9)

3.1.4. Le secret médical

La confidentialité et le maintien du secret médical semblaient évidents pour tous les médecins. Certains médecins trouvaient important de le rappeler à chaque consultation : « *Je leur dis tout simplement que ce qu'on se raconte ça reste qu'entre nous, que tous les dossiers sont confidentiels » (M3)*. D'autres ne le faisaient pas car cela avait déjà été évoqué par la secrétaire ou les conseillères conjugales et familiales vues avant : « *Ben, c'est évident surtout qu'en fait quand ils arrivent en CPEF ils ont déjà le passage avec la secrétaire à l'accueil qui leur rappelle tout ça. Donc après pour nous dans la consultation le sujet n'a plus lieu d'être quoi. » (M8)*, ou signalé par des affiches dans la salle d'attente : « *Oui ils le savent puisque nous partout (...) on est placardés de panneaux : Flora Tristan, consultations en toute confidentialité pour les mineurs etc. » (M9)*. Enfin, certaines le rappelaient uniquement si elles voyaient que c'était une peur de l'adolescent qui bloquait le dialogue : « *Là, je lui dis mais ne t'inquiète pas, tout ce qui est dit ici reste confidentiel (...) là je le redis effectivement, parce que sinon le jeune peut se freiner dans son entretien par cette peur. » (M9)*, ou après avoir vu l'adolescent seul et avant de retrouver les accompagnants : « *On convient ensemble de ce qu'on dit au parent, et là je lui dis bien, et même avant, dès le début, tout ce qu'on va se dire maintenant ça reste entre nous ça sera pas redit au parent » (M2)*.

Les médecins soulignaient que certains adolescents n'avaient pas besoin d'une confidentialité vis à vis de leurs parents : « *On en a quand même qui nous disent bah non moi (...) mes parents sont au courant que j'suis là » (M5)*. Si le dialogue avec les parents était difficile, les médecins pouvaient aider, dans le respect du secret médical, à le faciliter : « *Je pense que ça importe aussi à un moment ou à un autre que le sujet puisse être abordé au sein de la famille.*

(...) Après on les oblige pas du tout, on évoque l'idée... Qu'est ce qui fait frein au fait qu'ils en parlent pas chez eux » (M6)

Plusieurs médecins rapportaient que les adolescents se sentaient plus en confiance par rapport au secret médical en CPEF qu'avec leur médecin traitant : *« Je remarque que parfois ils préfèrent venir chez nous plutôt qu'en médecine générale parce que parfois le médecin généraliste connaît leurs parents, il a des contacts un peu avec tout le monde. » (M1).*

3.2. Les différences

3.2.1. L'anonymat

En effet, l'anonymisation possible des consultations et des examens dans les CPEF était soulignée par les médecins : *« On leur dit que les dossiers peuvent être anonymes, on marque (...) parents non informés sur le dossier. Quand on a besoin de faire des prises de sang on fait des prises de sang en anonyme » (M6).*

Les médecins interrogés trouvaient que l'anonymat simplifiait le dialogue avec les adolescents *« En centre de planification ils sont plus anonymes. Ils sont plus à l'aise pour poser des questions. » (M1).*

3.2.2. Un accès aux soins facilité

Les médecins interrogés trouvaient que l'accès aux soins était facilité en CPEF, et que l'absence d'avance de frais était importante pour les adolescents : *« Si vos parents sont pas informés c'est plus simple de venir en CPEF quoi, y a rien à faire, y a pas à avancer de frais. » (M8).* La possibilité de délivrer des traitements ou une contraception directement et gratuitement était un autre intérêt des CPEF pour les adolescents *« Ça se sait qu'on peut délivrer de façon gratuite et anonyme la contraception sans l'autorisation des parents » (M2).*

3.2.3. Des consultations seuls ou à plusieurs adolescents

La plupart des médecins soulignait le fait de recevoir souvent les adolescents seuls : « *Ceux qu'on rencontre viennent souvent tous seuls* » (M1), ou à l'inverse en groupe de copains : « *On a une spécificité au centre c'est qu'on peut accueillir des jeunes parfois en groupes, ou à plusieurs en consultation* » (M8).

3.2.4. Non-paiement à l'acte permettant des consultations longues

Les médecins interrogés mettaient en avant l'avantage de consultations longues, donc un temps d'écoute plus important : « *Je pense qu'on prend plus le temps, et qu'on essaie plus de comprendre quand ils ont des difficultés à nous expliquer (...) donc ils ont le temps vraiment de dire pourquoi ils sont là, de poser déjà leurs questions* » (M1). Certaines praticiennes ayant ou ayant eu une activité libérale identifiaient le manque de temps des consultations ambulatoires comme un obstacle à la discussion : « *Moi j'ai bossé 15 ans en libéral, donc y a une vraie différence, on peut pas faire ça en libéral. (...) On n'a pas le temps pour le faire, alors qu'en centre de planif, même si on a des consultations, pour autant on sait qu'on a du temps.* » (M9).

3.2.5. Des motifs de consultation déjà orientés sur la sexualité, facilitant le dialogue

Le dialogue était facilité pour les médecins de CPEF par les motifs de consultation amenés par les adolescents : « *Alors nous c'est facile car ils viennent souvent pour ce sujet-là* » (M2).

Les motifs de consultation les plus fréquemment abordés par les adolescents étaient la contraception : « *Bah, ici quand même le premier motif de consult c'est la contraception* » (M4), le dépistage des IST : « *Le deuxième motif de consult le plus fréquent c'est le dépistage.* » (M3), des tests de grossesse : « *Le troisième motif c'est le test de grossesse* » (M3), et des questions gynécologiques : « *Ça peut être aussi des signes fonctionnels, donc des pertes, des dyspareunies* » (M4).

Souvent, les médecins recherchaient ensuite des motifs de consultation cachés, non évoqués spontanément par gêne ou peur de l'adolescent, mais tout aussi importants pour eux : « *Moi à chaque fois quand je vois un jeune en consultation, j'essaie de me dire : alors pourquoi il vient me voir, est ce que j'ai bien cerné le pourquoi de sa demande. Parce qu'en fait parfois c'est un prétexte hein. Je viens pour un truc alors qu'en fait c'est pas du tout ça, hein.* » (M9).

3.2.6. Une ouverture d'esprit plus marquée

Certaines pensaient qu'il existait une ouverture d'esprit plus grande chez les professionnels des CPEF : « *Quand on travaille en planning familial ou CPEF, on a quand même une certaine souplesse (...) Je pense que les jeunes le perçoivent, qu'on les reçoit sans a priori* » (M7), « *On essaie au maximum nous, professionnels de santé, d'enlever nos valeurs et nos jugements* » (M2). Cette absence de jugement très présente en CPEF permettait aux adolescents d'identifier ces centres comme des espaces de paroles et des lieux d'écoute : « *C'est vraiment un lieu où on peut le recevoir à tout moment, n'importe quand, quand il le souhaite, quand il est en difficulté, on peut l'accompagner* » (M9), « *Et du coup ils se disent c'est peut-être l'endroit où (...) en fait on va être à l'écoute, et qu'on peut un peu tout entendre* » (M1).

3.2.7. L'attente d'un avis plus spécifique en gynécologie

L'attente d'un abord plus spécialisé sur la contraception était ressentie par 2 médecins : « *ils s'attendent des fois à un avis un peu plus spécialisé ici quand même* » (M4).

3.2.8. Un travail en équipe

Certains médecins mettaient en avant le travail en équipe qui permettait les échanges entre les différents intervenants de la structure, en particulier avec les conseillères conjugales et familiales : « *C'est ça qu'est chouette en centre de planif, le travail conjoint avec les collègues. (...), la conseillère qui travaille vraiment dans le bureau à coté, que je fais rentrer à l'occasion, ou je négocie avec l'adolescent s'il est d'accord, (...) je lui dis bah tu vois là, ma collègue je*

pense qu'il va falloir que t'aïlles discuter avec elle, elle va pouvoir t'aider » (M1). Elles indiquaient qu'elles intervenaient en 2ème ligne dans l'organisation des rendez-vous : « Nous on les voit toujours en deuxième intention, donc ils ont déjà abordé plein de choses avec la conseillère conjugale » (M6). Elles soulignaient le travail en réseau avec d'autres professionnels et la richesse des relations interpersonnelles et professionnelles : « Localement c'est vraiment du lien avec (...) que ce soit des travailleurs sociaux, des éducateurs, des infirmiers scolaires, qui sont susceptibles de recueillir une parole de jeune qui a besoin d'aide sur ce côté-là » (M7).

L'une d'entre elles pensait le CPEF comme une structure relai complémentaire du médecin généraliste : *« Ce n'est pas mieux mais même quand on est médecin généraliste, je pense que c'est bon à savoir qu'il y a cette structure-là qui va permettre de prendre plus de temps, de plus englober, de pouvoir faire les démarches qu'il faut si jamais y a des démarches à faire. Quand ça nous met en difficulté en médecine générale je pense que c'est bien que ce soit plus en centre de planification. » (M1).*

3.2.9. L'abord systématique de la SAS en consultation

Elles abordaient presque toutes de façon systématique la santé affective et sexuelle lors de leurs consultations, avec les femmes comme les hommes : *« Donc bah, à partir du moment où moi je les vois (...) je leur en parle quoi. Quel que soit l'âge, à l'adolescence ils y ont tous droit. » (M5). Elles préféraient en parler de façon directe pour montrer aux adolescents qu'ils pouvaient parler de tout sans tabou : « Moi en fait j'me pose pas trop de questions, j'me dis que le plus simple c'est d'en parler directement, parce que ça évite qu'y ait un malentendu dans la conversation. (...) globalement, si tu veux avoir une réponse il faut poser une question quoi. Et il faut pas que la question soit trop, euh, subtile quoi » (M3)*

4. Les freins ou difficultés identifiés par les médecins

De prime abord, les médecins ne ressentait pas de difficultés : « *Euh nan, moi j'ai aucun tabou. Nan je vous dis, je suis très à l'aise moi, j'ai pas de souci* » (M8).

4.1. Les difficultés dans la relation

4.1.1. Le mutisme de certains adolescents

Parfois, le dialogue était plus difficile, avec des adolescents mutiques : « *Bah ils viennent mais, voilà, ils disent rien* » (M1). Les médecins devaient alors initier le dialogue : « *Vous avez des gens qui sont très introvertis, qui osent pas, etc. donc on va essayer d'aller les chercher, d'aller un petit peu délier la parole* » (M5). Certaines s'appuyaient sur les signes fonctionnels gynécologiques : « *Souvent par les signes fonctionnels, ça marche assez bien je trouve* » (M4) ou encore le vaccin HPV, pour parler de sexualité : « *Par exemple, le vaccin du papilloma virus (HPV), on peut le proposer dès 11 ans (...) et puis ce qu'il faut savoir c'est pourquoi je te dis ça, c'est parce que c'est un virus qu'on attrape quand on est amoureux et qu'on fait des câlins* » (M1)

4.1.2. Les accompagnants ou tiers

Certains médecins étaient moins à l'aise en consultation lors de la présence d'un tiers soignant ou d'un accompagnant, et avaient l'impression que le dialogue était moins aisé : « *Je trouve que l'échange n'est pas le même lorsqu'on est vraiment en face à face ou côte à côte avec l'ado. (...) On a beaucoup d'étudiants à Flora Tristan, on a beaucoup de consultations doublées, (...) et c'est vrai que parfois ça peut être un frein en fait au bon déroulement de la consultation* » (M9).

4.2. Des sujets difficiles

4.2.1. Les conduites à risques

Les addictions et conduites à risques pouvaient engendrer des difficultés pour certaines praticiennes rencontrées : « *Un adolescent qui se mettrait très en difficulté, qui aurait des conduites à risque particulièrement violentes (...) là, j'ai l'impression que toute seule je vais pas y arriver* » (M1)

4.2.2. Les violences

D'autres médecins se trouvaient en difficultés face à la révélation de certaines violences, qui les touchaient beaucoup : « *Les violences faites aux enfants, c'est dur.* » (M5).

4.2.3. La vaccination

La vaccination était aussi source de difficultés, car les adolescents étaient rarement au courant de leur couverture vaccinale, et le vaccin HPV était ressenti comme délicat à aborder sans les parents : « *C'est compliqué je trouve d'aborder, enfin non pas d'aborder mais d'avoir des réponses sur la vaccination des jeunes, parce que très souvent ils connaissent pas leur statut. Et puis par contre, on a beau être centre de planif, on peut pas vacciner sans l'avis des parents, donc c'est un peu compliqué* » (M9)

4.3. Autres difficultés

4.3.1. Le manque de formation

Plusieurs médecins ressentait des difficultés sur certains sujets, qu'ils identifiaient comme liées au manque de formation : « *Peut-être qu'on creuse moins en addiction, parce qu'on est peut-être moins bien formés, moins outillés pour répondre aux problèmes d'addictions* » (M6).

4.3.2. Des freins internes

Certains médecins éprouvaient des difficultés face à des ressentis ou des freins internes pas toujours faciles à identifier : *« Alors ça moi ça me pose question, j'ai un petit problème avec ça, j'ai pas encore réglé mon problème, mais j'ai un petit problème avec les mamans copines » (M1)*

4.3.3. Des difficultés supposées pour les adolescents

Les médecins interrogés imaginaient que cela pouvait être un frein pour les adolescents que les médecins soient des adultes : *« Je pense que ce qui gêne un peu l'abord des choses c'est que l'adolescence c'est le moment où ils sont en opposition avec les adultes, et qu'en fait on est juste un adulte parmi d'autres, et que du coup ils ont pas envie de nous en parler à nous. » (M3)*

5. Des pistes pour lever ces freins

5.1. Un discours adaptable

La grande majorité des médecins soulignait que leur discours s'adaptait à chaque adolescent, chaque histoire et chaque consultation : *« C'est du sur-mesure, c'est du cas par cas, on s'adapte à leurs questionnements, à leurs besoins » (M9).*

Beaucoup attachaient de l'importance à respecter la demande de l'adolescent et sa pudeur : *« On respecte, quand même malgré tout, la pudeur des jeunes. S'ils ne veulent pas parler de ça on n'en parle pas » (M2),* ainsi que ses différences culturelles : *« Faut faire très, très attention parce que selon les ethnies ils ont pas la même pudeur (...) on peut les mettre très mal à l'aise alors qu'on avait pas voulu » (M1).*

Plusieurs médecins rapportaient aussi l'importance de prendre en compte le handicap dans leur discours : « *On voit parfois des jeunes qui ont quand même une légère déficience, et on peut pas aborder les choses tout à fait pareil* » (M7)

5.2. Des techniques de communication propres à chacun

Les médecins interrogés avaient souvent leurs propres techniques de communication pour mettre les adolescents à l'aise : « *Par l'humour, essayer qu'ils comprennent (...) qu'on n'est pas là pour les juger, que on est là pour discuter* » (M1), « *Je regarde beaucoup le langage non verbal de la personne en face de moi, donc je sens quand y a quelque chose qui heurte un peu, euh, dans ces cas-là j'hésite pas à verbaliser* » (M7). « *Je commence toujours par des questions ouvertes* » (M4).

Plusieurs valorisaient les adolescents pour leur démarche responsable : « *Et puis de les valoriser en fait ça, ça lève les freins. Quand on leur dit bah t'es super, t'es adulte en faisant ça, tes parents ils devraient être fiers de toi d'avoir fait cette démarche.* » (M1).

Certains médecins tutoyaient les adolescents quand d'autres les vouvoyaient : « *Ça dépend des fois je tutoie des fois je vouvoie* » (M4), et l'une d'entre elles utilisait un langage familier : « *Ça m'arrive de dire des gros mots en consultation par exemple. (...) je m'adapte à leur vocabulaire* » (M3).

La posture d'écoute du médecin semblait également importante pour favoriser le dialogue : « *Je pense que c'est aussi notre posture qui compte finalement* » (M2).

5.3. L'appui sur différents supports

5.3.1. Les supports utilisés en consultation pour faciliter le dialogue

Les médecins interrogés s'appuyaient sur différents supports pour faciliter la parole et la compréhension. Ils pouvaient s'aider de livres : « *Je sais que nos collègues conseillères (...) elles ont des livres avec des photographies* » (M1), de pictogrammes lors de difficultés liées à

la langue : « *On a des outils de communication avec des dessins, écrits dans plusieurs langues.* » (M1), ou encore de planches anatomiques adaptées aux adolescents pour concrétiser leurs explications : « *Les planches anatomiques c'est bien* » (M4).

Certains médecins utilisaient du matériel, en particulier pour expliquer et dédramatiser l'examen gynécologique : « *J'ai le spéculum, les stérilets, l'implant, on manipule, elles peuvent le toucher* » (M1).

Une des médecins mettait cependant en avant les limites des supports, parfois difficile à retrouver au moment opportun : « *On est tellement envahis d'outils, il faut les ranger au bon endroit, les sortir au bon moment, faut les utiliser pour les intégrer.* » (M4).

5.3.2. Les outils de communication pour se faire connaître

Elles s'aidaient d'affiches, flyers et questionnaires dans la salle d'attente. Principalement pour que les adolescents repèrent que tout pouvait être abordé, et les mettre ainsi à l'aise avant la consultation : « *Un outil intéressant (...) dans plein de domaines (...) c'est les affiches. (...). Ça s'adresse aux patients pour dire que ce sujet-là est légitime puisqu'il est affiché dans la salle d'attente du médecin* » (M5).

Elles souhaitaient également s'appuyer davantage sur les outils informatiques : « *Je pense qu'il faut qu'on communique mieux sur internet, sur YOUTUBE, etc., sur Snapchat et tous les réseaux sociaux des jeunes* » (M2)

5.4. L'apport des formations

Deux des médecins avaient fait des formations spécifiques pour les aider dans le domaine de la SAS. L'une avait un DU de sexologie : « *En tant que sexologue effectivement ça m'a bien aidé, on est d'accord !* » (M5), l'autre un DU de gynécologie.

Certaines mettaient en avant comme formation très utile le fait d'être mis en situations à côté de pairs : *« Je suis assez dans le concret (...), ce qui m'apporte beaucoup, c'est qu'il y a eu quand même quelquefois où j'ai été amenée à suivre des collègues en consultation. » (M2).*

Plusieurs médecins s'accordaient sur le fait qu'elles avaient accès à plus de formations et qu'elles étaient mieux prises en charge, par rapport à des médecins libéraux : *« On a de la chance quand on est médecin de CPEF, d'avoir accès gratuitement à beaucoup de formations, enfin c'est payé par le département. On en fait plus que les médecins en libéral. » (M1).*

5.5. Un travail en équipe et réseau

Devant des situations complexes difficiles à gérer seules, plusieurs médecins mettaient en avant la nécessité de travailler en équipe et en réseau : *« Quand ça devient un peu complexe, ou je me sens pas très à l'aise et j'ai besoin de relai, je suis pas toute seule. » (M1)*

5.6. Autres pistes évoquées

Certaines évoquaient la piste des échanges de pairs entre médecins : *« Des échanges de pratique peut être. Qu'on discute ensemble de ces sujets-là. » (M2).*

D'autres proposaient différentes techniques pédagogiques pour apporter une autre vision sur le sujet : *« J'aime bien tout ce qui est théâtre interactif, j'trouve que ça marche bien, avec des gens qui sont pas des médicaux, ou des paramédicaux, et qui ont une autre vision des choses » (M7).*

Enfin, certains médecins s'appuyaient sur leur expérience personnelle : *« La formation annexe et non obligatoire c'est d'être maman et d'avoir des ados aussi. » (M8)*

DISCUSSION

1. Forces et faiblesses de l'étude

Un des points forts de cette étude est son originalité, car aucune étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature.

1.1. L'échantillonnage

Pour cette étude, un échantillonnage selon une liste prédéfinie des praticiens des CPEF du Maine et Loire a été réalisé. La quasi-totalité des médecins travaillant en CPEF a été interviewé permettant un recueil varié de situations et de questions abordées. Cependant, la variabilité des données sociodémographiques des médecins n'a pas été optimale : seules des femmes médecins ont été interviewées. Ceci s'explique par leur sur représentation en CPEF. De plus, la moyenne d'âge est relativement jeune (41 ans), liée également au profil des praticiens exerçant en CPEF. Une majorité des médecins interrogés avaient également une activité mixte en CPEF et ambulatoire ou hospitalier.

1.2. L'enquêteur

Il s'agissait d'une première expérience d'entretiens semi-dirigés pour l'enquêtrice, ce qui a pu influencer la qualité des entretiens et le recueil des données.

L'enquêtrice ne connaissait pas les médecins interrogés, ce qui a permis d'éviter un biais d'interaction intervieweur - interviewé.

1.3. Le recueil des données

Les médecins interrogés avaient reçu quelques jours avant l'entretien la fiche d'information par mail les informant que l'étude s'intéressait à la communication avec les adolescents sur

leur sexualité. Cela a peut-être permis à certains médecins de réfléchir à ce qu'ils diraient, pouvant constituer un biais de déclaration.

Six entretiens se sont déroulés dans les bureaux des médecins aux CPEF, trois se sont déroulés par téléphone.

1.4. L'analyse des données

L'analyse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens, permettant d'ajuster les suivants, jusqu'à la saturation théorique des données qui a été obtenue.

Une double lecture des entretiens et des codages a permis une triangulation des données, augmentant ainsi la validité interne de l'étude.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Une approche globale de l'adolescent

Comme les MGA, les médecins de CPEF interrogés s'intéressent à l'adolescent dans sa globalité, ainsi qu'à son entourage familial et amical. Cela permet à la fois d'établir une relation de confiance avec l'adolescent, mais également d'évaluer l'implication de l'entourage dans la vie affective et sexuelle. En effet, plusieurs études ont démontré que la communication et le soutien des parents étaient un facteur positif dans la santé affective et sexuelle des adolescents, et notamment dans la prévention des grossesses non désirées et la prise de contraception chez les jeunes femmes (17,18).

Elles dépistaient assez systématiquement d'éventuelles violences ou troubles psychologiques, en particulier chez les jeunes femmes aux antécédents d'IVG itératives. En effet, les données de la littérature montrent que les femmes qui ont recours à des IVG itératives peuvent être confrontées plus souvent à des conditions de vie difficiles, ont plus souvent eu une enfance

difficile avec des problèmes relationnels, et sont plus souvent victimes de violences conjugales.

(19)

2.2. Une approche positive de la sexualité

Les praticiennes interrogées dans cette étude soulignaient l'importance de s'intéresser au bien-être et à l'épanouissement des adolescents dans leur vie affective et sexuelle, quel que soit leur âge. De précédentes études avaient montré que les parents et les MGA évoquent surtout des thèmes biomédicaux et la contraception, mais parlent peu du bien-être et de l'épanouissement, et que les messages transmis aux jeunes étaient surtout des messages de prévention sur les risques et en particulier le VIH (18,12).

Pour les MGC, cette vie sexuelle et affective épanouie doit être directement liée aux notions de respect et consentement, sur lesquelles elles insistent beaucoup auprès des jeunes qu'elles reçoivent.

2.3. Des médecins qui s'adaptent au mieux aux représentations et connaissances des adolescents

Il apparaît dans cette étude ainsi que dans d'autres précédentes (20), que les adolescents ont besoin d'être rassurés sur leurs représentations concernant leur corps ou leurs pratiques sexuelles. Une étude réalisée par l'IFOP et l'OPEN en 2017 (21) interrogeant 1005 adolescents âgés de 15 à 17 ans a montré que la moitié d'entre eux a déjà consulté un site pornographique, et 45% des adolescents estiment que les vidéos pornographiques qu'il ont vues au cours de leurs vie ont participé à l'apprentissage de leur sexualité. Une autre étude a montré que les adolescents se désensibilisent progressivement du contenu sexuel sur internet en le normalisant, en lien notamment avec la fréquence et le caractère intentionnel de leur exposition (22). Il est donc absolument nécessaire de décrypter ces représentations et les confronter à la réalité.

Les médecins adaptent leur discours au niveau de maturité de l'adolescent, à ses représentations et à ses connaissances. Concernant l'âge, la majorité sexuelle est fixée par la loi à 15 ans (23), mais les médecins interrogés estiment que cet âge ne doit pas constituer une limite pour parler de vie affective et sexuelle, tant la maturité sexuelle est variable d'un adolescent à un autre pour un âge donné.

2.4. Des médecins peu connus, qui pourtant répondent aux attentes des adolescents

Cette étude montre que les facteurs facilitant la parole de l'adolescent sur sa sexualité se retrouvent dans la façon de communiquer des médecins de CPEF : le secret médical garanti et favorisé avec l'anonymat possible, la gratuité des consultations et délivrance des traitements, une ouverture d'esprit, une absence de jugement de la part des médecins, un avis plus spécialisé sur la contraception notamment, et des consultations longues (13)

En revanche, les adolescents semblent mal connaître l'existence des CPEF. D'après cette même étude (13), ils étaient à peine 30% à considérer les plannings familiaux comme ressource pour parler de vie affective et sexuelle, mais aucun ne citait les CPEF. On peut donc imaginer qu'ils confondent les deux structures et ne connaissent pas réellement les CPEF. De plus, sur le site EDUSCOL utile aux professionnels de l'éducation, il existe un lien vers le planning familial (25) mais très peu d'informations sur les CPEF (24), ce qui veut dire que les professionnels de l'éducation orientent sans doute peu les adolescents vers les CPEF. La communication sur l'existence des CPEF serait donc à améliorer auprès des adolescents.

2.5. Comparaison des difficultés ressenties par rapport à celles rencontrées par les autres professionnels de santé

Les médecins de CPEF relèvent peu de difficultés dans leur communication avec les adolescents sur leur santé affective et sexuelle, là où les MGA relevaient des freins internes parfois difficiles à identifier, qui interfèrent dans leur façon de parler de sexualité avec les adolescents.

Pour la majorité des praticiennes interrogées qui ont ou ont eu un exercice mixte en CPEF et libéral, l'un des points forts en CPEF, par rapport à la médecine libérale, est la possibilité de prendre son temps avec les jeunes grâce à des consultations plus longues.

Contrairement aux MGA, les MGC n'ont pas de difficultés à initier le dialogue avec les adolescents, car leurs motifs de consultation sont toujours axés vers leur vie affective et sexuelle quand ils décident de consulter en CPEF. (12)

Il apparaît dans cette étude que les médecins de CPEF s'efforcent de mettre leurs propres représentations et jugements de côté pour accueillir les adolescents. Elles sont nombreuses à être touchées par des situations difficiles, auxquelles elles sont probablement plus confrontées au quotidien, les CPEF étant des structures relais dans ce cadre. Elles soulignent alors l'apport positif d'un travail d'équipe au sein des CPEF, difficile à réaliser en médecine libérale, pour pouvoir accompagner au mieux les jeunes, mais aussi partager leurs doutes et difficultés entre professionnels.

Les difficultés liées à la présence d'une tierce personne en consultation a été montrée dans cette étude. Les médecins interrogés ressentaient plus de gêne de leur part et de celle des adolescents dans le dialogue, et les adolescents interrogés dans une précédente étude le soulignaient aussi comme un frein pour parler de sexualité avec leur médecin généraliste (13).

Il pourrait donc être intéressant de proposer des temps seuls entre médecins et adolescents, sans étudiant ou accompagnant, malgré les besoins de former les jeunes générations.

Les MGA évoquaient un manque de formation sur le sujet de la SAS des adolescents (12), alors que les médecins de CPEF trouvent qu'elles ont un accès facilité par leur poste aux formations qu'elles souhaitent. Cependant, elles ressentent encore des difficultés sur certains thèmes précis qui demandent des formations supplémentaires, comme l'addictologie par exemple.

Les MGA souhaiteraient pouvoir communiquer avec des personnes qu'ils pensent plus habituées à prendre en charge les adolescents (12), et les médecins interrogés dans cette étude ont aussi évoqué l'apport positif des échanges de pratiques. Il semble donc y avoir un réel intérêt à développer les échanges interprofessionnels autour des adolescents.

Enfin, les praticiens qui prennent en charge les adolescents s'attachent à adapter leur discours au jeune qu'ils ont en face d'eux, sans être trop intrusif, mais en montrant qu'ils sont présents pour accueillir et écouter. (12, 20)

CONCLUSION

Les médecins de CPEF travaillent avec les adolescents qu'ils rencontrent dans le cadre de consultations médicales au sein des CPEF.

Ils jouent un rôle médical dans le repérage des conduites à risques et la prévention des IST, des GND et des violences. Au-delà des thèmes biomédicaux plus fréquemment abordés par les MGA et les parents, ils valorisent la relation amoureuse et sexuelle et les démarches responsables des adolescents. Ils ont pour principal objectif de leur permettre de vivre une sexualité épanouie et sans risque.

Ils rencontrent peu de difficultés à communiquer avec les adolescents. Le dialogue est favorisé par l'anonymat et la gratuité des soins, ainsi que par les motifs de consultation amenés par les adolescents, qui concernent déjà leur SAS.

Cependant, ils souhaiteraient que les CPEF soient mieux connus des adolescents, et améliorer la communication sur leur existence, en utilisant des moyens plus adaptés aux jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
2. INPES - Information sexuelle [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/information_sexuelle/index.asp
3. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
4. Baromètre santé jeunes 2010. Disponible sur: <https://tribu.phm.education.gouv.fr/toutatice-portail-cms-nuxeo/binary/Barometre+Sante+Jeunes+2010.pdf?type=FILE&path=%2Fdefault-domain%2Fworkspaces%2Fodad-personnels.1504115310209%2Fpolitique-de-sante%2F15-sante-des-eleves%2Fbarometre-sante-jeunes&portalName=foad&liveState=true&fieldName=file:content&t=1565628068618&reload=true>
5. Chau K, Morin S, Steyer E, Di Patrizio P, Boivin JM. Symptômes dépressifs de l'adolescent et médecine générale exercer 2018 ;144:255-63.
6. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. In : L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010.
7. Vilain A. (2019, Septembre) 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018.
8. Épidémiologie des infections sexuellement transmissibles [cité 5 oct 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/epidemiologie-des-infections-sexuellement-transmissibles>
9. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 / 2018 / Maladies infectieuses / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-chlamydia-et-a-gonocoque-en-france-en-2016>
10. Massé F. Connaissances des adolescents en matière de contraception: étude prospective réalisée auprès d'élèves de seconde dans deux lycées de Vendée du 2 au 19 septembre 2014. 2015. (Mémoire d'exercice)
11. Delmotte S, Martin C. Le sexting chez les adolescents : modalités, conséquences, rapports avec la pornographie et leur sexualité. exercer 2016;127:214-5
12. Lille A. Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? 2018. (Thèse d'exercice de médecine)

13. Moulle C. Qu'attendent les adolescents des médecins généralistes pour questionner la sexualité ? Etude quantitative menée auprès de 201 lycéens Angevins. 2018. (Thèse d'exercice de médecine)
14. Meynard A, Haller DM, Navarro C, Narring F. Prises de risque à l'adolescence : stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2008;4:1451- 5.
15. Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) - Data.gouv.fr [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/centres-de-planification-et-deducation-familiale-cpef/>
16. Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan [Internet]. Disponible sur: <https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/organisme.pdf>
17. Israël NISAND et Laurent TOULEMON. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures.
18. Retailleau C. Comment les parents abordent-ils l'éducation affective et sexuelle avec leurs adolescents ? Enquête qualitative auprès de onze parents d'adolescents en Maine et Loire. 2018. (Thèse d'exercice de médecine)
19. Gabrielle HENGY. Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition Revue de la littérature systématique [Thèse d'exercice de médecine].
20. Cottin J. et Boudet M. Comment les conseillères conjugales et familiales abordent-elles la santé affective et sexuelle auprès des adolescents ? Enquête qualitative auprès de 13 conseillères conjugales et familiales du Maine et Loire. (Thèse d'exercice de médecine)
21. Open. Exclu : ados et porno, une étude de l'OPEN et l'Ifop [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.open-asso.org/actualite/2017/03/exclu-ados-et-porno-une-etude-de-lopen-et-lifop/>
22. Daneback K, Ševčíková A, Ježek J. Exposition à du matériel sexuel en ligne pendant l'adolescence et désensibilisation au contenu sexuel. Sexologies 2018 ; 27 : 155-161
23. SENAT. Loi majorité sexuelle [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r17-289/r17-2892.html>
24. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>
25. Éducation à la sexualité - Bibliographie et sitographie - Éduscol [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/cid46863/bibliographie-et-sitographie.html>

LISTE DES TABLEAUX

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

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
RESUME.....	1
INTRODUCTION	2
SUJETS ET MÉTHODES	5
1. Population et recrutement.....	5
2. Recueil et analyse des données.....	5
RÉSULTATS	7
1. Population de l'échantillon.....	7
2. Les sujets de préoccupation des adolescents et les réponses des médecins de CPEF	9
2.1. L'adolescent dans sa globalité et son évolution.....	9
2.2. La relation à l'autre	10
2.3. Les relations sexuelles et la sexualité	12
2.4. Les risques liés à la sexualité	12
2.4.1. Psychiques : troubles relationnels, psychiques, addictions, conduites à risques	13
2.4.2. Les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles	13
2.4.3. Les violences et maltraitements	14
2.4.4. Les réseaux sociaux, l'intimité et la pornographie	15
2.4.5. D'où l'importance de la prévention	16
3. Similitudes et différences de pratiques entre les médecins généralistes ambulatoires (MGA) et les médecins généralistes en CPEF (MGC)	17
3.1 Les similitudes	17
3.1.1 L'importance d'un climat de confiance	17
3.1.2 Une consultation en plusieurs temps	18
3.1.3 Un suivi possible	18
3.1.4 Le secret médical	19
3.2 Les différences	20
3.2.1 L'anonymat	20
3.2.2 Un accès aux soins facilité	20
3.2.3 Des consultations seuls ou à plusieurs adolescents	21
3.2.4 Non-paiement à l'acte permettant des consultations longues	21
3.2.5 Des motifs de consultation déjà orientés sur la sexualité, facilitant le dialogue	21
3.2.6 Une ouverture d'esprit plus marquée	22
3.2.7 L'attente d'un avis plus spécifique en gynécologie	22
3.2.8 Un travail en équipe	22
3.2.9 L'abord systématique de la VAS en consultation	23
4. Les freins ou difficultés identifiés par les médecins	24
4.1 Les difficultés dans la relation	24
4.1.1 Le mutisme de certains adolescents	24
4.1.2 Les accompagnants ou tiers	24
4.2 Des sujets difficiles	25
4.2.1 Les conduites à risques	25
4.2.2 Les violences	25

4.2.3	La vaccination	25
4.3	Autres difficultés	25
4.3.1	Le manque de formation	25
4.3.2	Des freins internes	26
4.3.3	Des difficultés supposées pour les adolescents	26
5.	Des pistes pour lever ces freins	26
5.1	Un discours adaptable	26
5.2	Des techniques de communication propres à chacun	27
5.3	L'appui sur différents supports	27
5.3.1	Les supports utilisés en consultation pour faciliter le dialogue	27
5.3.2	Les outils de communication pour se faire connaître	28
5.4	L'apport des formations	28
5.5	Un travail en équipe et réseau	29
5.6	Autres pistes évoquées	29
DISCUSSION		30
1. Forces et faiblesses de l'étude		30
1.1	L'échantillonnage	30
1.2	L'enquêteur	30
1.3	Le recueil des données	30
1.4	L'analyse des données	31
2. Discussion des principaux résultats		31
2.1	Une approche globale de l'adolescent	31
2.2	Une approche positive de la sexualité	32
2.3	Des médecins qui s'adaptent au mieux aux représentations et connaissances des adolescents	32
2.4	Des médecins peu connus, qui pourtant répondent aux attentes des adolescents	33
2.5	Comparaison des difficultés ressenties par rapport à celles rencontrées par les autres professionnels de santé	34
CONCLUSION		36
BIBLIOGRAPHIE.....		37
LISTE DES TABLEAUX		39
TABLE DES MATIERES		40
ANNEXES.....		I

ANNEXES

Annexe I : la fiche d'information

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

Angers, le 6/05/2019

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de mon travail de thèse, je mène une étude qui s'intéresse à la façon dont les médecins des centres de planification et d'éducation familiale communiquent avec les adolescents sur leur sexualité. L'objectif de ce travail est également d'identifier les difficultés et les freins ressentis par les médecins de CPEF, et les moyens qui permettraient d'améliorer le dialogue avec les adolescents concernant leur sexualité.

Pour cela, il me semble intéressant de recueillir votre expérience sur vos consultations avec des adolescents.

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

Cet entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui aura été dit ne sera modifié. Toutes les informations permettant de vous identifier (votre nom, le nom des personnes cités...) seront ensuite rendues anonymes.

Je vous en adresserais une retranscription par courrier si vous le souhaitez.

Je vous inviterais à signer un consentement permettant l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation de sa retranscription anonymisée. (voir le document joint)

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

- Par téléphone au 06.62.55.74.43
- Par email : alix.leluc@gmail.com

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

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Alix Legrand

Annexe II : le formulaire de consentement

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

Titre du travail : Comment la santé affective et sexuelle est-elle abordée avec les adolescents par les médecins des centres de planification et d'éducation familiale ?

Nom du thésard : Alix LEGRAND

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____
Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

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

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

A _____, le _____

Signature de l'interviewée :

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

*Déclaration de révocation :

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature :

Annexe III : Le guide d'entretien

Bonjour,

Je m'appelle Alix LEGRAND, je suis interne en médecine générale en dernière année d'internat. Je fais mon travail de thèse sur la manière dont les médecins en CPEF communiquent sur la santé affective et sexuelle avec les adolescents.

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

1. Quel type de population rencontrez-vous lors de votre pratique ?

- Pensez-vous qu'il s'agisse d'une partie représentative de toute la population d'adolescents français ?
- Comment informez-vous cette population d'adolescents de vos rôles et votre présence ?

2. Selon vous, qu'est-ce que parler de santé affective et sexuelle ?

3. Concernant l'ouverture à la discussion :

- Quels sont les principaux motifs de consultation initiaux apportés par les adolescents ? (les portes d'entrées ?)
- Comment s'établit le dialogue au fur et à mesure de la consultation ?
- Y a-t'il des motifs secondaires abordés au fur et à mesure de la consultation ?
- Comment abordez-vous la vie affective et sexuelle en général avec l'adolescent à partir de son motif de consultation initial, ou comment l'abordez-vous si lui même ne l'aborde pas ou a des difficultés à l'aborder ?

4. Concernant la confidentialité :

- Comment abordez-vous la confidentialité ? Avez vous besoin de la rappeler ou ça semble une évidence ?
- Est-ce différent si la consultation se fait avec l'adolescent seul ou accompagné ?
- Pensez vous qu'il s'agit d'une raison pour qu'ils consultent en CPEF plutôt qu'ailleurs ? Pourrait-on même dire que l'anonymat donne un « biais » dans la population que vous rencontrez ?

5. Concernant la discussion :

- Abordez-vous la question de la vie affective et sexuelle chez l'adolescent quel que soit son âge ? Si oui, en quoi est-ce important pour vous ?
- Y a-t'il des messages qui vous paraissent essentiels à transmettre ?
- Y a-t'il des sujets que vous n'abordez pas ? Pourquoi ?
- Y a-t-il des thèmes dans lesquels vous ressentez des difficultés, ou qui vous

mettent mal à l'aise ?

6. Concernant les améliorations possibles dans la communication :

- Avez-vous fait des formations pour vous aider dans ces difficultés ?
- Que pensez-vous qui pourrait pour aider à la communication dans ce domaine ?

Comment les médecins de centres de planification et d'éducation familiale communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Étude qualitative auprès de 9 médecins de CPEF du Maine et Loire

RÉSUMÉ

Introduction : Le premier recours des adolescents en cas de problème de santé est leur médecin généraliste. Cependant, la communication concernant la santé affective et sexuelle (SAS) peut être difficile entre eux. Les médecins qui exercent en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) en proposant des consultations médicales anonymes et gratuites, peuvent dans ce cas être des interlocuteurs privilégiés pour les adolescents.

Objectifs : L'objectif était d'explorer comment les médecins de CPEF communiquent avec les adolescents autour de leur santé affective et sexuelle, de cerner leurs éventuelles difficultés, et d'identifier des pistes pour améliorer de façon globale cette communication.

Méthodes : Ce travail a consisté en une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de neuf médecins de CPEF du Maine et Loire entre mai 2019 et janvier 2020, suivis d'un codage en unité de sens puis d'une analyse thématique inductive du verbatim et d'une triangulation des données.

Résultats : Les médecins de CPEF jouent un rôle significatif dans la prévention des conduites à risques des adolescents, particulièrement dans le champ de la SAS. Au-delà des thèmes biomédicaux, ils valorisent la relation amoureuse et sexuelle et les démarches responsables des adolescents avec pour objectif de les aider à vivre une vie affective et sexuelle épanouie quel que soit leur âge. Ils rencontrent peu de difficultés pour communiquer avec les adolescents sur leur SAS, grâce notamment à l'anonymat, la gratuité des consultations, et à la spécificité des motifs de consultation.

Conclusion : Les médecins de CPEF communiquent facilement avec les adolescents sur leur santé affective et sexuelle. Cependant, ils semblent mal connus par cette population. Un travail en équipe avec les médecins généralistes et autres professionnels de santé qui prennent en charge des adolescents, ainsi qu'une communication sur leur existence plus adaptée aux jeunes, pourraient être importants pour améliorer leur prise en charge globale.

Mots-clés : Médecin, CPEF, adolescents, sexualité

How do doctors at family planning and education centers communicate about sexuality with teenagers? Qualitative study with 9 physicians from CPEF in Maine et Loire

ABSTRACT

Introduction: The first recourse for adolescents in the event of a health problem is their general practitioner. However, the communication about affective and sexual health can be difficult. Doctors who work in family planning and education centers (CPEF), proposing anonymous and free medical consultations, can in this case be privileged interlocutors for adolescents.

Objectives: This work is aimed at exploring how CPEF doctors communicate with adolescents about their affective and sexual health, identifying their possible difficulties, and proposing ways to improve this communication.

Methods: The tools used in this work are qualitative investigation by semi-directed individual interviews with nine CPEF doctors from Maine et Loire, between May 2019 and January 2020; meaningful unit coding, followed by inductive thematic analysis of the verbatim and data triangulation.

Results: CPEF doctors play a significant role in preventing adolescent risk behaviors, particularly in the field of affective and sexual health. Beyond the biomedical crucial aspects, they promote the romantic and sexual relationship and the responsible behavior of adolescents with the aim of helping them to live a fulfilling emotional and sexual life whatever their age. They don't really encounter difficulties in communicating with adolescents on their affective and sexual health, due in particular to the anonymity, free consultation, and specificity of the reasons for consultation.

Conclusion: CPEF physicians easily communicate with adolescents about their emotional and sexual health. Unfortunately, they seem insufficiently known by this population. Promoting teamwork including general practitioners and other health professionals who care for adolescents, as well as communicating better about CPEF existence dedicated to young people, should be of major importance to improve youth overall care.

Keywords : Doctor, family planning and education centers, teenagers, sexuality