

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

COMMUNIQUER AVEC LES ADOLESCENTS À PROPOS DE LEUR SANTÉ SEXUELLE : LES INTERNES S'ESTIMENT-ILS COMPÉTENTS ?

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS D'INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE À
ANGERS

CHEAN Soria

Né le 21 juin 1995 à Laval (53)

Sous la direction de Mme la professeure Catherine de CASABIANCA

Membres du jury

Mme la professeure TESSIER-CAZENEUVE Christine | Président

Mme la professeure CASABIANCA Catherine | Directeur

Mme la docteure DEFOIN Annelore | Membre

Mme la psychologue BELGHALEM Soumeia | Membre

Soutenue publiquement le :
18/09/2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Soria CHEAN
déclare être pleinement consciente 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 26/06/2025

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

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 vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	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
DINOMAS 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
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	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	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
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	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	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 Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	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
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
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 biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE 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
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
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
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
ATER		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

A Madame la professeure Tessier-Cazeneuve,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon étude, et pour avoir animé avec considération mon focus group. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame la professeure de Casabianca,

Merci Catherine pour avoir dirigé ma thèse avec implication et bienveillance. Ce fût un plaisir de travailler avec vous. J'ai beaucoup appris de vos conseils ainsi que de nos échanges autour de notre profession. Votre passion pour celle-ci est une réelle source d'inspiration.

Au Docteur Annelore Defoin,

C'est un immense honneur pour moi de t'avoir dans mon jury de thèse. C'est à tes côtés que j'ai débuté mon internat de médecine générale. Depuis, tu continues de m'instruire avec rigueur, douceur et bienveillance. Je t'en suis sincèrement reconnaissante.

A Soumeia Belghalem,

Quelle chance de t'avoir rencontrée lors de ce remplacement ! Je te remercie pour avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury. Merci surtout pour ton sourire et ton amitié.

A mes princesses de la night, Jades, Gomar, Clarou, Jéro et Sauce,

Merci pour tous ces souvenirs d'externat ensemble. Merci pour les rires et les larmes partagés. Merci pour notre amitié qui m'a portée ces longues années d'études. Je suis fière de ce que chacune d'entre nous est devenue. Vous êtes une famille pour moi.

A mes bonnes vieilles amies, Doudoule, Coco et Laurette,

Cela fait maintenant plus de dix ans que j'ai la chance de vivre notre amitié. Merci pour avoir supporté mes absences et mes coups de stress. Merci de m'avoir toujours soutenue, du collège jusqu'à l'obtention de mon doctorat. Je suis si heureuse de vous avoir dans ma vie !

A Hortense,

Je nous revois dans la cour du collège, discutant de nos rêves d'avenir et de métier. Je suis tellement fière de ce que nous sommes chacune devenues. Merci pour ton soutien infaillible, et même si la vie ne nous réunit pas autant que nous le voudrions, je sais que tu es une épaule sur laquelle je peux me reposer.

A Pierre-Alexis,

Merci pour avoir toujours veillé sur moi, à ta manière, et ce depuis plusieurs années maintenant. Tu sais combien ton amitié m'est précieuse. Tu noteras que j'essaie de m'extraire de cette manie de t'appeler par ton nom de famille.

A Eva,

Merci pour ces années d'amitié. J'espère que celles à venir nous rassembleront un peu plus souvent. Nous avons vécu tellement de choses ensemble depuis l'adolescence, pour cela tu es comme une sœur pour moi. Je suis très fière de la personne que tu es devenue.

A Charline,

Merci à ma première copine sur Terre pour ton soutien éternel. Je suis tellement reconnaissante à la vie de m'avoir offerte une amitié aussi belle et sincère que la tienne. Cela fait maintenant trente ans que nous grandissons ensemble, sans l'ombre d'une querelle. Nous nous sommes toujours tirées vers le haut, de nos premiers pas à nos réussites respectives, sans jamais nous jalouser. Certaines choses ont changé, nos défis de nuits blanches se sont transformés en défis sportifs. Notre amitié n'a cependant jamais sourcillée. Tu restes une source inépuisable d'inspiration pour moi.

A mes copains de PACES, Enguérand, Stanislas et Marie-Astrid,

Merci pour vos amitiés qui m'ont permise de surmonter le concours de première année. Vous garderez toujours une place spéciale dans mon cœur.

A mon Solène,

Si notre amitié a débuté sur les bancs de la fac, elle n'a fait que se renforcer malgré les différents chemins empruntés. Tu as gardé ce sourire rayonnant et ce mental d'acier qui m'inspirent au quotidien. Merci pour ton soutien et ces nombreuses séances de psychothérapie gratuites !

A Gaël,

Bien que nous ayons fait toute notre scolarité ensemble, il aura fallu que notre amitié débute en première année de médecine. Je me souviendrai toujours de l'émotion et du fou rire lorsque tu m'as appelée, le jour des résultats de PACES, le moral au plus bas « Soria, je ne suis pas pris... Je suis ADAC. ». Je suis fière du Docteur athlétique que tu es devenu. Merci pour tout, et surtout pour m'avoir faite rencontrer Phoebé !

A Tristan et Alix,

Vous faites partie de ceux que l'on compte sur les doigts d'une main. Merci pour votre soutien toutes ces années. Merci Alix pour m'avoir maternée en stage de réanimation et m'avoir aidée à prendre confiance en moi.

Aux copains de Louis, Houda, Claire, Thomas, Alexis et Céline

Merci de m'avoir accueillie avec chaleur au sein de votre mifa. A bientôt pour une partie de pétanque !

A Marie,

Mais pourquoi a-t-il fallu que notre amitié naisse de la souffrance du premier semestre d'internat ? Heureusement que nous avons bien rattrapé le temps perdu à coup de sushis, séries et musiques totalement kitschs. Merci d'être ma pote et de me conseiller aussi qualitativement en médecine qu'en rénovation de maison !

A la team PSSSL, Adèle, Axelle, Marine et Clara,

Merci d'avoir pimenté mon internat. Il n'y a qu'avec vous que le karaoké s'assume !

A Yves, Babeth et Claire,

Merci de m'avoir accueillie respectivement comme votre fille et sœur. Je sais que je peux trouver chez vous le soutien et l'amour d'une famille. J'ai hâte de continuer à partager d'incroyables moments avec vous !

A Pauline et Maëlle,

Merci d'être mes sœurs et de rendre heureuse ma famille.

A Alexandre,

Merci pour avoir allongé la fratrie d'un troisième frère, ce qui a fait de l'ennui une notion inconnue.

A mes fidèles compagnons, Archie et Mous,

Merci pour m'avoir accompagnée ces longues heures à mon bureau.

Aux patients qui ont croisé mon chemin,

Merci pour la confiance accordée, et de me rappeler chaque jour que j'ai choisi le plus beau métier au monde.

A papa et maman,

Merci de me permettre de réciter le Serment d'Hippocrate, car il est incontestable que ma réussite découle de vous. J'ai grandi animée par votre force et confiante par votre amour. Nul doute que si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à la présence sécurisante de papa et les tupperwares incroyables de maman. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir comme parents.

A Dara,

Il paraît que l'on s'embête beaucoup moins avec une fratrie. Je ne te remercie pas pour tes innombrables idées sadiques que je ne citerai pas ici. Une chose est sûre, tu as toujours été un modèle de réussite pour moi, et si je suis médecin aujourd'hui j'ai conscience que c'est en grande partie grâce à toi. Merci pour m'avoir supportée durant notre longue colocation et surtout pendant mes 3 années de concours. Merci pour m'avoir faite rire lorsque ma thymie était basse. Tu seras toujours mon modèle de force et courage.

A Satya,

Le 23 septembre 2000, j'ai reçu le plus beau cadeau au monde. Il n'existe pas plus merveilleuse et plus pure âme que la tienne. Tu sais ô combien je t'admire et t'estime. Merci d'exister et de rappeler par ta simple présence comme la vie est belle.

A Louis,

Merci de m'aider à devenir une plus belle personne chaque jour, et de me rendre heureuse, depuis maintenant dix ans. Mon amour pour toi est infini. Il me tarde de découvrir ensemble ce que demain nous réserve.

Liste des abréviations

SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
COREQ	Critères Consolidés pour la Communication de la Recherche Qualitative
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
GEAP	Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
SAFE	Stage Ambulatoire Femme-Enfant
ESS	Participation à l'Enseignement transversal sur la Santé sexuelle
VAS	Participation à l'enseignement « Abord des particularités de la Vie Affective et Sexuelle de la femme au cours des âges »
SGF	Participation à l'enseignement « Abord et prise en charge de la Santé Génésique des Femmes »
CEGIDD	Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic
HPV	Virus du Papillome Humain
CCP	Consultation de Contraception et Prévention

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

SUJETS ET MÉTHODES

1. Type d'étude
2. Population et recrutement
3. Déroulement de l'entretien et structure
4. Méthode d'analyse
5. Présupposés de recherche

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon
2. Perception de l'adolescence et des consultations avec l'adolescent
 - 2.1. L'adolescent, un être en pleine métamorphose
 - 2.1.1. L'adolescence, une période de transition
 - 2.1.2. La recherche de liberté d'un mineur dépendant
 - 2.2. Une dynamique de consultation complexe
 - 2.2.1. Une consultation inconfortable
 - a) Un lien difficile à établir
 - b) La présence du tiers, un facteur limitant l'échange avec l'adolescent
 - c) Le parent omniprésent
 - d) Faire sortir le parent
 - e) Etablir une relation de confiance éphémère à partir d'une identification générationnelle
 - 2.2.2. Une consultation imprévisible
3. Echanger avec les adolescents sur la santé sexuelle, un défi pour les internes
 - 3.1. Les opportunités pour aborder la sexualité avec l'adolescent
 - 3.1.1. La vaccination Gardasil, une opportunité discutée
 - 3.1.2. La sexualité, souvent abordée à partir de sujets négatifs
 - 3.2. Promouvoir l'échange avec l'adolescent, les stratégies mises en place
 - 3.2.1. Créer un espace d'échange
 - 3.2.2. Recentrer la consultation sur l'adolescent
 - 3.2.3. L'utilisation d'outils de communication jugée intéressante avec les jeunes adultes
 - 3.3. Accepter de lâcher le contrôle
4. Un apprentissage à la communication progressif, basé sur l'expérience et les formations
 - 4.1. Le développement de la compétence communication principalement basé sur la pratique et l'expérience
 - 4.2. La théorie et les formations, des aides à la communication ne répondant pas à une règle universelle

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Les principaux résultats (Annexe 5 : modèle explicatif)**
- 2. Discussion et comparaison avec la littérature**
- 3. Forces et limites**
 - 3.1. Forces et limites liées au recrutement et à l'échantillonnage
 - 3.2. Forces et limites liées à la réalisation de l'entretien en focus group
 - 3.3. Limites d'une thèse seule
- 4. Conclusions et perspectives**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1. Annexe 1 : modèle explicatif**
- 2. Annexe 2 : Grille COREQ**
- 3. Annexe 3 : fiche d'information**
- 4. Annexe 4 : le formulaire de consentement**
- 5. Annexe 5 : le guide d'entretien**

RESUME

INTRODUCTION

L'interne acquiert des compétences professionnelles tout au long de sa formation. Parmi elles, la compétence relation, communication centrée patient est requise. La consultation avec l'adolescent est décrite comme complexe et sa réussite découle de la qualité du lien créé durant l'échange. L'objectif principal était d'explorer la perception des internes concernant le développement de leurs compétences en communication avec les adolescents lorsqu'ils interrogent la santé sexuelle. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins à l'apprentissage de cette compétence et les stratégies mises en place pour l'améliorer.

SUJET ET METHODES :

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée et respectant la grille COREQ. Un Focus Group a été mené incluant des internes en médecine générale en stage SASPAS. L'entretien a été enregistré vocalement puis anonymisé. L'analyse des données a été réalisée de manière inductive avec double lecture.

RESULTATS

Les internes s'estimaient peu à l'aise pour communiquer avec les adolescents. La consultation avec ces derniers était décrite particulièrement complexe en lien avec l'omniprésence du parent et l'absence de suivi. La proximité générationnelle et le rappel du cadre apparaissaient comme facteurs facilitant la relation de confiance. Les internes introduisaient la santé sexuelle à partir de sujets de prévention tels que l'exposition aux violences à travers les écrans ou la vaccination contre le papillomavirus. La plupart des internes trouvaient que la vaccination HPV contraignait à aborder la santé sexuelle prématurément.

CONCLUSION

L'interne et l'adolescent apparaissent comme deux êtres en plein développement qui se rencontrent au cours d'une consultation parfois unique dans l'année. Chacun s'adapte et continue d'ajuster ses stratégies en communication. La triade médecin-adolescent-parent est inévitable lorsque l'adolescent consulte. Travailler la présence du tiers semble intéressant afin d'améliorer la prise en charge des adolescents.

INTRODUCTION

Durant sa formation, l'interne acquiert des compétences professionnelles. Il s'agit notamment d'habilités acquises et mises en œuvre afin de remplir une mission attendue. Parmi elles, la compétence relation, communication approche centrée patient est requise. Elle est fondamentale à la qualité ainsi qu'à la sécurité des soins apportés au patient. Elle permet une meilleure compréhension par le médecin des besoins du patient et garantit une meilleure clarté de la situation pour celui-ci, favorisant une alliance thérapeutique optimale.

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a écrit un référentiel des attendus professionnels en 2013(1). Ces attendus sont développés à partir de familles de situations rencontrées dans la pratique clinique. Ainsi, « Accueillir et suivre un adolescent en intégrant une exploration somatique et psychique et une attitude permettant à la fois d'établir une relation de confiance, un rôle préventif et éducatif, et une place de coordinateur » fait partie des objectifs de formation. Il est souhaité que l'interne en médecine générale s'engage dans une relation structurée avec l'adolescent, en le considérant dans sa globalité somatique et psychique et en initiant une relation de soutien. L'interne prend en compte la présence du tiers accompagnant, et organise un temps d'échange sans ce dernier selon le besoin. Il applique les droits des mineurs concernant la confidentialité et le secret médical. Il adopte une attitude d'éducation et de prévention à la santé sexuelle.

En matière de santé sexuelle, il est attendu que l'interne ouvre le dialogue sur les questions de sexualité, d'identité et de normalité. Il repère et informe des risques liés à la sexualité tels que la transmission d'infections sexuellement transmissibles, les grossesses non désirées et les violences sexuelles qu'elles soient physiques ou psychiques.

Au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) d'Angers, l'apprentissage pratique se déroule pour les internes de phase socle durant le stage praticien de niveau 1, où ils sont mis en situation d'écouter et de soigner les adolescents. Ces situations sont reprises

lors des enseignements facultaires sous la forme de Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique (GEAP), dont certains sont thématiques sur le soin centré adolescent. Pendant la phase d'approfondissement qui dure deux ans, l'interne peut participer à un enseignement transversal facultatif concernant la Santé Sexuelle, ainsi qu'à huit enseignements obligatoires pendant le stage Femme-Enfant, qui pour certains sont en lien avec la santé sexuelle des adolescents. En tant que futur médecin généraliste, l'interne découvre en tant qu'acteur de soins primaires qu'il est l'un des seuls professionnels de soin primaire que l'adolescent va consulter dans l'année. Il a donc un rôle majeur dans la prévention et l'éducation des adolescents, notamment concernant leur santé sexuelle.

Le Haut Conseil de la santé publique a retenu la définition de Santé Sexuelle définie par l'OMS, il s'agit « d'un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence »(2).

Selon la littérature, les adolescents manquent de connaissances et d'informations sur la santé sexuelle (3)(4)(5)(6). Cette dernière serait peu abordée parmi les domaines de prévention, avec notamment les IST qui ne seraient évoquées que dans 3% des consultations de prévention chez l'adolescent.(7) Selon les observations de Philippe BINDER, médecin généraliste et Professeur Universitaire à la faculté de Poitiers, le médecin généraliste est fréquemment embarrassé durant une consultation avec un adolescent.(8) (9) (10) Les motifs de consultation ne sont pas toujours clairs et peuvent masquer d'autres attentes non abordées par manque de temps médical. La place du tiers est appréhendée, et se situer entre secret professionnel et droit parental à l'information n'est pas aisé (11). La thèse de LILLE Audrey, réalisée à Angers, montre que les internes éprouvent des difficultés à communiquer avec

l'adolescent principalement en lien avec leur propre éducation, leur disponibilité psychique et temporelle, la présence du tiers et les sujets tabous tels que la santé sexuelle.(12)

De nombreuses études ont été menées concernant la consultation avec l'adolescent en médecine générale, prenant en compte le vécu et les attentes des adolescents ainsi que le ressenti et les freins du médecin (13), (14), (15) . Cette consultation est décrite comme complexe et sa réussite découle de la qualité du lien créé durant l'échange. Concernant la communication à mettre en place pour questionner la santé sexuelle des adolescents, peu de travaux de recherche la décrivent.

L'objectif principal de ce travail de recherche est d'explorer la perception des internes concernant le développement de leurs compétences en communication avec les adolescents lorsqu'ils interrogent la santé sexuelle.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les freins à l'apprentissage de cette compétence et les stratégies mises en place pour l'améliorer.

SUJETS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée et respectant la grille COREQ. (annexe 2)

2. Population et recrutement

Cette enquête inclut des internes en médecine générale en stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) de la dernière année d'internat.

Les internes ont été rencontrés en présentiel à la fin de GEAP. Le projet de thèse a été présenté à cette occasion et une fiche d'information a été remise (annexe 3), permettant la réalisation d'un Focus Group. L'échange s'est fait sur la base du volontariat.

3. Déroulement de l'entretien et structure

Le Focus Group s'est déroulé sur le temps du midi dans une salle de cours de la Faculté de Médecine. Les participants étaient placés autour de tables disposées en rond afin de promouvoir le débat, chacun d'entre eux avait un numéro attribué pour permettre l'exploitation des données de manière anonyme. L'enregistrement audio s'est fait à l'aide de deux dictaphones. L'entretien a débuté après que chacun ait signé un formulaire de consentement (annexe 4). Le recueil des caractéristiques des participants a été réalisé selon le sexe, la réalisation d'un stage ambulatoire femme-enfant, la participation à l'enseignement transversal sur la santé sexuelle, et la participation aux enseignements intitulés « Abord des particularités de la vie affective et sexuelle de la femme au cours des âges » et « Abord et prise en charge de la santé génésique des femmes ».

L'échange a été animé par un modérateur, selon un guide d'entretien préalablement rédigé (annexe 5). La logistique a été réalisée par mes soins, comprenant l'enregistrement audio par

dictaphone et la retranscription intégrale et anonyme sur ordinateur. L'entretien a été arrêté à saturation des suggestions, celui-ci a duré environ cinquante minutes.

4. Méthode d'analyse

La totalité de l'échange a été retranscrit après écoute des enregistrements par dictaphone, à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Les propos ont été anonymisés selon les numéros attribués à chaque participant. L'ensemble de l'entretien forme le verbatim de l'étude. Celui-ci a été analysé progressivement de manière inductive. Une double lecture a été réalisée par la directrice de thèse permettant d'augmenter la validité des résultats.

5. Présupposés de recherche

Les présupposés de recherche ont été rédigés en fonction des données de la littérature et du vécu personnel. L'hypothèse principale était que l'interne se retrouverait en difficulté lors des consultations avec l'adolescent en lien avec une communication complexe et la présence du tiers. L'interne aurait du mal à établir un lien de confiance et apprendrait à communiquer avec ce patient pudique, de manière progressive, aidé par l'expérience personnelle tirée des stages. Il se sentirait de plus en plus à l'aise en fin d'internat et penserait que l'adolescent serait plus enclin à discuter sexualité avec un médecin plus jeune. Il percevrait sa progression en communication comme intuitive, et non comme le résultat de formations spécifiques. Cependant en fin d'internat il ne pourrait encore prétendre se sentir à l'aise pour communiquer sur la santé sexuelle avec l'adolescent en raison d'un manque de formation et d'un manque de pratique en lien avec un défaut de suivi de l'adolescent.

RÉSULTATS

1. Population de l'échantillon

Un focus group a été réalisé en février 2024, incluant 7 internes de médecine générale en stage SASPAS : 6 femmes et 1 homme. La moyenne d'âge était de 29 ans.

Trois d'entre eux avaient réalisé le stage ambulatoire femme-enfant (stage SAFE). Un seul avait participé à l'enseignement transversal sur la Santé Sexuelle. Durant le stage femme-enfant quatre participants avaient pris part à l'enseignement « Abord des particularités de la vie affective et sexuelle de la femme au cours des âges » et quatre d'entre eux avaient assisté à l'enseignement « Abord et prise en charge de la santé génésique des femmes ».

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

	Sexe	Âge	SAFE	ESS	VAS	SGF
M1	Fem me	32	Oui	Non	Oui	Oui
M2	Hom me	27	Non	Oui	Non	Oui
M3	Fem me	28	Non	Non	Non	Non
M4	Fem me	32	Oui	Non	Oui	Non
M5	Fem me	27	Non	Non	Non	Oui
M6	Fem me	29	Non	Non	Oui	Oui
M7	Fem me	28	Oui	Non	Oui	Non

M = médecin

Participation stage ambulatoire femme-enfant = SAFE

Participation à l'enseignement transversal sur la Santé sexuelle = ESS

Participation à l'enseignement « Abord des particularités de la vie affective et sexuelle de la femme au cours des âges » = VAS

Participation à l'enseignement « Abord et prise en charge de la santé génésique des femmes » = SGF

2. Perception de l'adolescence et des consultations avec l'adolescent

2.1. L'adolescent, un être en pleine métamorphose

2.1.1. L'adolescence, une période de transition

Les internes décrivaient l'adolescence comme une période intermédiaire et bouleversante entre l'enfance et l'âge adulte. « (...) *c'est une période de transition effectivement entre l'enfance et l'âge adulte, avec une période de bouleversements, de changements oui comme tu disais physique, psychologique et une découverte aussi de ses propres limites* » [M1]. La transformation interne et biologique était soulignée : « *Je pense qu'il y a aussi des variations biologiques hormonales...* » [M7]. Les internes témoignaient d'une découverte de soi tant sur le plan physique que psychique et social : « *Dans l'adolescence il y a peut-être souvent une question de la normalité, de qui on est, de son corps, en lien avec tous les changements physiques avec les parties sexuelles qui peuvent se développer, ce genre de choses...* » [M2]. Un changement de statut en lien avec une émancipation était constatée : « (...) *on devient peut-être aussi... avant on est un peu guidé par nos parents, on existe un peu à travers nos parents, notre éducation, c'est aussi toute cette époque d'émancipation. De « je » deviens une personne à part entière qui peut réfléchir par moi-même, qui peut agir par moi-même, c'est progressif cette émancipation de la famille.* » [M7].

2.1.2. La recherche de liberté d'un mineur dépendant

L'adolescence était décrite comme une période d'autonomisation maintenue par un lien de dépendance au parent. En effet, l'adolescent découvre sa place : « (...) *c'est une période de transition [...] et de la construction de sa personnalité... de trouver sa voie en fait dans le... même si on reste mineur et sous l'autorité parentale, je trouve quand même à l'adolescence cette découverte qu'on a aussi une voix... propre.* » [M3].

Il explore le détachement parental : « (...) souvent ils commencent à venir tous seuls, ils prennent leur indépendance et conscience qu'ils peuvent se détacher de leur parent. » [M2].

L'adolescent était décrit en apprentissage de ses limites, avec parfois des prises de risque, et s'interrogeait sur l'autorité parentale : « C'est une période où y'a pas mal de mise en danger dans la découverte des limites. Je trouve, avec où on apprend..., enfin y'a aussi beaucoup d'apprentissage des choses à faire ou à ne pas faire, et on teste beaucoup ce qu'on est capable, ce qu'on n'est pas capable, ce qu'on peut, ce qu'on a le droit, ce qu'on n'a pas le droit... et une période de conflit où on remet en cause l'autorité parentale dans le cadre de l'indépendance... et tout ça. » [M5].

Dans le cadre de la consultation médicale, il restait malgré tout décrit comme obéissant à prendre soin de lui, en acceptant la décision parentale de consulter. Celui-ci était cependant hésitant à se dévoiler.

Une interne rappelait la dépendance financière de l'adolescent à travers le cas d'une consultation spontanée sans le parent : « A la fin j'ai dit « Tu vas chercher maman pour qu'on règle » du coup il est allé chercher sa maman. ». [M5]

2.2. Une dynamique de consultation complexe

2.2.1. Une consultation inconfortable

a) Un lien difficile à établir

Le ressenti des internes concernant la consultation avec l'adolescent avait fait surgir en premier lieu la notion d'inconfort. En effet, les internes exprimaient qu'ils manquaient d'aisance communicationnelle avec cet interlocuteur singulier. L'attitude de l'adolescent était décrite comme un obstacle : « Je trouve que c'est effectivement... l'adolescent c'est un peu une personne qui est compliquée à approcher en consultation parce qu'ils sont très pudiques... »

[M6]. Les internes étaient d'accord pour exprimer que cela génère de la frustration, d'autant plus importante qu'ils ont envie d'aborder une multitude de sujets : « (...) *ces patients, enfin les patients qui sont un peu difficiles à appréhender, parce que parfois complètement mutiques et ça peut être un peu décontençant de se dire « Ben là je vais rien en tirer ». Alors qu'effectivement on a plein de choses à aborder, on a envie de faire plein de choses et en fait ça nous bloque.* » [M7].

L'une des internes avait exprimé que cette frustration était amplifiée par l'absence de suivi régulier : « *Je suis assez d'accord avec ça et c'est d'autant plus difficile dans le sens où c'est pas des patients qui reviennent en consultation. On peut pas leur dire « Bah ça on en parlera la prochaine fois » parce qu'il n'y aura pas forcément de prochaine fois* » [M5].

Les internes reconnaissaient avoir parfois l'impression de réaliser un monologue et d'assener de questions l'adolescent, ce qui s'apparentait à un choix de facilité : « (...) *comme on disait ils sont timides, pudiques, il ont pas forcément envie d'échanger avec nous... enfin j'ai l'impression que ça se transforme en interrogatoire un petit peu, à leur demander « est-ce que tu fais ça ? ou tu fais ça ? » (...)* » [M4],[M7].

b) La présence du tiers, un facteur limitant l'échange avec l'adolescent

Une des spécificités de la consultation avec l'adolescent est la présence du tiers, majoritairement celle du parent. La présence du parent était souvent considérée comme un frein au questionnement de l'adolescent, les internes jugeaient intéressant de voir l'adolescent seul : « (...) *le voir parfois seul, pour que le langage se libère un petit peu. Qu'il soit un peu plus à l'aise.* » [M6].

Concernant l'abord de la santé sexuelle, les internes trouvaient qu'ils ressentaient l'hésitation du parent à en parler, notamment pour expliquer l'intérêt du vaccin Gardasil : « (...) *les parents quand ils les amènent à cet âge-là je trouve que, enfin il y en a beaucoup ils sont pas du tout*

prêts à ce qu'on ait cette discussion là... ou ils ont pas envie eux-mêmes d'avoir cette discussion là tout de suite (...) » [M3].

Pour interroger la vie sexuelle et affective de l'adolescent, les internes étaient tous d'accord pour ne pas le faire en présence du parent : « *Je demande jamais devant les parents* » [M5], tous avaient hoché de la tête.

c) Le parent omniprésent

Si questionner l'adolescent seul concernant sa santé sexuelle semblait être une idée partagée, les internes notaient le parent comme un éventuel repère sécurisant pour ce dernier. L'adolescent cherche son soutien à travers son regard. Les internes avaient jugé important à ce moment de la consultation de soutenir qu'il existait en position de sujet : « *Ils se retournent... pour moi ils se retournent très souvent vers le parent qui est présent en consultation, et ouais... au moment de parler, même si on s'adresse à eux, en fait y'a quand même souvent un regard vers le parent. Et c'est là aussi que je trouve il faut leur montrer que... leur montrer que bah, on s'adresse à eux, et qu'ils ont aussi leur propre réponse !* » [M3].

d) Faire sortir le parent

Pour s'entretenir avec l'adolescent seuls, les internes, exprimaient leur gêne au moment de faire sortir le parent : « *Je trouve que ça fait aussi questionner « comment on fait sortir les parents » et moi c'est quelque chose que j'ai déjà dit plusieurs fois mais j'ai jamais eu autant de difficultés à faire sortir un parent que depuis... euh qu'en cabinet de médecine générale (...) et effectivement moi c'est des questions que je ne pourrais pas poser si y'avait le parent à côté. (...) » [M3].*

Certains s'interrogeaient lors de la première rencontre sur la possibilité de faire sortir le parent afin d'aborder la santé sexuelle avec son adolescent : « *Mais ouais, sur un temps de*

consultation, une première consultation : faire sortir le parent, aborder tout ça, je trouve que c'est un gros challenge et je sais pas si c'est vraiment réalisable. » [M3].

Un autre interne anticipait l'organisation de la prochaine consultation: *« Moi c'est vrai que sur les premières consultations j'ai beaucoup de mal aussi à faire sortir les parents, enfin après ça dépend... mais très souvent quand même y'a une prescription de vaccin et du coup de proposer au... de fixer un rendez-vous en fait pour revoir l'ado et de dire « donc là on a fait l'entretien tous ensemble, par contre la prochaine fois y'aura un temps seul » » [M1].*

Certains n'étaient pas dans une proposition systématique, mais plutôt spontanée : *« (...) sur une première consultation forcément... je vais pas forcément faire sortir les parents parce qu'ils sont là. Les temps de consultation bah c'est quand même limité. Par contre je dis aux parents et à l'enfant que j'aimerais bien le voir tout seul. » [M6].*

La majorité des internes admettaient faire tout de même sortir le parent sous forme d'une proposition : *« Moi ce que je fais c'est que je leur dis « je vous propose d'aller patienter en salle d'attente le temps que je l'examine ». » [M2].*

Ils approuvaient d'éviter de demander l'accord de l'adolescent : *« Je sais que si on pose la question directement à l'ado, en fait parfois il se retrouve un peu dans un conflit vis-à-vis du parent. Et du coup soit il ose pas dire non, soit... c'est un peu compliqué (...) » [M3].*

L'un d'eux s'interrogeait sur les limites du droit du médecin : *« (...) à l'inverse l'imposer, dire « moi j'aimerais bien » je ne sais pas à quel point on a le droit parce qu'ils sont quand même mineurs (...). » [M3].*

Parfois les internes ne proposaient pas au parent, l'initiative venant d'eux : *« Parfois y'a aussi la situation... c'est beaucoup plus rare mais où c'est le parent qui propose d'emblée « peut-être que tu seras plus à l'aise si je sors » et là je trouve ça très aidant. » [M3].*

e) Etablir une relation de confiance éphémère à partir d'une identification générationnelle

Les jeunes médecins avaient insisté sur la relation de confiance, importante à établir avec chaque patient et d'autant plus complexe à mettre en place avec l'adolescent. Certains internes avaient évoqué l'embarras de leur place en rapport avec leur intervention courte dans la vie du patient : « (...) *on est que des internes qui sont là que 6 mois et donc d'où l'intérêt de la relation de confiance avec le médecin généraliste.* » [M4]. La relation établie entre l'adolescent et son médecin traitant était perçue comme privilégiée, permettant un échange plus riche qu'entre l'interne et l'adolescent qui ne se rencontrent généralement qu'une fois durant le stage : « *Il le suit depuis le début. Je trouve ça plus difficile de réussir à créer cette relation en tant qu'interne justement en « one shot ».* » [M4].

Cependant l'une d'eux soulignait la proximité générationnelle avec l'adolescent pouvant faire naître des repères similaires: « *Après je dirai que l'avantage un peu qu'on a c'est qu'on est jeunes. Et que parfois, quand bien même on n'est pas leur ami, et bien ça peut casser un peu le truc de... bah je crois qu'on n'a pas l'air si adulte...* » [M7].

L'interne avait ajouté que la relation allait au-delà du médical : « *Et du coup ça peut matcher aussi dans la relation qu'est pas seulement la relation médicale, qu'est juste en fait un espace d'échange.* » [M7].

Les échanges avec l'interne étaient plus faciles quand l'adolescent repérait son impossibilité à discuter avec son médecin de famille: « (...) *souvent les ados ils ont peur de parler par exemple sexualité avec leur médecin traitant qui les a suivis depuis qu'ils sont petits. Et la place des internes là-dessus, enfin je dis pas qu'on y arrive tout le temps, mais en tout cas la parole est peut-être un peu plus libérée qu'avec le médecin traitant avec qui ils envisagent pas d'avoir ce genre de conversation par exemple.* » [M1].

2.2.2. Une consultation imprévisible

La consultation avec l'adolescent était décrite imprévisible de part des personnalités très variées et immodérées. La plupart étaient caractérisés flegmatiques et pudiques : « (...) *beaucoup d'extrême, soit des gens assez nonchalants (...) qui soit ont pas forcément envie d'être là et qui sont là parce qu'ils sont venus, parce qu'ils sont obligés et qui vont pas tout délivrer. Ils sont assez pudiques. (...)* » [M5]. De manière plus étonnante, certains adolescents étaient au contraire décrits à l'aise.

La capacité de l'adolescent à parler n'était pas forcément associée à l'âge : « *Je pense que finalement c'est pas une question d'âge c'est une question d'éducation et d'où en est l'enfant ? Parce que parfois l'inverse c'est très facile... comme quelqu'un de 12 ans ça fait un peu jeune ils en parlent pas spontanément mais il paraît disposé à discuter de pas forcément sexualité mais de copains, copines, de son corps de chose comme ça. Et à l'inverse y'a des gamins de 17 ans qui sont pas du tout capable, sont pas du tout là-dedans, sont complètement gênés (...)* » [M5].

3. Echanger avec les adolescents sur la santé sexuelle, un défi pour les internes

3.1. Les opportunités pour aborder la sexualité avec l'adolescent

3.1.1. La vaccination Gardasil, une opportunité discutée

Pour aborder la sexualité, les internes expliquaient se saisir de sujets opportuns, c'est-à-dire des sujets qui venaient au cours de l'échange et qui permettaient d'interroger progressivement la santé sexuelle, telle que la contraception chez la femme : « (...) *on peut parler de si y a déjà eu des rapports, plus ou moins des différentes contraceptions... notamment chez la femme où là souvent ça peut être un motif, même de base pour amener la santé sexuelle en consultation.* » [M2].

La prévention vaccinale était aussi retenue comme un sujet intéressant pour aborder la santé sexuelle : *« Je trouve aussi que la vaccination gardasil, le fait en plus que ce soit élargi aux garçons maintenant c'est une bonne prise pour aborder ça en consultation en fait... de commencer à parler du vaccin, à quoi ça sert. »* [M1].

Cependant, certains internes ne partageaient pas la prévention vaccinale comme un sujet judicieux, car ils se trouvaient embarrassés en lien avec un vaccin introduisant la notion de sexualité prématurément : *« (...) je trouve que le gardasil à 11 ans c'est vachement difficilement d'approcher la sexua..., de questionner et d'apporter l'information. Le nombre de fois où en fait je me trouve devant un enfant qu'est en sixième, qui a jamais eu de copain copine, qu'a parfois même pas encore ses règles pour les filles, qu'a pas une puberté... même pas démarré ou au tout début. »* [M7], [M3].

Une interne expliquait s'adapter à son interlocuteur, notamment en évitant de détailler l'intérêt du vaccin, et en se référant au parent : *« (...) euh, j'avoue que parfois j'en dis un peu trop rien. Je demande aux parents si ils savent ce que c'est ou quoi, je demande à l'enfant s'ils en ont parlé avec le parent, et je m'étaie pas trop sur les détails du vaccin, parce que je trouve que c'est difficile à cet âge-là... ils sont jeunes quoi. »* [M7].

La place éducative du parent était soulignée comme limitant les tabous : *« Après c'est vrai que ça dépend beaucoup des personnes parce qu'il y a des parents qui vont déjà avoir discuté un peu de ça avec les enfants... et le contact au final se fait très bien, enfin ils ont pas forcément beaucoup de tabous sur ce sujet-là (...) »* [M6].

3.1.2. La sexualité, souvent abordée à partir de sujets négatifs

Certains participants admettaient aborder la santé sexuelle à partir de sujets à connotation négative tels que la violence. Celle-ci était interrogée à partir de l'exposition aux écrans, dans une anamnèse globale : *« Moi ce que j'aime bien faire c'est à la consultation des vaccins 11*

ou 12 ans, en général je fais un petit point global et je leur demande comment ça se passe à l'école. Souvent ils sont en 6^{ème}, 5^{ème}. Je leur demande s'ils ont un smartphone et souvent je leur demande s'ils ont été exposés à des images de violence. » [M4].

La pornographie était questionnée dans ce contexte. L'un des participant avouait n'avoir jamais interrogé la pornographie auparavant jusqu'à ce qu'il se trouve face à un cas qui lui avait fait revoir ses méthodes, dénonçant l'accès libre à internet et les dangers de la pornographie : *« (...) je le faisais pas du tout systématiquement avant, jusqu'à ce que en hospit' en pédiatrie, on ait un jeune qui vienne parce qu'il avait des idées suicidaires parce qu'il était addict au porno et il avait 15 ans. » [M5].*

Cependant, l'abord de ce sujet tabou n'était pas réalisé par la totalité des participants : *« Franchement honnêtement je crois que j'ai jamais posé la question. Non mais sincèrement hein. Je demande : alcool, tabac, s'ils ont des relations... mais alors le porno j'y ai jamais pensé quoi ! Bah du coup j'y penserai. » [M7].*

L'absence d'information était décrite dangereuse, et les internes insistaient sur l'importance de protéger l'adolescent par le savoir : *« (...) après y'en a beaucoup qui vont chercher par eux-mêmes et qui pour le coup, quelqu'un qui par exemple cherche par lui-même quelque chose, il tombe pas sur les bons sites, il tombe pas sur les bonnes choses et donc je trouve ça pas mal de... d'essayer de l'aborder, alors ça dépend des consultations, ça dépend du temps qu'on a, de l'envie qu'on a d'y mettre et tout ça mais... d'essayer d'aborder pour donner des clés pour que, si un jour ils ont des questions à se poser ils aillent chercher au bon endroit et pas n'importe où. » [M5].*

Concernant le sujet de la vaccination Gardasil, une interne indiquait que cela contraignait à parler des infections sexuellement transmissibles, approche qu'elle remettait en question : *« (...) on accroche la sexualité via les IST, ce qui n'est pas forcément le meilleur... voilà la meilleure approche (...) » [M1].*

La sexualité était par ailleurs considérée dans un questionnaire des conduites à risque : *« Moi souvent c'est quand je leur demande les trucs de dépistages, enfin est-ce qu'ils consomment de l'alcool, du tabac, quand je leur demande comment ça se passe à l'école, souvent j'aborde est-ce qu'ils ont des amis, un copain, une copine. Est-ce qu'ils ont déjà eu des relations. »* [M2]

3.2. Promouvoir l'échange avec l'adolescent, les stratégies mises en place

3.2.1. Créer un espace d'échange

L'adolescent était considéré comme difficile d'accès, l'échange avec celui-ci s'avérait être un réel obstacle. Pour un soin optimal, les internes priorisaient l'aisance de l'adolescent à leur intérêt propre en créant un environnement bienveillant par le respect de leur volonté, et en accueillant le questionnement sexuel : *« Je trouve que c'est important pour les enfants, enfin, les ados mutiques de leur dire « Je comprends que t'aies pas envie de parler de ça aujourd'hui, je te rappelle juste que t'es au bon endroit, que si t'as envie de venir et d'en discuter c'est possible (...)» »* [M1],[M2].

Un des points importants mis en avant par les participants était la mise en confiance en posant un cadre, notamment en rappelant le secret professionnel, la notion de secret médical n'étant pas toujours bien connue des adolescents : *« C'est d'autant plus important que je suis pas sûre qu'à 12 ans, aussi jeunes, ils savent ce que c'est le secret professionnel et tout ça, je suis pas sûre qu'ils y soient sensibilisés alors que chez l'adulte c'est évident. »* [M7].

Les participants préconisaient une attitude non jugeante afin de détacher les adolescents de la figure autoritaire du médecin : *« (...) souvent ils se font une représentation du médecin qu'incarne un peu la figure d'autorité comme les parents, finalement, et de les voir seuls en consultation, de prendre le temps de leur proposer de se revoir aussi, euh c'est justement de*

montrer que même dans l'approche, de pas avoir une attitude jugeante en fait, sur les comportements à risque par exemple. » [M1].

Le médecin prenait une place de conseiller dans la relation de confiance : *« Mais de montrer qu'on est là pour faire de la prévention finalement, hum je trouve que ça change le rapport effectivement et ils ne voient plus le médecin comme un adulte qui va juste les juger ou en tout cas être là pour leur donner les choses à faire et la relation s'inscrit plutôt comme ça. » [M1].*

3.2.2. Recentrer la consultation sur l'adolescent

Les internes jugeaient important de se focaliser sur l'adolescent en consultation, et de ne pas mettre de freins à leur échange en lien avec la présence du parent : *« (...) moi je fais littéralement une consultation seule au jeune. J'en parle au parent, j'en parle à l'enfant et je dis que si jamais il en ressent le besoin je peux le voir seul et on peut discuter de tout et de rien. » [M6].*

Afin de protéger les adolescents en recherche d'information, des sites internet inappropriés, une interne privilégiait l'information à l'adolescent au risque de surprendre les parents : *« (...) avant qu'ils tombent sur des choses pas appropriées pour leur âge pour le coup, je trouve que c'est mieux de leur en parler même si ça peut en choquer certains parents. » [M5].* Celle-ci relevait la crainte, à tort, des parents à faire naître des idées sexuelles aux adolescents: *« Y'a beaucoup de parents qui veulent pas en parler à l'école parce que eux ils ont peur que ça fasse que leur enfant ait des rapports sexuels tôt. Et apparemment plus on en parle, plus ils l'ont tard leur premier rapport sexuel. » [M5].*

3.2.3. L'utilisation d'outils de communication jugée intéressante avec les jeunes adultes

Les internes avaient connaissance des différents supports de communication: « *Y'a des sites internet effectivement, alors j'ai plus le nom mais euh... je crois que c'est « sexe et ados »... je sais plus si c'est ça mais euh bref, je pense qu'en cherchant je retrouverai mais c'est des mini vidéos sur effectivement l'amour, la sexualité et qui s'adresse aux ados à partir de 12 ans effectivement.* » [M1], [M5].

Concernant ces supports, les intervenants tiraient des souvenirs de leur propre adolescence et notait que l'accompagnement variait selon l'âge : « *(...) alors peut être que à 5 ans et 12 ans on l'apprend pas pareil et on le lit pas tout seul alors qu'à un certain âge on peut le lire tout seul. Et quand nous on était jeune y'avait le « guide du zizi sexuel », non mais le truc de Titeuf, et on l'avait assez tôt pour le coup !* » [M5].

Cependant lorsque l'animatrice interrogeait les internes concernant les conseils de livres, ceux-ci exprimaient l'avoir peu fait : « *C'est quelque chose que j'ai pas encore souvent conseillé mais que j'ai du conseiller oui une ou deux fois* » [M5].

Les internes notaient que l'intérêt porté par l'adolescent dépendait surtout de sa motivation, ils insistaient sur l'analyse de la sollicitation : « *(...) alors après je pense que ça dépend vraiment aussi de l'ado en face de nous en fait... quelle est sa demande ? Est-ce que... y'en a à qui on va proposer des lectures, des sites internet, si ça vient pas d'eux en fait ils vont pas forcément s'en saisir quoi.* » [M1]

3.3. Accepter de lâcher le contrôle

Finalement, après avoir débattu sur leurs stratégies pour améliorer l'échange avec l'adolescent, les internes avaient mis en avant l'importance de ne pas vouloir à tout prix contrôler la consultation, dans l'intérêt de l'alliance thérapeutique mais aussi pour se préserver soi-même. En effet, les internes rapportaient chacun avoir régulièrement un sentiment d'échec lors des consultations avec l'adolescent, mais apprenaient à relativiser : « *(...) en me disant*

que bah peut-être finalement c'était pas le lieu, il avait peut-être pas envie d'en discuter avec moi et accepter que à partir du moment où il a les infos en fait c'est le plus important finalement. » [M1].

Certains avaient réagi concernant la nécessité d'ajustement face au comportement de l'adolescent : *« Au début c'est très frustrant, voire même vexant, et finalement voilà faut aussi changer... Trouver finalement la bonne accroche et c'est là que je trouve que c'est très satisfaisant. Une fois qu'on a réussi. » [M3].*

4. Un apprentissage à la communication progressif, basé sur l'expérience et les formations

4.1. Le développement de la compétence communication principalement basé sur la pratique et l'expérience

Lorsque le processus d'apprentissage de la communication était interrogée, les internes mettaient l'expérience en avant : *« (...) avec l'expérience qu'on peut en avoir au cours des stages, je pense que oui si j'étais pas passé en stage en pédiatrie euh... ça aurait pas évolué de la même façon, enfin c'est sûr. » [M3].*

Les participants expliquaient l'évolution de la compétence en lien avec l'observation de leurs maîtres de stage, en adaptant leur façon de communiquer avec ce qu'ils jugeaient intéressant de retenir pour leur pratique. : *« Je pense qu'on apprend beaucoup de nos maitres de stage. Dans le bon comme dans le mauvais. C'est-à-dire que finalement on repère des façons d'amener la communication qui nous paraissent bien, d'autre où on se dit « je ferai pas du tout comme ça » et en fait justement on construit sa propre façon de communiquer avec les ados. » [M1].*

Les stages étaient mis en avant, permettant notamment un apprentissage par exposition répétée à des situations complexes, comme les consultations de santé sexuelle : *« J'étais*

passée au Cegidd, à Angers. Donc d'être déjà dans un cadre où les adolescents, les jeunes adultes, viennent de base pour parler santé sexuelle on sait que ça va être ça donc ça permet de le faire hyper facilement, et de prendre le pli. Et en fait, au fur et à mesure, d'en parler avec des gens qui viennent exprès pour ça donc on sait qu'on va en parler, et que ça va être facile euh... ça permet d'aborder vachement plus facilement en dehors, enfin quand ils ne viennent pas pour ça puisque c'est une habitude qu'on a pris.» [M5], [M2], [M1].

Certains internes évoquaient un apprentissage en essayant certaines méthodes, notamment celle de communiquer de la même manière que l'interlocuteur en face : *« En fait c'était une ado qui était très opposante à son arrivée. (...) Et en fait il y a eu un moment où elle m'a répondu mais vraiment de façon très sèchement que en gros : pourquoi je lui posais cette question là parce que je savais très bien la réponse ? Et en fait je lui ai répondu en lui disant « Ah non mais par contre », enfin j'ai été un peu plus ferme en fait et je lui ai dit « Oui je connais la réponse enfin je connais une partie de la réponse mais je ne connais pas tout. ». Je lui ai répondu un peu plus sèchement, en fait comme elle elle s'adresse aussi à d'autres, et je lui ai renvoyé ce que elle elle me faisait ressentir et en fait après elle a compris que... voilà c'était pas contre elle que je posais ces questions-là. » [M3].*

4.2. La théorie et les formations, des aides à la communication ne répondant pas à une règle universelle

Les internes trouvaient un réel intérêt des formations en lien avec les échanges entre pairs, les groupes d'échange analyse et pratique (GEAP) étaient perçus comme une méthode pédagogique intéressante pour développer la compétence communication avec l'adolescent : *« C'est aussi des sujets je pense qui sont assez abordés finalement en GEAP quand on doit ramener des situations. C'est assez fréquent que ça parle du contact avec l'adolescent. Puisqu'en fait c'est une problématique, c'est un des questionnements qui nous revient*

beaucoup. Et du coup je trouve que c'est hyper intéressant d'en discuter aussi, de voir ce que font les autres ce qui a été fait, ce qu'on peut leur proposer, qu'est-ce qu'on peut poser etc quoi... C'est un bon apprentissage aussi. » [M1].

Certains se documentaient par eux même pour développer la compétence communication avec un appui théorique : *« (...) j'avais fait des recherches un petit peu, pour savoir un peu comment aborder les adolescents. Comment entrer un peu dans le vif du sujet avec eux (...) enfin voilà du coup ça m'a aidée un peu pour la suite... pour le stage prat', pour le stage SASPAS mais aussi pour la pédiatrie de savoir un peu comment faire et quoi leur dire aussi pour les rassurer, pour leur dire qu'on était là pour eux. » [M6].*

Certains avaient extrapolé des techniques apprises lors de jeux de simulation, pour accueillir le patient: *« (...) en centre de planif, où c'était des jeux de rôle sur la technique bercée en fait, sur l'entretien pour amener la prescription d'une contraception.» [M1].*

Finalement, les internes insistaient sur le développement spontané de la communication respectif à chacun, en fonction de l'environnement dans lequel chaque médecin évolue, ses situations rencontrées, et de son entité propre : *« Moi je trouve que c'est vraiment partagé entre à la fois y'a une partie : c'est la personnalité de chacun qui fait notre expérience personnelle qui fait que... et même, nos capacités de communication etc... qui sont propres et qui évoluent de manière propre. A la fois il y a ça qui change et à la fois y'a aussi tout ce qu'on a pu observer ouais, des maitres stages , des différents praticiens, des infirmières en hospitalisation, des... euh donc ouais c'est vraiment mixte entre une part qui se construit, vraiment nous même avec notre personnalité, et l'autre qu'on apprend en voyant faire aussi. » [M3], [M7], [M2].*

Les internes n'y voyaient pas de règle universelle, l'adaptation s'avérait centrale pour communiquer: *« (...) la théorie elle aide à réfléchir mais je trouve qu'en fait c'est la spontanéité aussi qui fait qu'on évolue, et juste on ne rentre pas dans un cadre où il faut poser cette*

question à tout prix etc, où ça rend l'échange finalement moins naturel et où finalement on va moins s'adapter au jeune qu'on a en face. (...) je trouve qu'il y a vraiment une nécessité d'adaptation à l'enfant où finalement la théorie je suis pas sûre qu'elle ait un impact qu'est incroyable quoi. » [M7].

Les internes rappelaient que si la façon de communiquer ne suivait pas de règle, elle n'était par ailleurs pas fixée : « (...) c'est une construction qui se fait petit à petit et c'est pas euh... et elle va évoluer au fil du temps, c'est-à-dire que là on n'a pas le même positionnement en tant qu'interne qu'on aura en tant que remplaçant, qu'on aura en tant que médecin, et on aura pas le même positionnement à trente ans qu'à cinquante ans. Donc je pense que c'est une évolution continue en fait et on apprend... en fait on apprend des ados aussi qu'on a en face de nous. » [M1].

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Les principaux résultats (Annexe 5 : modèle explicatif)

La plupart des internes estimaient se sentir peu à l'aise pour communiquer avec les adolescents sur leur santé sexuelle, car la rencontre était décrite comme inconfortable, fugace et imprévisible.

L'adolescent était décrit comme un être en pleine métamorphose, en quête de liberté, qui se dévoile difficilement en lien avec une personnalité majoritairement pudique.

La consultation avec l'adolescent était décrite comme complexe en relation avec l'omniprésence du parent. Ils étaient d'accord pour ne pas questionner la sexualité de l'adolescent en présence de ce dernier, mais éprouvaient des difficultés à le faire sortir de la consultation.

L'absence de suivi était un frein pour établir une relation de confiance. Cette dernière était cependant facilitée par une proximité générationnelle.

Les internes introduisaient la santé sexuelle à partir de sujets de prévention tels que l'exposition aux violences à travers les écrans ou la vaccination contre le papillomavirus.

La plupart des internes trouvaient que la vaccination HPV contraignait à aborder la santé sexuelle prématurément.

Rappeler le cadre professionnel était une notion importante pour les internes puisque cela permettait de mettre l'adolescent en confiance. Les internes remarquaient que ce dernier ne semblait pas avoir une idée claire de la notion de secret médical.

Les internes étaient d'accord pour dire qu'il n'existait pas de recette universelle pour communiquer avec l'adolescent, et insistaient sur la notion centrale d'adaptation durant cette rencontre, guidée par l'expérience.

2. Discussion et comparaison avec la littérature

La présence du parent était nommée par les internes comme un frein au questionnement. Une partie du débat concernait la façon dont on pouvait faire sortir le parent de la consultation, et certains internes exprimaient une anxiété à l'idée de le faire. Cependant l'omniprésence du parent ne pourrait-elle pas s'avérer être une aide pour communiquer avec l'adolescent ? Selon Marianne CAFLISCH, médecin pédiatre, la présence du parent ne doit pas être perçue comme une gêne pour communiquer avec l'adolescent (16). En effet, elle souligne la richesse de l'entretien avec le parent permettant d'obtenir de nombreuses informations concernant l'adolescent, ainsi qu'un aperçu de la dynamique familiale, mais favorisant aussi l'autonomisation de l'adolescent en assimilant des données de son histoire. Elle précise aussi que certains adolescents sont amenés en consultation par leur parent inquiet. Il est dans ces moments important de donner la parole à chacun pour comprendre la demande de la consultation, soutenant un échange entre le parent et l'adolescent.

Une thèse de médecine générale réalisée en 2019 par Mmes de MADRE et BLANCHET, met en lumière le point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste (17) . Dans les entretiens les parents soulignent leur présence comme un soutien à leur adolescent afin de communiquer avec le médecin puisque les échanges ne sont pas toujours évidents avec le soignant. Certains parents argumentaient l'intérêt de leur présence en lien avec l'immaturité de l'adolescent qui pouvait être dans l'incapacité de retranscrire ce qu'il s'était dit en consultation ou pouvait cacher des propositions thérapeutiques qui allaient contre leur souhait, comme un arrêt de sport. Finalement derrière ce besoin d'être présent pour son adolescent, était retrouvé une inquiétude parentale qui demandait à être rassurée par le médecin lui-même. Certains parents avaient avoué se sentir mis à l'écart lorsqu'on leur proposait de sortir. Cette première consultation d'un adolescent

sans parent pourrait se suggérer en amont, mettant en acte les prémices d'une séparation sereine.

La triade médecin-adolescent-parent relève d'une dynamique complexe où chacun apporte des données essentielles dans l'intérêt de l'adolescent afin de l'accompagner dans son processus d'autonomisation (18) .

Qu'en est-il de l'avis de l'adolescent sur la présence du parent en consultation de médecine générale ?

Une interne avait souligné qu'au moment où elle s'adressait à l'adolescent il y avait souvent un regard tourné vers son parent. Plusieurs possibilités d'interprétations sont possibles comme un embarras à répondre à côté ou la recherche du repère sécurisant.

Virginie RENEE a réalisé une thèse de médecine générale en 2014 concernant le point de vue des adolescents sur la consultation (19). Sa méthode quantitative descriptive mettait en évidence une préférence à consulter seuls pour 55% des adolescents lors d'une consultation abordant la sexualité et la contraception. Concernant les adolescents qui préféraient bénéficier de la présence du parent, la plupart n'avait pas donné de raison à ce choix et les autres disaient souhaiter pouvoir en reparler avec le parent ou ne rien leur cacher. 32% des adolescents considéraient qu'être seul ou accompagné était sans importance. Selon la thèse plus récente de Mmes PICHON et UBRUN, la présence du proche était considérée comme réconfortante et utile puisque le parent pouvait compléter les informations demandées par le médecin (20). Les adolescents exprimaient cependant préférer avoir un temps sans leur parent, et souhaitaient que le médecin traitant prenne la responsabilité de le faire.

Les internes étaient d'accord pour ne pas demander l'avis de l'adolescent concernant la sortie du parent de la consultation afin de ne pas l'embarrasser dans un conflit de loyauté. La

littérature est en faveur de cette réflexion (10). Dans la revue médicale Suisse, Mariane Carflisch exprime « Il est évident que le cadre de la consultation doit être posé par le médecin, car demander au jeune s'il désire ou non lors de la consultation la présence de ses parents risque de le mettre dans un conflit de loyauté. ». De plus, cela renforcerait une posture narcissique. L'idée est reprise par le Collège de Médecine Générale en 2021 et ajoute que l'adolescent craint une interprétation de rejet par son parent (20). Il semble y avoir un consensus concernant la décision du médecin de faire sortir le parent de consultation sans requérir l'accord de l'adolescent. Pourtant, selon l'article L. 1111-4 al 6 du Code de la santé publique, « le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision » (21). Il n'existe à ce jour pas de source en faveur du questionnement à adresser à l'adolescent pour faire sortir son parent. Peut-être que l'invitation à quitter la consultation est à formuler par le médecin au parent ?

La littérature met en avant la consultation avec l'adolescent comme complexe. Cette dernière est complexe puisque imprévisible en lien avec les personnalités variées des adolescents, inconfortable puisqu'elle provoque des émotions de gêne chez le médecin face à ce patient pudique, et fugace car il s'agit d'une population qui consulte peu. Pour ces trois raisons la relation de confiance est difficile à établir.

Afin d'orienter la consultation médicale en un espace d'échange, les internes mettent en place des stratégies dont celle de la posture transférentielle, exploitée à partir de l'atout de proximité générationnelle afin de mettre l'interlocuteur en confiance.

La notion d'aisance de l'adolescent avec un médecin qu'il qualifie de jeune est nommée dans la thèse de FABRE Léa en 2024 intitulée « La prévention en consultation de médecine générale : vécu des adolescents » (15). Ils ont déclaré avoir plus de facilité à aborder les sujets sensibles, comme la sexualité, avec un médecin jeune et expriment la crainte du jugement d'un médecin

plus âgé. Devant l'enjeu relationnel l'interne met en place un lien transférentiel. Ce lien est décrit par le psychanalyste Freud comme le processus de transfert d'un sentiment, d'une émotion ou d'une relation vécue dans le passé sur une autre personne ou situation présente. Durant le Focus Group, les internes ont souligné que la proximité générationnelle est un moyen pour l'adolescent d'y trouver des repères similaires et un langage générationnel commun. Les internes s'adaptent dans leur langage et attitude corporelle pour gagner leur confiance voire d'attiser leur sympathie, ce processus peut être en partie inconscient au risque d'être interprété par l'adolescent comme la naissance d'une relation amicale. Dr Maïté-Safi VODOUNNOU met en garde contre la notion de posture transférentielle qui peut basculer dans une relation affective entre le médecin et l'adulte en devenir, fréquemment à l'origine de burn-out chez les médecins généralistes (22).

Les internes ont amené la vaccination Gardasil comme une opportunité à saisir pour discuter de santé sexuelle. Cependant ils ont exprimé que la vaccination HPV était proposée précocement dans le schéma vaccinal, or en parler à des jeunes de 11 ans était qualifié d'embarrassant. En l'associant à la vaccination dTPca les pouvoirs publics ont souhaité le banaliser en mettant à distance les questions abordant la sexualité. Cependant une étude « Vaccination papillomavirus : utile aussi chez les hommes jeunes » rappelle que l'adolescent et le parent ont besoin de comprendre l'utilité de l'acte vaccinal afin d'y adhérer, d'autant plus que ce vaccin est laissé au choix des patients puisque non obligatoire (23). Cette stratégie visant à ne pas s'attarder sur l'information liée au vaccin semble assez surprenante puisque le rôle du médecin généraliste est de réaliser la prévention et de communiquer les données de la science actuelle afin que les adolescents et leurs parents puissent faire un choix éclairé concernant l'acte vaccinal. La santé sexuelle a bénéficié d'une feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024 par le Ministère des Solidarités et de la Santé évoquant

une transformation de la consultation longue de prévention sexuelle (CCP) en une consultation globale « santé sexuelle » pour tous les mineurs y compris avant 15 ans (24). Cependant il n'existe pas encore de cotation concernant cette consultation globale santé sexuelle.

Hormis la vaccination, les internes ont souligné l'importance de questionner l'exposition aux écrans comme opportunité pour questionner la santé sexuelle. Internet et les réseaux sociaux sont très largement employés par les adolescents pour trouver une réponse à leurs interrogations. La Stratégie nationale de Santé Sexuelle a pris en compte cet aspect de la génération en soutenant et promouvant les nouveaux outils éducatifs numériques comme le site « onsexprime.fr ». Ces outils de communication proposent des textes ainsi que des vidéos à visée informative et préventive. Les médecins peuvent s'en saisir comme support aux échanges.

3. Forces et limites

3.1. Forces et limites liées au recrutement et à l'échantillonnage

Un seul Focus Group a été réalisé comportant 7 internes en stage SASPAS, entraînant un biais de participation. Par ailleurs, un seul participant homme était présent. Un deuxième Focus Group était prévu mais n'a pu aboutir par manque de participants.

Les participants ont participé sur la base du volontariat. Il existe un biais de sélection car ils étaient probablement particulièrement intéressés par ce sujet.

Le recrutement a été réalisé par un envoi de mails et un démarchage auprès des internes de GEAP présents sur les journées de disponibilité commune de l'investigatrice et l'animatrice. Il aurait été intéressant de démarcher la totalité des internes en SASPAS afin d'augmenter l'échantillon, ou de procéder à des entretiens individuels semi-dirigés afin d'enrichir le recueil des données.

3.2. Forces et limites liées à la réalisation de l'entretien en focus group

Il n'y a pas eu d'évolutivité du guide d'entretien puisqu'il n'y a eu qu'un seul focus group de réalisé.

Une animatrice expérimentée externe à l'étude a guidé l'entretien, et a adapté le questionnements aux idées développées, assurant la neutralité et la fiabilité de celui-ci.

Il a pu exister un biais de désirabilité sociale dans cet entretien collectif. En effet, il est probable que certains participants aient acquiescé à certaines idées qu'ils n'auraient pas pensé spontanément ou parce qu'ils n'osaient pas contredire une idée divergente.

Cependant le focus group a permis un échange constructif et dynamique entre les internes, les idées ont fusées dans l'accord ou l'opposition permettant une richesse du débat. La totalité des internes présents a participé à tour de rôle de manière régulière.

3.3. Limites d'une thèse seule

La réalisation de cette thèse sans co-thésard est un biais d'interprétation puisqu'il n'y a pas eu de double lecture et double codage des entretiens. Cependant un échange qualitatif avec la directrice de thèse a permis de faire émerger différentes idées et d'augmenter la validité scientifique.

4. Conclusions et perspectives

Cette étude a permis d'explorer la perception des internes de médecine générale concernant la consultation avec l'adolescent. L'interne et l'adolescent apparaissent comme deux êtres en plein développement qui se rencontrent au cours d'une consultation parfois unique dans l'année. L'adolescent, adulte en devenir, est en métamorphose, tandis que l'interne encore

jeune médecin, développe ses compétences en communication par la théorie et son expérience propre auprès des patients. Les internes se décrivent peu confortables et peuvent se sentir en situation d'échec avec ce patient décrit comme étrange. Finalement internes et adolescents font preuve d'une grande capacité d'adaptation, encore en cours d'apprentissage puisque de nombreuses réflexions et stratégies d'ajustement se mettent en place. L'interne se documente sur son patient, s'essaie à des techniques de communication, met en confiance et répète la rencontre. Il se saisit d'opportunités à partir de sujets d'actualité et des centres d'intérêt de l'adolescent. La présence du tiers parentale est décrite comme une difficulté par les internes, restreignant le contenu des échanges avec l'adolescent, notamment sur la vie affective et sexuelle de celui-ci. Si les jeunes médecins ont en tête de faire sortir le parent pour avoir un temps seul avec l'adolescent, il serait intéressant de travailler à l'intérêt de la présence du tiers et aux craintes et interrogations par celui-ci devant son adolescent.

Ce travail de recherche a contribué à dégager plusieurs pistes de réflexion pour améliorer l'aisance des médecins en consultation avec l'adolescent afin d'optimiser la prise en charge de ce dernier, notamment sur la santé sexuelle.

Le rappel du cadre professionnel semble essentiel. En effet ces jeunes patients n'ont pas toujours notion du secret médical et le rappel du cadre permet de les mettre en confiance.

La consultation médicale courte et rare de l'adolescent, ne peut permettre à elle seule la création d'une relation de confiance avec son soignant. Répéter la consultation, anticiper les prochaines en expliquant le déroulement, pourraient permettre à l'adolescent de se sentir en sécurité. La répétition des consultations permettrait au parent tiers de pouvoir exprimer à son enfant ses inquiétudes et ses attentes. Le jeune médecin permettrait dans certaines situations de rétablir le dialogue entre de parent et l'adolescent.

Les séances de simulation autour de la consultation avec l'adolescent pourraient s'avérer être un apprentissage intéressant à mettre en place.

Le médecin généraliste est parfois le seul professionnel de santé que l'adolescent va rencontrer sur plusieurs années. Son rôle de prévention et d'information est primordial et sera efficient si la communication est adaptée.

La triade médecin – adolescent – parent est inévitable lorsque l'adolescent consulte. Le parent est amené comme une aide à l'information, mais son omniprésence est surtout perçue comme empêchant l'abord de sujets délicats avec l'adolescent : notamment sa relation avec ses parents.

BIBLIOGRAPHIE

1. DMG-U Paris. Les 11 familles de situation | Département Médecine Générale - Université Paris Cité [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://dmg-u-paris.fr/p/les-11-familles-de-situation>
2. OMS définition [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe>
3. Revue Medicale Suisse [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Adolescence et sexualité. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2006/revue-medicale-suisse-58/adolescence-et-sexualite>
4. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. Archives de Pédiatrie. mars 2010;17(3):219-25.
5. Hicks C. Le médecin généraliste dans le parcours éducatif de santé sexuelle chez l'adolescent: étude quantitative auprès des lycéens du territoire Pumont. :61.
6. Grondin C, Duron S, Robin F, Verret C, Imbert P. Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée. Archives de Pédiatrie. août 2013;20(8):845-52.
7. Les domaines de prévention les plus oubliés dans les consultations avec les adolescents et jeunes adultes.
8. L'approche des adolescents en médecine générale -P Binder.
9. Abord du mal être chez les adolescents - P Binder.
10. Lepine C, Jedat V, Di Patrizio P, Haller DM, Binder P. COMPETENCES ATTENDUES POUR L ACCUEIL D UN ADOLESCENT EN MEDECINE GENERALE. VALIDATION D UN REFERENTIEL FRANCOPHONE. EXE. 1 nov 2021;32(177):388-94.

11. Santé sexuelle | Haut conseil de la santé publique [Internet]. [cité 23 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/sante-sexuelle-1>
12. Lille A. Comment les médecins généralistes communiquent-ils sur la sexualité avec les adolescents ? Angers: Université Angers; 2018. p. 46.
13. Chloé V, Alexandre L. ÉLABORATION D'UNE APPROCHE DE L'ORIENTATION SEXUELLE EN CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET RETOURS D'EXPÉRIENCES.
14. Clémentine M. Qu'attendent les adolescents des médecins généralistes pour questionner la sexualité ? :61.
15. Fabre L. La prévention en consultation de médecine générale: vécu des adolescents. 2024;
16. Caflisch M. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? Rev Med Suisse. 11 juin 2008;161(23):1456-8.
17. de Madre C, Blanchet F. Point de vue des parents autour de la consultation de leur adolescent chez le médecin généraliste dans les deux Savoies: étude qualitative par entretiens semi-dirigés.
18. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? LA REVUE DU PRATICIEN. 2005;
19. Renée V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale.
20. Pichon L, Ubrun A. Représentations et attentes des adolescents en consultation de médecine générale. 2020;
21. Développer une approche populationnelle des jeunes CMG 2021 [Internet]. [cité 21 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/De%CC%81velopper-une-approche-populationnelle-des-jeunes-CMG-2021.pdf>

22. Article L2311-5 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137210
23. Vodounnou MS. Les affects des médecins généralistes: leurs approches et leurs solutions pour ne pas déborder le cadre de la relation médecin-patient: une étude qualitative exploratoire auprès de 24 médecins généralistes du grand Sud-Ouest.
24. Prescrire Rédaction. Vaccin papillomavirus chez les hommes. En parler tôt avec tous les jeunes hommes. Rev Prescrire. avr 2021;41(450):272-8.
25. Stratégie nationale de santé sexuelle.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population 22

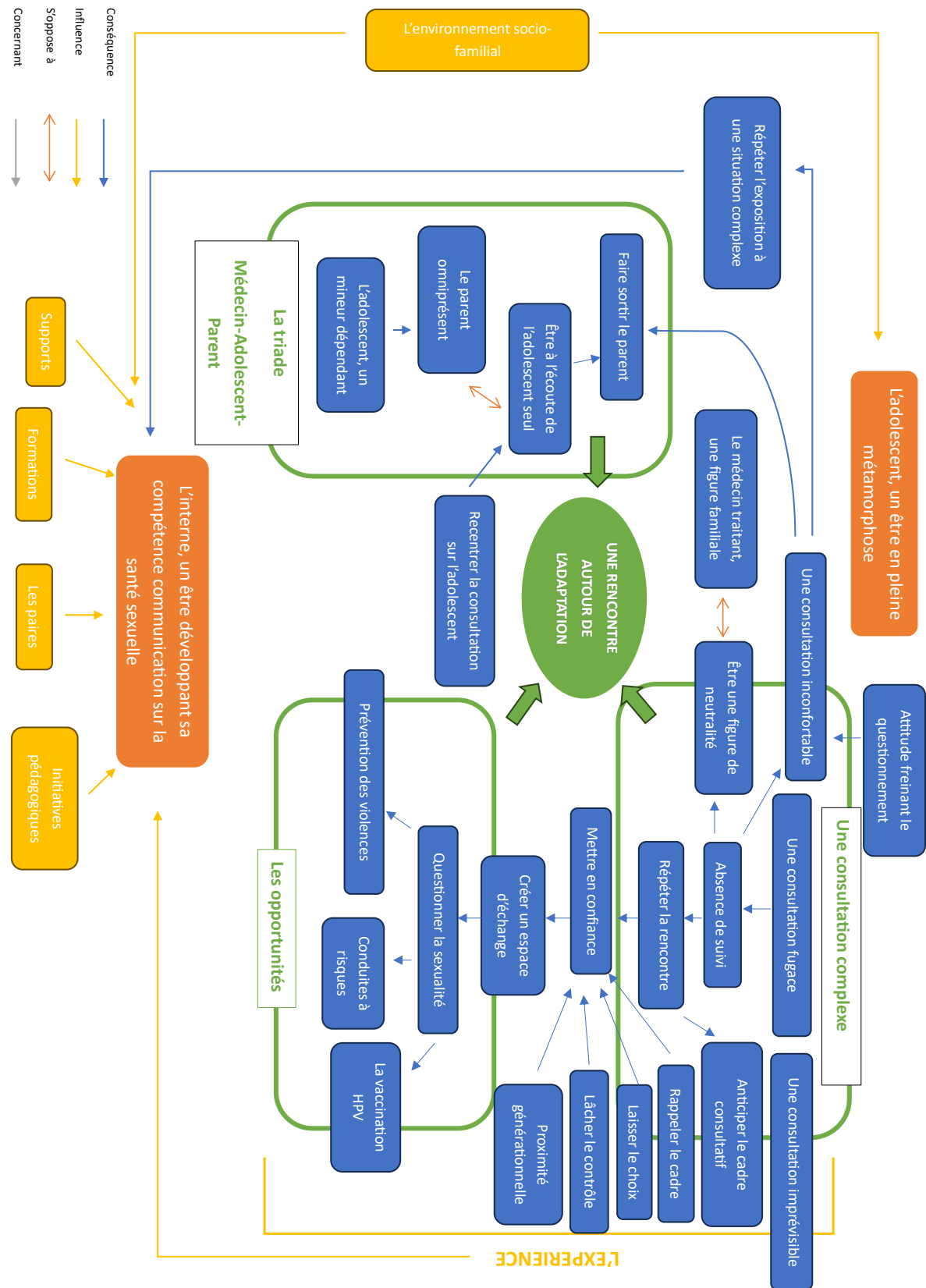
TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	5
RESUME	14
INTRODUCTION	16
SUJETS ET MÉTHODES.....	19
1. Type d'étude	19
2. Population et recrutement.....	19
3. Déroulement de l'entretien et structure	19
4. Méthode d'analyse.....	20
5. Présupposés de recherche.....	20
RÉSULTATS	21
1. Population de l'échantillon	21
2. Perception de l'adolescence et des consultations avec l'adolescent	23
2.1. L'adolescent, un être en pleine métamorphose.....	23
2.1.1. L'adolescence, une période de transition	23
2.1.2. La recherche de liberté d'un mineur dépendant.....	23
2.2. Une dynamique de consultation complexe	24
2.2.1. Une consultation inconfortable.....	24
a) Un lien difficile à établir.....	24
b) La présence du tiers, un facteur limitant l'échange avec l'adolescent	25
c) Le parent omniprésent	26
d) Faire sortir le parent.....	26
e) Etablir une relation de confiance éphémère à partir d'une identification générationnelle	27
2.2.2. Une consultation imprévisible	28
3. Echanger avec les adolescents sur la santé sexuelle, un défi pour les internes 29	29
3.1. Les opportunités pour aborder la sexualité avec l'adolescent.....	29
3.1.1. La vaccination Gardasil, une opportunité discutée	29
3.1.2. La sexualité, souvent abordée à partir de sujets négatifs.....	30
3.2. Promouvoir l'échange avec l'adolescent, les stratégies mises en place.....	32
3.2.1. Créer un espace d'échange	32
3.2.2. Recentrer la consultation sur l'adolescent.....	33
3.2.3. L'utilisation d'outils de communication jugée intéressante avec les jeunes adultes .	33
3.3. Accepter de lâcher le contrôle.....	34
4. Un apprentissage à la communication progressif, basé sur l'expérience et les formations	35
4.1. Le développement de la compétence communication principalement basé sur la pratique et l'expérience.....	35
4.2. La théorie et les formations, des aides à la communication ne répondant pas à une règle universelle	36
DISCUSSION ET CONCLUSION	39
1. Les principaux résultats (Annexe 5 : modèle explicatif)	39

2.	Discussion et comparaison avec la littérature	40
3.	Forces et limites	44
3.1.	Forces et limites liées au recrutement et à l'échantillonnage	44
3.2.	Forces et limites liées à la réalisation de l'entretien en focus group	45
3.3.	Limites d'une thèse seule.....	45
4.	Conclusions et perspectives	45
BIBLIOGRAPHIE		48
LISTE DES TABLEAUX.....		51
TABLE DES MATIERES		52
ANNEXES		I
1.	Annexe 1 : modèle explicatif	I
2.	Annexe 2 : Grille COREQ	II
3.	Annexe 3 : fiche d'information.....	IV
4.	Annexe 4 : le formulaire de consentement	V
5.	Annexe 5 : le guide d'entretien.....	VII

ANNEXES

1. Annexe 1 : modèle explicatif



2. Annexe 2 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

3. Annexe 3 : fiche d'information

Fiche d'information

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

Angers, le

Chers confrères, chères consoeurs,

Je suis médecin généraliste remplaçante. Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une étude intitulée « Communiquer avec les adolescents à propos de leur santé sexuelle : les internes s'estiment-ils compétents ? ».

Ce travail de recherche s'intéresse aussi à votre manière de communiquer avec les adolescents et les pistes envisagées afin de développer la compétence en communication avec ces derniers.

Il m'est pour cela intéressant d'échanger avec vous sur la question pendant une heure sous forme d'un Focus Group. Pour rappel cet échange se fait sur la base du volontariat, vous pouvez quitter l'entretien à tout moment et les données seront anonymisées.

L'entretien sera enregistré par dictaphone, puis retranscrit sur ordinateur. La totalité des données qui pourrait permettre de vous identifier sera anonymisée.

Un formulaire de consentement est à remplir et à signer afin de concourir à l'enregistrement et la retranscription des données de manière anonyme. Il est possible de vous envoyer la retranscription de l'entretien si vous le souhaitez. Ainsi, vous pourrez me faire part de vos remarques ou refus secondaire de transmission des résultats.

La résultant de cette étude pourra par ailleurs vous être adressés,

En vous remerciant pour votre aide,

CHEAN Soria

4. Annexe 4 : le formulaire de consentement



Formulaire de consentement



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

Sujet du travail : Communiquer avec les adolescents à propos de leur santé sexuelle : les internes s'estiment-ils compétents ?

Nom du thésard : CHEAN Soria
Directrice de thèse : Docteur de CASABIANCA Catherine

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'UN ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio par dictaphone,
- Les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- J'aurai la possibilité de lire la retranscription (écriture intégrale de l'entretien sur ordinateur)
- Les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse.
- A 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 la personne ayant délivré l'information :

Signature de l'interviewé(e) :

*Déclaration de révocation : M., Mme, Melle

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____ Signature:

5. Annexe 5 : le guide d'entretien

Guide d'entretien – Focus Group

1. Comment décririez-vous ce moment qu'est l'adolescence ?
2. Qu'interrogez-vous à un adolescent concernant sa santé sexuelle ?
3. Quels sont vos ressentis lorsque vous communiquez avec un adolescent ?
4. Comment qualifieriez-vous vos capacités à communiquer sur la santé sexuelle avec les adolescents ?
5. Quels moyens ou outils employez-vous afin de communiquer sur le sujet avec les adolescents ?
6. Que pensez-vous de l'évolution de votre façon à communiquer avec les adolescents depuis le début de l'internat jusqu'à aujourd'hui ?
7. Que mettriez-vous en place pour améliorer votre niveau de compétence communicationnelle avec les adolescents pour parler de leur santé sexuelle ?
8. Avez-vous un point à rajouter ?

Communiquer avec les adolescents à propos de leur santé sexuelle : les internes s'estiment-ils compétents ?

RÉSUMÉ

Introduction : L'interne acquiert des compétences professionnelles tout au long de sa formation. Parmi elles, la compétence relation, communication centrée patient est requise. La consultation avec l'adolescent est décrite comme complexe et sa réussite découle de la qualité du lien créé durant l'échange. L'objectif principal était d'explorer la perception des internes concernant le développement de leurs compétences en communication avec les adolescents lorsqu'ils interrogent la santé sexuelle. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les freins à l'apprentissage de cette compétence et les stratégies mises en place pour l'améliorer.

Sujets et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée et respectant la grille COREQ. Un Focus Group a été mené incluant des internes en médecine générale en stage SASPAS. L'entretien a été enregistré vocalement puis anonymisé. L'analyse des données a été réalisée de manière inductive avec double lecture.

Résultats : Les internes s'estimaient peu à l'aise pour communiquer avec les adolescents. La consultation avec ces derniers était décrite particulièrement complexe en lien avec l'omniprésence du parent et l'absence de suivi. La proximité générationnelle et le rappel du cadre apparaissaient comme facteurs facilitant la relation de confiance. Les internes introduisaient la santé sexuelle à partir de sujets de prévention tels que l'exposition aux violences à travers les écrans ou la vaccination contre le papillomavirus. La plupart des internes trouvaient que la vaccination HPV contraignait à aborder la santé sexuelle prématurément.

Conclusion : L'interne et l'adolescent apparaissent comme deux êtres en plein développement qui se rencontrent au cours d'une consultation parfois unique dans l'année. Chacun s'adapte et continue d'ajuster ses stratégies en communication. La triade médecin-adolescent-parent est inévitable lorsque l'adolescent consulte. Travailler la présence du tiers semble intéressant afin d'améliorer la prise en charge des adolescents.

Mots-clés : communication, santé sexuelle, adolescents, internes

Communicating with adolescents about their sexual health : do medical residents consider themselves competent ?

ABSTRACT

Introduction : The medical resident acquires professional skills throughout their training. Among these, patient-centered communication skills are essential. Consultations with adolescents are described as complex, and their success depends on the quality of the relationship established during the exchange. The main objective of this study was to explore residents' perceptions of the development of their communication skills with adolescents when addressing sexual health. Secondary objectives were to identify barriers to learning this skill and the strategies implemented to improve it.

Subjects and Methods: This was a qualitative study inspired by grounded theory and conducted in accordance with the COREQ checklist. A focus group was held involving general practice residents during their final internship (SASPAS). The discussion was audio-recorded and anonymized. Data were analyzed inductively with a double reading process.

Results: Residents reported feeling uncomfortable communicating with adolescents. Consultations with this age group were described as particularly complex due to the omnipresence of the parent and the lack of ongoing care. Generational proximity and clearly setting the framework were seen as factors that helped build trust. Residents introduced sexual health topics through preventive subjects such as exposure to violence via screens or HPV vaccination. Most residents felt that HPV vaccination compelled them to address sexual health prematurely.

Conclusion: The resident and the adolescent are both individuals in a phase of development, meeting during what is sometimes a single consultation in the year. Both parties adapt and continue to refine their communication strategies. The doctor-adolescent-parent triad is inevitable when adolescents seek care. Addressing the presence of the third party appears to be a promising approach to improving adolescent care.

Keywords : communication, sexual health, adolescents, residents

