



HAL
open science

Outils de communication utilisés par les médecins généralistes avec l'adolescent en consultation, tels que rapportés par les étudiants de Sorbonne Université participant à l'enseignement MéGAlliThique

Axelle Quatrecoups

► **To cite this version:**

Axelle Quatrecoups. Outils de communication utilisés par les médecins généralistes avec l'adolescent en consultation, tels que rapportés par les étudiants de Sorbonne Université participant à l'enseignement MéGAlliThique. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-05451074>

HAL Id: dumas-05451074

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05451074v1>

Submitted on 9 Jan 2026

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



Année 2024

N°2024SORUM074

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24 OCTOBRE 2024

Par Axelle QUATRECOUPS

Née le 28 octobre 1994 à Evry

**OUTILS DE COMMUNICATION UTILISÉS PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES AVEC L'ADOLESCENT EN CONSULTATION, TELS QUE
RAPPORTÉS PAR LES ÉTUDIANTS DE SORBONNE UNIVERSITÉ
PARTICIPANT A L'ENSEIGNEMENT MÉGALLITHIQUE**

**DIRECTRICES DE THÈSE : Dr. Emilie CAZAUBON
Dr. Anne-Laure COLAS-CHARLAP**

PRÉSIDENT DU JURY : Pr. Philippe CORNET

**MEMBRES DU JURY : Dr Caroline GUIGNOT
Dr. Cécilia SALDANHA-GOMES**

Remerciements

Un grand merci à mes directrices de thèse, Dr. Anne-Laure Colas-Charlap et Dr. Emilie Cazaubon, de m'avoir épaulée et encouragée tout au long de ce parcours. Votre patience lors des -nombreuses- relectures et vos commentaires bienveillants m'ont permis d'aller au bout de ce travail dans une atmosphère positive.

Merci au Pr. Philippe Cornet d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Votre réputation dans la recherche en médecine générale vous précède et c'est un honneur pour moi de vous partager ce travail de thèse.

Merci également aux docteurs Cécilia Saldanha-Gomes et Caroline Guignot, qui ont accepté de participer à mon jury de thèse. J'ai eu beaucoup de chance d'être incluse dans l'aventure MéGAlliThique avec vous. Le travail de thèse peut parfois s'avérer très solitaire, et ce n'était pas du tout le cas ici grâce à l'équipe que nous avons formée.

Cela m'amène à remercier mes quatre camarades internes avec qui nous avons étudié le recueil MéGAlliThique : Carla, Marc, Héloïse et Lucie. Les échanges avec vous ont été une source d'inspiration pour ce travail et je n'aurais pas pu espérer de meilleurs coéquipiers.

Je remercie aussi toutes les personnes qui ont participé à me former, de près ou de loin, au cours de mon internat. Tout particulièrement les docteurs Hélène Gache et Delphine Neyens, qui dès mon premier stage en médecine générale m'ont rassurée sur mon choix de spécialité, tant je me suis retrouvée dans leur manière d'exercer. Les docteurs Elise Griffon et Alexandru Aiordachioaie, qui m'ont permis d'acquérir autonomie et confiance lors de mon SASPAS. Les docteurs Charlotte Rougeoreille et Isée Bréant de Bondy, et la meilleure secrétaire de tous les temps Mme. Sophie Mielle : j'ai été chanceuse et heureuse de faire mon stage de pédiatrie à vos côtés. Enfin merci à mes encadrantes en gynécologie, les docteurs Morgane Perez, Charlotte Zapha et Chloé Gerspach : vous m'avez transmis votre passion pour la santé de la femme et je n'oublierais jamais ce semestre avec vous.

Au cours de mon internat, j'ai eu la chance d'avoir pour tuteur le Pr. André Soares, que je remercie pour son accompagnement bienveillant, ainsi que mes supers co-tutorées : Claire, Kim, Laurène et Viviane. Malgré mon arrivée en cours de route, vous m'avez fait me sentir intégrée, j'ai eu beaucoup de chance de tomber sur vous. J'ai rencontré d'autres belles personnes comme Natacha Smadja, une des plus belles rencontres de mon internat et je l'espère une amie pour la vie. Merci à toi pour tous les rires, les larmes et les bons petits plats !

Avant l'internat, il a fallu passer le cap de l'externat. Un immense merci aux amis qui m'ont accompagnée pendant cette période : Juliette R., Yasmine, Estelle, Nicolas, Hélène, Anaëlle, Juliette P. Vous avez été mes rayons de soleil que ce soit en stage, à la bibliothèque ou en amphithéâtre, et vous continuez à l'être aujourd'hui même à distance.

Merci aussi à toutes mes amies de longue date que j'aime énormément, qui mettent des paillettes dans ma vie depuis si longtemps : Léa, qui a toujours été une source

d'inspiration pour moi. Coralie, dont l'attitude positive est contagieuse. Isabelle, avec qui il est si facile d'être soi-même. Marine et Fiona, toujours d'une écoute bienveillante et de bons conseils. Gwen, Anissa, qui rendent n'importe quelle randonnée agréable. Lola, dont la confiance signifie beaucoup pour moi.

Enfin, à ma famille : les mots me manquent pour vous exprimer ma gratitude. Tous, vous m'avez toujours soutenue et encouragée dans mes décisions. Merci à Paul, mon mari, de partager avec moi les bons moments comme les mauvais depuis douze ans maintenant. A mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci de m'avoir transmis des valeurs essentielles à l'exercice du métier de médecin : honnêteté, humilité, compassion, rigueur et humour ! Merci à mes deux grands-mères d'être des femmes si inspirantes, j'ai hérité de votre soif de vivre et de profiter de chaque instant. Merci à ma sœur Camille et à mon frère Benoit de réussir à me faire rire dans n'importe quelle situation, je vous aime et vous aimerais toujours. Merci à toutes les autres personnes chères à mon cœur que je n'ai pas citées mais à qui je pense fort en écrivant ces lignes, d'être là dans ma vie.

Table des matières

Abréviations.....	7
Introduction.....	8
Matériel et Méthodes	12
1. Construction du recueil MéGAlliThique.....	12
2. Indexation des récits	12
3. Analyse préliminaire.....	12
4. Analyse des récits concernant les adolescents (analyse principale)	13
4.1. Critères d'inclusion des récits à analyser.....	13
4.2. Codage inductif des données et triangulation	13
4.3. Citation des verbatims	14
Résultats.....	15
1. Population étudiée.....	15
1.1. Concernant l'analyse préliminaire	15
1.2. Concernant l'analyse principale	16
1.2.1 Caractéristiques des patients.....	16
1.2.2. Caractéristiques des médecins	17
2. Analyse inductive générale	17
2.1. Description du patient et de son accompagnant par l'étudiant.....	17
2.1.1. Perception de l'adolescent en début de consultation	17
A. Distinguer l'adolescence de l'enfance : analyse du champ lexical.....	17
B. Percevoir un mal être chez l'adolescent	18
C. Percevoir une opposition de l'adolescent	18
D. Être mal à l'aise face à l'adolescent.....	19
E. Exprimer ses représentations sur la physiopathologie des adolescents	19
2.1.2. Perception du parent en début de consultation.....	20
A. Identifier la plainte comme venant du parent	20
B. Identifier l'expression du parent comme un frein ou un levier dans la relation de soins	20
C. Témoigner d'un conflit entre le parent et l'adolescent.....	21
D. Identifier une attitude hostile du parent envers le discours du soignant.	21
2.2. Comportement du médecin durant la consultation	22
2.2.1 Sujets de prévention abordés	22
A. Santé mentale.....	22
B. Autres sujets de prévention.....	23
2.2.2. Outils communicationnels décrits.....	23
A. Adapter son langage.....	23

B. Pratiquer l'écoute active.....	24
C. Utiliser le renforcement positif.....	25
D. Être patient	25
E. Être rassurant	25
F. Partager son vécu personnel	26
G. Replacer l'adolescent au centre de la consultation.....	26
H. Respecter le secret médical vis-à-vis des parents.....	27
I. Inclure le parent dans la prise en charge	28
J. Garder une attitude neutre face à un conflit intra-familial	29
K. Donner une information éclairée	29
2.2.3. Examen physique	30
2.2.4. Participation de l'étudiant.....	30
2.2.5. Prise en charge proposée	31
A. Proposer un suivi médical et/ou paramédical.....	31
B. Se mettre en lien avec l'équipe éducative de l'adolescent.....	32
C. Prendre en compte le contexte social du patient	32
D. Créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent	32
E. Prescrire.....	33
F. Demander l'avis d'un médecin expert	33
2.3. Ressenti des étudiants en fin de consultation	34
2.3.1 Perception de l'attitude de leur maître de stage.....	34
2.3.2. Introspection de l'étudiant	35
Discussion	36
1. Forces et limites de l'étude	36
2. Principaux résultats et comparaison avec les données existantes	37
2.1. Peu de patients adolescents dans les récits	37
2.2. Beaucoup de récits en rapport avec la santé mentale	37
2.3. Etudiants marqués par le mal-être de l'adolescent et l'impact du parent sur la consultation.....	38
2.4. Valorisation de l'attitude empathique du médecin par les étudiants.....	39
2.5. Valorisation de l'approche centrée patient par les étudiants	40
2.6. Difficultés à exprimer un ressenti négatif vis-à-vis de la consultation.....	40
2.7. Participation variable des étudiants à la consultation.....	41
3. Mise en perspective de l'étude	42
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes.....	47

Annexe 1 – Extrait de l'analyse préliminaire (tableau Excel).....	47
Annexe 2 – Tableau de concordance entre le codage initial et le codage final des récits de l'analyse principale.....	48
Annexe 3 – Tableau des principales caractéristiques des récits de l'analyse principale.....	49
Annexe 4 – Réponses aux sept questions	50
Annexe 5 – BITS test	52
Annexe 6 – Questionnaire ASQ	52
Liste des PU-PH et des MCU-PH en 2024	53

Abréviations

ASQ : *Ask Suicide-Screening Questions*

AUMG : Assistant Universitaire de Médecine générale

BITS : *Bullying Insomnia Tobacco Stress*

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

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DFASM1 : 1^{ère} année de Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

HAS : Haute Autorité de Santé

ITL : Infection Tuberculeuse Latente

MCU : Maître de Conférence des Universités

MéGAlliThique : Médecine Générale et Alliance Thérapeutique

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maître de Stage des Universités

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PH : Praticien Hospitalier

PU : Professeur des Universités

Introduction

La relation médecin-patient est au cœur du métier de médecin généraliste. De la qualité de cette relation va dépendre la qualité des soins apportés au patient, qui sera plus à même d'exprimer ses attentes, ses craintes et ses difficultés. Une « bonne » relation médecin-patient a ainsi été définie par l'Académie de Médecine comme une relation « qui satisfait au mieux les deux acteurs, médecin et malade, contribue aux meilleurs résultats de la prise en charge thérapeutique, et satisfait aux principes de l'éthique » (1). Cette relation dépend de plusieurs facteurs, à la fois de la part du médecin et du patient. Pour le médecin, ces facteurs sont avant tout l'écoute, l'empathie, le respect du patient, la clarté et la sincérité des explications (1,2). La revue de la littérature par Dr. Ibanez G. et al. s'intéressant à « Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » parue en 2010 dans la revue *Pédagogie Médicale*, montre que cette définition intègre le plus souvent une bonne communication, en plus des connaissances théoriques, des compétences cliniques et de la formation continue (2). Ainsi, être un « bon médecin » requiert des compétences médicales mais aussi relationnelles. Cela est particulièrement vrai dans le suivi des pathologies chroniques, où les compétences relationnelles sont fondamentales pour faire naître une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient (1). Le concept d'alliance thérapeutique est né de la psychanalyse et a été défini par Bioy A. et al. comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » (1,3). On entend donc par-là l'inverse du modèle paternaliste, où le médecin se place en seul « sachant » face au patient qui se voit imposé une prescription, et ne participe pas à la décision concernant sa propre prise en charge.

D'après l'étude du Dr. Bismuth S. et al. auprès d'étudiants en Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale toulousains, ceux-ci considèrent que l'enseignement de second cycle sur la relation médecin-patient n'a pas été adapté à leurs besoins (4). C'est en effectuant des stages en tant qu'internes, notamment en médecine générale, qu'ils gagnent en expérience dans ce domaine. Malgré tout, en 3^{ème} année d'internat, 59% souhaitent encore un enseignement en relation médecin-patient (contre 70% en première année). Cela questionne sur la formation théorique durant les premier et second cycles des études médicales, qui abordent beaucoup l'aspect physiopathologique du corps humain et la réflexion clinique, mais peu la relation médecin-patient. Pour rappel, les études médicales se divisent en trois cycles (5) : le premier s'étend de la 1^{ère} à la 3^{ème} année et permet d'accéder au Diplôme de formation générale en sciences médicales. Le second cycle ou formation approfondie en sciences médicales (DFASM, communément appelé « externat ») s'étend de la 4^{ème} à la 6^{ème} année, incluant un mi-temps en stage majoritairement hospitalier. Enfin, le troisième cycle (DES, communément appelé « internat ») consiste en la spécialisation des étudiants dans le domaine de leur choix.

Durant le second cycle des études médicales, les stages en milieu professionnel sont donc un moyen d'appréhender cette relation médecin-patient. Depuis 1997, il est obligatoire de bénéficier d'un stage en médecine générale pendant le second cycle, même si cette mise en place s'est faite progressivement dans les facultés (6–8). Ce stage est considéré comme particulièrement efficace par les étudiants pour apprendre la communication avec le patient, car il permet à la fois une supervision directe de l'étudiant par le maître de stage et l'observation de son maître de stage par l'étudiant,

choses peu aisées en milieu hospitalier (6,7). Les étudiants apprécient aussi les groupes de parole proposés par la faculté en complément de leur stage, qui complètent leur vision du soin en échangeant avec leurs pairs sur les situations vécues en stage (7).

C'est dans cet objectif de potentialiser l'effet du stage de second cycle en médecine générale, en associant la théorie à la pratique, que l'enseignement MÉGAlliThique (Médecine Générale et Alliance Thérapeutique) a été créé. Cet enseignement a été mis en place par le Département de Médecine Générale (DMG) de Sorbonne Université. Il a été conçu pour les étudiants en 4^{ème} année d'études médicales, ou DFASM1, et est obligatoire lors de leur stage en médecine générale. Les objectifs pédagogiques de cet enseignement sont :

- a) Connaître et appréhender les concepts de l'alliance thérapeutique.
- b) Connaître et appréhender les concepts de la hiérarchisation des demandes.
- c) Connaître et appréhender les concepts d'habiletés communicationnelles.

En amont de cet enseignement, les étudiants ont pour consigne d'envoyer à l'enseignant « un récit de quelques lignes d'une consultation vue en stage de médecine générale ». Le but de cet exercice est de favoriser la réflexion des étudiants en amont de l'enseignement sur les sujets qui seront abordés, et d'alimenter les discussions lors du cours. Ce doit être « une consultation au cours de laquelle l'attitude [de leur] maître de stage a débloqué ou a, au contraire, bloqué une situation, sur le plan relationnel et/ou médical et/ou social ». Les termes blocage et déblocage sont définis plus loin, en partie Méthode (cf. Analyse préliminaire des récits). Suite à la réception de ces récits, il est apparu aux enseignants que de nombreux concepts en ressortaient et méritaient d'être évalués. Notamment plusieurs étudiants ont choisi de raconter une consultation avec un patient adolescent. Ces consultations nous ont paru particulièrement intéressantes à étudier, en raison des éléments décrits ci-après.

Le terme « adolescence » signifie en latin « celui qui est en train de grandir » (9). Ce terme vague a été précisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit l'adolescence comme « la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans » (10). En se basant sur cette définition, cela représente environ 17% de la population mondiale (10). En 2024, les chiffres de l'Insee rapportent que les moins de 15 ans et les 15-19 ans représentent respectivement 17% et 6,3% de la population française (11).

L'adolescence est avant tout une période clé de la vie, entre l'enfance et l'âge adulte, caractérisée par un bouleversement hormonal, une transformation du corps (apparition des signes pubertaires, accélération de la croissance) et une maturation cérébrale (développement du système limbique et du cortex préfrontal), rendant complexes les rapports à l'autre et à soi-même (12–14). A cette période, l'adolescent est en pleine construction de son identité. Pour connaître ses besoins et ses limites, il a besoin de créer des liens extra-familiaux et d'explorer de nouveaux comportements. Cette découverte se fait sous l'influence de son environnement familial, amical et scolaire. L'absence de sentiment de sécurité intra-familiale, des difficultés scolaires, un groupe de pairs poussant à l'adoption de comportements à risque, peuvent perturber cette construction physique et psychique, et influencer grandement la santé de l'adolescent et celle de l'adulte qu'il deviendra (12,15,16). Une étude prospective réalisée sur 9337 collégiens et lycéens français et publiée en avril 2024, a révélé que la majorité des élèves se perçoivent en bonne santé (17). Pourtant, entre 50 et 60% d'entre eux

présentent des plaintes somatiques et/ou psychologiques récurrentes (17). De plus, 24% des lycéens déclarent des pensées suicidaires au cours de 12 derniers mois, et 13% ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (17). Les filles sont selon leurs déclarations particulièrement touchées par les problèmes de santé mentale, comparativement aux garçons (17,18). Concernant les conduites à risques, une étude française de 2013 sur 15235 adolescents de 13 à 18 ans montre que 7,1% d'entre eux consomment régulièrement du cannabis (18). Entre 4 et 10% ont des rapports sexuels à 13 ans ou moins, ce qui est considéré comme très précoce (18).

Pour lutter contre le mal-être, la majorité des adolescents interrogés disent s'isoler (18). Une étude australienne montre ainsi que plus le mal-être est important, moins les adolescents recherchent l'aide d'un médecin généraliste (19). En effet, le rôle du généraliste est flou pour les adolescents, et ils ne sont pas sûrs de l'intérêt de se confier à lui (20–22). C'est au médecin de montrer que ces aspects de leur vie font aussi partie de son champ de compétences. La consultation d'un adolescent est donc une opportunité importante à saisir pour le généraliste, qui est le médecin de premier recours pour les adolescents également, largement devant le pédiatre (23).

Pourtant, dans la thèse d'exercice du Dr. Ouanounou Bouaziz S., qui a étudié les pratiques des médecins généralistes français en matière de prévention chez les patients entre 10 et 19 ans, 40 à 60 % des médecins interrogés déclaraient ne pas aborder les infections sexuellement transmissibles, les addictions, les violences subies et/ou la santé psychique de l'adolescent, si le motif de consultation n'était pas en rapport avec ces sujets (24). Le frein déclaré le plus important dans cette étude était le manque de temps, mais de nombreux autres freins rencontrés par les médecins généralistes pour aborder sereinement les adolescents en consultation ont été décrits, notamment la gestion du binôme parent-enfant (25–27). Les internes en pédiatrie, qui se spécialisent donc dans la prise en charge des moins de 17 ans (28), ressentent eux-mêmes un besoin de formation spécifique en médecine de l'adolescent, surtout ceux n'ayant pas pratiqué de stage dans ce domaine (29).

L'adolescence est donc une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, caractérisée à ce titre par des problèmes de santé spécifiques et une difficulté à se confier au médecin. Le médecin généraliste est le médecin le plus fréquemment consulté par cette population, et est donc le mieux placé pour aborder les sujets de préoccupation des adolescents. Cependant les médecins généralistes expriment de nombreux freins pour ce faire dans la pratique courante. Il serait intéressant de savoir comment les médecins généralistes contournent ces freins en pratique. Les études retrouvées à ce sujet consistent surtout en des questionnaires soumis aux médecins, il n'y a pas d'étude retrouvée où la consultation a pu être observée et rapportée par un tiers. Le recueil MéGAlliThique offre l'opportunité de décrire les comportements verbaux et non verbaux des médecins généralistes face à des adolescents, à travers les yeux des étudiants de second cycle présents en consultation. Ces comportements sont d'autant plus intéressants à étudier que l'issue de chaque consultation a pu être classée en blocage ou en déblocage de la situation, ce qui permet de supposer quels comportements ont été des leviers ou au contraire des freins pour la relation de soins avec l'adolescent. Le recueil MéGAlliThique permet également de recueillir le ressenti des étudiants face à ce type de consultation, non retrouvé dans la littérature pour les étudiants de second cycle.

L'objectif principal de cette étude était donc d'explorer les outils communicationnels utilisés par les médecins généralistes avec les adolescents, du point de vue des étudiants de second cycle. L'objectif secondaire de cette étude était d'analyser le ressenti des étudiants de second cycle durant les consultations de médecine générale avec un patient adolescent.

Matériel et Méthodes

1. Construction du recueil MéGAlliThique

La construction du recueil MéGAlliThique et son analyse préliminaire ont été un travail de groupe, réalisé avec quatre autres internes : Marc Tuchmuntz, Carla Picard, Héloïse Goudeau et Lucie Dreux. Notre objectif commun était de décrire et d'analyser les récits des étudiants de second cycle, chacun ayant un angle d'analyse différent. La présente étude se concentre sur les récits concernant les patients adolescents.

2. Indexation des récits

Les récits ont été reçus sur la boîte mail institutionnelle du Dr. Cécilia Saldanha Gomes, responsable de l'enseignement MéGAlliThique, entre le 14 octobre 2021 et le 15 septembre 2022 (30). Ils ont été répartis entre les cinq internes, puis anonymisés et copiés dans des fichiers de traitement de texte (30). Ils ont ensuite été indexés par un code alphanumérique (30). Ce code était composé de la date de l'enseignement au format AAAAMMJJ, puis de la lettre R (pour Récit), puis d'un numéro à 2 chiffres correspondant à l'ordre dans lequel le récit avait été reçu par rapport aux autres. Par exemple, le cinquième récit reçu pour l'enseignement MéGAlliThique du 15 septembre 2022 était numéroté 20220915R05 (30). Ensuite, cette indexation a été modifiée au format JJMMAAARXY, rendant la lecture plus simple. Pour l'analyse principale, le codage des récits concernant les adolescents a été une nouvelle fois simplifié, en créant une indexation finale comprenant uniquement la lettre R suivie du numéro de récit correspondant (R1, R2, etc.). Un tableau de concordance entre l'indexation initiale de ces récits et leur indexation finale est disponible en annexe 2.

3. Analyse préliminaire

Les récits ont ensuite été analysés à l'aide d'un tableau Excel partagé entre les cinq internes. Un extrait de ce tableau est disponible en annexe 1. Cette première analyse descriptive comportait différentes caractéristiques à analyser, concernant le contexte de la consultation, les caractéristiques et demandes du patient, les caractéristiques de la narration, du médecin et de l'externe, le déroulé de la consultation, l'apprentissage retiré par l'externe, et la compétence de médecine générale mobilisée par le médecin.

Pour certaines caractéristiques, l'analyse de chaque récit a été faite par deux internes différents, de façon indépendante, pour augmenter la validité interne de l'étude. Les caractéristiques concernées étaient le thème du motif initial de consultation, la présence ou non d'un motif caché, le thème du motif caché, et le résultat de la consultation (déblocage, blocage ou indéterminé). Le terme blocage a été défini par Carla Picard, qui a réalisé son travail de thèse sur ce sujet (31). Il représentait une incompréhension entre le médecin et le patient, perçue comme un échec dans la relation médecin-patient. Cette incompréhension pouvait porter sur un ou plusieurs aspects d'une consultation de médecine générale : l'aspect relationnel, biomédical

et/ou social. Elle amenait à des situations de désaccord, voire de conflits et à une rupture dans la relation médecin-patient. A l'opposé, on pouvait considérer une situation de déblocage comme une interaction entre le médecin et le patient ayant mené à une amélioration de la prise en charge thérapeutique ou sociale du patient, et/ou à une amélioration de la relation médecin-patient. Lorsqu'il était délicat de conclure à un blocage ou un déblocage, le récit était classé en indéterminé. Le terme motif caché désignait quant à lui un motif de consultation qui n'était pas explicite en début de consultation, et qui était révélé d'une façon ou d'une autre au soignant au cours de la consultation.

Les discordances de résultats entre deux internes concernant ces caractéristiques ont entraîné une troisième analyse par les Dr. Anne-Laure Colas-Charlap, Emilie Cazaubon et Caroline Guignot, Assistantes Universitaires de Médecine Générale (AUMG) à Sorbonne Université et faisant partie des encadrants des travaux de thèses en rapport avec l'enseignement MÉGAlliThique. Cette troisième lecture a été utilisée comme version finale de l'analyse préliminaire.

4. Analyse des récits concernant les adolescents (analyse principale)

4.1. Critères d'inclusion des récits à analyser

Cette étape ne s'est pas basée sur les données de l'analyse préliminaire, étant donnée l'absence de définition claire du terme « adolescent » en amont de celle-ci. Tous les récits ont donc été relus pour s'assurer d'avoir une inclusion exhaustive. Tous les récits concernant un patient âgé de 10 à 19 ans ont été inclus dans l'analyse, conformément à la définition de l'OMS. Lorsque l'âge du patient n'était pas mentionné, mais que l'étudiant désignait le patient comme un « adolescent » dans le récit, ce récit a également été inclus dans l'analyse.

4.2. Codage inductif des données et triangulation

La méthode utilisée pour analyser les récits ainsi sélectionnés a été une analyse inductive générale (aussi appelée analyse thématique, ou analyse de contenu). Ce choix a semblé être le plus pertinent en raison de la nature des données à exploiter, les récits rapportant des situations variées et n'ayant pas été guidés par un questionnaire préétabli par le chercheur. Ceci nous a permis d'exploiter toutes les facettes de la consultation abordées par les externes dans leurs textes, sans restriction à un thème particulier. La première étape a été le codage inductif des données par deux chercheuses, de façon indépendante. La première chercheuse a utilisé pour ce faire un logiciel de traitement de texte Word, la seconde a utilisé un tableau Excel. Des propriétés ont ainsi été extraites à partir des unités de données de chaque récit. Cette étape de l'analyse a bénéficié d'une triangulation par comparaison et discussion des propriétés recueillies par les deux chercheuses. Les propriétés finales ont ensuite été regroupées en catégories (ou thèmes) par une seule des deux chercheuses. Pour ce faire une carte mentale sur le logiciel Xmind a été créée.

4.3. Citation des verbatims

Certains verbatims ont été cités en partie Résultats. Leur retranscription est fidèle aux écrits des étudiants en termes de syntaxe, d'orthographe et de ponctuation, afin de conserver leur authenticité.

Résultats

1. Population étudiée

1.1. Concernant l'analyse préliminaire

Au cours de l'année universitaire 2021-2022, 526 étudiants en DFASM1 ont réalisé leur stage de médecine générale et ont donc assisté à l'enseignement MÉGAlliThique (30). Au total, 412 e-mails ont été reçus, dont 15 en double, un mail ne comportant aucun récit, un mail comportant le récit dans une pièce-jointe non exploitable, et trois mails comportant chacun deux récits au lieu d'un (30). Sur les 398 récits exploitables, deux récits ne rapportaient pas de situation clinique. Il y a donc eu 396 récits inclus dans l'analyse préliminaire (30).

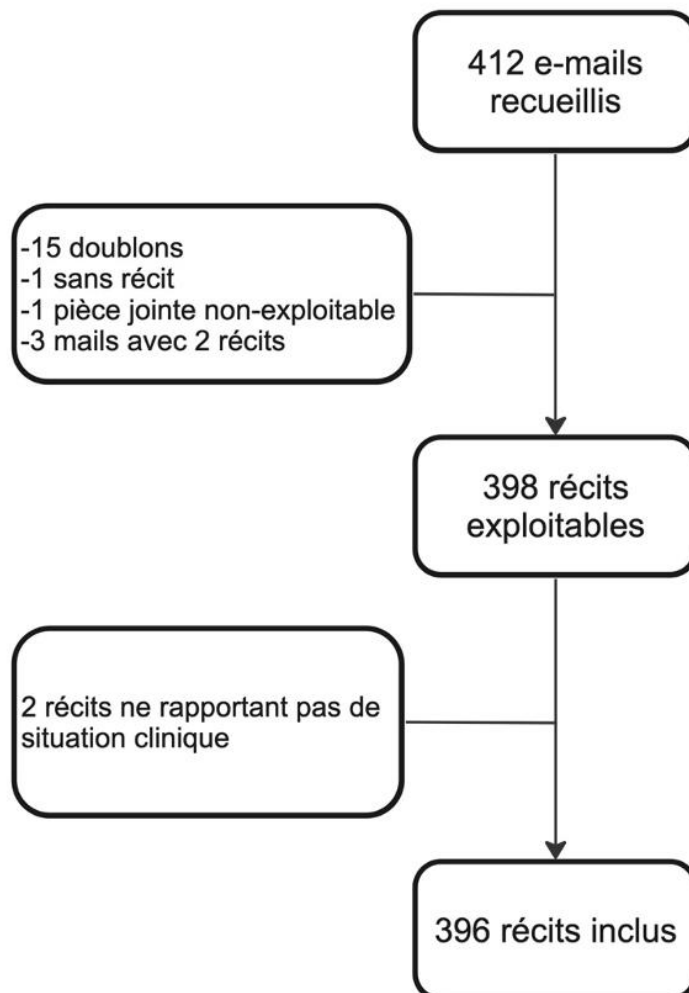


Figure 1-Diagramme de flux

1.2. Concernant l'analyse principale

Deux récits ne répondant pas aux critères d'inclusion ont tout de même été inclus dans l'analyse finale, car les termes utilisés suggéraient fortement que le patient était un adolescent : un récit où le patient est désigné comme « jeune homme » et aborde sa scolarité avec le médecin, et un récit où le patient est désigné comme « mineur non accompagné » et « jeune migrant ».

Au contraire, trois récits ont été exclus car ils suggéraient que le patient pouvait avoir moins de 10 ans : un récit où le patient est désigné comme « enfant de 9-10 ans », un récit où le patient est désigné comme « jeune fille » consultant pour un motif non spécifique aux adolescents, et un récit où le patient est désigné comme « enfant » sans que son âge ne soit mentionné.

Au total, 28 récits ont été inclus dans l'analyse finale, dont quatre situations identifiées comme des blocages, 23 comme des déblocages, et une comme indéterminée. Les données principales de ces récits sont également disponibles sous forme de tableau en annexe 3.

1.2.1 Caractéristiques des patients

Les adolescents étaient des femmes dans 17 récits soit 61% des récits étudiés, et des hommes dans les 11 (39%) récits restants. Cinq récits ne mentionnaient pas l'âge de l'adolescent. Sur les 23 récits restants, l'âge moyen des adolescents était de 15 ans. Les adolescents étaient accompagnés dans 23 récits soit 82% des récits étudiés, le plus souvent par leur mère (78% des cas). Deux récits ne précisaient pas si l'adolescent était accompagné ou non.

Les motifs initiaux de consultation étaient pour 43% des cas une pathologie aiguë (12 récits). Parmi eux, trois étaient une douleur abdominale (sphère D), trois autres une infection (sphère G). Trois récits concernaient la santé mentale (P), dont deux en rapport avec une anorexie et perte de poids, et un avec de l'anxiété. Un motif concernait les suites d'une fausse couche (sphère W), et un une énurésie secondaire (U). Enfin, un motif aigu n'appartenant à aucune catégorie en particulier a été classé en motif non spécifié (A). Il s'agissait d'une consultation pour une tuméfaction aréolaire.

Dans dix récits, le patient consultait pour une pathologie chronique. Deux récits étaient un suivi d'obésité (sphère T), deux autres un suivi de troubles anxieux chroniques et un suivi d'anorexie mentale (sphère P). Un récit était un suivi d'endométriose (X), un autre un suivi de covid long (R), et le dernier un suivi de dyslexie (N). Deux récits n'ont pu être classés dans une catégorie particulière (A) : un qui était une asthénie, et un qui était un désinvestissement scolaire associé à une perte de poids.

Six motifs n'ont pu être déterminés en « aigu » ou « chronique » et ont donc été classés comme « autre ». Il s'agissait majoritairement de consultations de prévention : deux récits parlaient de mises à jour vaccinales, deux autres d'un « suivi annuel », un de certificat de non-contre-indication à la pratique sportive (sphère A). Le dernier ne précisait pas le motif de consultation, mais concernait une adolescente affectée par la pathologie de son père (sphère P).

Au total, il y a donc eu huit motifs initiaux classés en non spécifiés, sept motifs initiaux en rapport avec la santé mentale, trois en rapport avec une infection, trois en rapport

avec la sphère digestive, deux avec la nutrition, et un pour chaque sphère suivante : gynécologie, neurologie, grossesse, urologie, pneumologie.

Douze récits rapportaient un motif caché, dont sept en rapport avec la santé mentale (P), trois en rapport avec une grossesse et/ou la contraception (W), un en rapport avec un surpoids (T), et un avec des problèmes sociaux (Z).

1.2.2. Caractéristiques des médecins

Tous les médecins dans les situations décrites étaient des Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de médecine générale. Onze d'entre eux ont été identifiés comme étant des femmes (soit 39% du total), et sept comme des hommes (25%). Pour dix d'entre eux, le genre n'a pas pu être identifié (36%).

Les informations concernant le sexe ou l'âge des étudiants ne sont pas disponibles dû à la nécessité d'anonymiser les données.

2. Analyse inductive générale

L'analyse présentée ci-dessous décrit en premier lieu le contexte en début de consultation, puis le comportement du médecin durant la consultation, en incluant dans chaque partie le ressenti des étudiants ayant assisté à la consultation.

2.1. Description du patient et de son accompagnant par l'étudiant

Les étudiants ont choisi de décrire des situations complexes avec des difficultés initiales liées au comportement de l'adolescent (mal-être important, opposition aux soins) et/ou à celui de ses parents (préoccupation envahissante, parfois en décalage avec le ressenti des soignants voire du patient lui-même, conflit avec l'adolescent durant la consultation).

2.1.1. Perception de l'adolescent en début de consultation

A. Distinguer l'adolescence de l'enfance : analyse du champ lexical

Certains étudiants ne parvenaient pas à faire la différence entre l'enfance et l'adolescence, appuyant le caractère flou de cette période en termes d'âge. Seuls huit étudiants ont utilisé le terme « adolescent(e) » ou « ado » pour désigner le patient dans le texte. D'autres étudiants ont utilisé le terme « enfant » pour désigner les adolescents, en dehors du contexte lexical de la relation parent-enfant (R20 : « [...] je me suis demandée comment allait être abordée la question du poids chez une enfant. » ; R25 : « L'enfant a également refusé que nous l'examinions. »). Les termes « petite fille », « jeune fille » et « jeune garçon » ont aussi été utilisés par des étudiants, bien qu'ayant une connotation plutôt infantile qu'adolescente (R20 : « C'était une consultation pour une petite fille âgée d'environ 10-11 ans [...] »). Au contraire dans d'autres récits, les étudiants utilisaient les termes « jeune homme », « jeune femme », et/ou « jeune patient », ce qui appuyait plutôt le côté adulte de l'adolescent tout en

rappelant la jeunesse de celui-ci. Des termes plus neutres ont été utilisés dans certains récits, comme « le jeune » ou « patient(e) ».

Parfois, la présence du parent semblait influencer les termes utilisés pour désigner l'adolescent. Ainsi, un étudiant a nommé l'adolescent « enfant » puis « jeune homme » dans le même récit. Cela évoquait à la fois l'ambivalence suscitée par cette période de transition et l'infantilisation du patient lorsque le médecin ne s'adressait pas directement à lui (R15 : « Elle a parlé directement à la mère mais pour en réalité faire passer un message à l'enfant. Elle les a orienté vers une psy-hypnothérapeute et une aide pour l'école. Enfin elle a dit au jeune homme [...]. »). Dans les récits où les adolescents étaient accompagnés, l'étudiant commençait parfois le récit en mettant en avant le parent plutôt que l'adolescent, comme si le parent était le patient et non l'accompagnant, avec une difficulté à individualiser l'adolescent quel que soit son âge. Ainsi l'adolescent était désigné comme « son fils » ou « sa fille » dès le début de la consultation, et non comme un individu à part entière (R27 : « Une femme et sa fille de dix-huit ans [...] » ; R2 : « Lors d'une consultation nous recevons une mère et sa fille adolescente. » ; R23 : « Nous recevons en consultation une mère et son fils de 19 ans. »). A l'inverse, quand l'adolescent était non accompagné, il était plus souvent visualisé comme un individu à part entière, et moins souvent désigné comme un enfant (R22 : « Nous étions en consultation avec une adolescente pour son suivi [...]. » ; R24 : « La consultation concernait une jeune femme de 19 ans [...]. »).

B. Percevoir un mal être chez l'adolescent

Les étudiants étaient nombreux à décrire un mal-être apparent chez les adolescents.

Seule une patiente de 19 ans, non-accompagnée, a exprimé son mal-être dès le départ, comme motif de consultation (R12 : « Elle explique qu'elle n'est pas vraiment venue pour une raison médicale mais pour une détresse émotionnelle lié à un harcèlement scolaire qu'elle subit en ce moment, ce qui la bloque dans ses études. »).

Dans neuf récits, ce mal-être s'exprimait à travers le comportement non verbal de l'adolescent. Il s'agissait surtout d'un repli sur soi avec mutisme du patient, semblant correspondre selon les récits à de l'hostilité envers le discours du médecin (R24 : « La patiente était plutôt braquée et peu expressive pendant la consultation. »), à de la gêne (R14 : « La jeune fille paraissait gênée et s'est repliée sur elle-même. »), à de l'hésitation (R9 : « La patiente semble hésitante et reste évasive dans ses réponses. »), ou à une tristesse profonde (R26 : « Patiente est prostrée, ne parle pas [...]. » ; R22 : « A ce moment-là, la jeune fille a fondu en larmes sans vouloir trop donner d'explications au début, elle s'était renfermée et ne souhaitait pas en parler. »).

C. Percevoir une opposition de l'adolescent

Trois récits faisaient état d'un adolescent refusant directement le soin ou les propositions du médecin en début de consultation (R26 : « [...] le MG fait sortir la mère et demande à la jeune fille si elle voudrait voir un psy, la jeune fille dit non car elle "ne sait pas parler" [...] » ; R16 : « Malheureusement il n'avait pas trop envie de faire des efforts. La docteur lui a proposé plusieurs sports qu'il pourrait faire mais ça ne

l'enchantait pas. » ; R13 : « Et tout de suite le ton monte, car sa fille ne veut pas prendre les compléments alimentaires prescrit pour son anorexie. »).

Deux récits rapportaient des difficultés pour examiner le patient (R3 : « Nous devons l'examiner avec le médecin mais l'enfant [...] avait surtout très peur de l'examen [...] » ; R25 : « L'enfant a également refusé que nous l'examinions. »).

Un récit rapportait un contexte d'opposition plus global, qui s'étendait également au domaine scolaire (R15 : « [...] et la mère répond qu'il est déscolarisé et qu'il ne veut plus aller chez l'orthophoniste. »).

D. Être mal à l'aise face à l'adolescent

Plusieurs étudiants exprimaient leur propre appréhension de la réaction de l'adolescent.

Dans deux récits, ce malaise était lié à l'approche du corps de l'adolescent. Un étudiant a ainsi préféré passer la main à son maître de stage pour l'examen clinique, par peur d'effrayer le patient (R3 : « J'étais gênée je ne voulais pas l'apeurer j'ai donc préféré seulement observer pour cette fois et lui éviter d'avoir l'examen en double... »). Un étudiant s'interrogeait sur la façon dont son maître de stage allait aborder le surpoids de l'adolescente sans la vexer (R20 : « C'est à ce moment la que je me suis sentie assez mal à l'aise et que je me suis demandée comment allait être abordée la question du poids chez une enfant. Effectivement, j'ai eu peur qu'elle se sente jugée ou même que l'on crée un complexe chez elle pour quelque chose qui ne la dérangeait pas initialement. »).

Le sujet des violences subies était également une source de malaise pour un étudiant, qui a exprimé ne pas savoir comment réagir face à la confiance de l'adolescente sur un antécédent de violences sexuelles (R28 : « Je me suis sentis un peu mal à l'aise car je ne savais pas si je pouvais/ comment creuser un peu le sujet ou s'il fallait que j'attende le retour de mon maître de stage. »). Il a également exprimé sa gêne face au silence, le trouvant intolérable (« Du coup, j'ai posé des questions assez vagues pour lui laisser le choix de se livrer ou non, car je n'allais pas attendre en silence non plus. »).

E. Exprimer ses représentations sur la physiopathologie des adolescents

Un étudiant a fait appel à ses propres représentations concernant la physiopathologie de l'adolescence. Il supposait ainsi que l'adolescent voulait « juste qu'on le laisse tranquille, comme c'est bien de son âge » (R6), reflétant sa propre représentation de l'adolescent souhaitant se défaire des préoccupations et de l'influence des adultes sur son mode de vie.

Dans un récit concernant une patiente avec anorexie mentale, le second étudiant attribuait la perte de poids de la patiente à sa rupture amoureuse et mettait le mot « urgence » entre guillemets, donnant ainsi la sensation d'affirmer qu'il n'y avait pas d'urgence réelle (R21 : « Il s'agit d'un rendez-vous "d'urgence". En effet cette jeune femme suite à une rupture amoureuse présente une perte de poids importante. »). De

plus, il utilisait le terme « alarmiste » pour qualifier l'inquiétude de la mère, qu'il mettait en opposition avec l'attitude calme de son maître de stage (« [Sa mère] présente une attitude plutôt alarmiste. Mon maître de stage décide d'avoir une attitude moins anxiogène et rassurant sur la situation. »). Cette opposition donnait l'impression que pour l'étudiant, l'inquiétude de la mère était exagérée.

2.1.2. Perception du parent en début de consultation

A. Identifier la plainte comme venant du parent

Lorsque l'adolescent était accompagné, l'étudiant identifiait souvent la demande initiale comme venant du parent. Le parent exposait lui-même le motif de consultation et exprimait en premier son avis sur la situation (R4 : « Au début de la consultation, la mère explique venir pour [...]. La maman trouve que sa fille ne grandit pas vite [...]. »). Un étudiant utilisait l'expression « à son goût » pour appuyer que l'anorexie décrite par la mère était probablement éloignée de la réalité de l'adolescent (R6 : « Il s'agit d'une consultation familiale, une mère et son fils de 13 ans qui perd du poids et mange trop peu à son goût, et se désintéresse de l'école. »). Dans un récit, l'étudiant décrivait même que la consultation avait lieu contre la volonté de l'adolescente (R18 : « La mère avait forcé sa fille à venir et monopolisait la parole tandis que sa fille restait muette. »).

Souvent, l'étudiant percevait l'inquiétude voire le désespoir du parent au moment d'exprimer le motif initial, traduisant une certaine empathie (R13 : « La mère est inquiète, ne comprends pas la maladie de sa fille [...]. » ; R1 : « Elle pense qu'il a perdu du poids et s'inquiète. »).

B. Identifier l'expression du parent comme un frein ou un levier dans la relation de soins

Par la suite, les préoccupations du parent occupaient souvent toute la place dans la consultation, et celui-ci avait tendance à s'exprimer à la place de l'adolescent. Il était donc difficile pour le médecin de créer un lien avec l'adolescent, et de connaître son ressenti sur la situation (R14 : « La mère a répondu négativement à la place de sa fille. » ; R17 : « On commence la consultation par des formalités banales "qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ?", je m'attends à ce que la jeune fille réponde mais le père parle au nom de sa fille. » ; R6 : « [...] mais sa mère occupe beaucoup de place dans la consultation, parle pour lui, et ne l'écoute pas vraiment. »).

D'un autre côté, le parent communiquait parfois des informations importantes pour le diagnostic, que l'adolescent n'aurait peut-être pas exprimé lui-même s'il avait été seul. Par exemple, deux parents ont averti le médecin des problèmes scolaires de l'adolescent, l'un en réponse au médecin et le second spontanément (R15 : « La médecin lui demande comment se passe le collège, et la mère répond qu'il est déscolarisé et qu'il ne veut plus aller chez l'orthophoniste. » ; R2 : « Puis la mère parle au médecin du fait que sa fille ait manqué des cours de piscine au lycée et de sa volonté de quitter le système scolaire. »). Dans ces récits, cette intervention du parent a pu influencer la conduite du médecin et participer à diagnostiquer un motif caché en rapport avec la santé mentale (R2 : « C'est alors que mon maitre de stage demande à la mère de sortir quelques instants pour parler à sa fille uniquement. Celle-ci parla

beaucoup plus et exprimât réellement son mal-être et ce qui ressemblait à de la phobie sociale. »). Un autre exemple est celui d'un récit où la mère répondait à la question du médecin sur la présence d'idées suicidaires (R1 : « Le médecin lui demande finalement de but en blanc, s'il a des idées noires. A ce moment la mère finit par expliquer que l'adolescent a fait une tentative de suicide le mois précédent. »). Cette réponse a là aussi permis au médecin d'ajuster sa prise en charge (« Le médecin orientera finalement la famille vers un psychiatre et un psychologue en urgence. »).

C. Témoigner d'un conflit entre le parent et l'adolescent

Trois étudiants ont décrit un désaccord entre le parent et l'adolescent exprimé en début de consultation. Ces conflits participaient à la difficulté ressentie par l'étudiant face aux consultations adolescentes, dans lesquelles le médecin devait jouer le rôle de conciliateur. Par exemple, un récit décrivait le désaccord de la mère envers le moyen de contraception souhaité par sa fille (R14 : « La mère s'est montrée très réfractaire et hostile à cette idée [...] et refusait catégoriquement que sa fille aie un implant hormonal. »). Dans un autre récit, c'était l'adolescente qui refusait de prendre le traitement prescrit (R13 : « Et tout de suite le ton monte, car sa fille ne veut pas prendre les compléments alimentaires prescrits pour son anorexie. »).

Parfois, le conflit n'était pas clairement exprimé, mais l'étudiant percevait une discordance entre le ressenti du parent et celui de l'adolescent, pouvant traduire un malaise plus profond dans la relation parent-enfant, dont le médecin se retrouvait encore une fois témoin (R4 : « On ressent que la patiente n'est pas toujours en accord avec les propos de sa mère mais n'ose pas trop la contredire (ex : la patiente dit avoir un bon sommeil, la maman la trouve fatiguée [...] »).

D. Identifier une attitude hostile du parent envers le discours du soignant

Dans deux récits, l'étudiant a perçu une attitude hostile ou méfiante du parent en réponse au discours médical. A chaque fois, le discours portait sur la vaccination, montrant que ce sujet était perçu par l'étudiant comme un point d'achoppement entre le parent et le soignant (R5 : « Au premier abord, le père est sceptique car il se dit qu'il doit encore vacciner son fils, et s'étonne car selon lui, ce vaccin est destiné aux filles seulement. » ; R27 : « Je lui avais demandé pourquoi elle ne s'était pas vaccinée avant : est-ce qu'il y avait eu une raison particulière ? La mère s'était sentie tout de suite accusée de négligence et m'a répondu en disant que ce n'était pas obligatoire à l'époque. »).

Dans un récit concernant un adolescent diabétique, l'étudiant pointait l'absentéisme des parents aux rendez-vous médicaux, qualifiant cela de « négligence thérapeutique », et leur refus d'un passage infirmier à domicile pour faciliter l'observance thérapeutique de l'adolescent (R10 : « Hospitalisé pendant 3 jours à son retour, à sa sortie les parents ne se sont pas présentés à de multiples rendez-vous [...] qui ont une grande importance dans la thérapeutique de leur enfant [...]. Le patient [...] a reçu la proposition d'avoir un infirmier qui passerait quotidiennement [...]. Mais ses parents se sont encore une fois interposés et ont refusé. »). L'étudiant identifiait là encore la difficulté de la relation triangulaire soignant-adolescent-parent, où il est à la fois nécessaire de convaincre et d'éduquer le patient mais aussi ses parents pour une prise en charge thérapeutique et une relation de soins de bonne qualité.

2.2. Comportement du médecin durant la consultation

La seconde partie des récits était le plus souvent consacrée à décrire l'attitude du médecin en réponse aux problèmes évoqués en début de consultation.

2.2.1 Sujets de prévention abordés

A. Santé mentale

Les médecins étaient nombreux à essayer de comprendre le contexte psycho-social de l'adolescent, même lorsque cela semblait s'écarter de la demande initiale.

Ainsi, plusieurs médecins ont recherché une souffrance liée à l'environnement scolaire et/ou familial de l'adolescent. Cette attitude a été favorablement perçue par les étudiants, car elle a permis de libérer la parole de l'adolescent. Deux médecins l'ont fait en sortant du cadre de la demande initiale (R15 : « La médecin lui demande comment se passe le collège [...]. » ; R22 : « [...] il ne semble y avoir aucun soucis pour elle du côté scolaire comme familial. »). Les autres ont été influencés par le motif initial de consultation : douleur abdominale (R19 : « Mon maître de stage a alors demandé au patient s'il avait des difficultés relationnelles à l'école. »), anxiété (R8 : « Devant un climat rassurant, un interrogatoire bien dirigé sans tabou et balayant tout les sujets (école, famille, suicide...) le patient a pu parler et nous dire de nombreuses choses [...]. »), asthénie (R17 : « On s'aperçoit ainsi que cette fatigue générale avait non seulement une composante organique mais aussi psychologique avec des problèmes importants au sein du foyer familial. »), et énurésie secondaire (R25 : « Lors de l'interrogatoire, le médecin cherche à dépister un contexte de violences, en milieu scolaire ou dans le cadre familial. »). Un étudiant a souligné le caractère inattendu des révélations de l'adolescent et du lien entre le contexte psycho-social et les symptômes présentés. La consultation a donc été une source d'apprentissage importante pour lui (R19 : « Lors de cette consultation, il ne me serait jamais venu à l'idée d'orienter la consultation dans ce sens et je m'en serais tenu aux informations sémiologiques, ne permettant pas de déceler le harcèlement vécu par le patient. »).

Un médecin a également cherché une souffrance de l'adolescente liée à la perception de son corps, suite au dépistage d'un surpoids lors de son bilan annuel, ce qui a ensuite mené à un entretien motivationnel (R20 : « La médecin lui a d'abord posé des questions générales du type "comment ca se passe à l'école?" "est-ce que tu t'entends bien avec tes amis ?", puis des questions plus personnelles mais toujours ouvertes du type "comment tu te sens dans ton corps ?" »).

Un autre médecin a recherché un état dépressif caractérisé devant l'anorexie du patient, et lui a demandé directement s'il avait des idées suicidaires, ce qui a permis une révélation importante de la part de sa mère (R1 : « Le médecin lui demande finalement de but en blanc, s'il a des idées noires. A ce moment la mère finit par expliquer que l'adolescent a fait une tentative de suicide le mois précédent. »).

Enfin deux étudiants ont rapporté des questions sur le sommeil, dont la perturbation peut signifier des difficultés psychologiques (R17 : « Arrivé à la question des insomnies

[...] » ; R4 : « Le médecin pose des questions à la patiente sur son mode de vie [...] la patiente dit avoir un bon sommeil [...]. »).

B. Autres sujets de prévention

Dans de nombreux récits, le médecin a profité de la consultation pour élargir son intervention à d'autres sujets de prévention que la santé mentale.

Un médecin a profité de la mise à jour des vaccins obligatoires pour parler du vaccin contre le papillomavirus (R5 : « À la fin d'une consultation pour mise à jour vaccinale d'un garçon de 13 ans accompagné de son père, le médecin fait un point sur le suivi pédiatrique de l'enfant et évoque la possibilité de se faire vacciner contre le papillomavirus. »).

Deux étudiants mentionnaient que l'examen clinique avait été complété par une évaluation de la croissance staturo-pondérale, menant à une discussion sur la nutrition dans les deux cas (R20 : « Après avoir fait tout l'examen clinique et éliminé une urgence, vient le moment de la pesée pour remplir le carnet de santé. » ; R22 : « Nous passons donc à l'examen clinique avec mesure de la taille et du poids afin de compléter ses courbes sur le carnet de santé. »).

Quatre récits mentionnaient des questions en rapport avec la sexualité dans l'interrogatoire. Les patientes concernées étaient systématiquement des femmes. Ces questions ont toutes été motivées par le motif initial de consultation. Dans deux récits, le motif initial était une douleur abdominale (R18 : « La généraliste lui a alors demandé si celle si avait un copain avec qui elle aurait des rapports sexuels sans vouloir que sa mère ne le sache, ce qui était finalement le cas. » ; R9 : « Ma maître de stage réalise donc un interrogatoire complet contenant notamment des questions sur sa sexualité récente. »). Dans un récit, la patiente consultait pour un traitement de l'endométriose (R14 : « Le médecin a alors demandé à la patiente si la demande était motivée par la volonté d'avoir une contraception efficace. »). Dans le dernier, la patiente consultait suite à une fausse couche (R24 : « Ma maître de stage voulait aborder avec la patiente le sujet de la contraception pour éviter une autre grossesse ultérieure non souhaitée. »).

2.2.2. Outils communicationnels décrits

A. Adapter son langage

Deux médecins ont fait appel aux références du patient, l'un pour l'interpeller (R15 : « Enfin elle a dit au jeune homme "je sais que tu as envie de retourner jouer à Fortnite mais tu sais c'est important aussi ect." et le jeune homme a fini par sourire. Elle a parlé son langage et a réussi à communiquer avec le patient [...]. »), l'autre pour diagnostiquer un état dépressif (R1 : « L'adolescent montre un manque d'intérêt pour les activités du quotidien mais aussi les plaisirs de son âge. »). Dans le premier récit, cette attitude semblait créer un environnement facilitant pour la relation de soins d'après l'étudiant (« [le médecin] a réussi à communiquer avec le patient [...] »). Dans le second, cela a pu participer à proposer une prise en charge adaptée (« Le médecin orientera finalement la famille vers un psychiatre et un psychologue en urgence. »).

Deux étudiants ont cité le médecin en train de tutoyer l'adolescent (R15 : « Enfin elle a dit au jeune homme "je sais que tu as envie de retourner jouer à Fortnite" [...] » ; R26 : « [...] c'est normal d'avoir des sautes d'humeur a ton âge mais t'en fait pas [...]. »). Dans le second récit, le tutoiement n'a pas suffi à améliorer la relation médecin-patient.

B. Pratiquer l'écoute active

L'écoute active de l'adolescent par le médecin semblait participer au déblocage de la situation sur le plan relationnel et médical selon plusieurs étudiants.

Par exemple dans un récit, le médecin a questionné l'adolescent sur son ressenti, lui offrant ainsi un espace de réflexion et de confiance (R7 : « En interrogeant l'adolescente sur la façon dont elle vit cela, celle-ci se met à pleurer et dit qu'elle culpabilise parfois d'oublier la maladie de son papa quand elle est avec ses amis au lycée. »). Le médecin a ensuite utilisé le renforcement positif et l'écoute active en réponse aux propos de l'adolescent, ce qui semblait favoriser la relation de soins. L'étudiant utilisait lui-même le terme « écoute » dans son récit (« La médecin l'écoute, lui soulève que le simple fait qu'elle se demande si elle est assez empathique signifie qu'elle l'est [...] »). Un autre étudiant a mis l'accent sur l'importance d'avoir approfondi une préoccupation de la patiente, en décrivant le soulagement de celle-ci, identifiant ce comportement comme facilitateur pour la relation médecin-patient (R22 : « La consultation s'est ensuite terminée après que le médecin ait discuté de ce soucis avec l'adolescente qui semblait soulagée d'avoir pu aborder ce sujet sensible pour elle. »). L'écoute passait aussi par l'attention portée au langage non verbal du patient. Un étudiant a souligné que le médecin aurait compris, en analysant le langage verbal et corporel de l'adolescente, que son mutisme était lié à une gêne et non à un manque d'intérêt pour ses questions. Cette déduction aurait permis de débloquent la situation en proposant une solution adaptée (R9 : « Ainsi en analysant l'attitude de la patiente, ma maître de stage a supposé que la jeune patiente ne voulait pas répondre aux questions en présence de sa mère. »).

Au contraire, dans un récit concernant un suivi de fausse couche chez une adolescente de 19 ans, l'étudiant rapportait un interrogatoire du médecin sur les raisons de la fausse couche et sur le désir de grossesse de la patiente, mais ne précisait pas si le médecin avait interrogé la patiente sur son ressenti vis-à-vis de cette perte. Le terme « enchaîner » utilisé par l'étudiant laissait penser que la patiente n'avait pas beaucoup de place pour s'exprimer, ce qui a pu mener à un blocage dans la relation de soins (R24 : « Elle a d'abord essayé de comprendre si la patiente souhaitait obtenir une grossesse ce qui n'était apparemment pas le cas. Elle lui a également demandé ce qui avait fait qu'elle était tombée enceinte cette fois-ci avant d'enchaîner sur la question de la contraception [...]. »). De plus, en réponse au refus de contraception de la patiente, le médecin a poursuivi ses explications, ce qui a pu être perçu comme une absence d'écoute à ce moment de la consultation (« [La patiente] a simplement répondu qu'elle ne voulait pas de contraception en ajoutant qu'une nouvelle grossesse n'arriverait pas. Ma maître de stage a sorti une planche sur laquelle étaient indiqués les différents modes de contraception. »). Enfin, dans un autre récit où la patiente exprimait des symptômes de trouble anxieux généralisé, l'étudiant n'a pas rapporté d'écoute active de la part du médecin, mais au contraire une minimisation du ressenti

de l'adolescente. Cela a pu être perçu comme un frein pour la relation de soins médecin-patient. En effet le médecin a comparé les troubles anxieux de la patiente à des « sautes d'humeur » liées à son statut d'adolescente (R26 : « Bon... c'est normal d'avoir des sautes d'humeur a ton âge »). Il a tenté de faire relativiser la patiente sur son état de santé, d'abord en le comparant à son état antérieur (« t'as connu pire »), puis à sa santé physique (« et puis au moins t'as pas de douleur articulaire, ton corps suit ! »), mais cela aussi suggérait que le médecin ne prenait pas conscience de l'intensité de la souffrance psychique de la patiente. A la fin de la consultation, le médecin a d'ailleurs manifesté son étonnement quand la patiente lui a dit ne pas se sentir « mieux » (« [...] et termine la consultation par un "Ça va mieux ? Ah non ? [...]" »), montrant qu'il ne l'avait pas vraiment comprise et qu'il pensait que l'émotion de la patiente était passagère.

C. Utiliser le renforcement positif

Un médecin a eu un discours très positif et encourageant pour s'adresser à un adolescent en surpoids qui avait maigri. L'étudiant a conclu que ceci avait eu un impact positif sur le ressenti du patient, exprimé par un sourire (R16 : « La docteur était très contente et l'a félicité plusieurs fois, faisant sourire le patient. »). Pour lui, ce comportement était particulièrement utile avec les jeunes adolescents (« J'ai beaucoup aimé ce côté-là car pour un enfant je pense que c'est plus important de faire ressortir le positif. »).

D. Être patient

Le fait de prendre son temps, de montrer de la patience à l'égard du patient semblait faciliter sa prise en charge selon plusieurs étudiants.

Ainsi, un médecin a laissé un temps de « réflexion » à l'adolescent avant de se confier (R22 : « Après réflexion la jeune fille se décide à nous expliquer l'importance qu'elle apporte à son poids, [...] depuis qu'elle a pris quelques kilos en plus. »). Un deuxième a pris le temps d'une « longue » discussion dans le but d'améliorer les soins de l'adolescent (R10 : « Après une longue discussion avec le jeune garçon, le médecin l'a convaincu de le laisser appeler ses parents pour tenter d'expliquer la gravité de la situation (avec tact bien évidemment). »). Un troisième médecin a gardé son sang-froid face à l'absence de réponse de la patiente pendant la consultation, et l'a recontactée à posteriori, pour obtenir des réponses dans un cadre plus propice à la discussion. (R9 : « La patiente semble hésitante et reste évasive dans ses réponses. Ma maître de stage poursuit la consultation [...]. Quelques heures plus tard, ma maître de stage a rappelé la patiente et lui a demandé de s'isoler pour répondre [...]. »). A chaque fois, cela semblait permettre une avancée dans la prise en charge du patient (R22 : « La consultation s'est ensuite terminée après que le médecin ait discuté de ce soucis avec l'adolescente qui semblait soulagée d'avoir pu aborder ce sujet sensible pour elle. » ; R10 : « Ceci a, pour son grand bien porté ses fruits étant donné que le père a donné son accord. » ; R9 : « Elle a alors pu lui prescrire un test de grossesse urinaire ainsi qu'un dosage des bêta hcg sanguins. »).

E. Être rassurant

La réassurance du patient a pu être un facteur facilitant la relation de soins dans six récits. Un étudiant a d'ailleurs souligné que cette réassurance était un signe d'empathie du médecin (R12 : « Le médecin adopte une attitude empathique en essayant de rassurer la patiente, notamment en lui disant de ne pas se sentir coupable vis à vis de ce qu'elle subit [...] »). Les médecins rassuraient le patient sur sa « normalité » : normalité de son corps (R22 : « Suite à tout ça, nous terminons la consultation en complétant les courbes et en lui expliquant qu'elle avait pris un petit peu de poids mais que ses courbes restaient néanmoins normales. »), ou normalité de son ressenti (R7 : « [...] lui dit qu'il est normal à son âge de s'amuser avec ses amis et ne pas penser sans cesse à la maladie de son père. »). Un médecin a rassuré le patient sur la garantie du secret médical vis-à-vis de ses parents (R8 : « Une fois sa mère sortit, mon maître de stage a rassuré le jeune patient en lui disant que tout ce qui se dirait restera entre eux et que rien ne sera divulgué à sa mère sans son consentement. »).

Deux médecins ont aussi voulu rassurer le parent, l'un sur la gravité des symptômes de l'adolescent (R21 : « Mon maître de stage décide d'avoir une attitude moins anxiogène et rassurant sur la situation. »), l'autre sur les craintes exprimées vis-à-vis d'un traitement (R14 : « [...] le médecin a rassuré la mère et la fille quant aux différents effets indésirables [...] »). Cela semblait être favorable pour la prise en charge et la relation de soins médecin-adolescent-parent également.

F. Partager son vécu personnel

Partager son vécu personnel avec le patient semblait perçu par l'étudiant soit comme un levier, soit comme un frein pour la relation de soins médecin-patient, selon que celui-ci s'éloignait ou non du ressenti du patient. Deux récits mentionnaient cet outil.

Dans le premier récit, le médecin a utilisé son vécu personnel en le replaçant dans le contexte du patient, ce qui a été perçu comme de l'empathie par l'étudiant et a pu permettre d'améliorer la relation avec l'adolescent (R12 : « Le médecin adopte une attitude empathique [...] en racontant sa propre expérience vis à vis du harcèlement. »). Dans le second récit, le médecin a également partagé son ressenti, mais celui-ci était en décalage avec celui de la patiente. Ainsi il a comparé le « bourdon » que lui procurait son retour de congés à Paris avec l'angoisse généralisée qu'exprimait la patiente (R26 : « [La patiente] dit "je suis angoissée tout le temps j'ai peur du monde et des gens, je n'y arrive pas, j'angoisse de la rentrée" et s'effondre en pleurant. Ce à quoi le médecin répond "Oh bah c'est normal je reviens de congé sur le littoral le retour à Paris me fout le bourdon les gens sont d'un triste ici". »). Il s'est ensuite plaint de sa condition de médecin généraliste et n'est pas revenu sur la plainte de la patiente, recentrant ainsi la conversation sur lui-même (« [...] Se tourne vers moi et me dit "la société devient folle pour X raison et nous les médecins généralistes on est un peu les gardes fou" »). Cela a pu participer au blocage de la relation médecin-patient.

G. Replacer l'adolescent au centre de la consultation

Suite à l'exposition du motif par le parent, certains médecins se sont adressés directement à l'adolescent pour recueillir son ressenti, ce qui a pu participer à favoriser la relation médecin-patient (R13 : « [...] et lorsque la médecin pose des questions

directement à l'adolescente celle-ci est très fermée et réponds à peine. » ; R14 : « Le médecin a alors demandé à la patiente si la demande était motivée par la volonté d'avoir une contraception efficace. » ; R1 : « Le médecin demande alors à l'adolescent s'il a moins faim [...] ». Cette démonstration d'intérêt passait aussi par le non verbal, dans un récit où le médecin cherchait à capter le regard du patient (R15 : « Elle avait beau s'adresser au jeune homme et chercher son regard, celui-ci ne répondait pas. »). Cela aussi a pu participer à construire une relation médecin-patient de bonne qualité.

Dans un récit, le médecin n'était pas seul avec l'adolescent, mais il a quand même « réussi » selon l'étudiant à communiquer avec lui en utilisant ses références culturelles, ici un jeu vidéo (R15 : « [Le médecin] a parlé son langage et a réussi à communiquer avec le patient et non pas sa mère [...] »). Ce terme « réussi » montrait que pour l'étudiant, le médecin avait réalisé une prouesse, et était donc un exemple à suivre.

Enfin un étudiant soulignait que le médecin avait fait attention à ne pas oublier que la patiente était « la principale concernée », et était indépendante de ses parents en ce qui concernait sa santé. Les termes « il a su » indiquaient là aussi que l'étudiant considérait l'attitude de son maître de stage comme remarquable (R27 : « [Le médecin] a su l'apaiser [la mère] en lui faisant comprendre qu'il entendait ses inquiétudes sans pour autant oublier la principale concernée [la patiente] qui est majeure et libre de ses choix. »). La façon dont le médecin avait procédé pour que l'étudiant tire cette conclusion n'était pas explicite dans le récit.

H. Respecter le secret médical vis-à-vis des parents

Le respect du secret médical vis-à-vis des parents semblait être un facteur favorisant important pour les étudiants dans la relation de soins et la prise en charge des adolescents. Il s'est manifesté différemment selon les récits.

Cela pouvait passer par la mise en place d'un temps seul avec l'adolescent. Dix étudiants ont décrit ce comportement dans leur récit. La moitié d'entre eux faisaient un lien de cause à effet direct entre ce temps seul, et une confiance importante de l'adolescent au médecin. Ils en déduisaient l'importance de voir l'adolescent sans son parent pour favoriser la communication et donc la relation médecin-patient (R13 : « La médecin décide ensuite de s'entretenir seule avec l'adolescente, et au fur et à mesure des questions, l'adolescente se sent de plus en plus à l'aise et s'ouvre petit à petit [...] mais j'ai trouvé que c'était important de souligner le fait que la présence d'un parent puisse autant changer le cours d'une consultation. » ; R17 : « Le père accepte et immédiatement la jeune fille se transforme. On lit le soulagement sur son visage, elle paraît moins tendue, elle peut finalement s'exprimer [...]. Dans cette situation, la médecin a permis de débloquent la situation en faisant sortir le père pour que la patiente puisse s'exprimer librement » ; R9 : « En lui parlant seule, elle a permis de débloquent la situation. » ; R2 : « [la patiente] parla beaucoup plus et exprimât réellement son mal-être et ce qui ressemblait à de la phobie sociale. Cela permit d'avancer dans la relation [...]. »). Un seul étudiant n'a pas semblé percevoir favorablement cette attitude, possiblement car le médecin a ensuite minimisé les symptômes de la patiente et a décentré la consultation de ses préoccupations (R26 : « [...] au moment de l'examen clinique le MG fait sortir la mère et demande à la jeune fille si elle voudrait voir un psy [...]. », cf 2.2.2.B.).

Le temps seul a été mis en place par le médecin à différents moments de la consultation. En majorité, il avait lieu en seconde partie de consultation, après un premier interrogatoire en présence du parent (R4 : « Le médecin demande à la mère de patienter dans la salle d'attente pour la suite de la consultation et de l'examen clinique [...] »). Dans trois récits, le temps seul s'est fait en dehors de la consultation rapportée : lors d'un appel téléphonique à la patiente par le médecin après la consultation (R9 : « Quelques heures plus tard, ma maître de stage a rappelé la patiente et lui a demandé de s'isoler pour répondre. »), avec un autre professionnel de santé (R14 : « [Le médecin] l'a réorientée vers une sage-femme avec qui elle s'entreprendrait individuellement et qui pourrait l'aider. »), et lors d'un second rendez-vous avec le médecin (R18 : « [...] la médecin lui a alors proposé une consultation seule à seule sans que sa mère ne soit au courant afin d'en discuter plus amplement et faire les démarches en sa compagnie si nécessaire. »).

Dans un récit, le médecin n'a pas vu l'adolescent seul, mais l'a incité à reconsulter seul (R15 : « [...] et à l'encourager à consulter seul pour aller mieux, au delà de sa mère. »).

Deux médecins ont expliqué à l'adolescent qu'ils étaient soumis au secret médical vis-à-vis de ses parents, ce qui a pu faciliter la communication. L'un des adolescents était d'emblée non accompagné (R22 : « Le médecin lui a alors expliqué qu'elle était soumise au secret médical et qu'elle pouvait si elle le souhaitait lui parler de ce qui n'allait pas sans que ses parents n'en soient informés. »). Pour le second adolescent le médecin a profité du départ du parent (R8 : « Une fois sa mère sortie, mon maître de stage a rassuré le jeune patient en lui disant que tout ce qui se dirait restera entre eux et que rien ne sera divulgué à sa mère sans son consentement. »).

Un médecin en a profité pour questionner l'adolescent sur sa sexualité, et lui a demandé si ce sujet pouvait être abordé devant le parent ou non, ce qui a pu participer à créer une relation de confiance avec l'adolescente (R18 : « La généraliste lui a alors demandé si elle avait un copain avec qui elle aurait des rapports sexuels sans vouloir que sa mère ne le sache [...]. »).

Dans un récit, le fait de garder le parent en consultation a été explicitement perçu comme un facteur limitant pour la relation de soins par l'étudiant et son maître de stage. L'étudiant l'a ainsi qualifié d'« erreur », car cela aurait freiné l'expression de la patiente (R25 : « Son erreur a été de ne pas faire sortir la mère de la patiente. En sa présence, la jeune fille s'est renfermée et cherchait constamment l'approbation de sa mère avant de répondre aux questions [...] »). Lors du débrief de la consultation, l'étudiant et son maître de stage ont donc envisagé le temps seul comme une alternative qui aurait permis de débloquer la situation (« Solutions envisagées : Faire sortir la maman [...]. »).

I. Inclure le parent dans la prise en charge

Dans certaines situations, la prise en compte des préoccupations du parent ou le fait de leur communiquer des informations sur la santé de leur enfant semblait être perçu comme favorable pour la relation de soins et/ou la prise en charge de l'adolescent.

Un médecin a gardé le parent présent lors d'un interrogatoire sur l'environnement scolaire de l'adolescent, ce qui a permis d'après l'étudiant une prise de conscience du parent sur la gravité de la situation et donc potentiellement une amélioration de la prise en charge (R19 : « Le patient a alors parlé de harcèlement au collège, dont la mère (présente lors de la consultation) ne connaissait pas l'ampleur [...]. Cette consultation va donc pouvoir permettre au patient et à sa mère de mettre en place plusieurs éléments afin que le harcèlement cesse. »).

Deux médecins ont tenu à rassurer le parent sur son pouvoir de décision concernant son enfant, et sur la validité de ses décisions. Dans les deux récits, cela semblait être perçu favorablement par les étudiants pour la relation médecin-parent (R5 : « Elle souligne par ailleurs qu'il n'y a pas d'obligation malgré la forte recommandation, ce qui permet au père de s'ouvrir et de réfléchir plus sérieusement à cette possibilité. » ; R27 : « Le médecin lui a donné tout de suite raison en voulant calmer la situation et la rassurer dans son bon droit [...] il a su l'apaiser en lui faisant comprendre qu'il entendait ses inquiétudes [...]. »).

Enfin, un médecin a utilisé le ressenti du parent pour déculpabiliser et rassurer l'adolescente, ce qui semblait être un outil efficace pour la relation médecin-patient (R7 : « [Le médecin] lui dit également que [son père] ne veut pas non plus la voir triste et que ça lui fait certainement du bien de la voir heureuse. »).

J. Garder une attitude neutre face à un conflit intra-familial

Dans deux récits, le médecin a dû gérer un conflit entre l'adolescent et le parent.

Le premier médecin a proposé un contrat informel entre le parent et l'adolescent (R6 : « Ma maître a alors utilisé son statut de médecin de famille pour modérer les positions de chacun en proposant un contrat de confiance entre le fils et sa mère. »), réalisant ainsi un rôle de médiateur qui semblait facilitateur pour la relation médecin-parent-adolescent. L'étudiant a souligné l'avantage du médecin généraliste de pouvoir acquérir la confiance de plusieurs membres d'une même famille, et de pouvoir ensuite utiliser cette position pour résoudre des conflits intra-familiaux. Il a aussi exprimé que ce rôle débordait des prises en charge biomédicales apprises à la faculté (« La solution n'était aucunement médicale, mais c'est sa posture de médecin qu'elle a su investir [...] pour arranger la situation et rassurer tout le monde. »).

Le second médecin a simplement évité le sujet qui était source de tension, sans prendre parti, ce qui a également été perçu comme un levier pour la relation de soins par l'étudiant, qui a utilisé le terme « débloquer » (R14 : « Afin de débloquer la situation, le médecin [...] a réorienté la conversation en évitant le sujet de la contraception [...]. »).

K. Donner une information éclairée

Plusieurs médecins ont pris le temps de donner des informations au patient et/ou à son parent sur divers sujets médicaux. Cela semblait être perçu le plus souvent comme un outil facilitant la relation triangulaire médecin-parent-patient.

Par exemple plusieurs étudiants ont exprimé l'intérêt de réexpliquer la pathologie et les traitements à l'adolescent et son accompagnant, pour faciliter la réflexion autour de la prise en charge proposée et favoriser leur adhésion (R5 : « Le médecin énonce, pour justifier cette proposition, les nouvelles recommandations vaccinales ainsi que les potentiels risques en lien avec l'infection à HPV pour les hommes. » ; R11 : « C'était intéressant de voir le médecin d'abord réexpliquer aux deux ce qu'était une ITL, car ils avaient toujours quelques questions [...] » ; R10 : « [...] le médecin l'a convaincu de le laisser appeler ses parents pour tenter d'expliquer la gravité de la situation (avec tact bien évidemment). »). Un étudiant a manifesté son étonnement face à la nécessité de réexpliquer la pathologie du patient en début de consultation. Il a donc partagé son constat que le médecin généraliste avait un rôle fondamental à jouer dans l'information et l'éducation thérapeutique du patient (R11 : « [...] j'ai été étonnée car j'aurai pensé que le CLAT expliquait déjà tout en profondeur, mais apparemment non, d'où la nécessité des médecins généralistes, qui reprennent souvent les notions d'éducation thérapeutique (comme avec des patients diabétiques ou hypertendus). »).

Dans un autre récit où l'étudiant menait la consultation en supervision directe, donner une information éclairée n'a pas paru suffire à améliorer la relation de soins (R27 : « Vers la fin de la consultation, j'ai quand même voulu parler à la jeune fille des infections causées les papillomavirus, et de la vaccination contre les HPV recommandée et non obligatoire ; sa mère ne m'a pas laissée finir en disant qu'elle aurait le temps. »). Dans ce récit la mère était hostile au discours de l'étudiant dès le début de la consultation. Cela laissait supposer que la mise en place d'un climat favorable était d'abord nécessaire pour que le parent accepte d'écouter les explications du soignant.

2.2.3. Examen physique

L'examen physique a été décrit comme un élément important de la consultation dans un récit concernant un enfant avec un retard mental, qui craignait cet examen. Le médecin a alors effectué des gestes calmes et lents et a expliqué l'examen pour le rassurer, ce qui a paru être un facteur favorisant la relation de soins (R3 : « [...] ces gestes étaient très calmes et lents. Bien sûr il expliquait tout avant de le faire avec des gestes et des démonstrations pour rassurer le patient. »). Hormis ce récit, l'examen clinique ne paraissait pas être un élément important pour les étudiants, puisqu'il n'a été mentionné que brièvement dans un seul autre récit (R15 : « La médecin avec qui je suis en stage a vite examiné puis prescrit une échographie. »).

2.2.4. Participation de l'étudiant

De nombreux étudiants ont utilisé le « nous », possiblement pour s'inclure en tant que participants à la consultation, même quand leur rôle décrit était celui d'observateur passif (R2 : « Lors d'une consultation nous recevons une mère et sa fille adolescente. »). Cela pouvait montrer que l'étudiant se sentait intégré comme soignant durant la consultation, au même titre que le médecin généraliste. Un étudiant laissait entendre par le « on » que le médecin et lui avaient le même ressenti sur la situation, suggérant un sentiment d'égal à égal avec le médecin (R6 : « En discutant, on se rend compte que c'est juste un ado qui a envie qu'on le laisse tranquille [...]. »). Parfois, l'étudiant au contraire se positionnait comme un narrateur extérieur à la consultation

décrite, suggérant une posture plus fondamentalement étudiante et observatrice (R12 : « Une patiente de 19 ans vient au cabinet du médecin. »).

Six étudiants ont rapporté explicitement avoir eu une participation active durant la consultation. Cela a paru être un facteur limitant pour la relation médecin-patient, dans un récit où l'étudiant faisait l'interrogatoire sous supervision directe de son maître de stage, et où le parent a montré des signes d'impatience en fin de consultation (R27 : « Il m'a laissée commencer la consultation et il ferait des interventions ponctuelles. [...] sa mère ne m'a pas laissée finir en disant qu'elle aurait le temps. »). Dans un autre récit, un étudiant a été inclus dans la réflexion sur le cas de l'adolescent. Ce facteur a pu être facilitant pour la prise en charge (R23 : « Nous avons réfléchi ensemble pour trouver des solutions pour aider ce jeune en difficulté. »). Deux étudiants ont laissé entendre qu'ils avaient l'habitude de participer à l'examen physique des patients lors des consultations, sans que cela n'ait paru influé sur la relation de soins (R3 : « Nous devons l'examiner avec le médecin [...] » ; R22 : « Nous passons donc à l'examen clinique [...] »). Dans un récit l'étudiant est resté seul avec la patiente sans y être préparé, pour un court instant. Cela n'a pas semblé influencer la relation médecin-patient (R28 : « Mon maître de stage s'est éclipsé pour aller récupérer le flyer avec le numéro de téléphone du service de psychothérapie proposé par la ville. »). Enfin un seul étudiant a parlé de débrief avec son maître de stage, à posteriori de la consultation. Ce débrief avait pour but une réflexion collégiale par rapport à une situation identifiée par le maître de stage et l'étudiant comme un blocage, pour en tirer un apprentissage (R25 : « Suite à cette consultation, le médecin et moi-même avons discuté de la situation, comment aurions-nous pu mieux faire ? »).

2.2.5. Prise en charge proposée

A. Proposer un suivi médical et/ou paramédical

De nombreux médecins ont proposé un suivi à l'adolescent avec eux-mêmes en fin de consultation. Trois médecins ont ainsi signifié leur disponibilité à l'adolescent, sans fixer de rendez-vous, ce qui semblait perçu comme un outil favorable pour la relation et la prise en charge (R12 : « [...] tout en lui indiquant de revenir le voir si les problèmes persistent. » ; R18 : « [...] la médecin lui a alors proposé une consultation seule à seule sans que sa mère ne soit au courant afin d'en discuter plus amplement et faire les démarches en sa compagnie si nécessaire. » ; R7 : « La jeune fille ne semble pas souhaiter cela mais comprend qu'elle peut revenir parler avec la médecin si elle le souhaite à tout moment. »). Deux médecins ont fixé le rendez-vous de suivi à une date précise, ce qui paraissait aussi être un outil facilitant (R21 : « Il prescrit un bilan biologique pour quantifier l'état de dénutrition et décide d'un nouveau rdv une semaine après. » ; R23 : « Solutions proposées : [...] S'assurer que les mesures soient mises en place pour la rentrée en reprogrammant un rdv avec le jeune début septembre. »).

Dans sept récits, le médecin a proposé à l'adolescent de voir un spécialiste médical ou paramédical. Le plus souvent, il s'agissait d'un psychologue et/ou d'un psychiatre (R1 : « Le médecin orientera finalement la famille vers un psychiatre et un psychologue en urgence. » ; R2 : « Cela permet [...] de proposer à cette jeune fille un suivi psychologique bienfaisant pour résoudre cette souffrance exprimée. »). Dans un récit, il s'agissait d'une sage-femme pour discuter de la contraception, dans un contexte d'endométriose (R14 : « [...] et l'a réorientée vers une sage-femme avec qui elle

s'entreferait individuellement et qui pourrait l'aider. »). La plupart du temps, cela semblait être un facteur facilitant la prise en charge thérapeutique, sauf dans un récit où le médecin a ensuite minimisé les symptômes de la patiente (R26 : « [...] le MG fait sortir la mère et demande à la jeune fille si elle voudrait voir un psy [...]. », cf. 2.2.2.B.).

B. Se mettre en lien avec l'équipe éducative de l'adolescent

Dans deux récits abordant des difficultés scolaires (harcèlement et dyslexie), les médecins ont proposé de contacter eux-mêmes l'équipe éducative (R12 : « Il essaie de lui trouver des solutions (appeler les professeurs, en parler aux parents etc...) [...]. » ; R23 : « Le médecin a proposé plusieurs choses : 1. De se mettre en relation direct avec le médecin du travail de son université pour discuter des adaptations à faire pour améliorer son intégration 2. De rédiger des lettres à tous ces professeurs pour expliquer les nécessités [...]. »). Cela semblait être perçu comme un levier pour la relation de soins.

C. Prendre en compte le contexte social du patient

Dans deux récits, les étudiants ont affirmé avoir réalisé le rôle à jouer du médecin généraliste sur le plan social pour une prise en charge adaptée du patient (R23 : « J'ai trouvé ça très bienveillant de la part du médecin, et j'ai mesuré lors de cette consultation l'impact social que le MG peut avoir. » ; R28 : « Normalement, le service est gratuit et remboursé par la sécurité sociale. Sur le plan social cela serait vraiment bénéfique pour des jeunes qui évoluent dans des milieux assez précaires ; elle avait le besoin/démarche de rechercher de l'aide/écoute donc il ne faudrait pas que le facteur financier entrave son accès aux soins. »).

D. Créer une alliance thérapeutique avec l'adolescent

Plusieurs étudiants ont conclu sur l'importance d'avoir une approche non directive et de faire participer le patient aux décisions sur sa santé.

Dans un récit, l'étudiant a identifié et rapporté les questions ouvertes posées par le médecin à une adolescente en surpoids, ce qu'on pouvait interpréter comme un entretien motivationnel autour de la nutrition (R20 : « Elle n'a pas eu besoin d'en poser beaucoup puisque dès le début la petite fille a répondu qu'elle se trouvait "grosse", et la suite de la consultation a été dédiée à faire de la prévention et aider cette enfant à trouver des solutions par elle-même. "Qu'est ce que tu penses que tu pourrais faire pour éviter de prendre du poids ?", "Est-ce que tu penses qu'il y a des aliments qu'il faut moins manger que d'autres ?" »). Cette attitude a permis de créer une alliance thérapeutique avec la patiente en la rendant actrice de sa santé (« La consultation s'est terminée en lui proposant de tenir un agenda des repas, ou elle pourrait écrire chaque chose qu'elle mange dans la journée, en précisant à côté si elle pense que cet aliment est bon ou moins bon pour la santé. »).

Un autre médecin a adapté ses recommandations d'activité physique aux capacités et aux souhaits du patient, lui laissant de l'autonomie dans la décision (R16 : « Et au lieu d'insister elle a essayé de trouver un terrain d'entente. Il aimait bien se balader alors ils se sont mis tous les deux d'accord pour faire 1 à 2h de balade pendant les beaux jours le week-end ou après l'école. Le patient semblait content de ce compromis et

pas forcé à faire quelque chose qu'il ne voulait pas. »). Ainsi l'étudiant a perçu que le médecin ne se plaçait pas comme un expert, mais comme un collaborateur pour œuvrer contre le surpoids du patient, permettant là aussi d'améliorer la relation médecin-patient et la prise en charge du patient selon lui. Il a par ailleurs insisté sur l'importance de cette démarche chez les adolescents spécifiquement (« Évidemment cette histoire est à suivre pour voir si cela est suffisant pour diminuer le poids. Mais il faut commencer doucement et au rythme des patients, surtout pour les enfants et adolescents. »).

Enfin, un médecin a recherché la compréhension, l'accord et la motivation du patient avant une décision thérapeutique importante, au lieu de la lui imposer, dans un but de décision partagée. Le terme « alliance thérapeutique » a ici été cité par l'étudiant (R11 : « [...] en recherchant bien sa compréhension et son accord, et sa motivation, comme dans un objectif d'alliance thérapeutique, ils ont pris la décision d'arrêter le traitement actif [...]. »). L'étudiant a particulièrement apprécié cette approche (« C'était une consultation intéressante car elle a mis l'accent sur l'écoute du patient et de ses doléances, afin de lui proposer ce qui pouvait lui convenir le mieux, au lieu de lui imposer un traitement très mal toléré et dont l'observance aurait été potentiellement médiocre à terme. »).

E. Prescrire

Dans quatre récits, le médecin a prescrit un examen complémentaire au patient, à visée diagnostique dans deux récits (R9 : « Elle a alors pu lui prescrire un test de grossesse urinaire ainsi qu'un dosage des béta hcg sanguins. » ; R15 : « La médecin avec qui je suis en stage a vite examiné puis prescrit une échographie. »), pour évaluer la gravité du problème dans un récit (R21 : « Il prescrit un bilan biologique pour quantifier l'état de dénutrition [...]. »), et pour surveillance active dans un dernier récit (R11 : « [...] ils ont pris la décision d'arrêter le traitement actif et de suivre plutôt les recommandations de surveillance d'une ITL : radio, bilan et consultations tous les 6 mois pendant 2 ans [...]. »). Cela a pu être perçu comme facilitant sur le plan thérapeutique.

Dans quatre récits, le médecin a prescrit un traitement médicamenteux : un anxiolytique (R26 : « Prescrit du seresta [...]. »), une supplémentation en fer (R17 : « Ma maître de stage relit la biologie, elle donne des conseils vis-à-vis de l'alimentation et lui prescrit du fer. »), un antalgique (R9 : « [...] et lui prescrit du paracétamol pour ses douleurs. »). Seule la prescription d'anxiolytique a pu être associée à un facteur limitant pour la relation médecin-patient, compte tenu du manque d'écoute associé (cf. 2.2.2.B.)

Enfin, un médecin a prescrit un arrêt de travail à une adolescente de 19 ans qui subissait du harcèlement dans ses études (R12 : « [...] et lui prescrit un arrêt pour se reposer [...]. ») et cela a pu être perçu comme un facteur facilitant.

F. Demander l'avis d'un médecin expert

Dans le récit comportant un débrief, une des solutions envisagées par l'étudiant et son maître de stage pour savoir comment agir face à une suspicion de violences intra-familiales était de demander l'avis à un autre médecin plus habitué à cette

problématique (R25 : « Solutions envisagées : [...] Prendre un avis auprès du médecin de la CRIP (Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes). »). Cela était donc envisagé comme un moyen de débloquent la situation.

2.3. Ressenti des étudiants en fin de consultation

2.3.1 Perception de l'attitude de leur maître de stage

Les étudiants exprimant un ressenti positif sur l'attitude de leur maître de stage étaient beaucoup plus nombreux que ceux exprimant un ressenti négatif.

Le ressenti positif pouvait s'exprimer directement (R16 : « J'ai beaucoup aimé (...). » ; R23 : « J'ai trouvé ça très bienveillant de la part du médecin (...). »), ou indirectement, en soulignant par exemple l'impact positif du médecin sur la vie future de l'adolescent (R10 : « Ce geste du médecin pouvant paraître simple, a pourtant eu un impact colossal dans la prise en charge du patient, qui va pouvoir enfin rentrer dans une première démarche encourageante dans le cadre de la prise en charge de sa maladie mais aussi de son avenir. »). Une autre manière pour les étudiants d'exprimer leur ressenti positif était de classer clairement la situation en débloquent (R17 : « Dans cette situation, le médecin a permis de débloquent la situation [...]. » ; R9 : « En lui parlant seule, elle a permis de débloquent la situation. » ; R14 : « Afin de débloquent la situation, le médecin a rassuré la mère et la fille [...]. »).

Seuls deux récits indiquaient un ressenti négatif des étudiants vis-à-vis de l'attitude de leur MSU. Le premier étudiant désignait une « erreur » du médecin (R25 : « Son erreur a été de ne pas faire sortir la mère de la patiente. »). Le second semblait exprimer de l'embarras par un « Voilà voilà » face à l'attitude du médecin et au résultat de la consultation, la patiente sortant de la consultation dans un état de détresse important (R26 : « La patiente sort de consultation en larmes. Voilà voilà... »).

Parfois, la position de l'étudiant était plus floue, mais un seul étudiant a clairement exprimé sa difficulté à classer la situation en blocage ou en débloquent (R13 : « Je ne sais pas si c'est un réel sujet de blocage, débloquent [...]. »). Un autre étudiant utilisait les termes « potentiellement bénéfique » pour qualifier l'attitude de son MSU (R28 : « Sur le plan relationnel c'était un choix stratégique potentiellement bénéfique [...]. »), traduisant l'incertitude de l'étudiant, mais penchant tout de même plus en faveur d'un ressenti positif.

Enfin dans deux récits, les étudiants essayaient de comprendre les motivations de leur MSU. Ils laissaient entendre que les médecins avaient calculé leur approche : laisser l'étudiant seul avec le patient pour l'un, ce qui était présenté comme un « choix stratégique » par l'étudiant pour gagner la confiance de l'adolescent (R28 : « Sur le plan relationnel c'était un choix stratégique potentiellement bénéfique car étant moi même plus proche en âge de la patiente elle était peut-être plus en confiance. »). Pour l'autre, le MSU avait probablement volontairement donné de fausses informations à la patiente et à sa mère, pour éviter de mettre la patiente mal à l'aise (R27 : « Sans doute, il ne voulait pas parler des différentes modes de transmission de l'hépatite B devant la mère [...]. »).

2.3.2. Introspection de l'étudiant

Seul l'étudiant qui était en supervision directe a rapporté dans son récit une réflexion sur son propre comportement. Il a ainsi exprimé qu'il nécessitait d'approfondir ses connaissances en relation de soins, tout en manifestant sa reconnaissance envers son maître de stage qui aurait empêché selon lui d'aggraver la relation de soins avec la mère de la patiente (R27 : « Je pense honnêtement que sans mon maître de stage, j'aurais encore plus bloqué la situation [...]. »). Ce même étudiant a aussi critiqué le fait d'avoir remis en doute les propos du médecin devant la patiente et sa mère, paraissant ainsi se considérer lui-même comme un frein pour la relation médecin-adolescent-parent (« Assez surprise de cette réponse, j'ai dit- de manière peu réfléchi- : "je pensais, monsieur, que les anticorps maternels disparaissaient assez rapidement au bout de quelques mois de vie tout au plus". Sans doute, il ne voulait pas parler des différentes modes de transmission de l'hépatite B devant la mère [...]. »).

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

L'étude présentée possède plusieurs points forts. D'abord, c'est une étude originale car aucune étude utilisant la vision des étudiants de second cycle pour décrire les pratiques des médecins généralistes en consultation avec les adolescents n'a été retrouvée dans la littérature. Ici, les médecins n'étant pas informés de l'étude en amont de la consultation effectuée, cela n'a pas pu influencer leur comportement envers les patients et les étudiants. Il n'a pas non plus été retrouvé d'études sur le ressenti des étudiants de second cycle face aux patients adolescents spécifiquement. Les étudiants participant à l'étude n'étaient pas informés de celle-ci au moment d'envoyer leurs récits, puisqu'elle a été construite à posteriori de leur enseignement MéGAlliThique. Leur rédaction n'a donc pas pu être influencée par la connaissance de cette étude. Ensuite, ce travail de thèse a été précédé par l'exercice des sept questions, présenté en annexe 4, afin de définir les a priori du chercheur sur les consultations de médecine générale avec les adolescents. Ceci a permis d'identifier les points de vigilance quant à l'interprétation des données, là où l'opinion personnelle du chercheur pouvait particulièrement influencer les propriétés et catégories retrouvées. La triangulation avec une autre interne participant au projet MéGAlliThique pour l'extraction des propriétés a permis de diminuer encore cette subjectivité. A noter qu'il y a eu peu de discordances entre les deux chercheuses lors de la mise en commun des propriétés recueillies. La rédaction de la méthode, des résultats et de la discussion des résultats a été enrichie par des lectures sur l'analyse inductive (32,33), et guidée par la grille de qualité Coreq. La cohérence des résultats avec les autres études sur ces sujets est abordée ci-dessous, en deuxième partie de la discussion. La plupart des résultats étaient en accord avec ceux retrouvés dans la littérature, le cas échéant.

Notre étude présente également certaines limites. Concernant l'analyse préliminaire, le classement du dénouement de consultation en blocage ou déblocage par l'étudiant n'était pas toujours explicite dans les récits. Le cas échéant, les internes et AUMG participant au projet MéGAlliThique devaient donc classer le récit eux-mêmes dans l'une ou l'autre des catégories, soit en se basant sur les termes utilisés par l'étudiant pour décrire la consultation (positifs ou négatifs), soit en se basant sur le résultat de la consultation tel que décrit par l'étudiant, quand aucun ressenti ne transparaissait de son écriture. Il y a donc pu y avoir des erreurs d'interprétation sur ce que l'étudiant pensait de la consultation. L'analyse de cette catégorie en triangulation par deux chercheurs pour chaque récit, avec une analyse supplémentaire et finale par un troisième chercheur en cas de discordance entre les deux premiers, ont permis de limiter ce biais. Pour l'inclusion des récits, il existait peut-être des récits concernant des patients adolescents qui n'ont pas été inclus, car les étudiants ne mentionnaient pas toujours l'âge des patients ni n'utilisaient le terme « adolescent ». L'anonymat des étudiants n'a pas permis de recueillir leur validation ou non sur les propriétés et les catégories définies. Il n'a pas non plus permis de connaître leur âge ni leur sexe, sans savoir si cela aurait influencé ou non l'interprétation des résultats. Par contre, les étudiants n'étaient pas anonymes lors de l'envoi de leur récit au Dr. Saldanha-Gomes, puisqu'ils utilisaient leur mail étudiant. Cela a pu les freiner dans l'expression de leur ressenti au cours de la consultation décrite ou sur le stage en lui-même, surtout si

celui-ci était négatif. Concernant la validité externe de cette étude, les étudiants auteurs des récits provenaient tous de la faculté Sorbonne Université, ce qui limite la diversité des données, même si les lieux de stage étaient variés (cabinets libéraux, centres de santé). Néanmoins, un récit concernait un adolescent atteint de retard mental, et un autre un adolescent migrant non-accompagné, apportant de la diversité aux données. De plus, la cohérence des résultats avec les données de la littérature laisse supposer que cela n'a pas ou peu impacté la transférabilité des données. Il y avait peu d'informations sur les caractéristiques des médecins généralistes, mais leur statut de MSU suggère un attachement particulier à la pédagogie, et la présence de l'étudiant a pu influencer leur attitude face au patient. Enfin, la nature des données rend probable l'existence d'éléments manquants au récit, soit oubliés, soit occultés volontairement par l'étudiant. Par exemple, certains étudiants ont pu oublier de mentionner l'existence d'un débrief avec leur MSU après la consultation, ou ne pas juger nécessaire d'en parler dans leur récit.

2. Principaux résultats et comparaison avec les données existantes

2.1. Peu de patients adolescents dans les récits

Sur les 396 récits inclus dans l'analyse préliminaire, seulement 28 récits concernaient des adolescents. Cela peut être lié au fait qu'ils ne constituent pas une grande partie de la patientèle du MSU. Dans le rapport du CREDES de 2002, ils correspondaient en moyenne à 8,3% des consultations de médecine générale, alors qu'ils représentaient plus de 13% de la population (23). Dans l'enquête publiée par l'Inserm en 2015, les adolescents étaient pourtant 68,7% à déclarer avoir consulté un médecin dans le mois précédant l'enquête (18). On peut donc aussi supposer que certaines de ces consultations n'ont pas interpellé suffisamment les étudiants pour qu'ils les choisissent comme récit. Peut-être que ceci est lié à la difficulté pour les adolescents d'exprimer leurs préoccupations et de souvent cantonner leur demande à une plainte somatique ou une demande administrative, rendant la consultation moins riche sur le plan de la relation de soins si le médecin n'élargit pas son interrogatoire à d'autres champs (34).

2.2. Beaucoup de récits en rapport avec la santé mentale

La majorité des récits était en lien avec la santé mentale de l'adolescent : sept récits décrivaient un motif initial de consultation en rapport avec la santé mentale, et douze récits rapportaient un motif caché, majoritairement en rapport avec la santé mentale. Pourtant, plusieurs études ont montré que le motif initial de consultation est souvent une infection, une vaccination ou un certificat médical pour une pratique sportive, et qu'il est rare que l'adolescent aborde ses autres problèmes d'emblée (comportements à risques, idées suicidaires, difficultés scolaires, etc.) (14,20,21,23,35). En 2024, selon le baromètre publié par l'Ipsos, les adolescents sous-estiment encore beaucoup leurs symptômes, et ceux ayant des troubles anxio-dépressifs qui nécessiteraient une évaluation médicale sont moins de 50% à en parler à un professionnel de santé (22). Cela peut signifier que les étudiants ont été marqués par le dépistage de la souffrance psychique de l'adolescent et les réactions des médecins généralistes face à cette

souffrance. S'ils ont choisi ces consultations pour leur récit, c'est peut-être parce qu'ils les jugeaient importantes en termes d'enseignement pour la relation de soins médecin-patient adolescent, et qu'ils souhaitaient en débattre avec leurs pairs lors de l'enseignement MéGAlliThique.

Dans les récits, les médecins étaient donc nombreux à dépister une souffrance psychique, en posant à l'adolescent des questions sur son environnement scolaire, familial, la perception de son corps, son sommeil, et la présence ou non d'idées suicidaires, ce qui respecte les recommandations de bonne pratique de la HAS (Haute Autorité de Santé) (14,36). Ni l'utilisation du BITS test (*Bullying Insomnia Tobacco Stress*), ni du ASQ (*Ask Suicide-Screening Questions*), présentés en annexes 5 et 6, n'ont été mentionnés par les étudiants. Pourtant, le BITS test a été conçu pour dépister les adolescents à risque suicidaire et est validé chez les 13-18 ans avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 70% (37). Il est recommandé par la HAS depuis 2021, pour toutes les consultations avec un adolescent qui ne présente pas un trouble psychique évident (38). Dans le cas contraire, il est recommandé d'interroger systématiquement l'adolescent sur la présence d'idées suicidaires, récentes ou anciennes, en s'aidant si besoin de l'outil ASQ. On peut donc supposer soit une méconnaissance de ces tests par les étudiants, qui n'ont donc pas pu repérer leur utilisation par le MSU, soit une faible utilisation de ces tests en pratique courante.

Les réactions des médecins aux révélations des adolescents n'étaient pas toujours mentionnées par les étudiants. En revanche, les étudiants notaient la plupart du temps à quel point les adolescents semblaient soulagés de pouvoir confier au médecin leurs préoccupations. Cela suggère que pour les étudiants, avoir permis de libérer la parole de l'adolescent était déjà une victoire pour le médecin. Lorsque la réaction du médecin face aux problèmes de l'adolescent était mentionnée, elle était variée et pouvait aller de l'écoute active à la proposition d'une aide psychologique ou psychiatrique, en passant par le partage de vécu personnel. Ainsi chaque médecin s'adaptait au contexte particulier du patient.

2.3. Etudiants marqués par le mal-être de l'adolescent et l'impact du parent sur la consultation

Dans notre étude, les patients étaient majoritairement accompagnés, plus souvent par leur mère que par leur père. Ce trait a aussi été retrouvé dans d'autres études (35,39), et rejoint l'idée que la majorité des adolescents déclarant se confier à leur famille se confierait à leur mère en priorité (18). La présence du parent semblait modifier la perception de l'adolescent par l'étudiant. Accompagné, il semblait être plus difficile pour l'étudiant de l'identifier comme le principal demandeur dans la consultation et il était plus souvent désigné comme un enfant. Cela rejoint la difficulté évoquée par le Pr. Binder d'identifier « qui demande quoi et pour qui » au sein du binôme parent-adolescent (40). Le pédiatre bruxellois Dr. Waelbroek préconise, pour bien signifier les rôles de chacun (patient vs. accompagnant), de s'adresser à l'adolescent dès le début de la consultation et de lui demander de présenter ses accompagnants (34).

De plus, les étudiants étaient nombreux à décrire un mal-être apparent de l'adolescent en début de consultation, qu'ils semblaient associer avec la présence du parent, celui-ci s'exprimant pour l'adolescent. Pour rappel, le mal-être est, d'après le dictionnaire de

l'Académie Française, un « sentiment de malaise, d'insatisfaction, qui naît de la difficulté à s'accommoder de son état, des circonstances, des contraintes, etc. » (41). Ici, il se caractérisait par un repli sur soi de l'adolescent (mutisme, regard fuyant), avec une difficulté pour le médecin à communiquer avec lui. La monopolisation du temps de parole par les parents et le mutisme des adolescents ont également été rapportés dans plusieurs études comme des freins pour communiquer avec l'adolescent du point de vue des médecins (25–27). Dans les récits, le repli sur soi de l'adolescent était souvent résolu par le départ du parent. Cela suggère qu'il est utile de prêter une attention particulière à ce type de comportement et de ne pas hésiter à voir l'adolescent seul pour favoriser son expression. Bien que l'accompagnement semble apprécié par la plupart des adolescents (39), la crainte de la divulgation de certaines informations à leurs parents est en effet considérée comme un obstacle à une véritable relation de confiance avec le MG (20,21). En outre, le mal-être serait plus important chez les adolescents qui espèrent être vus seuls (20). La thèse du Dr. Boulestreau-Grasset sur le point de vue des adolescents vis-à-vis de leur relation avec le généraliste montre qu'en moyenne 34% des adolescents entre 13 et 18 ans souhaiteraient être seuls avec le médecin, et ce chiffre augmenterait avec l'âge (21). Plusieurs professionnels de santé ainsi que la HAS suggèrent donc d'instaurer un temps seul dès la première consultation ou après plusieurs entretiens avec le binôme parent-enfant, en expliquant aux parents que c'est habituel avec les adolescents (14,26,34). Dans notre étude, ce temps seul se faisait majoritairement en seconde partie de consultation, et ne semblait pas nuire à la relation entre le médecin et le parent. Il peut être bénéfique que le médecin en profite pour rassurer l'adolescent en lui expliquant le secret médical (26,34) : ce qui se dit en l'absence des parents reste confidentiel s'il le souhaite. C'est ce qui a été retrouvé aussi dans plusieurs récits et valorisé par les étudiants.

On a aussi vu que parfois, la présence du parent permettait de délivrer des informations importantes pour le diagnostic médical. Cet aspect aidant de l'accompagnement a déjà été soulevé par certains médecins interrogés dans le cadre du travail de thèse du Dr. Charles M.A., et dans la revue de la littérature du Dr. Aime M., où la présence du tiers était considérée comme facilitant pour des raisons médico-légales ou informatives (25,27). Il peut donc être utile d'avoir un temps avec et sans l'accompagnant, afin de recueillir toutes les informations nécessaires à la compréhension du problème soulevé en consultation. La HAS recommande également de faire un point avec les parents et l'adolescent en fin de consultation, pour établir ensemble le plan de soins, selon les informations que l'adolescent accepte de partager avec ses parents (14).

Enfin, les étudiants rapportaient également des situations de conflit entre le parent et l'adolescent, ou de désaccord du parent avec le discours du médecin, suggérant leur intérêt à savoir gérer ce type de situation en consultation. Un étudiant exprimait d'ailleurs que gérer ce type de problème n'était pas du ressort du « médical », soulignant que ce n'était pas quelque chose d'appris lors des cours théoriques.

2.4. Valorisation de l'attitude empathique du médecin par les étudiants

Seul un étudiant a utilisé les termes « attitude empathique » pour désigner l'attitude de son maître de stage. Or, de nombreux comportements décrits dans les récits sont des composantes de l'attitude empathique. Selon le psychiatre Marco Vannotti :

« l'empathie dans la relation de soin signifie une attitude générale et plutôt constante du médecin, caractérisée par une plus grande attention au malade, l'accent davantage mis sur le dévouement, le désir d'assumer des responsabilités, une certaine chaleur dans la relation, et une attitude d'écoute et de disponibilité. »(42). Selon ses recherches, une relation empathique demande du médecin six actions successives : reconnaître les émotions du patient, demander au patient d'expliquer ce qu'il ressent et pourquoi il le ressent, légitimer cette émotion et respecter les efforts du patient pour y faire face, ce qui lui permet enfin d'offrir son soutien au patient pour le futur. Ainsi, on peut considérer que les récits faisant état d'une écoute active du médecin et de sa patience pour laisser le temps à l'adolescent d'exprimer son ressenti, décrivent en fait les premières étapes d'une relation empathique entre le médecin et l'adolescent et ont été favorablement perçus par les étudiants. Après avoir identifié les émotions de l'adolescent, la réassurance vis-à-vis de son ressenti (par rapport à son corps ou à ses pensées) et le fait de partager un vécu personnel similaire au sien sont des moyens de soutien qui paraissent efficaces selon les étudiants. Cette approche est en effet recommandée par la HAS avec les adolescents, quel que soit le motif de consultation, dans ses recommandations de bonne pratique en rapport avec le repérage des troubles dépressifs et des conduites suicidaires chez l'adolescent (14,38).

2.5. Valorisation de l'approche centrée patient par les étudiants

Il est intéressant de voir que sans la nommer clairement, les étudiants ont apprécié l'approche centrée patient pratiquée par leur MSU avec l'adolescent, qui est au cœur des compétences à acquérir lors du troisième cycle des études de médecine générale (43). En effet, plusieurs étudiants ont apprécié le fait que leur maître de stage, d'une part tienne compte du contexte psycho-social de l'adolescent pour le diagnostic et/ou la prise en charge, d'autre part qu'il intègre l'adolescent à la réflexion sur sa propre prise en charge, afin d'arriver à quelque chose de personnalisé, d'adapté à ses capacités, à ses souhaits et à sa compréhension. Ceci fait écho à la notion d'approche centrée patient, qui comprend selon le modèle de Stewart le fait de « comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, la dimension contextuelle » et de « trouver un terrain d'entente avec le patient sur le problème, les solutions », partageant parfois la responsabilité de la décision avec le patient (44,45). Ainsi ces médecins ont construit d'après les étudiants une alliance thérapeutique avec l'adolescent, terme défini plus haut en introduction. Certains étudiants ont aussi appuyé le fait que cette compétence est particulièrement utile avec les patients adolescents, chez qui effectivement le risque de non-observance est grand, encore plus si le traitement leur est imposé (34). Cette approche est également recommandée par la HAS avec tous les adolescents (14).

2.6. Difficultés à exprimer un ressenti négatif vis-à-vis de la consultation

Nous avons vu que les étudiants ont été plusieurs à identifier la situation racontée comme un déblocage, suggérant que le médecin a eu un impact positif sur la relation de soins et/ou la prise en charge thérapeutique de l'adolescent. Un étudiant a exprimé une difficulté à identifier la situation comme un blocage ou un déblocage. En revanche, aucun étudiant n'a clairement exprimé que la situation rapportée était selon lui un blocage, même si deux récits évoquaient un ressenti négatif des étudiants vis-à-vis

d'une action de leur MSU. Ce constat amène plusieurs hypothèses. On peut supposer que décrire une situation comme un blocage est difficile pour les étudiants, car cela suggère que le médecin n'a pas réussi à améliorer la relation de soins et/ou la prise en charge du patient. Certains étudiants ont pu se sentir mal à l'aise, ayant l'impression de critiquer négativement l'attitude de leur MSU. De plus, il faut rappeler l'absence d'anonymat lors de l'envoi du récit, déjà discutée comme une limite de notre étude. Ceci a pu être un frein supplémentaire à l'expression des étudiants. Une autre hypothèse est que le MSU étant un modèle d'enseignement pour l'étudiant, il peut être difficile d'accepter que ce modèle ne soit pas infaillible. Cela pourrait aussi expliquer que deux étudiants suggéraient dans leur récit que l'attitude de leur MSU était forcément réfléchie, calculée. Pourtant, dans la littérature, on retrouve la notion que le stage en médecine générale permet aux étudiants de réaliser que le médecin n'est pas « tout puissant » et qu'il doit aussi gérer des situations d'échec (7). D'ailleurs, les étudiants apprécient en général le fait de pouvoir eux aussi apporter leurs connaissances au médecin dans certaines situations, permettant un échange de savoirs avec leur MSU (6,46).

2.7. Participation variable des étudiants à la consultation

Le rôle des étudiants dans la consultation rapportée était très variable d'un récit à l'autre. Certains se situaient en observateurs passifs tout le long de la consultation, d'autres semblaient s'identifier comme soignant dans le récit en utilisant le « nous » pour parler d'eux et du médecin, même s'ils ne paraissaient pas agir pendant la consultation. Cela suggère un ressenti différent selon les étudiants vis-à-vis de leur maturité dans le parcours d'apprentis-soignants.

Peu d'étudiants ont décrit être véritablement actifs durant la consultation. Un seul étudiant a décrit avoir participé à l'interrogatoire dans le cadre d'une supervision directe. Cette supervision directe mélangée à l'observation de son MSU lui ont permis un apprentissage en matière de relation de soins avec un binôme parent-adolescent, grâce à une introspection à posteriori de la consultation. Ceci questionne sur la difficulté pour les MSU d'intégrer les étudiants aux consultations avec les adolescents. Même si la littérature montre que l'apprentissage en supervision directe avec un retour non jugeant de l'enseignant sur le travail fourni est un excellent moyen d'apprendre pour les étudiants (6,7,45–47), les MSU craignent peut-être un faux pas de l'étudiant face à un patient adolescent. Il a été montré que certains médecins considèrent les adolescents comme « à fleur de peau » et redoutent de les vexer par une question ou une parole malencontreuse (27). Peut-être que cette crainte est exacerbée quand c'est l'étudiant qui questionne, le MSU n'ayant alors pas le contrôle sur le discours apporté. Du point de vue des étudiants, la question a été brièvement abordée dans une étude australienne, où certains étudiants déclaraient se penser comme un « pont » entre les patients « jeunes » et le médecin, leur proximité en âge pouvant rassurer les patients (46). Cette idée de plus grande confiance du fait de la proximité en âge avec le patient a aussi été exprimée par un étudiant dans notre étude (récit R28).

Un seul étudiant a rapporté un débrief avec son MSU, ce qui a permis aux deux de tirer un enseignement d'une situation complexe. Cela questionne sur la nécessité de rappeler aux MSU et aux étudiants l'importance du débrief sur les situations ayant posé question(s) à l'étudiant et/ou au médecin (45,47,48). Cela souligne aussi l'intérêt

de l'enseignement MéGAlliThique qui permet de revenir sur certaines situations, quand le temps manquait peut-être en stage pour les rediscuter avec le MSU. L'utilité de ces discussions de groupe pour l'apprentissage des étudiants a déjà été prouvée (48).

3. Mise en perspective de l'étude

Notre étude vient confirmer les recherches existantes sur les outils de communication efficaces avec les adolescents, avec l'avantage d'être extraite de situations observées « en vie réelle » par les étudiants présents pendant les consultations. Elle montre que les étudiants de second cycle ne semblent pas totalement à l'aise avec certains sujets comme les difficultés à dépister et réagir face à un problème de santé mentale chez l'adolescent, la gestion du parent accompagnant, et qu'ils ont apprécié de pouvoir observer le comportement de leur maître de stage dans ces situations. Elle souligne donc l'importance du stage en médecine générale au cours du second cycle, notamment pour aborder la médecine de l'adolescent qui est peu étudiée lors des cours théoriques, malgré l'existence de recommandations de bonne pratique à ce sujet.

Notre étude apporte des éléments laissant penser que les MSU de médecine générale ne seraient pas à l'aise à l'idée de laisser les étudiants de second cycle mener les consultations en supervision directe, du moins lorsque le patient est un adolescent. Cette idée pourrait être explorée par de futurs travaux de thèse sur le sujet. Un autre élément qui ressort de notre étude et semble intéressant à explorer est le debrief entre MSU et étudiant à la suite des consultations. En effet celui-ci semblait peu fait dans les récits étudiés, pourtant il peut être un bon moyen de tirer un apprentissage de la consultation, à la fois pour le MSU et pour l'étudiant. De futurs travaux de thèse pourraient déterminer s'il est vraiment peu réalisé en pratique avec les étudiants de second cycle, et si oui pourquoi.

Enfin cette étude ouvre la voie à d'autres études issues du recueil MéGAlliThique, car elle permet d'affirmer la richesse des thèmes à étudier présents dans ces récits de consultation.

Conclusion

Les outils communicationnels utilisés par les médecins généralistes avec les adolescents, selon les étudiants, étaient variés et consistaient surtout en la recherche systématique d'une souffrance psychologique, une attitude empathique, une approche centrée patient, et un temps de consultation sans le parent, faisant écho à ce qui est retrouvé dans la littérature et recommandé par la HAS. Ces outils étaient valorisés par les étudiants, qui les trouvaient dans la plupart des cas efficaces. Ils ont apprécié pouvoir observer les réactions de leur MSU face à des situations initialement complexes, principalement à cause du mutisme de l'adolescent, mais aussi à cause des sujets abordés (souffrance psychologique, rapport au corps, violences subies), ou d'un désaccord de l'adolescent ou du soignant avec le parent. Ces observations leur ont permis de contextualiser l'apprentissage théorique de la relation de soins, prévu par l'enseignement MéGAlliThique, ce qui souligne l'intérêt du stage en médecine générale au cours du second cycle des études médicales. Ce stage pourrait également leur permettre de consolider des connaissances théoriques en médecine de l'adolescent, si celle-ci était abordée avant ou pendant leur stage. Une attention doit toutefois être portée à l'apparente difficulté de supervision directe de l'étudiant et de débrief avec le MSU. Cela semble intéressant à approfondir, car ces outils sont pourtant décrits comme essentiels pour l'apprentissage des étudiants, en complément de l'observation en stage et des cours théoriques.

Bibliographie

1. Bontoux D, Autret A, Jaury P, Laurent B, Levi Y, Olié J. La relation médecin-malade. Académie Nationale de Médecine; 2021 juin.
2. Ibanez G, Cornet P, Minguet C. Qu'est-ce qu'un bon médecin? Pédagogie Médicale. 1 août 2010;11(3):151-65.
3. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy*. 1 oct 2010;49(4):317-26.
4. Bismuth S, Stillmunkes A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
5. Onisep [Internet]. 2023 [cité 23 juill 2024]. Les études de médecine. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/formation/les-principaux-domaines-de-formation/les-etudes-de-sante/les-etudes-de-medecine>
6. Bouton C, Richard I, Bellanger W, Huez JF, Garnier F. Que vivent émotionnellement et pédagogiquement les externes en stage de médecine générale? Une étude qualitative. *Pédagogie Médicale*. 9 févr 2013;14(1):17-26.
7. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou MF. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale*. mai 2015;16(2):119-32.
8. Renoux C, Lehr A, Robert J, Potier A, Huas D, Lebeau J. Les attentes des externes sur le stage en médecine générale en deuxième cycle à la faculté de médecine de Tours. *Exercer*. mars 2009;(87).
9. Dadoorian D. 2. Adolescence. In: Grossesses adolescentes [Internet]. Toulouse: Érès; 2007 [cité 21 mai 2024]. p. 25-41. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/grossesses-adolescentes--9782749205267-p-25.htm>
10. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 21 mai 2024]. Santé des adolescents. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
11. Insee [Internet]. 2024 [cité 21 mai 2024]. Population par sexe et groupe d'âges : données annuelles 2024. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio2
12. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:449-61.
13. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 8e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013. (Collection Les âges de la vie).
14. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2014 [cité 5 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
15. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie. L'adolescent, cet inconnu. *Exercer*. avr 2018;(141):169-81.
16. Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. OFDT; 2017 déc p. 1-8. (Tendances). Report No.: 122.
17. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Santé Publique France; 2024 avr p. 1-17.

18. Jousset C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents - Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Inserm (salle de presse); 2015 mars.
19. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *J Youth Adolesc.* avr 2010;39(4):343-56.
20. Papagiorgiou M. Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Faculté de médecine; 2016.
21. Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Faculté de médecine; 2009.
22. Roques H, Mercier E, Lamiraud K. Baromètre des adolescents. IPSOS; 2022 oct.
23. Auvray L, Lefur P. Adolescents : état de santé et recours aux soins. *Bull Inf En Économie Santé.* mars 2002;(49).
24. Ouanounou Bouaziz S. Prévenons-nous efficacement les risques liés à l'adolescence ? : enquête sur les pratiques de médecins généralistes français en matière de prévention chez les patients de 10 à 19 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2014.
25. Aime M. Prise en charge des adolescents à risque par leur médecin généraliste : revue systématique de la littérature sur les facteurs favorisant et difficultés ressentis par les médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. Faculté de médecine et pharmacie; 2017.
26. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. exercer. avr 2018;(142):122-32.
27. Charles MA. Comment les médecins généralistes d'Eure-et-Loir initient la discussion et/ou répondent aux questions des adolescents sur leur sexualité? [Tours]: Université François-Rabelais. Faculté de médecine; 2012.
28. ANSM [Internet]. [cité 24 juin 2024]. Dossier thématique - Classes d'âge des enfants et adolescents. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/medicaments-en-pediatrie-enfants-et-adolescents/classes-dage-des-enfants-et-adolescents>
29. Ibrahim N, de Tournemire R, Jacquin P, Stheneur C, Boudailliez B. Représentations de la médecine de l'adolescent chez les futurs pédiatres. *Arch Pédiatrie.* 1 juill 2016;23(7):695-705.
30. Tuchmuntz M. Analyse descriptive des récits d'une situation de blocage ou de déblocage sur le plan relationnel et/ou médical et/ou social rapportée par les étudiants en médecine de 4ème année de Sorbonne Université recueillis en amont de l'enseignement MÉGAlliThique [Thèse d'exercice]. [Paris]: Sorbonne Université. Faculté de médecine; 2024.
31. Picard C. Ecueils communicationnels et blocage dans la relation médecin-patient rapportés par les étudiants en médecine de Sorbonne Université participant à l'enseignement MÉGAlliThique [Thèse d'exercice]. [Paris]: Sorbonne Université. Faculté de médecine; 2024.
32. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual.* 2006;26(2):1.
33. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallar JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé, CNGE Productions; 191 p.

34. Waelbroeck A. Communication avec les adolescents lors des consultations médicales. *Rev Med Brux*. 2006;S392-395.
35. Paulus D, Doumenc M, Riche B, Pestiaux D. Adolescents et médecin généraliste : quelles portes d'entrée dans la consultation ? *LOUVAIN MED*. 2001;120:S258-65.
36. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2006 [cité 5 août 2024]. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires
37. Coulon I. Évaluation de l'utilisation du BITS test dans le cadre du dépistage du risque suicidaire des adolescents en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris. UFR de médecine; 2023. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04263352>
38. Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge [Internet]. 2021 [cité 5 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge
39. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Fam Pract*. 1 oct 2010;27(5):556-62.
40. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat*. 2005;55:1073-7.
41. Dictionnaire de l'Académie Française [Internet]. [cité 5 août 2024]. mal-être | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M0330>
42. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2002;29(2):213-37.
43. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;24(108):148-55.
44. Moreau A, Ferrat É, Vallot S, Renard V, Aubin-Augier I. L'approche centrée sur le patient : à propos d'une situation clinique en médecine générale. *Exercer*. 2019;(152):167-74.
45. Ford S. Patient-centered Medicine, Transforming the Clinical Method (2nd edition). *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. juin 2004;7(2):181-2.
46. Dallas A, Hiew WGS, Kay B, Jackson H, Reid K, Presser J, et al. Medical students value-adding to general practice. *Aust J Gen Pract*. 1 mars 2022;51(3):152-6.
47. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):98-111.
48. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale*. août 2003;4(3):163-75.

Annexes

Annexe 1 – Extrait de l'analyse préliminaire (tableau Excel)

Récits	Patient : connu (0) / nouveau (1) / ne sait pas (2)	Présence d'un tiers (autre que MSU ou int + ext + patient) : non (0 ; par défaut) / oui (1)	Lieu : cabinet (0 ; par défaut) / domicile (1) / hôpital (2)	Consultation unique (0) ou multiple (1) (1ère rencontre ou non avec l'externe)	Sexe : homme (0) / femme (1) / autres (2) / non renseigné (3)	Âge : Mineur / Majeur / NSP	Âge (en années ou "pédiatrie" / "gériatrie" / "adulte" ou "ne sait pas")	Sphère des symptômes initiaux	Motifs initiaux : aigus (0) / chroniques (1) / autres (2)	Motifs cachés : non (0) / oui (1)
14102021R01	0	1	0	0	1	Mineur	8	T	1	0
14102021R02	0	0	0	0	0	Majeur	Adulte, gériatrie	T	1	0
14102021R03	0	0	0	0	0	Majeur	85	U	1	0

Récits	Motif caché santé mentale (incluant violence, burn-out, dépression etc) : Non (0) / oui (1)	Ressenti et émotions (texte libre)	Externe								
			Narration			Observateur passif (0) ou participant actif (1)	Identification au patient (0) / médecin (1) / les deux (2) / absente (3)	Prise de position		Projection dans son métier futur : non (0) / oui (1)	Emotions rapportées : non (0) / oui (1)
Posture : je (0) / il (1) / nous (2)	Vocabulaire, métaphores, ton (texte libre)	Style du récit : prose, théâtre, romancé (texte libre)	Non (0) / Oui (1)	Si oui (1), lesquelles ? (texte libre) ("J'aurais fait/pas fait pareil" etc)							
14102021R01	0	Gêne	2	Courant	Romancé	0	2	0		1	1
14102021R02	0	Colère, énervement, détresse, abattement	1	Courant, descriptif	Romancé	0	3	1	"elle a réussi sa mission"	1	1
14102021R03	0	Hésitation, indécis	1	Courant	prose	0	3	0		0	0

Récits	Sexe (que si précisé) : homme (0) / femme (1) /	MSU de médecine générale : non (0) / oui (1)	Médecin		Fin de consultation : Déblocage (0) / Blocage (1) / Indéterminé (2) /	Qui a été bloqué ou débloqué : médecin (0) / patient (1) / les deux (2) / indéterminé (3)	Point de basculement			
			Âge renseigné : Non (0) / oui (1)	Si oui : lequel ? (en années)			Mise en difficulté : non (0) / oui (1)	Identifié (0) / non identifié (1)	Habiletés communicationnelles : Non (0) / oui (1)	Si oui (1), lesquelles ? (texte libre) (écoute active, humour etc)
14102021R01	1	1	0		0	1	0	1	1	être direct, ne pas culpabiliser
14102021R02	1	1	0		0	1	0	1	1	Empathie, discours motivateur, humanité, bienveillance
14102021R03	1	1	0		0	1	0	1	1	Mise à l'oral des doutes du patient, information libre et éclairée

Récits	Point de basculement		Debriefing de la consultation : non (0) / oui (1)	Apprentissage final pour l'externe		Compétence de MG mobilisées : 0 = relation, comm', approche centrée patient / 1 = approche globale, PEC complexité / 2 = éducatif, prévention indiv et commu / 3 = 1er recours, urg / 4 = continuité, suiv, coordo soins / 5 = professionnalisme
	Ecueils communicationnels : Non (0) / oui (1) / Si oui (1), lesquels ? (texte libre) (jugement de valeur etc)	Bascule progressive (0) / brutale (1) / indéterminée (2)		non (0) / oui (1)	Nature de l'apprentissage (texte libre) (médical, social, valeur etc)	
14102021R01	0		1	1	Communication	0
14102021R02	0		0	1	Importance du rôle du médecin dans la vie de ses patients	0
14102021R03	0		0	1	Intérêt d'informer de manière libre et éclairée le patient	0

Tableau 1 - Extrait de l'analyse préliminaire des récits (source : Tuchmuntz M. Analyse descriptive des récits d'une situation de blocage ou de déblocage sur le plan relationnel et/ou médical et/ou social rapportée par les étudiants en médecine de 4ème année de Sorbonne Université recueillis en amont de l'enseignement MÉGAlliTiQue [Paris]: Sorbonne; 2024.)

Annexe 2 – Tableau de concordance entre le codage initial et le codage final des récits de l’analyse principale

Codage initial	Codage final
14102021R47	R1
14102021R51	R2
14102021R53	R3
23112021R18	R4
23112021R33	R5
23112021R56	R6
14122021R51	R7
17022022R05	R8
17022022R22	R9
17022022R37	R10
13032022R02	R11
13032022R13	R12
13032022R15	R13
13032022R36	R14
13032022R44	R15
17052022R24	R16
17052022R31	R17
17052022R32	R18
28062022R01	R19
28062022R14	R20
15092022R10	R21
15092022R25	R22
15092022R28	R23
17022022R23	R24
28062022R11	R25
15092022R11	R26
15092022R29	R27
14102021R33	R28

Tableau 2 – Concordance entre le codage initial et le codage final des récits

Annexe 3 – Tableau des principales caractéristiques des récits de l'analyse principale

Récit	Patient								Médecin	Dénouement de la consultation
	Déjà connu du médecin	Sexe	Âge (années)	Accompagné	Motif initial	Sphère du motif initial	Motif caché	Sphère du motif caché	Sexe	
R1	np	homme	13	oui, mère, fratrie	aigu	P	oui	P	homme	déblocage
R2	np	femme	np	oui, mère	autre	A	oui	P	homme	déblocage
R3	np	homme	12	oui, mère	aigu	G	non		homme	déblocage
R4	np	femme	14	oui, mère	autre	A	non		np	déblocage
R5	np	homme	13	oui, père	autre	A	non		femme	déblocage
R6	np	homme	13	oui, mère	chronique	A	non		femme	déblocage
R7	oui	femme	16	oui, père	autre	P	non		femme	déblocage
R8	np	homme	np	oui, mère	aigu	P	non		np	déblocage
R9	np	femme	17	oui, mère	aigu	D	oui	W	femme	déblocage
R10	oui	homme	16	non	chronique	T	non		np	déblocage
R11	non	homme	np	oui, éducateur	aigu	G	non		np	déblocage
R12	oui	femme	19	non	chronique	P	non		homme	déblocage
R13	np	femme	14	oui, mère	chronique	P	non		femme	déblocage
R14	oui	femme	17	oui, mère	chronique	X	oui	W	np	déblocage
R15	np	homme	14	oui, mère	aigu	A	oui	Z	femme	déblocage
R16	oui	homme	13	oui, père	chronique	T	non		femme	déblocage
R17	np	femme	15	oui, père	chronique	A	oui	P	femme	déblocage
R18	np	femme	15	oui, mère	aigu	D	oui	W	femme	déblocage
R19	np	homme	13	oui, mère	aigu	D	oui	P	np	déblocage
R20	non	femme	11	oui, mère, fratrie	aigu	G	oui	T	femme	déblocage
R21	np	femme	17	oui, mère	aigu	P	non		homme	déblocage
R22	non	femme	np	np	autre	A	oui	P	np	déblocage
R23	np	homme	19	oui, mère	chronique	N	non		np	déblocage
R24	np	femme	19	np	aigu	W	non		femme	blocage
R25	np	femme	11	oui, mère, fratrie	aigu	U	oui	P	np	blocage
R26	oui	femme	15	oui, mère	chronique	P	non		np	blocage
R27	np	femme	18	oui, mère	autre	A	non		homme	blocage
R28	np	femme	np	non	chronique	R	oui	P	homme	indéterminé

Tableau 3 - Caractéristiques des récits

A : général et non spécifié ; D : digestif ; G : infectieux ; N : neurologique ; P : psychologique et/ou psychiatrique ; R : respiratoire ; T : endocrinologique, nutrition ; U : urologique ; W : grossesse, planning familial ; X : génital féminin ; Z : problèmes sociaux ; np : non précisé

Annexe 4 – Réponses aux sept questions

Telles que décrites dans le livre de méthodologie qualitative de Lebeau et al. (33)

1. Quelle est ma question initiale ?

Comment gagner la confiance des adolescents en consultation de médecine générale, pour pouvoir aborder avec eux des sujets de prévention et les aider efficacement si besoin est ?

2. Comment en suis-je venue à me poser cette question ?

Cette question découle d'expériences vécues en consultation seule avec des adolescents, pendant lesquelles je ne me suis pas sentie à l'aise pour aborder des sujets de prévention : tabac, alcool, sexualité, violences subies. Non seulement ce sont des sujets difficiles à aborder en consultation de base, car les patients peuvent sentir une intrusion dans leur intimité, surtout quand ils ne viennent pas consulter pour ça à l'origine ; mais en plus, ici ce sont des enfants qui ont donc peur de la divulgation d'informations à leurs parents, et qui considèrent le médecin comme un adulte « comme les autres » qui ne les comprendra pas et ne pourra pas les aider. Ils craignent la réprimande, le jugement. Je me suis demandé comment les mettre en confiance pour qu'ils se sentent libres de me parler de leurs problèmes. Finalement j'ai souvent eu l'impression de les ennuyer avec mes questions plus que de les aider. D'un point de vue plus personnel, j'aurais aimé durant mon adolescence avoir une personne de confiance qui me pose les bonnes questions et qui soit à l'écoute de mes interrogations, sans aucun jugement, en m'apportant son aide quand cela était possible.

3. Si j'étais moi-même interrogée, quelle serait ma réponse ?

Pour moi, les outils pouvant permettre d'instaurer une relation de confiance entre le médecin généraliste et l'adolescent sont :

- Utiliser le langage émotionnel : en appeler aux sensations, aux émotions ressenties par l'adolescent pour l'interpeller et lui montrer qu'on se place sur la même longueur d'onde que lui. Utiliser un raisonnement scientifique risque de le conforter dans sa sensation de décalage avec notre cerveau d'adulte.
- Y aller par étape, respecter son intimité. Quand on voit le patient pour la première fois, je pense que cela peut sembler un peu trop invasif de lui poser plein de questions qui touchent à son intimité d'un seul coup. D'un autre côté, ce sont des patients qui consultent très peu pour la plupart, et donc c'est dommage de ne pas profiter de leur venue pour aborder les sujets de prévention. Le curseur est difficile à placer. Il faut savoir poser des questions ouvertes qui ne paraissent pas trop intrusives.
- Faire la consultation avec et sans les parents, pour permettre au patient de s'exprimer plus librement. Là aussi je trouve ça intéressant de savoir comment s'y prennent les médecins pour ne pas froisser les parents. Je n'ai aucune idée de comment m'y prendre en pratique, et j'ai souvent l'impression de bafouiller.
- Garder un ton respectueux mais en même temps chaleureux. Essayer de les mettre à l'aise, ne pas être trop froid et distant. Utiliser le tutoiement. Éviter d'être condescendant ou d'avoir un ton moralisateur.
- Leur laisser une place dans les choix thérapeutiques, écouter leur point de vue et y donner de la valeur, répondre à leurs interrogations sans jugement.

- Ne pas prendre ouvertement partie lors d'un conflit parent-enfant, mais donner des conseils pour essayer d'améliorer la situation.
- Eviter de parler avec les parents de leur enfant en faisant comme s'il n'était pas présent dans la pièce, quitte à avoir un temps seul avec les parents.

NB : Ces considérations découlent de mes représentations personnelles, mais aussi de ce que j'ai pu observer en stage de MG niveau 1, lors de différents cours pendant mon internat de médecine générale et d'une intervention lors d'un congrès, et de recherches bibliographiques durant mes stages de niveau 1 et 2, notamment la lecture d'articles et de vidéos sur le site <https://www.medecin-ado.org/>

4. Pourquoi suis-je convaincue que cette question est pertinente ?

Les enfants sont pour moi comme une pâte à modeler. Tout ce qui leur arrive durant cette période va avoir un impact considérable sur leur vie future, sur les adultes qu'ils deviendront. Il me semble crucial de dépister d'éventuelles violences subies, des conduites à risque, pour les aider à y mettre un terme et éviter qu'ils ne commencent leur vie d'adulte avec plus de difficultés que nécessaire. Mais pour cela, il faut savoir aborder avec eux ces sujets intimes, dont ils ne discutent qu'avec leurs pairs, le cas échéant, car c'est une population qui a souvent du mal à accorder sa confiance aux adultes. Ensuite, la prévention et la communication sont deux sujets qui sont peu abordés lors du second cycle des études médicales. Nous, médecins, pouvons nous trouver démunis par ce manque de formation en la matière. J'aimerais voir si cela ressort dans les récits.

5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?

Dans les écrits, je m'attends à trouver des descriptions de comportements paternalistes du médecin qui déboucheraient sur une mésalliance thérapeutique, avec un adolescent qui se renferme sur lui-même et ne communiquerait plus du tout. Je m'attends à trouver des descriptions de comportements d'écoute active débouchant sur une ouverture de l'adolescent au médecin.

6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?

Je ne m'attends pas à des écrits où le médecin aurait un comportement moralisateur, et/ou un manque d'écoute, et où la consultation déboucherait malgré tout sur une impression positive du point de vue de l'étudiant, avec un adolescent qui s'ouvrirait à la discussion et aurait des signes de satisfaction de la consultation. Par exemple, qui consentirait à faire un dépistage pour les IST, ou qui accepterait une consultation chez un psychologue, une hospitalisation pour troubles du comportement alimentaire, etc... Je ne m'attends pas non plus à trouver des écrits où, malgré tous les efforts déployés par le médecin, la consultation n'avance pas et se termine avec toujours autant, voire plus d'interrogations pour l'externe et/ou le médecin.

7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

Quelles méthodes ont été employées par les médecins généralistes pour communiquer avec les adolescents et dans quels cas les étudiants ont-ils trouvé que la relation médecin-patient en avait été améliorée ?

Annexe 5 – BITS test

Thème	Question	Réponse	Cotation
Insomnies	As-tu souvent des troubles du sommeil ?	Oui	1 point
	Si oui : Fais-tu souvent des cauchemars ?	Oui	2 points
Stress	Te sens-tu stressé par le travail scolaire ou par l'ambiance familiale ?	Oui	1 point
	Si oui : Par les deux ?	Oui	2 points
Brimades	As-tu récemment été brimé ou maltraité à l'école, par téléphone, ou par internet ?	Oui	1 point
	Et en dehors de l'école ?	Oui	2 points
Tabac	Fumes-tu parfois du tabac ?	Oui	1 point
	Si oui : Fumes-tu tous les jours ?	Oui	2 points

Tableau 4 – BITS test (source : Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge [Internet]. 2021 [cité 5 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge)

Un score ≥ 3 points sur 8 doit mener au dépistage de conduites ou d'idées suicidaires.

Annexe 6 – Questionnaire ASQ

1. Au cours des dernières semaines, as-tu souhaité être mort ?
2. Au cours des dernières semaines, as-tu eu le sentiment qu'il serait préférable, pour toi ou ta famille, que tu sois mort ?
3. Au cours de la dernière semaine, as-tu eu des pensées suicidaires ?
4. As-tu déjà essayé de te suicider ?

Si le patient répond oui à l'une des questions ci-dessus, poser la question suivante :

5. As-tu l'intention de te suicider en ce moment ?

Source : Haute Autorité de Santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge [Internet]. 2021 [cité 5 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge

Liste des PU-PH et des MCU-PH en 2024

Professeur(e)s des Universités – Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Nom	Prénom	Site	Discipline
ACAR	Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	Hafid	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH	Sonia	Saint-Antoine	Neurologie
ALLENBACH	Yves	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
AMARENCO	Gérard	Tenon	Médecine Physique et Réadaptation
AMOURA	Zahir	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
AMSELEM	Serge	Trousseau	Génétique
ANDRE	Thierry	Saint-Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI	Fabrizio	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie , Diabétologie
APARTIS	Emmanuelle	Saint-Antoine	Physiologie
ARNULF	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ARON WISNEWSKY	Judith	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
ARRIVE	Lionel	Saint-Antoine	Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD	Jalal	Tenon	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	Pascal	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ATLAN	Michaël	Tenon	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
AUBART COHEN	Fleur	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
AUBRY	Alexandra	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUDO	Isabelle	15/20	Ophthalmologie
AUDRY	Georges	Trousseau	Chirurgie infantile
BACHELOT	Anne	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BACHET	Jean Baptiste	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
BAGNIS	Corinne	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
BALLADUR	Pierre	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD	Annick	Tenon	Dermatologie
BAUJAT	Bertrand	Tenon	ORL
BAYEN	Eléonore	Pitié-Salpêtrière	Médecine Physique et Réadaptation
BAZOT	Marc	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE	Laurent	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
BELMIN	Joël	CharlesFoix	Médecine interne . Gériatrie
BENVENISTE	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
BERENBAUM	Francis	Saint-Antoine	Rhumatologie
BERTOLUS	Chloé	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	Franck	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
BLONDIAUX	Eléonore	Trousseau	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	Franck	Saint-Antoine	Cardiologie
BODAGHI	Bahram	Pitié-Salpêtrière	Ophthalmologie
BODDAERT	Jacques	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
BODINI	Benedetta	Saint-Antoine	Neurologie

BOELLE	Pierre Yves	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
BOFFA	J-Jacques	Tenon	Néphrologie
BONNET	Marie-Pierre	Trousseau	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BORDERIE	Vincent	15/20	Ophthalmologie
BOUHERAOUA	Nacim	15/20	Ophthalmologie
BOURRON	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
BRICE	Alexis	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BROCHERIOU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
BRUNETEAU	Gaëlle	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
BUOB	David	Tenon	Anatomie pathologique
CACOUB	Patrice	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
CADRANEL	Jacques	Tenon	Pneumologie
CALVEZ	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
CAMUS DUBOC	Marine	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
CANLORBE	Geoffroy	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CARBAJAL	Diomedes	Trousseau	Pédiatrie
CARPENTIER	Alexandre	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
CARRAT	Fabrice	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
CARRIE	Alain	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	Martin	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
CAUMES	Eric	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
CHABBERT BUFFET	Nathalie	Tenon	Endocrinologie
CHARRON	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Génétique
CHARTIER KASTLER	Emmanuel	Pitié-Salpêtrière	Urologie
CHAZOUILLERES	Olivier	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
CHICHE	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	Sophie	Saint-Antoine	Endocrinologie
CLARENCON	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH	Karine	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
CLUZEL	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
COCHENNEC-PALIW	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
COHEN	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
COHEN	David	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
COHEN	Aron	Saint-Antoine	Cardiologie
COMBES	Alain	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
CONSTANT	Isabelle	Trousseau	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONSTANTIN	Jean-Michel	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONTI-MOLLO	Filomena	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
COPPO	Paul	Saint-Antoine	Hématologie clinique
CORDIER	Anne-Gaël	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CORVOL	Jean	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
CORVOL	Christophe		
CORVOL	Henriette	Trousseau	Pédiatrie
COULET	Florence	Pitié-Salpêtrière	Génétique
COULOMB	Aurore	Trousseau	Anatomie pathologique
DARAI	Emile	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DAVI	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
DECHARTRES	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DEGOS	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd

DELHOMMEAU	François	Saint-Antoine	Hématologie biologique
DEMOULE	Alexandre	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
DOMMERMES	Marc	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DORMONT	Didier	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
DRAY	Xavier	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
DRES	Martin	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
DUBERN	Béatrice	Trousseau	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	Hubert	Trousseau	Radiologie et imagerie médicale
DUGUET	Alexandre	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
DUPONT DUFRESNE	Sophie	Pitié-Salpêtrière	Anatomie / SSR
DURR	Alexandra	Pitié-Salpêtrière	Génétique
DUSSAULE	Jean-Claude	Saint-Antoine	Physiologie
DUVAL	Alex	Saint-Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
EL KAROUI	Khalil	Tenon	Néphrologie
FAIN	Olivier	Saint-Antoine	Médecine interne . Gériatrie
FARTOUKH	Muriel	Tenon	Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
FERRERI	Florian	Saint-Antoine	Psychiatrie adultes
FEVE	Bruno	Saint-Antoine	Endocrinologie
FITOUSSI	Frank	Trousseau	Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE	Emmanuel	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
FOIX L'HELIAS	Laurence	Trousseau	Pédiatrie
FONTAINE	Bertrand	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
FOSSATI	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes
FRANCOIS-PRADIER	Hélène	Tenon	Néphrologie
FRERE	Corinne	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
FREUND	Yonathan	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
GALANAUD	Damien	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
GALICHON	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
GANDJBAKHCH	Estelle	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
GAUJOUX	Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	Tenon	Médecine interne . Gériatrie
GIRERD	Xavier	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique / Endocrino
GLIGOROV	Joseph	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ	Jésus	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
GOROCHOV	Guy	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
GOSSEC	Laure	Pitié-Salpêtrière	Rhumatologie
GRABLI	David	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
GRIMPREL	Emmanuel	Trousseau	Pédiatrie
GUIDET	Bertrand	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
HAJAGE	Damien	Pitié-Salpêtrière	Biostatistiques, Informatique médicale et
HAMMOUDI	Nadjib	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HAROCHE	Julien	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
HARTEMANN	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie , Diabétologie
HATEM	Stéphane	Pitié-Salpêtrière	Physiologie / Cardio
HAUSFATER	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
HAYMANN	Jean Philippe	Tenon	Physiologie
HELFT	Gérard	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
HENNEQUIN	Christophe	Saint-Antoine	Parasitologie

HERITIER	Sébastien	Trousseau	Pédiatrie
HOANG XUAN	Khê	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
HUGUET	Florence	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
IDBAIH	Ahmed	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
IRTAN	Sabine	Trousseau	Chirurgie infantile
ISNARD	Richard	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
JOUANNIC	Jean Marie	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KALAMARIDES	Michel	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KARACHI	Carine	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
KAS	Aurélie	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
KAYEM	Gilles	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KERNEIS	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
KINUGAWA	Kiyoka	CharlesFoix	Médecine interne . Gériatrie
KLATZMANN	David	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
LACOMBE	Karine	Saint-Antoine	Maladies infectieuses
LACORTE	Jean Marc	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
LAMAZIERE	Antonin	Saint-Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
LANDMAN-PARKER	Judith	Trousseau	Pédiatrie
LAPILLONNE	Hélène	Trousseau	Hématologie biologique
LAVENEZIANA	Pierantonio	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAZENNEC	Jean Yves	Pitié-Salpêtrière	Anatomie/Chirurgie orthopédique
LE FEUVRE	Claude	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
LE GUERN	Eric	Pitié-Salpêtrière	Génétique
LEBRETON	Guillaume	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LEFEVRE	Jérémie	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
LEGER	Pierre Louis	TRS	Pédiatrie
LEGRAND	Ollivier	Saint-Antoine	Hématologie clinique
LEHERICY	Stéphane	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LEPRINCE	Pascal	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	Emmanuel	Tenon	Physiologie
LEVERGER	Guy	Trousseau	Pédiatrie
LEVY	Richard	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LEVY	Rachel	Tenon	Biologie et médecine de la reproduction
LORROT	Mathie	Trousseau	Pédiatrie
LOTZ	Jean-Pierre	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
LOUAPRE	Céline	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LUBETZKI	Catherine	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
LUCIDARME	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
LUSSEY	Charlotte	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	Edouard	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
MAINGON	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie ; Radiothérapie
MALARD	Florent	Saint-Antoine	Hématologie clinique
MANESSE-CONSOLI	Angèle	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
MARCELIN	Anne Geneviève	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARIN	Benoît	Trousseau	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAURY	Eric	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN	Arsène	Saint-Antoine	Médecine interne . Gériatrie
MENEGAUX	Fabrice	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive

MESNARD	Laurent	Tenon	Néphrologie
MILLET	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes
MIYARA	Makoto	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
MOCHEL	Fanny	Pitié-Salpêtrière	Génétique
MOHTY	Mohamad	Saint-Antoine	Hématologie clinique
MONSEL	Antoine	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
MONTALESCOT	Gilles	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
MONTRAVERS	Françoise	Tenon	Biophysique et médecine nucléaire
MORAND	Laurence	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT PANZINI	Capucine	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
MOZER	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Urologie
NACCACHE	Lionel	Pitié-Salpêtrière	Physiologie / Neurologie
NATHAN MOULIN	Nadia	Trousseau	Pédiatrie
NAVARRO	Vincent	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
NETCHINE	Irène	Trousseau	Physiologie
NGUYEN	Yann	Pitié-Salpêtrière	ORL
NGUYEN KHAC	Florence	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	Stéphanie	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
NIZARD	Jacky	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
OPPERT	Jean Michel	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
PÂQUES	Michel	15/20	Ophtalmologie
PARC	Yann	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELL	Hugues	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON	Dominique	Saint-Antoine	Médecine d'urgence
PAUTAS	Eric	CharlesFoix	Médecine interne . Gériatrie
PAYE	François	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	Charles-Siegrid	Saint-Antoine	Psychiatrie adultes
PETIT	Arnaud	Trousseau	Pédiatrie
PHE	Véronique	Tenon	Urologie
PIALOUX	Gilles	Tenon	Maladies infectieuses
PIARROUX	Renaud	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie
POITOU BERNERT	Christine	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
POURCHER	Valérie	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses
PUYBASSET	Louis	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
PYATIGORSKAYA	Nadya	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
QUESNEL	Christophe	Tenon	Anesthésiologie-Réanimation et méd
RATIU	Vlad	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
RAUX	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
REDHEUIL	Alban	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	Raphaële	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	Bruno	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
ROBAIN	Gilberte	Rothschild	Médecine Physique et Réadaptation
ROBERT	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ	Diana	Trousseau	Pédiatrie
ROOS-WEIL	Damien	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
ROSMORDUC	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
ROSSO	Charlotte	Pitié-Salpêtrière	Neurologie / urgences
ROTGE	Jean-Yves	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie adultes

ROUPRET	Morgan	Pitié-Salpêtrière	Urologie
RUDLER	Marika	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
SAADOUN	David	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
SALEM	Joe Elie	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique
SANSON	Marc	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
SARI ALI	El Hadi	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET	Alain	Saint-Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON	Olivier	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive-réanimation
SCHOUMAN	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN	Danielle	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique / neurologie
SEKSIK	Philippe	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
SELLAM	Jérémie	Saint-Antoine	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEA	Brigitte	Tenon	Biostatistiques, Informatique médicale et
SILVAIN	Johanne	Pitié-Salpêtrière	Cardiologie
SIMILOWSKI	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie
SIMON	Tabassome	Saint-Antoine	Pharmacologie biologique
SOKOL	Harry	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
SORIA	Angèle	Tenon	Dermatologie
SPANO	J-Philippe	Pitié-Salpêtrière	Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF	Bruno	Saint-Antoine	Neurologie
STEICHEN	Olivier	Tenon	Médecine interne . Gériatrie
STRAUS	Christian	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
SVRECK	Magali	Saint-Antoine	Anatomie pathologique
TANKERE	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	ORL
THABUT	Dominique	Pitié-Salpêtrière	Gastro entérologie ; Hépatologie
THOMASSIN-NAGGA	Isabelle	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
TOUBOUL	Cyril	Tenon	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
TOUITOU	Valérie	Pitié-Salpêtrière	Ophthalmologie
TOUNIAN	Patrick	Trousseau	Pédiatrie
TOURAINÉ	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie
TOURRET-ARNAUD	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Néphrologie
TRAXER	Olivier	Tenon	Urologie
TUBACH	Florence	Pitié-Salpêtrière	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ULINSKI	Tim	Trousseau	Pédiatrie
UZAN	Catherine	Pitié-Salpêtrière	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
VAILLANT	J-Christophe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
VERNY	Marc	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
VEZIRIS	Nicolas	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VIALLE	Raphaël	Trousseau	Chirurgie infantile
VIDAILHET	Marie-José	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VIGOUROUX	Corinne	Saint-Antoine	Biologie cellulaire
WAGNER	Mathilde	Pitié-Salpêtrière	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	Thérapeutique/réa médicale / neuro
WENDUM	Dominique	Saint-Antoine	Anatomie pathologique
WORBE	Youlia	Saint-Antoine	Physiologie/neurologie
YORDANOV	Youri	Saint-Antoine	Médecine d'urgence

Maître(sse)s de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Nom	Prénom	Site	Discipline
BOREL	Stéphanie	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
FAURE	Pascaline	Faculté	Etudes anglophones
SAUVEGRAIN	Priscille	Faculté	Maïeutique
LEBLANC	Judith	Faculté	Sciences infirmières
LALOI	Aude	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
CHASTANG VALENTIN	Julie	DMG	Médecine générale
CADWALLADER	Jean Sébastien	DMG	Médecine générale
SALDANHA-GOMES	Cécilia	DMG	Médecine générale
LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	CharlesFoix	Médecine interne . Gériatrie
ALLAIRE	Manon	Pitié-Salpêtrière	Gastroentérologie; hépatologie ; Addictologie
AMOUYAL GALAND	Chloé	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
ARMAND	Marine	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
BASSEZ	Guillaume	Pitié-Salpêtrière	Histologie embryo et cytogénétique
BELLANNE CHANTELOT	Christine	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BELLOQC	Agnès	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
BENUSIGLIO	Patrick	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BOISSAN	Mathieu	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
BOUGLE	Adrien	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOUTOLLEAU	David	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
BUFFET	Camille	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
CHAPIRO	Elise	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
CHARLOTTE	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
COUVERT	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
DANZIGER	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
DAVAINE	Jean Michel	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECAVELE	Maxens	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive- réanimation
DEMONDION	Pierre	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DENIS	Jérôme	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
DROUIN	Sarah	Pitié-Salpêtrière	Urologie
FEKKAR	Arnaud	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
FOY	Jean-Philippe	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALLO	Antonio	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
GARDERET	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
GAY	Frédéric	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
GENSER	Laurent	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GOUMARD	Claire	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GUIHOT	Amélie	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
HABERT	Marie Odile	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
JAMES	Arthur	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
JARY	Aude	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
JERU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Génétique
LAHLOU	Ghizlène	Pitié-Salpêtrière	Oto-rhino-laryngologie
LAMBRECQ	Virginie	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAURENT-LEVINSON	Claudine	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
LE BIHAN Mme	Johanne	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
MAKSUD	Philippe	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire

MARIANI	Louise-Laure	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique / neurologie
MARIE-HARDY	Laura	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MATHON	Bertrand	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
NABET	Cécile	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
NAVA	Caroline	Pitié-Salpêtrière	Génétique
PALICH	Romain	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PATOUT	Maxime	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie ; Addictologie
PEYRE	Matthieu	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
PHILIPPON	Anne-Laure	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
PLU	Isabelle	Pitié-Salpêtrière	Médecine légale
RENAUD	Florence	Pitié-Salpêtrière	Anatomie et cytologie pathologiques
ROHAUT	Benjamin	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROSENZWAJG	Michelle	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
SEISEN	Thomas	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SERRESSE	Laure	Pitié-Salpêtrière	Médecine palliative
STERLIN	Delphine	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
THELLIER	Marc	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
TOUAT	Madhi	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
TOUHAMI	Sarah	Pitié-Salpêtrière	Ophthalmologie
VILLAIN	Nicolas	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VULSER	Hélène	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
ZEITOUNI	Michel	Pitié-Salpêtrière	Physiologie/Cardiologie
ZERAH	Lorène	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
COLBOC	Hester	Rothschild	Médecine interne . Gériatrie
HADDAD	Rebecca	Rothschild	Médecine physique et réadaptation
BRISSOT	Eolia	Saint-Antoine	Hématologie clinique
CAMBON	Adeline	Saint-Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CERVERA	Pascale	Saint-Antoine	Anatomie pathologique
COHEN	Romain	Saint-Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COURTIES	Alice	Saint-Antoine	Rhumatologie
ECKERT	Catherine	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
EGUETHER	Thibaut	Saint-Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
GOZLAN	Joël	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
GRABAR	Sophie	Saint-Antoine	Biostatistiques, informatique médicale et ..
GUITARD	Juliette	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
HIRSCH	Pierre	Saint-Antoine	Hématologie biologique
JOFFRE	Jérémy	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
KIRCHGESNER	Julien	Saint-Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie; Addictologie
LAMBERT-NICLOT	Sidonie	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
LAPIDUS	Nathanael	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
LEMOINNE	Sara	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
MORENO-SABATER	Alicia	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
SURGERS	Laure	Saint-Antoine	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
TANKOVIC	Jacques	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
VALLET	Hélène	Saint-Antoine	Médecine interne . Gériatrie
VATIER	Camille	Saint-Antoine	Biologie cellulaire
VERDONK	Franck	Saint-Antoine	Anesthésiologie-Réanimation et méd
VIMONT BILLARANT	Sophie	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VORON	Thibault	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive

BARRAL	Matthias	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEURTON	Alexandra	Tenon	Médecine intensive-réanimation
CHASSET	François	Tenon	Dermato-vénérologie
CRISTOFARI	Sarra	Tenon	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
DOIZI	Steeve	Tenon	Urologie
DUPONT	Charlotte	Tenon	Biologie et médecine de la reproduction
FAJAC-CALVET	Anne	Tenon	Histologie embryo et cytogénétique
GARNIER	Marc	Tenon	Anesthésiologie-Réanimation et méd
GEROTZIAFAS	Grigoris	Tenon	Hématologie immunologie
HENTZEN	Claire	Tenon	Médecine physique et réadaptation
LUQUE	Yosu	Tenon	Néphrologie
MAITRE	Thomas	Tenon	Pneumologie
RIVIN DEL CAMPO	Eléonor	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
SOUSSAN	Patrick	Tenon	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VOIRIOT	Guillaume	Tenon	Médecine intensive-réanimation
BACHY	Manon	Trousseau	Chirurgie infantile
BENAROUS	Xavier	Trousseau	Pédo psychiatrie
BRIOUDE	Frédéric	Trousseau	Physiologie
CHOLLAT	Clément	Trousseau	Pédiatrie
DELORME	Pierre	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DHOMBRES	Ferdinand	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
EL KHATTTABI	Laïla	Trousseau	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIABICANI	Eloïse	Trousseau	Physiologie
GIURGEA	Irina	Trousseau	Génétique
GUEDJ	Romain	Trousseau	Pédiatrie
GUILBAUD	Lucie	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
LALLEMANT	Pauline	Trousseau	Médecine physique et réadaptation
RAMBAUD	Jérôme	Trousseau	Pédiatrie
SCHNURIGER	Aurélie	Trousseau	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SIMONIN	Mathieu	Trousseau	Pédiatrie
TAYTARD	Jessica	Trousseau	Physiologie

RÉSUMÉ :

Introduction :

A Sorbonne Université a été créé un enseignement sur la relation médecin-patient pour compléter l'apprentissage pratique des étudiants de second cycle en stage de médecine générale. Pour cet enseignement, les étudiants doivent partager un récit d'une consultation au cours de laquelle l'interaction entre leur maître de stage et le patient a résulté en une dégradation ou en une amélioration de la relation de soins. Nous avons souhaité utiliser ces récits pour analyser la perception des consultations de médecine générale avec les adolescents par les étudiants de second cycle, et plus spécifiquement des outils communicationnels utilisés par les médecins avec les adolescents.

Méthode :

Dans ce cadre, nous avons d'abord anonymisé et réalisé une analyse descriptive des 412 récits reçus entre octobre 2021 et septembre 2022, avec l'aide de quatre autres internes réalisant leurs thèses à partir du même recueil. Ensuite, nous avons recensé puis réalisé une analyse inductive générale des récits de consultation décrivant des patients âgés de 10 à 19 ans. Au total, 28 récits ont été analysés.

Résultats :

L'analyse a montré une difficulté pour les étudiants à identifier la plainte de l'adolescent et une infantilisation de celui-ci quand il était accompagné. Les étudiants semblaient aussi associer la présence du parent en consultation à un repli sur soi de l'adolescent. Certains étudiants étaient mal à l'aise pour aborder certains sujets avec l'adolescent, comme le poids ou les violences. Les éléments facilitant la communication étaient le plus souvent d'avoir un temps seul avec l'adolescent, l'attitude empathique du médecin et l'adoption d'une approche centrée patient.

L'analyse suggérait aussi un intérêt particulier des étudiants pour l'apprentissage du dépistage et de la prise en charge des souffrances psychiques chez les adolescents. A ce sujet, la plupart des médecins semblait respecter les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé, et ceci permettait le plus souvent un soulagement de l'adolescent d'après les étudiants.

Conclusion :

Ce travail confirme donc les recherches existantes sur les outils de communication efficaces avec les adolescents. Il montre que les consultations de médecine générale ont été l'occasion pour les étudiants de second cycle d'apprendre à utiliser ces outils en pratique. Enfin il ouvre également la voie à d'autres études à partir du recueil utilisé.

MOTS-CLÉS :

Relation médecin patient, communication, adolescents, enseignement, étudiant médecine, médecine générale