



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Comment les médecins généralistes des Hauts-de-France abordent la santé sexuelle avec les adolescentes avant l'instauration de la cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » ?

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2018 à 18 heures
au Pôle Formation

Par Sarah Paille

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

**Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE
Madame le Docteur Sabine BAYEN**

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Thibault PUSZKAREK

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CCP	Consultation de Contraception et de Prévention
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
HPV	Human papillomavirus
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Table des matières

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	4
I. Type d'étude	4
II. Méthode de recrutement	4
III. Critères d'inclusion	4
IV. Recueil et analyse des données	4
V. Fin de l'étude	5
VI. Ethique	5
RESULTATS	6
I. Contexte	7
1. Principaux motifs de consultation.....	7
2. Accompagnement.....	7
3. Comportement des patientes	8
4. Tutoiement / Vouvoiement	8
5. Proposition d'une consultation dédiée ?	9
II. Moyens d'abord de la sexualité	9
1. Ouverture d'une porte.....	9
2. Demande de la jeune fille	10
3. Problème gynécologique	10
4. Humour	10
5. Vaccination	11
6. Prévention large.....	11
III. Information transmise	11
1. Impact de la pornographie	11
2. Préservatifs	11
3. Contraception chimique	12
4. Rassurer	13
IV. Freins	13
1. Présence de la mère.....	13
2. Consultation initiale pour un autre motif	14
3. Crainte d'accusations	14

4. Jeune âge du médecin.....	14
5. Médecin homme.....	14
6. Intrusion dans la vie privée de la patiente	15
7. Religion.....	15
8. Gêne des jeunes filles.....	15
9. Préjugés du médecin	15
10. Médecin de famille.....	15
11. Consultation chronophage.....	16
V. Consultation de Contraception et de Prévention	16
1. Information préalable, connaissance initiale.....	16
2. Avis des médecins généralistes	16
DISCUSSION	18
I. Critique de l'étude	18
1. Choix d'une étude qualitative.....	18
2. Forces et limites de l'étude.....	18
II. Données de la littérature.....	19
CONCLUSION	25
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	26
ANNEXES	29

RESUME

Contexte : Le médecin généraliste (MG) est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents. Chez ces derniers, la prévalence des infections sexuellement transmissibles augmente. Une optimisation de la prévention en santé sexuelle pourrait diminuer les conduites à risque et améliorer le dépistage. Ce travail s'intéresse aux pratiques, relatifs à l'abord de la sexualité avec les adolescentes de 15 à 18 ans, des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés jusqu'à suffisance théorique des données auprès d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-France, échantillonnés par effet boule de neige, avant l'instauration de la cotation "Consultation de Contraception et de Prévention" (CCP) au 1er novembre 2017. Une analyse thématique des verbatims était effectuée avec le logiciel QSR NVivo ainsi qu'une triangulation des données.

Résultats : La suffisance des données a été obtenue après 16 entretiens. Les moyens employés pour aborder la sexualité étaient la proposition d'une discussion, l'utilisation de prétextes tels que des problèmes gynécologiques ou l'occasion d'une demande de contraception, le vaccin contre le Human Papillomavirus, et l'humour. Lors de la consultation les jeunes filles étaient le plus souvent accompagnées par leur mère. Cette présence pouvant être un frein pour le MG, une consultation seule à distance était parfois proposée. Lorsque le médecin proposait que la mère sorte de la consultation, l'adolescent pouvait répondre par la négative. D'autres freins à l'abord de la sexualité étaient rapportés par les médecins : la gêne du médecin, son genre masculin, la connaissance des parents en tant que médecin de famille, la religion, l'attitude de l'adolescente et l'absence de prétexte. Peu de médecins avaient connaissance de la gratuité et de l'anonymisation de la CCP. L'arrivée de cette cotation était vécue comme une valorisation d'un travail déjà effectué. Les médecins n'envisageaient pas une modification de leurs pratiques.

Conclusion : L'abord de la sexualité avec une adolescente en consultation de médecine générale implique plusieurs freins. Un temps dédié en consultation, initié par le médecin, paraît essentiel. Il aura proposé un temps seul avec l'adolescente pour favoriser le dialogue et dépister les conduites à risque. L'adolescente devra être rassurée quant à la confidentialité de l'entretien et l'absence d'un examen gynécologique systématique.

INTRODUCTION

Le dernier rapport de l'InVS datant de 2015 montrait une augmentation constante du nombre d'IST en France (1). Les jeunes entre 15 et 24 ans représentaient 40 % des personnes ayant contracté une IST. Ceci s'expliquait en partie par la persistance et une diversification des prises de risque, un faible recours aux préservatifs et une couverture vaccinale insuffisante (2). L'incidence de l'infection uro-génitale à *Chlamydia Trachomatis* a, par exemple, connu une augmentation de dix pourcents entre 2013 et 2015 dont soixante-quatre pourcents concernait les femmes (3). Soixante-cinq pourcents d'entre elles avaient entre 15 et 24 ans. Une stabilisation était observée en 2016, reflétant le dépistage systématique des jeunes femmes dans les centres dédiés (4).

Des travaux de recherche se sont intéressés au dépistage des infections à *Chlamydia Trachomatis* en soins premiers (5) (6) (7). Une optimisation de la prévention en santé sexuelle auprès des jeunes filles, notamment par le biais du médecin généraliste, pourrait prévenir des comportements à risque et améliorer le dépistage des formes asymptomatiques.

Les médecins généralistes interrogés avaient des difficultés avec l'abord de la sexualité et des habitudes sexuelles en consultation, surtout avec les adolescentes (6).

Le médecin généraliste serait le professionnel de santé le plus consulté des adolescents (8) ainsi que le premier recours en matière de contraception (9). Seule une minorité d'adolescents le citait comme source d'information en matière de santé sexuelle (10). Les MG mettaient en avant le manque de coordination territoriale et l'absence d'incitation dans cette mission (2).

Dans ce contexte, la nouvelle convention 2016 de l'Assurance Maladie avait pour objectif de valoriser les consultations à fort enjeu de santé publique, telles que la santé sexuelle chez les jeunes (11). A compter du 1^{er} novembre 2017 les médecins généralistes avaient la possibilité de coter, à tarif opposable, la consultation contraception et prévention (CCP). Celle-ci pouvait être proposée à toute jeune fille entre 15 et 18 ans, sans avance de frais, et anonyme (12).

Plusieurs études se sont intéressées au ressenti des adolescents lors d'une consultation en médecine générale (13) (15) (16) (17) (18) mais peu de travaux ont été retrouvés sur la façon dont les médecins abordent avec eux la santé sexuelle. Philippe Binder rédigeait en 2005 un article sur « Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? » (19), qui mettait en avant cette relation particulière entre le médecin et l'adolescent. L'abord de la santé sexuelle en consultation de médecine générale est un sujet délicat mais essentiel à aborder. Comment les médecins généralistes l'abordent-ils en pratique avec les adolescentes ?

L'objectif de ce travail était de connaître les stratégies employées par des médecins généralistes dans l'abord de la santé sexuelle des adolescentes entre 15 et 18 ans avant l'instauration de la nouvelle cotation CCP au 1^{er} novembre 2017.

Un second travail serait ensuite réalisé afin d'évaluer l'opinion de ces médecins après la mise en place de cette cotation.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés auprès de médecins généralistes des Hauts-de-France.

II. Méthode de recrutement

Le recrutement des médecins généralistes a été effectué selon la méthode d'échantillonnage « boule de neige ». Les trois premiers médecins étaient choisis arbitrairement parmi les médecins rencontrés pendant les études du chercheur afin de constituer un échantillon hétérogène.

Les médecins généralistes volontaires ont été recrutés durant la période d'août à novembre 2017, avant l'instauration de la cotation CCP.

III. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste thésé, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, et installé en libéral dans la région des Hauts-de-France.

IV. Recueil et analyse des données

Le recueil des données, après consentement oral, a été réalisé à partir d'entretiens semi-structurés. Le guide d'entretien, repris en annexe 1, se composait de cinq questions ouvertes. Il a été réalisé à partir de revues de la littérature, testé au préalable, et modifié au fil des entretiens.

Le lieu d'entretien a été choisi selon la convenance des médecins généralistes.

Les entretiens ont été réalisés par le même chercheur, enregistrés sur dictaphone, puis retranscrits intégralement et anonymisés. Les verbatims ont été analysés avec le logiciel QSR NVIVO 11. Un codage ouvert a été réalisé par deux personnes indépendantes dont le chercheur afin de réaliser une triangulation des données. Un codage axial a ensuite permis une analyse thématique des données.

V. Fin de l'étude

Le nombre de participants a été déterminé par l'obtention de suffisance des données, vérifiée par deux entretiens supplémentaires.

VI. Ethique

Les accords auprès du Comité de Protection des Personnes (référence 170807) et de la CNIL (numéro 917159v1) ont été demandés et obtenus respectivement les 8 août 2017 et 20 septembre 2017 (annexes 2 et 3).

RESULTATS

Seize entretiens ont été menés entre septembre et janvier 2018, programmés selon les convenances des médecins, pour parvenir à saturation des données.

Douze entretiens ont été réalisés au sein même du cabinet médical, un a été réalisé dans une salle de l'Université de Médecine de Lille. Trois entretiens ont été téléphoniques.

Les caractéristiques des médecins, anonymisés de D1 à D16 par ordre chronologique de réalisation des entretiens, ont été résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

MEDECIN	SEXE	AGE	TEMPS D'INSTALLATION	MILIEU	ETUDIANTS	SECRETARIAT
D1	Homme	56 ans	27 ans	Rural	Souvent	Téléphonique
D2	Homme	57 ans	30 ans	Semi rural	Souvent	Non
D3	Femme	48 ans	19 ans	Semi rural	Souvent	Présentiel
D4	Femme	49 ans	20 ans	Semi rural	Souvent	Téléphonique
D5	Homme	64 ans	30 ans	Urbain	Souvent	Téléphonique
D6	Femme	58 ans	31 ans	Semi rural	Jamais	Présentiel
D7	Femme	36 ans	7 ans	Semi rural	Souvent	Présentiel
D8	Homme	35 ans	4 ans	Urbain	Souvent	Présentiel
D9	Homme	59 ans	29 ans	Urbain	Souvent	Présentiel
D10	Homme	36 ans	2 ans 1/2	Semi rural	Jamais	Présentiel
D11	Homme	62 ans	32 ans	Semi rural	Souvent	Téléphonique
D12	Homme	29 ans	5 mois	Urbain	Jamais	Présentiel
D13	Femme	39 ans	12 ans	Rural	Jamais	Téléphonique
D14	Homme	36 ans	4 ans	Urbain	Jamais	Présentiel
D15	Femme	53 ans	23 ans	Urbain	Jamais	Présentiel
D16	Homme	35 ans	5 ans	Semi rural	Jamais	Présentiel

Tous les médecins étaient informatisés.

Paille Sarah

La présence des étudiants était fonction de l'emploi du temps du médecin qui était maître de stage des universités. Le terme « souvent » était utilisé dès que la présence des étudiants atteignait trois jours par semaine.

La durée des entretiens variait entre 10 minutes 42 secondes et 32 minutes 36 secondes pour une moyenne de 18 minutes 29 secondes et une durée totale de 4 heures 55 minutes et 47 secondes.

I. Contexte

1. Principaux motifs de consultation

La totalité des médecins évoquait des consultations en lien avec la contraception chez ces jeunes filles de 15 à 18 ans.

« C'est en tête de liste je pense qu'elles viennent quand même pour des motifs de contraception ou d'échecs de contraception. Ou des erreurs de prise de contraception. » (D11)

Beaucoup évoquaient également des demandes de certificat de sport, notamment en période proche de la rentrée scolaire.

Les autres motifs de consultation fréquemment rapportés étaient les pathologies infectieuses saisonnières, les mises à jour de calendrier vaccinal, les malaises vagues, les troubles anxieux ou les mal-être, et l'acné.

2. Accompagnement

La plupart des adolescentes étaient accompagnées par leur mère, surtout si leur âge était proche de 15 ans. Au-delà de 17 ans, elles venaient plus souvent seules ou accompagnées du compagnon.

En milieu rural les adolescentes nécessitaient d'être véhiculé chez le médecin. Elles étaient donc plus souvent accompagnées.

« La majorité des ados ont besoin d'un chauffeur, c'est pour ça qu'elles sont plutôt accompagnées » (D3)

3. Comportement des patientes

Selon les médecins les jeunes filles étaient discrètes et en retrait la plupart du temps. Elles prenaient peu la parole et donnaient peu leur propre avis, cachées derrière le discours de leur mère.

« Généralement c'est tout ou rien, soit elle parle pas du tout et c'est la mère qui parle tout le temps, soit elle regarde tout le temps la mère et souhaite que ce soit la mère qui réponde à sa place, du fait que je la laisse avec. » (D7)

D13 ressentait une présence plus forte de la jeune fille dans la discussion quand elle les connaissait. Dans ces cas-là les jeunes filles avaient plus tendance à venir consulter seules.

« Après j'en vois parfois toutes seules quand même parce que bon quand elles me connaissent elles viennent après sans problèmes toutes seules. » (D13)

Les médecins généralistes essayaient souvent de faire sortir la mère de la consultation en demandant son avis à la jeune fille mais celle-ci répondait par la négative.

« Après je lui ai dit est ce que tu veux qu'on en parle sans ta maman, elle m'a dit " non non toute façon je ne lui cache rien ". » (D4)

4. Tutoiement / Vouvoiement

Cet aspect de la gestion de la consultation a été abordé spontanément par la plupart des médecins. Le vouvoiement était considéré comme une marque de respect envers ces futures jeunes adultes. Cela permettait de garder de la distance, et d'éviter une discussion trop paternaliste.

« C'est important de les considérer comme des adultes [...] même si après ils restent avec le tutoiement qu'ils sachent que je respecte ça qu'ils ont franchi quand même une étape dans leur vie, que moi je pourrais les vouvoyer. Parce que je trouve aussi que [...] si ce n'est pas accepté par l'autre ça met cette approche-là de paternaliste directive » (D7)

Du côté des jeunes filles ce passage du tutoiement au vouvoiement était souvent reproché dès lors que le médecin avait été connu dans l'enfance.

« Repasser au vous c'est une marque de distance et de temps en temps on a des reproches, j'ai une jeune femme qui m'a dit " J'aime pas parce que vous ne me

tutoyez plus ". C'était étonnant j'ai dit " c'est parce que c'est une marque de respect " elle m'a répondu " oui mais c'est parce que vous m'avez connu bébé ". » (D9)

5. Proposition d'une consultation dédiée ?

Plusieurs médecins proposaient une consultation dédiée à la santé sexuelle. Cela pouvait être un moyen de palier à la gêne liée à l'accompagnement de la jeune fille.

« La seule difficulté c'est quand la demoiselle est accompagnée et qu'on sent qu'il y a une réticence à en parler ou qu'elle devient un petit peu mutique justement parce qu'elle est accompagnée donc là c'est « tu n'as qu'à revenir plus tard toute seule ». » (D2)

Dans le cadre d'une consultation à motifs multiples, certains essayaient de reprogrammer rapidement une consultation (dans la semaine ou sous 15 jours) lorsque la contraception n'était pas le motif initial de la consultation. D'autres prescrivaient la première contraception sans renouvellement pour revoir la jeune fille trois mois plus tard au moment du renouvellement.

« Ça permet de refaire un peu l'ensemble de la consultation ou de refixer un rendez-vous quand il y a plein de choses et qu'on n'a pas le temps de tout faire c'est clair ! Quand je les sens elles aussi réceptives » (D13)

Cependant plusieurs médecins ne proposaient pas de consultation dédiée et abordaient la sexualité lors de la consultation initiale.

II. Moyens d'abord de la sexualité

1. Ouverture d'une porte

L'un des moyens fréquemment utilisés par les médecins était une ouverture de porte auprès des jeunes. Ils indiquaient à la jeune fille qu'ils seront disponibles le jour où elle aura des questions. Cela pouvait avoir lieu à différentes occasions, lors de la vaccination contre l'HPV entre 11 et 13 ans, lors des premières relations amoureuses, au moment des premières règles, ou de manière systématique.

« Je leur propose de me rendre disponible je dis " écoute juste pour que tu saches " [vers la mère] rien qu'aujourd'hui elle avait 13 ou 14 ans mais voilà elle est plus grande que moi déjà, j'ai dit " écoute tu as déjà tes règles ? " " Non il y a pas... " elle

va être toute fière quand elle les aura, je dis " écoute tu sais toi tu es encore jeune, maman elle va t'amener, mais je te dis juste si tu as un problème un jour pour en parler de ton corps de tous ces trucs de fille tu peux toujours venir t'inquiète pas ". »

(D7)

2. Demande de la jeune fille

La première demande de contraception était un moyen d'abord privilégié pour les médecins. Les jeunes filles étaient plus réceptives lorsque la demande venait d'elle. Elles abordaient elles-mêmes la sexualité en demandant un avis quant à leur anatomie féminine, ou lors d'une prise de sang pour vérifier l'absence de maladies sexuellement transmissibles.

« C'est plus facile pour nous et puis elles sont plus réceptives. Alors ou c'est directement la jeune fille qui est en demande, parce que généralement quand elles demandent la pilule ben moi j'ouvre un peu la discussion sur le petit copain, les préservatifs, sur est ce qu'elles se protègent » (D13)

3. Problème gynécologique

Les problèmes d'ordre gynécologique (dysménorrhées, douleurs de règles, dyspareunie) étaient une ouverture à une discussion autour de la sexualité chez les adolescentes.

« Parfois on a les dysménorrhées où c'est là aussi qu'on introduit la pilule chez les jeunes pour régler ce problème de dysménorrhées et puis du coup on aborde aussi le problème de la contraception et de la sexualité » (D1)

Les infections urinaires étaient un prétexte fréquemment évoqué par les médecins pour parler de sexualité et de prévention.

« Chez la jeune fille ça va être à l'occasion de brûlures mictionnelles, de cystites de tout ça où on peut aborder est ce qu'il y a eu des rapports, est ce qu'il y a eu des risques d'infection, ça c'est des occasions qu'il faut aussi saisir. » (D9)

4. Humour

L'humour était utilisé par certains médecins pour mettre les jeunes filles à l'aise.

« Alors moi je fais ça vraiment assez facilement, assez naturelle, c'est vraiment assez décontracté, alors souvent s'il y a des mycoses vaginales j'essaye peut-être un peu la façon humoristique, pour ne pas gêner j'essaye de les mettre à l'aise, souvent on finit par rigoler. » (D7)

5. Vaccination

La vaccination contre le papilloma virus pouvait également être un moyen d'abord dès lors qu'elle n'avait pas été réalisée entre 11 et 13 ans.

« Il y a un pourcentage encore très faible de filles qui acceptent le vaccin, donc oui j'en parle à 15 / 18 ans même à 20 ans parce qu'elles ne sont pas vaccinées, donc là on parle de ça et de la contraception. » (D4)

6. Prévention large

Certains médecins utilisaient des thèmes de prévention divers comme les certificats de sport, le tabac, les troubles du comportement alimentaires, les douleurs abdominales pour rebondir sur les rapports sexuels, la contraception et l'importance d'une prévention associée des maladies sexuellement transmissibles. Cette consultation était l'occasion d'aborder plusieurs thèmes afin de sensibiliser la jeune qu'ils ne voyaient que rarement.

III. Informations transmises

1. Impact de la pornographie

Il paraissait important pour les médecins de faire le point sur l'accès facile à la pornographie. Selon certains médecins l'image de la sexualité relayée par la pornographie pouvait influencer les comportements des jeunes. Ils passaient le message que la sexualité n'était pas une performance. Ils insistaient également sur la notion de liberté sexuelle auprès des jeunes filles.

« J'essaye de leur dire de vraiment faire la différence entre ce qu'elles veulent faire pour elle et ce qu'elles veulent faire pour ne pas perdre le copain qu'elles aiment. [...] si les premiers rapports sexuels sont faits pour faire plaisir à l'autre ça risque d'être après un retentissement et de ne pas avoir après une vie sexuelle épanouie. Alors je ne sais pas si j'ai raison mais j'essaye de leur dire de faire attention à ne pas se forcer pour faire plaisir à l'autre. » (D4)

2. Préservatifs

D3 insistait auprès des parents pour qu'ils offrent des préservatifs à leur fille, pour lui en faciliter l'accès.

La plupart des médecins anticipaient certaines idées fausses des jeunes filles en leur affirmant que le préservatif n'était pas le meilleur moyen contraceptif, et qu'il reste le seul moyen de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles.

« Mettre en garde contre les infections sexuellement transmissibles, euh le fait d'avoir une contraception par oestro-progestatifs, par implant, par stérilet ou ce qu'on veut ça ne protège absolument pas des IST et que le seul moyen c'est l'utilisation des préservatifs. » (D2)

« Idée fausse reçue : il y en a qui prennent la pilule et que la pilule ne protège pas assez contre la grossesse, il y en a qui prennent la pilule et deux capotes, et pas parce qu'ils ont peur du sida mais parce qu'ils ont peur de tomber enceinte. » (D7)

3. Contraception chimique

La plupart des médecins refaisaient le point sur le rôle d'une contraception chimique, qui protège des grossesses mais pas des IST.

« Généralement quand elles demandent la pilule ben moi j'ouvre un peu la discussion sur le petit copain, les préservatifs, sur est ce qu'elles se protègent, en expliquant bien que la pilule ne la protège que de la grossesse et pas des MST. Ça permet de mettre le doigt un peu sur des sujets un peu sensibles. » (D13)

D6 insistait auprès des jeunes et de leur maman sur le fait que la pilule est un médicament, avec ses effets secondaires. Elle insistait lors de la consultation pour comprendre si c'était bien la jeune fille qui était demandeuse et non pas sa maman.

« Donc là j'en parle à la fille, qu'est-ce que tu en penses ? " Oh ben moi je m'en fiche, j'ai pas de copain ". " Mais il faut que tu me dises, est ce que tu veux toi ou non un moyen de contraception " et puis elle me dit " ben moi ça ne me dérange pas " " mais il faut que tu sois certaine c'est quand même un médicament ce n'est pas quelque chose d'anodin ". » (D4)

D12 mettait l'accent sur le fait que la pilule du lendemain n'est pas une méthode contraceptive au long cours.

Certains médecins parlaient des différents moyens contraceptifs non chimiques aux jeunes filles pour qu'elles ne fassent pas un choix par défaut.

« Ça se résume souvent à ça parce que les mamans qui ont pris ... qui sont les mamans de la génération pilule, n'ont pas beaucoup réfléchi à d'autres moyens, on

était encore à " le stérilet chez les nullipares ça n'existe pas " alors que ça marche très très bien comme mode de contraception. » (D9)

4. Rassurer

Avec leur expérience, plusieurs médecins avaient pu mettre en évidence certaines idées fausses. Lors de la consultation ils anticipaient certains freins en rassurant les jeunes filles.

La crainte de l'examen gynécologique était fréquente chez les jeunes filles. Selon eux, plusieurs jeunes filles appréhendaient de demander une contraception de peur de devoir se dévêtir.

« Ah oui clairement les très jeunes filles voilà alors il y a parfois un peu les mamans qui font forcing aussi en disant " il faut aller chez le gynéco " mais voilà on leur explique que nous aussi on peut très bien faire le travail et qu'il n'y a pas besoin de faire une visite gynéco à 16 ans. Ça ça les rassure beaucoup ouais. » (D13)

L'idée de ne plus avoir de règles en prenant certaines contraceptions orales pouvait être redoutée de certaines jeunes filles, elles pouvaient avoir la sensation de « ne pas évacuer le mauvais » (D16).

« C'était plus l'arrêt des règles qui était embêtant, mais une fois qu'on lui a expliqué ces fausses règles et que maintenant la plupart des pilules qu'on allait prescrire elle n'aurait plus de fausses règles c'était quand même plus pratique, donc voilà. » (D4)

IV. Freins

1. Présence de la mère

Dans la situation où la mère accompagne sa fille en consultation, la plupart des médecins mettaient en avant la place prépondérante de la mère dans la conversation.

Les médecins ressentait des difficultés, ne sachant si la demande de contraception venait de la mère ou de la fille.

« C'est vrai que les consultations qui m'ennuient le plus c'est quand c'est la maman qui dit il faut ci il faut ça, c'est toujours difficile de les faire appréhender, pour nous d'évaluer leurs envies personnelles » (D9)

La mère pouvait se montrer envahissante et ne pas laisser une place suffisante au discours entre le médecin et la patiente.

« C'est vrai qu'il faut réussir à faire taire la maman en disant " attendez, vous vous savez mais ce qui m'intéresse c'est ce qu'elle sait elle " et si la maman est insupportable je la fais sortir. » (D9)

2. Consultation initiale pour un autre motif

Les médecins mettaient en avant l'abord difficile de la sexualité dans une consultation pour un motif autre, amplifié par la réaction des parents qui ne s'attendaient pas à cette tournure de la consultation.

« Si c'est quelqu'un qui vient pour un rhume ou pour un certificat sportif, tout à coup sauter dessus " et au niveau sexualité ? " ce n'est pas très évident. S'il y a les parents ils nous regardent avec de drôles de yeux » (D9)

3. Crainte d'accusations

Certains médecins hommes pouvaient se montrer méfiant vis-à-vis de l'avis de la jeune fille ou de la mère. Ils craignaient certaines accusations malsaines.

« Chez une fille qui va bien attendez je ne tiens pas à passer pour un vieux pervers obsédé sexuel ! » (D5)

4. Jeune âge du médecin

Le jeune âge d'un médecin homme pouvait également représenter une gêne, qui pouvait être présente du côté de la jeune fille comme du médecin : la relation de confiance n'avait pas encore eu le temps de s'installer.

« C'est parfois un peu difficile d'en parler directement surtout qu'il n'y a pas encore de relation de confiance qui s'est mise en place, des fois je me retrouve presque dans la situation où quand j'étais remplaçant ce n'est pas toujours évident d'aborder ces sujets là quand on voit la personne pour la première fois » (D12)

5. Médecin homme

Le genre masculin du médecin était également considéré comme un frein. Il n'était pas rare dans les cabinets de groupe que les jeunes filles devenues adolescentes se tournent vers leur associée médecin femme pour la suite de leur prise en charge.

6. Intrusion dans la vie privée de la patiente

Un médecin considérait l'abord sexuel en médecine générale comme une intrusion dans leur vie privée qui ne relevait pas du travail du médecin généraliste.

« Moi je suis soignant je ne suis pas sociologue ou psychologue. Ce qu'elles vivent dans la vie je ne me donne pas le droit à cette indiscretion. Je vous dis, moi je trouve que les médecins sont beaucoup trop intrusifs d'une manière générale. » (D5)

7. Religion

La religion était un frein fréquemment abordé par les médecins.

« Il y a des familles de pratiquants de certaines religions qui ne vont certainement pas en faire la publicité. » (D2)

8. Gêne des jeunes filles

La gêne des jeunes filles était également considérée comme un frein, les médecins n'ayant pas vraiment d'échanges avec celles-ci dans ce contexte.

« C'est vrai que ce n'est pas un sujet forcément évident à aborder parce qu'elles ne s'ouvrent rarement, c'est plus un question réponse, sans qu'il y ait de retour de leur côté, des réponses par oui ou non ... » (D12)

9. Préjugés du médecin

D9 a employé le terme *« négation du risque par méconnaissance »*. Il considérait pouvoir avoir des préjugés sur une jeune fille en se disant qu'elle n'avait pas encore de rapports sexuels, et de ce fait passer à côté de rapports à risque probables.

« Et puis j'en ai moi aussi de temps en temps en ayant des préjugés en disant " elle, elle n'est pas encore concernée " et comme j'ai jusque 18 ans j'ai encore le temps de le faire, alors peut être que je rate des occasions » (D9)

10. Médecin de famille

Certains médecins pensaient également qu'être le médecin de famille était un frein pour ces jeunes filles qui de ce fait allaient voir un autre médecin à l'adolescence.

« Elles ne veulent pas aller voir leur médecin traitant habituel ou médecin traitant de la famille » (D2)

11. Consultation chronophage

Les médecins craignaient d'être pris par le temps avec cette consultation. En effet le motif de consultation initial n'était pas connu et ne permettait pas d'anticiper un temps prolongé.

« C'est vrai que dans la prise de rendez-vous les gens ne disent pas pourquoi, on ne sait pas si c'est une visite de gynéco, une visite machin, une visite ... » (D15)

Un médecin proposait un allongement du temps de consultation par le secrétariat si le motif était la contraception et la santé sexuelle.

V. Consultation de Contraception et de Prévention

1. Information préalable, connaissance initiale

De manière générale les médecins généralistes interrogés étaient peu au courant des détails de la CCP. Ils connaissaient l'existence d'une nouvelle consultation dans ce domaine à partir du 1^{er} novembre 2017, mais la fourchette d'âge et le prix de la consultation restaient flous. La possible anonymisation et gratuité n'était pas connue de tous, ni ses modalités.

« Oui, j'en ai entendu parler par euh... Ben par la sécu, et enfin voilà je sais que ça va exister, on nous en avait déjà parlé il y a quelques mois, la dame de la sécu est revenue nous voir il y a 15 jours et elle m'a dit voilà, ce sera coté autant, j'ai même mis dans un papier là-bas au fond. » (D6)

2. Avis des médecins généralistes

De manière générale la consultation d'abord de la santé sexuelle avec les adolescentes était vécue comme une consultation chronophage et complexe.

- *Vers une modification des pratiques ?*

Certains médecins prolongeaient déjà leur consultation pour prendre le temps d'en parler. Ceux-ci considéraient cette cotation comme une rémunération plus juste d'un travail déjà fait. Ces médecins ne pensaient pas modifier leurs pratiques.

« Quelque part tant mieux parce que quand on passe ce temps-là en consultation, qu'une visite devienne suffisamment rémunérée ça me paraît juste normal » (D1)

D'autres médecins pensaient modifier leurs façons d'exercer à la suite de cette nouvelle cotation. Cela leur permettait également d'anticiper une consultation plus longue au niveau du planning de consultation.

« Je pense que si c'est valorisé je vais peut-être prendre plus de temps tout simplement, peut être essayer de trouver une organisation dans la consultation pour trouver un temps pour faire de la prévention ces choses-là parce qu'en général le motif pour la contraception vient s'intercaler entre la grippe ou la gastro donc tu es coincé donc ... » (D10)

Un médecin parlait de la modification des pratiques de certains confrères en faveur de la prévention à l'arrivée des ROSP. Il était favorable à cette nouvelle cotation en pensant qu'elle améliorerait l'action préventive de certains médecins par sa majoration tarifaire.

« Si les ROSP ont permis à certains médecins à revoir la vaccination contre la grippe à revoir ceci c'est que tant mieux, si les obligations vaccinales obligent certains médecins à refaire les vaccins et pas à dire ben ces vaccins on les fait plus ben tant mieux » (D1)

- *Un nouveau moment propice*

La consultation pré-nuptiale était autrefois une consultation où l'on pouvait aborder la sexualité. Depuis la disparition de cette consultation, l'adolescent et le médecin avaient des difficultés à trouver un moment pour aborder la sexualité. L'arrivée de la CCP devenait à nouveau un moment propice.

« Avant on pouvait, je faisais plus facilement la consultation pré nuptiale, que les gens de ton temps n'ont pas connu, donc c'était le moment où on pouvait parler de la sexualité avec les jeunes etc en leur disant ça existe si vous voulez parler de vos problèmes de sexualité n'hésitez pas à demander de l'aide, là maintenant il n'y a plus donc tant mieux qu'il y ait une consultation comme ça qui arrive qui peut permettre de relancer la discussion » (D1)

DISCUSSION

I. Critique de l'étude

1. *Choix d'une étude qualitative*

La méthode choisie a été qualitative car celle-ci permet d'explorer des attitudes et comportements des participants à l'étude en faisant ressortir des phénomènes sociaux ou relationnels. La recherche bibliographique préalable à l'étude n'avait pas permis de mettre en avant d'étude sur ce sujet. Les conclusions étaient peu prévisibles.

Des entretiens semi-dirigés ont été menés pour diminuer les non-dits dans ce contexte sensible.

2. *Forces et limites de l'étude*

- Echantillonnage et recrutement des médecins

La méthode de recrutement utilisée était la méthode dite boule de neige. En premier lieu l'auteur a choisi trois praticiens présentant des caractéristiques différentes afin de diversifier l'échantillon. L'effet boule de neige s'est ensuite installé à partir de ces médecins. La population de médecins interrogés regroupe donc différents lieux d'exercice, différents âges, genres, et ancienneté d'installation.

Seize médecins ont accepté d'être interrogés. Leur diversité était une force dans cette étude.

- Recueil des données

La réalisation d'entretiens semi-dirigés a créé un biais d'investigation. La réalisation de ce type d'entretiens nécessite une formation particulière et une adaptation du guide que le chercheur n'avait pas.

Les entretiens ayant été réalisés sur la période de rentrée scolaire et début de la période hivernale, certains médecins étaient peu disponibles. Pour convenir aux emplois du temps de ces derniers et faciliter les déplacements du chercheur, deux entretiens ont dû être réalisés le même jour, à deux reprises.

Le recueil des données a été réalisé par l'aide d'un enregistreur vocal. De rares parties inaudibles (à cause de bruits parasites) lors de la retranscription des données n'ont pas pu être analysées. Cela a engendré un biais de recueil.

- Analyse des données

Il existe un biais d'interprétation inhérent à la recherche qualitative. Celui-ci a été diminué par une retranscription des verbatims suivi d'une triangulation des données. La validité interne de l'étude était donc augmentée.

A deux reprises, des entretiens ont dû être réalisés le même jour. La mise en commun du livre de codes entre ces entretiens n'a alors pas pu être réalisée.

L'analyse des données avec un logiciel de référence (QSR NVivo11) est une force de cette étude.

II. Données de la littérature

Une consultation autour de la contraception et de la prévention sexuelle était vécue comme chronophage par les médecins. Selon l'étude réalisée par P. Binder, plus de 50% des médecins prenaient plus de 10 minutes pour une consultation avec un adolescent (19). Dans notre étude certains médecins disaient prendre le temps qu'il fallait et estimaient que la consultation restait rentable. Ne voyant que rarement les adolescentes, cette consultation était l'occasion de répondre à plusieurs questions. D'autres médecins avouaient ne pas en avoir le temps.

La méconnaissance du motif de la consultation par les médecins avant celle-ci ne permettait pas d'adapter en amont le temps de consultation. Deux-tiers des rendez-vous étant demandés par les parents (13) (15) (17) (19), le motif sensible n'était pas évoqué puisqu'il aurait dû être discuté au préalable avec le parent. L'interaction avec le secrétariat médical pouvait représenter un frein, les adolescents n'osant pas dire le motif exact (20). La plupart des médecins bloquant systématiquement 30 minutes de consultation pour les enfants de moins de 2 ans, on pourrait se demander si le même geste pour les jeunes de 15 à 18 ans favoriserait l'abord de la santé sexuelle pour les médecins. Soixante-dix pourcents des adolescents souhaiteraient que l'entretien avec le médecin soit plus long et/ ou plus fréquent (16). Un tiers des jeunes interrogés à ce

propos avouaient ne pas avoir pu poser les questions qu'ils souhaitaient, par manque de temps ou par timidité (17).

Les médecins mettaient en avant le fait qu'ils ne voyaient que très rarement l'adolescent. Or le médecin généraliste serait le professionnel de santé le plus consulté des adolescents (8) (10) (21). En France, soixante-quinze pourcents des adolescents de 15 à 18 ans ont consulté au moins une fois leur médecin généraliste dans l'année (10) (19) (22). Selon une étude anglaise réalisée en 2014, plus de la moitié des adolescents interrogés parlaient d'une expérience positive (23). Dans une étude Australienne auprès de 117 adolescents, 86% d'entre eux souhaiteraient parler de santé sexuelle avec leur médecin (24). Des résultats similaires ont également été retrouvés dans une étude française (16).

Certains médecins de l'étude prescrivaient la contraception pour trois mois afin d'effectuer une deuxième discussion à distance. Ils sentaient l'adolescente plus réceptive : une reconvoction dans le cadre d'une consultation dédiée semblait simplifier la discussion autour de la santé sexuelle par le médecin et l'adolescente. Une étude montrait qu'une discussion plus fréquente entre le médecin et l'adolescent augmente l'instauration d'un dialogue et aboutit à un mieux-être de l'adolescent (13).

Certains médecins voyaient cette discussion comme une intrusion dans leur vie intime. Ce sentiment d'intrusion a été retrouvé dans la littérature française (25) (26). L'adolescent est souvent timide dans ses réponses et pudique lors de l'examen clinique (19), ce qui peut accentuer ce sentiment d'intrusion (26).

Des médecins disaient ne répondre aux questions que si le jeune en avait, mais n'initiaient pas le dialogue. La littérature rapporte que six jeunes sur dix attendent du médecin qu'il débute la conversation (18). Cette initiative du médecin était également reprise comme nécessaire dans un référentiel INPES (27).

Certains médecins ne se considéraient pas comme étant l'interlocuteur principal, pensant que le travail de prévention avait déjà été fait ou serait fait par d'autres personnes comme les parents, l'école, les médias. Mais le médecin généraliste serait bien le premier interlocuteur des jeunes, devant la difficulté à obtenir un rendez-vous avec des pédiatres et des médecins scolaires (21).

D'autres laissaient une ouverture au jeune afin qu'il sache que le dialogue serait possible dès qu'il aurait des questions. Cette méthode était reprise par plusieurs médecins et faisait partie du référentiel établi par P. Binder (19).

La représentation floue du champ d'action du médecin généraliste par les jeunes pouvait expliquer leur manque de questions spontanées (13) (17) (19). Seuls 55% des jeunes pensent que la santé sexuelle fait partie des attributions d'un médecin généraliste(13) (19). Des flyers à distribuer aux jeunes lors des consultations pour préciser les champs d'action du médecin généraliste sur plusieurs aspects de la prévention pourraient améliorer l'abord spontané de la sexualité par les jeunes auprès de leur médecin. Cette idée a été citée également dans une étude anglaise (23).

Des médecins avaient des difficultés à aborder la sexualité lors d'une consultation dont le motif n'était pas orienté vers la sexualité. Selon P. Binder, les médecins s'écartent peu de la demande initiale. Ils élargissent le motif de la consultation dans moins de 50 % des cas lorsque la plainte initiale relève de l'administratif ou de la prévention, dans un tiers des cas lorsque le motif initial est somatique (19). Dix-sept pourcents des adolescents avaient d'autres inquiétudes que la demande initiale (26).

Une étude Australienne auprès de 117 adolescents montrait que 86 % d'entre eux souhaiteraient parler de santé sexuelle avec leur médecin (24). Dans une autre étude, près de la moitié disait ne pas pouvoir discuter de questions personnelles avec leur médecin (23). Plus le médecin serait dans la retenue, moins le jeune s'exprimerait. Il paraît donc essentiel d'inciter les médecins généralistes à aborder la question de la sexualité et de la prévention sexuelle avec les adolescents.

L'humour a récemment été utilisé dans la campagne de sensibilisation sur le port du préservatif par Santé Publique France (28). De vives réactions des médias dénonçaient le ton culpabilisant et moralisateur de la campagne, essentiellement dans le message « parce que ça t'évitera d'annoncer à l'infirmière / au médecin que tu as eu un rapport non protégé » (29). Les internautes souhaitaient plutôt une incitation inverse pour les jeunes à aller consulter un infirmier ou un médecin en cas de conduite à risque (28).

L'humour était utilisé par certains médecins pour mettre l'adolescent à l'aise. Cette attitude était étudiée dans une étude sur la place de l'humour en consultation. Il était bénéfique s'il était « bienveillant et adapté » (30). Cependant l'utilisation de l'humour

avec un adolescent pourrait se révéler dangereux face à un adolescent qui cache un mal être et un manque de confiance en soi. Une étude auprès de jeunes adolescents anglais réalisée en 2017 mettait en évidence que la gêne de l'adolescent pouvait être liée à la crainte de ne pas être pris au sérieux (23).

La littérature mettait un avant une peur de l'adolescent quant au manque de confidentialité du médecin, constituant un frein important à l'expression de l'adolescent (13) (15) (17) (26). Cette notion était rarement précisée par les médecins dans notre étude. Le fait de rappeler à l'adolescent la confidentialité de la consultation a montré une augmentation du nombre de consultations de l'adolescent seul (31). Cinquante-cinq pourcents des adolescents préféraient être seuls lorsque le médecin abordait la sexualité et la contraception, ce chiffre devenant de plus en plus important à partir de 17 ans (15).

Certains médecins comparaient la relation avec un adolescent qu'ils connaissaient depuis l'enfance à une relation presque maternelle. Cette impression a été retrouvée dans une autre étude (26). Ce type de relation pouvait représenter un frein pour certains jeunes qui auraient peur d'être jugé négativement, de décevoir le médecin (13) (19) (32) (33). Il paraît donc essentiel de rappeler au jeune l'importance du secret médical, malgré l'installation d'une relation de confiance celui-ci reste impartial. Selon P. Binder « l'adolescent montre une avidité relationnelle projetée sur le soignant idéalisé mais une méfiance vis-à-vis de l'adulte qui l'impressionne. » (19).

Les médecins ressentaient quelques fois des difficultés à rester neutres et objectifs dans une relation avec un adolescent (26). Ce manque d'objectivité ou la présence de préjugés étaient regrettés par un médecin de l'étude.

La peur de l'examen physique a été mentionnée par plusieurs des médecins et retrouvée dans la littérature comme un frein des adolescentes à une consultation médicale autour de la sexualité (17) (19) (26). L'adolescence est une période où les modifications du corps sont perturbantes (19). L'examen physique avec un œil médical peut être appréhendé par la peur de se découvrir anormale (19). A l'inverse certains médecins rapportaient que des jeunes filles demandaient à être examinées pour s'assurer de la normalité de leur corps, repris par P. Binder sous le terme « représentation corporelle confuse, normalité supposée » (19). L'accès facile à la pornographie, auxquelles les jeunes filles pourraient se comparer, pouvait être lié

selon certains médecins. Ceux-ci prenaient donc l'initiative de parler de la pornographie lors de la consultation pour rassurer les jeunes filles et insister sur la notion de liberté sexuelle.

L'attitude du médecin avec l'adolescente semblait essentielle. La place du tutoiement et du vouvoiement était délicate et retrouvée dans d'autres études (13) (15) (26). Les médecins passaient au vouvoiement dès l'adolescence pour montrer une marque de respect à cette jeune adulte, mais ce vouvoiement pouvait être reproché par l'adolescente. Une étude réalisée à Nantes en 2009 auprès de 1128 adolescents âgés entre 11 et 17 ans mettait en évidence que 82 % d'entre eux préféraient le tutoiement (13) mais le vouvoiement était progressivement préféré lorsqu'ils vieillissent (13) (15) (26). Le passage brutal du « tu » au « vous » pouvait être déstabilisant et leur faire prendre conscience de leur statut d'adulte. L'adolescence est une période charnière et paradoxale oscillant entre envie d'indépendance un besoin d'être guidé, une période « d'intrication bio-psycho-sociale » (10) (13) .

Cet aspect paradoxal se retrouvait également dans l'accompagnement par la mère lors de la consultation (13). Perçu comme un frein principal par les médecins, il était retrouvé dans la littérature (15) (16) (34). Selon une étude menée par P. Binder sur plus de 600 adolescents de 12 à 20 ans, plus de soixante pourcents étaient accompagnés (35). Plus l'enfant grandit, moins il sera accompagné (13). Dans une thèse réalisée en 2009 auprès de jeunes de 13 à 18 ans, trente-quatre pourcents souhaiteraient être vu seuls (13): ils abordaient plus souvent leur intimité et les questions gênantes lorsqu'ils étaient seuls (13) (36). Cela leur permettait de prendre conscience de leur individualité et de leur autonomie face aux parents (15). Les médecins de leur côté avaient également des difficultés à l'aborder en présence des parents (19). Quatre-vingt-onze pourcents des médecins souhaiteraient recevoir le jeune seul (16).

La littérature s'accordait cependant à dire que les médecins percevaient l'accompagnant comme une « influence positive » (19), une aide à l'expression de l'adolescent (15) (19) (25) (37) mais ils convenaient qu'il était nécessaire d'avoir un temps de consultation seul pour aborder les sujets plus sensibles (15) (19). Il devrait être imposé aux parents par le médecin pour ne pas mettre le jeune en difficulté, ne pas créer de conflit de loyauté pour le jeune (37). L'adolescent interrogé lors de la consultation sur sa volonté de faire sortir l'accompagnant répondait souvent non, cela

était vécu comme un frein par les médecins. D'après l'enquête du groupe ADOC seuls 4,4% des médecins faisaient sortir le tiers de la consultation (38). Mais pour certains adolescents, l'accompagnement pouvait être rassurant (26), celui-ci pouvant parfois être intimidé face au médecin généraliste (19) (35). Le ressenti des accompagnants qui se voyaient imposer de sortir de la consultation n'a pas été retrouvé dans la littérature. Certains chercheurs s'accordaient cependant sur la facilité à faire comprendre la nécessité d'une consultation seule, où le binôme parent-adolescent serait entendu ensemble dans un second temps (13). Dès la salle d'attente le médecin pourrait imposer à l'accompagnant de voir l'adolescente seule pour ne pas être gêné de faire sortir l'accompagnant de la salle de consultation. Si l'adolescente le désire, et que la présence de l'accompagnant facilite son expression, le médecin pourrait faire rentrer l'accompagnant dans un second temps.

L'abord de la sexualité avec les garçons adolescents était problématique pour l'ensemble des médecins interrogés qui en parlaient spontanément. Peu de travaux ont été retrouvés. Cet abord pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur.

C'est dans le but de valoriser le travail des médecins généralistes et de promouvoir la prévention en santé sexuelle que la CCP a vu le jour le 1^{er} novembre 2017. Cependant, lors des entretiens il a été mis en évidence un manque d'information préalable des médecins. Devant cette constatation, une sensibilisation des médecins interrogés à la fin de chaque entretien a été réalisée par le chercheur. Un courriel leur a été envoyé reprenant les points à connaître sur la CCP, ainsi qu'une liste des numéros NIR selon chaque caisse d'assurance maladie des médecins, et une explication quant à la réalisation d'une feuille de soin électronique dans le cas d'une consultation anonyme. Une affiche informelle leur a été envoyée pour sensibiliser leur jeune patientèle à l'arrivée de cette nouvelle consultation et cotation. Un travail ultérieur sur les moyens d'information des médecins généralistes quant aux nouvelles cotations et sur les enjeux de santé publique pourrait être réalisé.

A distance des entretiens, certains médecins ont demandé un patron des questions à aborder lors de la CCP. L'établissement d'un référentiel de questions simples à poser aux adolescents était déjà évoqué lors d'une thèse précédente (17). Il permettrait, sur le même principe que le BITS test dans la prévention du risque suicidaire, de repérer les adolescentes qui présenteraient des conduites sexuelles à risque.

CONCLUSION

Les moyens d'abord de la sexualité avec une adolescente en consultation de médecine générale étaient différents selon chaque médecin, influencés par leur expérience et leur aisance.

La présence d'un accompagnant, l'attitude de l'adolescente, l'absence de motif de consultation prétexté, la gêne du praticien, la religion, la différence de genre et d'âge entre le médecin et l'adolescente, la connaissance des parents en tant que médecin de famille, étaient autant de freins évoqués pouvant mettre en difficulté cet abord. L'information transmise était propre à chaque praticien.

Un temps dédié en consultation paraît essentiel, initié par le médecin, qui aurait imposé un temps seul avec l'adolescente pour favoriser le dialogue et dépister les conduites à risque. La confidentialité de l'entretien devrait être évoquée ainsi que l'absence d'examen gynécologique systématique pour rassurer l'adolescente.

La CCP était perçue par les médecins comme une valorisation d'un travail déjà effectué mais peu de médecins envisageaient cependant une modification de leurs pratiques. Avec leur accord, ils seraient à nouveau interrogés afin d'évaluer leur opinion quelques mois après son instauration en novembre 2017.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Viriot D, Fournet N, Ndeikoundam N, Lot F. Epidémiologie des IST en France et en Europe [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/S2_M_Epidemiologie_des_IST_France_et_Europe_F_LOT.pdf
2. Yeni P, Artières P, Couteron J-P, Favier C, Foulquier Gazagnes T, GOJJARD C, et al. Avis suivi de recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST chez les adolescents et les jeunes adultes. 19 janvier 2017;81.
3. Santé Publique France. Rénago Rénachla RésIST, Bulletin de réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles. 2017.
4. Renago, Renachla, ResIST. Bulletin N° 6 des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles. 2018.
5. Touboul Lundgren P, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promotion du dépistage d'infection à *Chlamydia trachomatis* en soins primaires. Santé Publique. 2016;28(3):299.
6. You C, Baron C. Prise en compte des infections sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* en médecine générale. Exercer. 2012;23(102):119, 120.
7. Faverjon S. Prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en cabinet de médecine générale. 23(101):61.
8. Sommelet D. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. Arch Pédiatrie. août 2007;14(8):1011-9.
9. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception: apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale [Internet]. 2004 [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf
10. Hami Z. Les Adolescents et la contraception : place du médecin généraliste dans l'information et la prévention. Thèse de médecine. 2013.
11. La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. 2016 [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_convention_medicale_final.pdf
12. Nouvelle consultation contraception et prévention [Internet]. [cité 18 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception>
13. Boulestreau H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste. [Internet]. 2009 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-2-theseboulestreau.pdf.pdf

14. Boulestreau H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec leur médecin généraliste. [Internet]. 2009. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-2-theseboulestreau.pdf.pdf
15. Renee V. Point de vue des adolescents sur la place de leur parent en consultation de médecine générale. Thèse de médecine.
16. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant: pour une meilleure prise en charge des conduites à risque [Thèse d'exercice]. [France]: Université René Descartes (Paris). Faculté de médecine Necker enfants malades; 2004.
17. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité: freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. :47.
18. Grand A. Parler de sexualité avec son médecin généraliste: un problème pour les 15 - 18 ans. [thèse d'exercice]. [France]. 2011.
19. Binder P. La consultation de l'adolescent ne va pas de soi. Pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples, de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires. Rev Prat. 2005;5.
20. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. Br J Gen Pract. oct 2001;51(471):811-6.
21. Choquet M, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Unité 169. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA. Les adolescents face aux soins. La consultation, l'hospitalisation. s.l.; 1992 p. 76p.
22. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis (France): INPES éditions; 2013.
23. Churchill RD. Young People: Understanding the Links Between Satisfaction With Services and Their Health Outcomes in Primary Care. J Adolesc Health. 1 avril 2017;60(4):358-9.
24. Turner L, Spencer L, Strugnell J, Di Tommaso I, Tate M, Allen P, et al. Young people have their say: What makes a youth-friendly general practice? Aust Fam Physician. Février 2017;46(1):70-4.
25. Binder P, Jouhet V, Valette T, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Interactions adolescent- médecin généraliste en consultation. 2009;59:7.
26. Bedu C. Quelle est la place du médecin généraliste dans le suivi de l'adolescent ? [Thèse d'exercice] [France] 2017.
27. Entre nous - Outil d'intervention en éducation pour la santé des adolescents [Internet]. [cité 11 août 2018]. Disponible sur:

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1254>

28. Santé publique France - Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communications/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
29. Préservatif : la campagne ministérielle provoque un tollé [Internet]. Franceinfo. 2018 [cité 12 août 2018]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/enfant-ado/preservatif-la-cheminagie-ministerielle-provoque-un-tolle_2889045.html
30. Sanselme A-E, Chambe J, Université de Strasbourg (2009- ...), Faculté de médecine. La place de l'humour dans la consultation de médecine générale: étude qualitative sur le ressenti des patients. [S.l.]: [s.n.]; 2012.
31. Bravender T, Lyna P, Tulsy JA, Østbye T, Alexander SC, Dolor RJ, et al. Physicians' Assurances of Confidentiality and Time Spent Alone With Adolescents During Primary Care Visits. Clin Pediatr (Phila). oct 2014;53(11):1094-7.
32. Oandasan I, Malik CR. visit family practitioners? :8.
33. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. oct 2003;53(495):798-800.
34. Ipsos, Fondation Wyeth. Médecins face aux adolescents : quels enjeux ? Quelles difficultés ? Quels besoins pour améliorer la prévention des risques auprès des adolescents ? Résultats d'une enquête quantitative Ipsos Santé pour la Fondation Wyeth Adolescents en 2006 : malgré l'inquiétude, la positive attitude. Résultats d'une enquête quantitative Fondation Wyeth/Ipsos Santé. Paris: Fondation Wyeth; 2006. 9 p. 9 p.
35. Binder P. Congrès du CNGE Toulouse le 27 novembre 2009. :11.
36. Papagiorgiou M. Attentes et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale [Internet]. [Thèse d'exercice]. 2016 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/122-1-thesepapagiorgiou.pdf.pdf
37. Netgen. La consultation avec un adolescent : quel cadre proposer ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-161/La-consultation-avec-un-adolescent-quel-cadre-proposer>
38. 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. oct 2010;27(5):556-62.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1) La consultation

Pouvez-vous caractériser une consultation avec une jeune fille de 15 à 18 ans dans votre cabinet ?

- Quelle est la proportion subjective dans votre patientèle ?
- Viennent-elles le plus souvent accompagnées et si oui par qui ?
- Les connaissez-vous depuis l'enfance ?
- Quels sont leurs motifs de consultation les plus fréquents ? (Certificats, contraception, traumatologie, infectieux, psycho, autre)

2) L'abord d'une consultation en prévention sexuelle en médecine générale

Comment avez-vous, pour la dernière fois, abordé la sexualité avec une jeune fille entre 15 et 18 ans dans votre cabinet ?

- A quel moment dans la consultation ?
- Qui a fait le premier pas ?
- Quel était le motif de consultation initial ?
- Quels sont les mots que vous essayez de placer dans votre discours ?
- Quelles phrases utilisez-vous par exemple ?
- Avez-vous proposé une consultation dédiée à la prévention sexuelle ? si oui combien de temps après la consultation initiale ?

3) Les freins

Souvenez-vous d'une situation dans votre expérience personnelle qui vous a posé des difficultés en prévention sexuelle, quels freins avez-vous rencontré ?

- Vous sentez vous globalement à l'aise lors des discussions de sexualité avec les jeunes filles de 15 à 18 ans dans votre patientèle ?

4) L'impact de cette prévention

De quelle façon pensez-vous qu'une discussion en médecine générale a pu modifier leur comportement ?

- Quelles sont leurs principales sources d'information avant de venir vous voir ?
- Quelles idées fausses avez-vous pu mettre en évidence lors de ces entretiens ?

5) Valorisation d'une consultation dédiée à la prévention en santé sexuelle chez ces jeunes filles : la CCP

Dans votre pratique actuelle quelles sont selon vous les avantages et freins au quotidien que peuvent apporter cette CCP ?

Annexe 2 : Déclaration au Comité de Protection des Personnes

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MEDITERRANEE IV

Président : Pr. Jean-Marc DAVY

Montpellier, le 8 août 2017

Référence CPP : 17 08 07

N° ID-RCB : 2017-A02176-47

Le Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée IV a été saisi le 18 juillet 2017 d'une demande d'avis sur le protocole intitulé : « **Comment les médecins généralistes abordent-ils la santé sexuelle chez les jeunes filles de 15 à 18 ans avant et après la mise en place de la Consultation de Contraception et de - Prévention (CCP) en novembre 2017 ?** », protocole qui correspond à ce jour à un protocole de recherche impliquant la personne humaine de catégorie 3.

Référence promoteur : soutenance thèse

Promoteur : PUSZKAREK Thibault 16 E rue Corneille 59 150 Watrelos	Investigateur-coordonnateur PUSZKAREK Thibault 16 E rue Corneille 59 150 Watrelos
Contact : Puzskarek Thibault tel : 03 20 26 84 39 mail : thibault.puzskarek@univ-lille2.fr	

Le comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de sa séance du 8 août 2017 et a été amené à formuler une demande de modifications complémentaires.

Preennent part au vote les membres titulaires et les membres suppléants en cas d'absence du titulaire. Ont participé à la séance du mardi 8 août 2017, Mesdames et Messieurs :

	Titulaires	Suppléants
Catégorie I	JM. DAVY	S. THEZENAS, F. BERNARD
Catégorie II		
Catégorie III		
Catégorie IV	A. PRADES	
Catégorie V		
Catégorie VI		
Catégorie VII	JP. RAYNAUD	JF. LASSALVY
Catégorie VIII	V. RAGE ANDRIEU	
Catégorie IX	G. MAUREL	A. PILON

Documents du dossier	
Formulaire de demande d'avis : 15 juillet 2017	Protocole : v. 15 juillet 2017
Courriel du 1 ^{er} août 2017	

Dans ce dossier, il est uniquement question d'une étude sur l'impact de la Consultation de contraception et de prévention des IST. Le questionnaire s'adresse exclusivement aux médecins généralistes et les questions ne ciblent que la pratique professionnelle.

Référence CPP : 17 08 07

N° ID-RCB : 2017-A02176-47

Compte tenu de l'article R1121-1 CSP "...2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé...", il apparaît que cette étude ne rentre pas dans le champ des "recherches impliquant la personne humaine".

Le CPP n'a pas à se prononcer quant à la réalisation de cette étude

Le Président de Séance
Professeur Jean-Marc DAVY



Annexe 3 : Déclaration CNIL

CNIL.
3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Département de Médecine Générale
ARRIVEE

RÉCÉPISSÉ

Madame PAILLE SARAH
UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE
1 PLACE DE VERDUN
59045 LILLE CEDEX

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
917159 v 1
du 20-09-2017

A LIRE IMPERATIVEMENT
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre traitement de données à caractère personnel.
La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

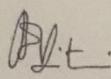
Nom : UNIVERSITE DE LILLE 2 DROIT ET SANTE	N° SIREN ou SIRET : 195935606 00010
Service :	Code NAF ou APE :
Adresse : 1 PLACE DE VERDUN	Tél. : 03 20 62 69 21
Code postal : 59045	Fax. : 03 20 88 73 63
Ville : LILLE CEDEX	

Traitement déclaré

Finalité : DÉTERMINER PAR QUELS MOYENS LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU NORD PAS DE CALAIS ABORDENT LA SANTÉ SEXUELLE CHEZ LES JEUNES FILLES DE 15 À 18 ANS AVANT LA MISE EN PLACE DE LA CCP EN NOVEMBRE 2017 ET QUELLES SONT LEURS ATTENTES DE CETTE NOUVELLE CONSULTATION.

Motif de la modification : Etude monocentrique

Fait à Paris, le 20-09-2017
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : Nom : PAILLE

Prénom : Sarah

Date de Soutenance : 20 septembre 2018

Titre de la Thèse : Comment les médecins généralistes des Hauts-de-France abordent la santé sexuelle avec les adolescentes avant l'instauration de cotation « Consultation de Contraception et de Prévention » ?

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : consultation de contraception et prévention, infections sexuellement transmissibles, contraception, adolescence, prévention primaire

Contexte : Le médecin généraliste (MG) est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents. Chez ces derniers, la prévalence des infections sexuellement transmissibles augmente. Une optimisation de la prévention en santé sexuelle pourrait diminuer les conduites à risque et améliorer le dépistage. Ce travail s'intéresse aux pratiques, relatifs à l'abord de la sexualité avec les adolescentes de 15 à 18 ans, des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés réalisés jusqu'à suffisance théorique des données auprès d'un groupe de médecins généralistes des Hauts-de-France, échantillonnés par effet boule de neige, avant l'instauration de la cotation "Consultation de Contraception et de Prévention" (CCP) au 1er novembre 2017. Une analyse thématique des verbatims était effectuée avec le logiciel QSR NVivo ainsi qu'une triangulation des données.

Résultats : La suffisance des données a été obtenue après 16 entretiens. Les moyens employés pour aborder la sexualité étaient la proposition d'une discussion, l'utilisation de prétextes tels que des problèmes gynécologiques ou l'occasion d'une demande de contraception, le vaccin contre le Human Papillomavirus, et l'humour. Lors de la consultation les jeunes filles étaient le plus souvent accompagnées par leur mère. Cette présence pouvant être un frein pour le MG, une consultation seule à distance était parfois proposée. Lorsque le médecin proposait que la mère sorte de la consultation, l'adolescent pouvait répondre par la négative. D'autres freins à l'abord de la sexualité étaient rapportés par les médecins : la gêne du médecin, son genre masculin, la connaissance des parents en tant que médecin de famille, la religion, l'attitude de l'adolescente et l'absence de prétexte. Peu de médecins avaient connaissance de la gratuité et de l'anonymisation de la CCP. L'arrivée de cette cotation était vécue comme une valorisation d'un travail déjà effectué. Les médecins n'envisageaient pas une modification de leurs pratiques.

Conclusion : L'abord de la sexualité avec une adolescente en consultation de médecine générale implique plusieurs freins. Un temps dédié en consultation, initié par le médecin, paraît essentiel. Il aura proposé un temps seul avec l'adolescente pour favoriser le dialogue et dépister les conduites à risque. L'adolescente devra être rassurée quant à la confidentialité de l'entretien et l'absence d'un examen gynécologique systématique.

Composition du Jury :

Président : Pr. Damien SUBTIL

Assesseurs : Pr. Patrick LEROUGE, Dr. Matthieu CALAFIORE, Dr. Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Dr. Thibault PUSZKAREK

