



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Vécu des médecins généralistes lors de l'initiation d'une contraception
chez les mineures de moins de 15 ans.**

Une étude qualitative réalisée dans le secteur du Cambrésis.

Présentée et soutenue publiquement le 07 mars 2023 à 16h
au Pôle Formation

Par Céline Damelincourt

JURY

Président :

Madame la Professeure Sophie Catteau-Jonard

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Yannick Caremelle

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Delphine Legrand-Dufour

Avertissement

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

Table des matières

Table des matières

Avertissement	2
Résumé	6
Introduction	7
I. Contraception des mineures	8
II. Place du médecin généraliste	9
III. Secret médical et éthique	10
Matériels et méthodes	12
I. Type d'étude	12
II. Population interrogée et recrutement	12
III. Recueil des données	12
IV. Analyse des données	14
V. Aspect éthique et règlementaire	14
Résultats	16
I. Description de l'échantillon	16
II. Le médecin généraliste : Le pilier des soins primaires	17
A. Être compétent	17
B. Être responsable	22
C. Être limité	23
D. S'améliorer	24
III. La patiente mineure de moins de 15 ans	26
A. Être freiné par l'âge	26
B. Être vulnérable	27
C. Être immature	28
D. Être négligeant	29
E. Être différent	30
IV. Les parents	31
A. La parentalité : la place des parents au sein de la consultation	31
B. La loi	35
V. Communiquer sur la contraception, complexe mais essentiel	37
A. L'abord de la sexualité avec les adolescents	37
B. La demande d'une contraception et la consultation d'initiation	41
C. Le choix de la contraception et sa prescription	44
VI. L'éducation à la santé sexuelle	47
A. Méconnaître	47
B. Le respect : Éducation à la santé sexuelle positive	50
C. La confiance	51
D. Être guidé	54
Discussion	61

I. Forces et limites de l'étude	61
A. Les forces.....	61
B. Les limites	62
II. La relation triangulaire entre le médecin, l'enfant et les parents.....	63
A. La relation médecin patient	63
B. La place du parent.....	64
C. La parentalité et le secret médical	66
III. La sexualité en médecine générale.....	67
A. L'abord de la sexualité.....	67
B. Une consultation pour une contraception	68
IV. L'incertitude en médecine générale.....	68
V. S'améliorer pour mieux soigner	69
A. Se former	69
B. Utilisation de supports numériques et impact des médias	70
C. Intervenir dans les lycées	71
Conclusion	72
Références bibliographiques.....	73
Annexes	76

Résumé

Introduction :

L'adolescence représente la période d'une quête d'identité, d'un statut social, avec l'apparition des premiers émois affectifs et sexuels. La contraception des mineures de moins de 15 ans peut paraître peu courante en médecine générale, mais n'en reste pas moins un enjeu de prévention essentiel. Toutefois, les médecins généralistes peuvent émettre une certaine réserve, à parler de sexualité chez des patientes qu'ils connaissent et suivent depuis l'enfance. L'objectif de ce travail était d'analyser le vécu des médecins généralistes sur l'initiation d'une contraception chez les patientes mineures de moins de 15 ans.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude qualitative, menée par entretiens initialement dits semi-dirigés, secondairement devenus de plus en plus ouverts. L'échantillon était de type homogène raisonné, avec comme critère d'inclusion la pratique de la médecine générale en cabinet. Les entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Lors du codage, les données ont été triangulées avec d'autres chercheurs formés à la recherche qualitative. L'analyse des données était inspirée de la phénoménologie.

Résultats :

7 médecins ont participé à cette étude. En tant que pilier de soins primaires, les qualités et failles du médecin généraliste étaient décrites comme déterminantes en réponse à une adolescente en demande de contraception. L'âge jeune et la maturité inconstante des patientes, participaient à la difficulté de ce genre de consultation. La place des parents, l'autorité parentale pouvait représenter un obstacle à la relation médecin patiente, ainsi qu'au respect du secret professionnel. Pourtant les médecins se sentaient souvent investis de l'éducation à la santé sexuelle de leurs jeunes patientes. Ils souhaitaient leur transmettre les informations concernant les risques liés à une sexualité active, participant ainsi à leur éducation sexuelle.

Conclusion :

La contraception représente une thématique souvent appréciée des médecins généralistes. Pourtant l'appliquer aux mineures de moins de 15 ans leur est parfois problématique, notamment sur le plan légal. Il semblerait donc nécessaire pour le médecin, d'adopter une attitude « idéale ». Parler simplement, être disponible et empathique tout en conservant sa position de soignant. Ainsi se fonde une relation de confiance, essentielle à une communication mutuelle et à la transmission du savoir scientifique par le soignant.

« Transmettre la vie est important. Il faut que ce soit un acte lucide. » Charles de Gaulle

Introduction

La contraception concerne les moyens mis en œuvre pour contrôler la natalité (de l'anglais « birth control »), et participe à la distinction d'une sexualité de procréation, et de plaisir. La contraception est en constante évolution tant au niveau de la loi qu'au niveau des mentalités.

C'est en 1956 qu'est créée la première pilule hormonale, par le Dr Grégory Pincus, et commercialisée un an plus tard aux Etats-Unis, puis en France, dans un but purement curatif, celui du traitement des dysménorrhées et des dérèglements menstruels.

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth est signée par le Général de Gaulle et rend la contraception légale en France. Mais il faut attendre 1974, pour que la pilule soit remboursée, ce qui permet d'étendre son accessibilité au plus grand nombre. (1)

I. Contraception des mineures

Selon l'OMS, l'adolescence s'étend de 10 à 19 ans, et correspond à une période de développement physique, cognitif et psychologique rapide. (2) Elle représente aussi la période d'une quête d'identité et d'un statut social, et l'apparition des premiers émois affectifs et sexuels (14)(3).

Depuis 2013, l'accès à la contraception est devenu gratuit pour les patientes de 15 ans à 18 ans (4), ce qui leur a permis de faciliter l'accès aux soins. Mais c'est en janvier 2020 que cette loi est étendue aux patientes de moins de 15 ans, et en janvier 2022 qu'elle s'étend à la prescription de contraception et à l'ensemble des actes qui en dépendent (examens biologiques...). (5)

Qu'il s'agisse des législations ou d'études scientifiques, la contraception des mineures semble s'orienter en priorité et plus aisément vers les patientes de 15 ans à 18 ans. Il est vrai que la contraception des mineures de moins de 15 ans peut

paraître peu courante en médecine générale, mais n'en reste pas moins un enjeu de prévention essentiel. « Chaque année près de 1000 jeunes filles de 12 à 14 ans sont enceintes en France » et « parmi ces grossesses, 770 se concluent par une IVG ».

(6) Un sentiment de culpabilité, et de peur d'être victime de stigmatisation peuvent être un frein à la consultation des mineures. Bien qu'il existe différents moyens d'accès à une contraception, il semble que les jeunes filles s'orientent davantage vers leur médecin traitant, plutôt que vers les planning familiaux. (7)

Toutefois, la prescription d'une contraception n'exempte pas de prévention et d'information concernant la santé sexuelle. Elle ne doit pas devenir un produit banalisé de situation courante, et doit être expliquée dans son intégralité par le prescripteur.

II. Place du médecin généraliste

Selon une thèse concernant la place du médecin généraliste, dans le parcours éducatif de l'adolescent réalisée auprès de lycéens de Corse du sud, 44,6% des jeunes affirment avoir déjà eu un rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (garçons et filles confondus).(8) Parler de contraception, et de sexualité en général est parfois perçu comme tabou par les jeunes, y compris auprès de leur famille. Le médecin de famille peut s'avérer être l'interlocuteur de choix pour se confier, moins impressionnant qu'un gynécologue et parfois plus accessible. Pourtant, certaines craignent parler de sexualité avec leur médecin traitant, de peur qu'il ne divulgue les informations à leurs parents, et le perçoivent plutôt comme un prestataire d'ordonnances.

Selon une étude menée auprès de collégiens en 3^e, de l'agglomération grenobloise, concernant le rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité (9), 12% des adolescents n'osent pas parler sexualité avec leur médecin traitant.

III. Secret médical et éthique

Bien qu'en dessous de 15 ans, les mineures soient toujours sous l'autorité parentale, le respect du secret médical est l'un des principes fondamentaux, et déontologiques de notre profession, il est nécessaire et indispensable à l'instauration d'une relation de confiance entre le médecin et son patient.

De plus, selon l'article L5134 – 1 du code de la santé publique, « Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ».(10) Il n'existe donc pas de frein légal à l'initiation d'une contraception sans l'aval des parents. Pourtant agir sans le consentement des parents peut embarrasser certains professionnels de santé, surtout le médecin généraliste souvent soignant de l'ensemble de la famille.

Selon l'étude évoquée plus haut, un tiers des collégiens craignent que les informations soient transmises aux parents. Les adolescents semblent méconnaître leurs droits, y compris celui de l'article 6 du code de Déontologie médicale (article L710-1, alinéa 1 du code de Santé Publique), du « droit au mineur à des soins confidentiels ». Cette méconnaissance est un frein à l'élaboration d'une relation de confiance entre le médecin et son jeune patient.

Plus concrètement, au sein du cabinet de médecine générale la contraception concerne une part importante de la patientèle féminine. Qu'il s'agisse d'une initiation, d'un renouvellement, ou d'un changement, elle doit être réfléchie et adaptée au mieux au profil des patientes rencontrées.

La complexité de ces situations, concerne à la fois l'aspect biomédical, mais surtout le relationnel sur un sujet qui touche à l'intimité et à la pudeur des patientes.

Le médecin généraliste, pilier des soins primaires, est amené à rencontrer des patientes mineures, qui consultent pour des grossesses suspectées, ou avérées.

Certaines situations sont d'autant plus préoccupantes qu'elles concernent les patientes les plus jeunes (de moins de 15 ans), où l'annonce de grossesse non désirée est souvent vécue comme un traumatisme.

Mais quelle meilleure prévention pour les jeunes adolescentes, qu'une éducation à la santé sexuelle et à ses risques, ainsi qu'une information claire sur les moyens de contraception disponibles ?

Toutefois, les médecins généralistes peuvent émettre une certaine réserve, ou tarder à parler de sexualité chez des patientes qu'ils connaissent et suivent depuis l'enfance. Selon une étude Ipsos : 25% des médecins interrogés abordent le sujet de la sexualité auprès de leurs patients (de 13 à 18 ans). (9)

Une question se posait alors, quel était le vécu des médecins généralistes sur l'initiation d'une contraception chez les patientes mineures de moins de 15 ans ?

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative. Elle s'intéressait à la manière dont l'échantillon de population interrogé a vécu le phénomène, à savoir l'initiation d'une contraception chez les mineures de moins de 15 ans.

II. Population interrogée et recrutement

La population étudiée concernait les médecins généralistes installés dans le secteur du Cambrésis. Ils ont été recrutés par échantillonnage raisonné homogène. Tous exerçaient la médecine générale en cabinet de ville, et avaient une part plus ou moins importante de contraception au sein de leur pratique. Le premier entretien a été conduit en juillet 2022, et le dernier en décembre 2022. Chaque participant a été contacté par appel téléphonique, par mail ou après s'être déplacé au sein de leur cabinet médical.

III. Recueil des données

Dans un premier temps, le recueil de données a été mené à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, principalement par manque d'expérience, et par assurance de maintenir un certain contrôle sur l'entretien.

Cependant, lors d'une analyse inspirée de phénoménologie interprétative, il était recommandé de réaliser des entretiens ouverts. Au fil des entretiens, leur format a donc été modifié, et afin de les rendre plus ouverts pour que les participants aient pu évoquer au mieux leur ressenti sur le sujet.

Le recueil des données a été réalisé de façon présenteielle pour 5 des 7 entretiens réalisés, et par appels téléphoniques pour les autres. Concernant les entretiens présentsiels, ils ont été réalisés au sein des cabinets de chaque participant, après leur avoir laissé le choix du lieu.

Chaque participant a autorisé l'enregistrement, réalisé à l'aide d'un smartphone de type Iphone, et du dictaphone intégré d'un ordinateur portable de type MacBookAir. Chaque entretien a été retranscrit de façon anonymisée dans son intégralité à l'aide de ce même ordinateur portable, et d'un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance de données c'est-à-dire lorsque chaque entretien n'apportait plus de nouvelles propriétés lors du codage.

Un journal de bord a été tenu, et rassemblait les caractéristiques physiques retrouvées lors de chaque entretien, ainsi que les ressentis à la fin de ces derniers. Ces détails physiques retranscrits ont participé au codage lors de l'analyse des données.

IV. Analyse des données

Suite à la retranscription, le codage et la création des étiquettes ont été réalisés dans un premier temps par papier, puis rédigé à l'aide du logiciel Microsoft Word. Les propriétés et concepts ont été élaborés puis consignés de façon manuelle dans un tableau. (cf annexe)

La prise en main d'un logiciel d'analyse quantitative type Nvivo étant utile toutefois fastidieuse. Il n'a donc pas été utilisé pour ce travail.

Le codage de chaque entretien a été réalisé après son enregistrement et avant l'enregistrement de l'entretien suivant.

Une triangulation des données a été réalisée pour la majeure partie des entretiens (5 sur 7) entre le chercheur et différents intervenants, la directrice de thèse, et d'autres chercheurs en cours d'étude qualitative (MG, SD, PD et CM).

Le codage et l'émergence d'étiquettes, de propriétés et de catégories, ont permis la réalisation d'une modélisation des résultats.

Nous avons confronté cette étude aux 32 critères de scientificité de la grille COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research). (Cf annexe)

V. Aspect éthique et règlementaire

Avant de débiter les entretiens, il a été obtenu une déclaration de conformité auprès du DPO (délégué à la protection des données ; anciennement la CNIL). (Cf annexe)

Avant d'interroger chaque participant, il a été recueilli le consentement oral concernant l'enregistrement, ainsi que la retranscription. Aucun refus n'a été constaté.

Les données ont été anonymisées, et les enregistrements vocaux détruits après avoir été retranscrits.

Résultats

I. Description de l'échantillon

Au total, 7 médecins généralistes ont été interrogés pour cette étude. Ils sont tous installés dans le secteur du Cambrésis. L'échantillon est constitué de 4 hommes et de 3 femmes. Tous étaient en activité.

Les entretiens duraient entre 16 minutes 15 et 31 minutes 22, pour une moyenne de 21 minutes 07.

Participants	Sexe	Tranche d'âge	Exercice	Durée de l'entretien
M1	M	50 - 55	Semi-rural	16 min 15
M2	M	50 - 55	Semi-rural	10 min 28
M3	F	25 - 30	Semi-rural	22 min 00
M4	M	30 - 35	Semi-rural	20 min 10
M5	F	30 - 35	Semi- rural	27 min 06
M6	F	40 - 45	Urbain	31 min 22
M7	M	75 - 80	Semi-rural	25 min 21

II. Le médecin généraliste : Le pilier des soins primaires

A. Être compétent

1. Être disponible

L'une des qualités essentielles du médecin généraliste semblait être sa disponibilité.

Être une écoute attentive pour ses patients, et se rendre disponible pour répondre à d'éventuelles questions. En leur proposant notamment de le reconsulter si nécessaire.

M3 : « *j'explique bien, même quand c'est pas le moment que voilà peut-être que d'ici quelques mois, quelques années tu auras des questions, euh n'hésite pas à revenir pour en parler, euh de, enfin voilà de manière ouverte par rapport à la sexualité. »*

M4 : « *qu'elles ont juste à venir me voir si elles sont prêtes »*

M5 : « *Après on propose de revoir les gens et de rediscuter un autre moment »*

2. Être ouvert

Lors des consultations, les patientes se livraient avec confiance et attendaient de leur médecin d'être neutre. Cette ouverture d'esprit semblait nécessaire pour établir une relation de confiance durable, et propice à la communication.

L'âge ne semblait pas être une limite pour certains médecins interrogés.

M1 : « *pour moi ça change pas grand-chose, (respire), par rapport à quelqu'un de plus de 18 ans.* »

M4 : « *quand il faut en parler, pas de soucis, je suis assez ouvert et il y a pas de tabou* »

M5 : « *poser la question, d'ouvrir sans forcément être trop, euh, comment dire, trop fermé* »

3. Être organisé

Exercer la médecine générale nécessitait une certaine rigueur, et notamment une certaine organisation. Alors souvent, les médecins standardisaient et organisaient leur consultation, de sorte à ne rien oublier.

La consultation semblait alors stéréotypée et reproductible, mais aussi adaptée à chaque patiente.

M1 : « *c'est comme le déroulement d'une consultation normale avec euh un interrogatoire, un examen clinique. Surtout le recueil des antécédents, des facteurs de risque particuliers liés à, à la prise d'une contraception orale* »

M3 : « *elles sortent toujours avec la pilule plus une contraception d'urgence, plus la fiche « j'ai oublié ma pilule », plus une ordonnance pour des préservatifs remboursés* »

4. Être franc

Communiquer avec des adolescents n'était pas toujours simple, alors pour s'assurer de la bonne compréhension du discours médical, ce dernier devait être clair et adapté.

Certains médecins interrogés ont décrit être francs avec leurs patientes, et leur parler à l'aide de mots simples.

M3 : *« je pense que je suis quelqu'un aussi qui est cash, donc je commence pas à cacher le truc, si je veux être cash avec les ados, ça passe bien du coup. Je pense que ça sert à rien de, de faire le docteur d'utiliser des mots compliqués »*

M6 : *« je suis très cash, je leur dis qu'ils peuvent tout me dire »*

5. Avoir des compétences et les transmettre

Au fur et à mesure des entretiens, il a été recueilli de nombreuses informations sur les habitudes de travail des médecins, leurs connaissances scientifiques ou acquises par leur expérience professionnelle. Le médecin généraliste était donc qualifié comme un interlocuteur éclairé et instruit.

M3 : *« Alors je sais qu'il y a possibilité de faire une consultation anonyme »*

M5 : *« maintenant il y a une consultation gratuite, pour les patientes mineures qui ont une contraception » « on crée notre expérience sur ce qu'on a vécu auparavant »*

En tant que détenteur du savoir médical, le médecin semblait être la personne de référence pour transmettre les informations au patient.

M2 : « *la contraception c'est que pour ne pas avoir de bébé, mais que ça protège pas des maladies sexuellement transmissibles, des infections sexuellement transmissibles, on pourrait aborder tout tout un ensemble de choses* »

M3 : *(en parlant des préservatifs) « même quitte à ce que je lui prescrive, parce que maintenant c'est remboursé, ça elle le savait pas et du coup je lui ai mis des boîtes »*

6. Connaître les limites de son champ de compétence

Bien que détenteur d'un savoir scientifique, les médecins avaient conscience des limites de leurs connaissances, et trouvaient des solutions aux problèmes confrontés.

Dans le 4^e entretien enregistré, le médecin interrogé expliquait les limites de sa pratique concernant la contraception orale, et sollicitait l'avis des spécialistes gynécologues si nécessaire.

M4 : « *là où je me trouve pas forcément à l'aise c'est quand elles en ont déjà essayé plusieurs (en parlant des pilules), où je vois qu'il y a pas forcément, il y a toujours un pépin, (...) du coup j'envoie au gynéco pour faire le point* »

7. Un genre et un âge propice à la communication

Certaines caractéristiques physiques du médecin semblaient favoriser la communication des adolescentes lorsqu'il convenait de parler de sujets se rapportant à la gynécologie, ou à la sexualité de manière générale. Les médecins semblaient alors plus accessibles, et parler de ces sujets paraissait moins effrayant.

Les jeunes filles avaient donc plus de facilité à parler à un médecin jeune et de sexe féminin. Elles avaient le sentiment d'être mieux comprises.

M3 : « *Le fait que je sois une femme et que je sois encore jeune, je pense que ça limite, enfin c'est pas un obstacle je trouve, facilement elles vont venir m'en parler. Par exemple (...), parfois elles sont suivies par mon confrère, et elles viennent ici (...) pour parler de gynéco, alors que je ne suis pas gynéco, mais du coup pour elles forcément je m'y connais mieux. »*

M6 : « *je pense quand même que c'est plus facile de parler de ça de femme à femme, (...) Je pense que je suis plus facile d'accès qu'un homme »*

Au contraire, le sexe masculin et l'âge plus avancé étaient vus comme des limites à la communication.

M4 : « *je pense, que le fait d'être un homme par rapport à une femme ça me dessert, je pense que, une fille préfère parler à une fille, de ça, (...) par contre je pense que l'âge, (...) c'est plus favorable pour moi. »*

M 7 : « *le fait que je sois un homme et de 76 ans, euh, ça freine certainement pas mal de discussion de ce côté-là »*

B. Être responsable

1. La possibilité de se retrouver au tribunal

Le métier de médecin exposait à certaines responsabilités, et était réglementé par le code de santé publique. Tout manquement aux règles de déontologie, pouvait exposer le médecin à une condamnation devant le tribunal.

M2 : « *Est ce que j'arriverai à me défendre ? Est-ce que je serais en défaut devant un tribunal ?* »

M5 : « *Après tu peux avoir, un retentissement vis à vis des parents, est ce qu'ils peuvent sur le plan légal avoir un recours* »

M7 : « *là je suis très méfiant parce que justement d'un point de vue médico-légal je me suis toujours posé la question, (...) si elle te dit "je te traîne en justice".* »

2. Être responsable de ses prescriptions

Les médecins généralistes engageaient leur responsabilité à chaque prescription.

Leurs ordonnances devaient être réfléchies et adaptées au patient. Notamment concernant les renouvellements de traitement qui pouvaient parfois paraître simples, mais devaient être réévalués à chaque consultation. Ils pesaient la balance bénéfice-risque de chaque traitement selon le patient.

M3 : « ça va être de la réévaluation (...) du renouvellement mais pas simplement juste sortir l'ordonnance vraiment réévaluer, surtout si c'est pas moi qui l'aie initiée »

C. Être limité

1. Le manque d'expérience

L'expérience du médecin était une force, il pouvait se confronter à ses expériences vécues, aux histoires des patients qu'il avait pu rencontrer. Il enrichissait ses connaissances par son propre vécu. A contrario, un médecin nouvellement installé décrivait des doutes sur des situations plutôt inhabituelles, qui s'échappaient des connaissances purement théoriques des livres.

M3 : « je sais qu'il y a possibilité de faire une consultation anonyme euh, mais alors je n'ai jamais su comment le faire en pratique »

M4 : « Les premières pilules j'en ai pas eu tant que ça »

M5 : « je n'ai jamais eu de consultation avec des jeunes filles de moins de 15 ans qui sont venues me voir pour me demander une contraception »

2. Le manque de connaissances

Les connaissances médicales étaient à la fois vastes et évoluaient régulièrement. Le médecin devait se tenir informé des mises à jour, mais pouvait parfois ne pas avoir connaissance de ces dernières.

Le manque de connaissance devenait donc une limite dans la prise en charge des patients.

M1 : (en parlant des recommandations) « *Euh, non j'ai pas, j'ai pas regardé sur la HAS* »

M4 : (en parlant des difficultés) « *Ça serait peut-être plus sur le, sur le euh, les compétences que le relationnel* »

M5 : « *je ne sais plus exactement les recommandés* »

D. S'améliorer

1. Travailler en équipe

Travailler en collégialité permettait d'échanger avec ses pairs sur des situations compliquées ou du moins sortant de l'ordinaire. C'était aussi l'occasion de se confronter, et de confronter sa pratique à celle des autres.

M1 : « *ça c'est une bonne question parce que on, on y avait déjà pensé, autant tu vois en groupe qualité* »

M3 : « *Le fait d'échanger avec d'autres professionnels de santé, d'être complémentaires.* »

M4 : « *j'ai appelé un des mes "collaborateurs?" en disant "tu mettrais quoi par rapport à son acné" »* »

M6 : « *c'est mieux d'être en groupe et de pouvoir s'échanger les trucs* »

2. Poursuivre sa formation

Être conscient de ses limites poussait le médecin à apprendre de nouvelles avancées, afin d'enrichir sa pratique. Qu'il s'agissait de compétences pratiques ou intellectuelles, il pouvait, et même devait se former pour actualiser son savoir.

M3 : « *c'est à nous de se former, de, de se mettre à jour des nouvelles choses* »

M6 : « *De toute façon on est tout le temps en train de chercher les infos* »

3. Se tenir au courant des dernières recommandations

Le médecin exerçait sa pratique selon certaines recommandations officielles, qui évoluaient et changeaient régulièrement. Il devait s'en tenir informé et les suivre. Elles étaient surtout une aide pour le praticien, et le guidaient vers une médecine de plus grande qualité et reconnue.

M1 : « *je regarderai parce qu'il doit y avoir quelque chose dans la HAS* »

M5 : « *ce serait bien qu'on ait, on ait des recommandations, qu'on, que ce soit plus cadré* »

M6 : « *Déjà la cotation CCP, ça a ça a bien changé la donne, après faut y penser* »

III. La patiente mineure de moins de 15 ans

A. Être freiné par l'âge

1. Le manque de recommandations

Le médecin aimait s'appuyer des recommandations pour cadrer sa pratique. Certaines recommandations étaient bien connues et s'appliquaient à diverses catégories de patients. Mais certains cas plus isolés, peu référencés, pouvaient s'avérer complexes pour le médecin. Il allait alors chercher des recommandations sur ce sujet mais ne trouvait pas toujours de solution à son problème. Notamment dans ce cas-ci, l'âge des mineures (moins de 15 ans), et les recommandations concernant la prescription d'une contraception.

M5 : « <i>On n'a pas forcément de recommandations, sur lesquelles se baser</i> »
--

2. L'âge peut freiner la prescription

Prescrire une contraception à une patiente mineure de moins de 15 ans n'était pas toujours évident, le médecin devait s'affranchir de ses aprioris concernant une patiente qu'il connaissait parfois depuis l'enfance.

Outre le relationnel, il n'était pas toujours simple, de savoir quelle contraception choisir chez des patientes parfois à peine pubères.

M3 : « je vais pas me dire "oh elle a moins de 15 ans, euh, on va pas lui mettre une pilule" même si je le pense un peu »

M5 : « après si elle a 12 ans, qu'elle vient d'être réglée, euhhhh, (...), c'est difficile, faut laisser son a priori de côté » « Après je n'ai jamais eu l'occasion, donc c'est vrai que je, je sais pas ce que je mettrais comme contraception, (...) je ne sais jamais, s'il y a une AMM, un âge »

B. Être vulnérable

1. Des patientes plus fragiles

Cet âge jeune était souvent associé à une certaine vulnérabilité. Elles paraissaient plus fragiles auprès des adultes, parfois même encore considérées comme des enfants.

M3 : (en parlant du risque de rapport sexuel lors des colonies de vacances) « ils faisaient pas attention »

M2 : « comment un enfant qui a moins de 15 ans en arrive à se poser une question sur la sexualité »

M5 : « chez les personnes de moins de 15 ans, c'est l'âge qui est plutôt problématique »

2. Qui rend le médecin plus attentif

Cette vulnérabilité exposait la patiente à un surrisque de violences ou de manipulation auquel le médecin était plus attentif. Il pouvait transmettre les règles de respect concernant la sexualité, et le droit à l'intégrité physique.

M2 : « *en aucun cas, quelqu'un peut t'obliger à quoi que ce soit (...) Est-ce qu'on est dans un contexte de violence ? Donc ça j'y serai attentif* »

M3 : « *c'est important le consentement et puis d'aller à leur rythme, de pas se forcer à des choses, enfin le respect mutuel* »

C. Être immature

1. La maturité physique

Les patientes qui consultaient leur médecin pour demander une contraception étaient différentes sur divers points, y compris celui de la maturité.

Plus qu'une question d'âge, la maturité physique s'appuyait principalement sur le stade pubertaire. Mais c'était la maturité psychologique, ou intellectuelle, qui allait principalement conditionner le discours médical.

La connaissance de la sexualité de façon générale, en faciliterait l'abord avec le médecin.

M3 : « ça dépend tellement des jeunes filles, y'en a elles sont déjà pubères »

M4 : « je pense que c'est pas l'âge, mais c'est plutôt leur maturité sur ça. (...) C'était pas le bon moment, c'était pas adapté, trop jeune, enfin pas mature sur le plan sexuel »

M6 : « Je m'adapte aussi à la maturité des patients »

2. En quête d'une identité sexuelle

Lors de leur puberté, les adolescents se questionnaient sur leur premiers ressentis, y compris l'orientation de leur sexualité. Exprimer leurs désirs n'était pas toujours simple, et en parler avec un proche, ou leur médecin, semblait plus délicat encore.

M5 : « on demande si elles ont, un compagnon euh ou une compagne, si elles ont des relations (...) c'est pas forcément un âge où on a facilité à, bah à exprimer son orientation sexuelle »

M6 : (en parlant de l'orientation sexuelle) « ils sont beaucoup plus pudiques (...) je trouve que ça c'est plus dur à aborder, (...), tu sens des fois des prémices »

D. Être négligeant

Les adolescents étaient parfois moins attentifs à leur santé, probablement par méconnaissance des risques. Ce qui les en exposait d'autant plus.

De manière générale, concernant l'hygiène alimentaire ou physique, cette période à risque nécessitait souvent des rappels de la part du médecin.

M3 : « *je leur rappelle les règles d'hygiène quand même, parce que des fois on met facilement la prise de poids sur le dos de la pilule. (...) C'est juste l'âge où ils mangent n'importe quoi* »

E. Être différent

Outre la maturité et l'âge, le contexte social était à prendre en compte également.

Les patientes issues d'un milieu social plus défavorisé étaient davantage exposées aux risques. Les grossesses non désirées semblaient plus fréquentes selon les différents médecins interrogés.

Certains expliquaient mêmes la survenue de grossesses volontaires chez ces adolescentes mineures.

M5 : « *Je pense que le contexte social ça joue beaucoup* »

M6 : « *c'est plus le niveau intellectuel, c'est pas l'âge. C'est plutôt social, intellectuel, que l'âge, (...) y'en a qui, elles te disent vraiment qu'elles voulaient être enceintes de toute façon* »

IV. Les parents

A. La parentalité : la place des parents au sein de la consultation

1. Une aide précieuse

La présence des parents pouvait s'avérer être utile dans un premier temps, pour le recueil des antécédents de la patiente. Les adolescentes ne connaissaient pas toujours l'intégralité des données médicales les concernant.

M3 : « *je trouve que c'est quand même mieux qu'elles soient avec leur mère notamment pour tout ce qui est antécédent euh, et les contre-indications, parce qu'elles savent pas forcément* »

La présence des parents, et plus souvent la mère, participait souvent à instaurer un climat de confiance qui rassurait l'adolescente, mais aussi le médecin.

La confiance allait encourager la jeune patiente souvent timide à se confier, et à communiquer.

M3 : « *j'ai plus d'aisance d'avoir la mère (...) ça me rassure aussi de pas être tout seul avec l'adolescente, euh de manière médico légale* »

M6 : « *y'a des parents ça va être un plus parce qu'on sent que, que le patient est en confiance avec ses parents, (...) le fait que les parents soient à côté, on voit souvent il y a des petits coups d'œil, "je peux répondre ?", "je suis plus à l'aise, y'a mon papa ou ma maman qui est là"* »

2. Un frein pour communiquer

La place des parents était controversée, parfois utile, elle pouvait rapidement prendre une place majeure et trop imposante au sein de la consultation.

Les parents (même s'il s'agit souvent de la mère), s'imposaient comme les interlocuteurs principaux, en éclipsant la parole de leur enfant.

M2 : *« je me rappelle de la maman qui disait que c'était parce que la fille avait des douleurs de règles »*

M3 : *« c'est la mère qui me dit toujours en tout cas celles que j'ai eu, "oh on aurait voulu euh, une pilule »*

M5 : *« c'est le parent qui va prendre le dessus et qui va répondre tout de suite à sa place »*

Outre cette place parfois trop pesante, la présence des parents était aussi responsable d'un embarras pour se confier librement au médecin.

Ce qui créait un réel obstacle pour l'adolescente pour communiquer avec le médecin.

Ce dernier devait alors être attentif au discours de l'adolescente, mais également au langage corporel qui traduisait un malaise entraîné par la présence parentale.

M3 : *« enfin dès que tu dis rapport elles disent non devant la mère, et puis en fait derrière, elles ont des rapports »*

M5 : *« on voit qu'il y a des non-dits, parce qu'on voit qu'il y a un petit regard »*

Bien que certaines mères se manifestaient concernant la contraception, et étaient à l'aise et ouvertes pour parler de sexualité avec leur fille, d'autres semblaient plus pudiques. La transition entre l'enfance vers le monde adulte n'était pas toujours acceptée par les parents.

Certains parents n'étaient pas prêts pour voir leur enfant entrer dans l'adolescence et ne jugeaient pas nécessaire d'aborder les thèmes de sexualité et de contraception à la maison. D'autres même, exprimaient leur mécontentement auprès du médecin si ce dernier venait à en parler.

M6 : « *Y'a les mamans, qui sont pas du tout prêtes à entendre que leur enfant a, a besoin d'une contraception à 14 ou 15 ans. (...) On venait de parler de la contraception à la maman, elle nous avait fait tout un scandale parce qu'on avait osé parler de ça* »

3. Un avis qui compte

De manière générale, le médecin aimait inclure les parents dans la prise en charge, notamment pour obtenir une meilleure adhésion de la part de la patiente.

Un seul des médecins interrogés nous avait décrit être vraiment soucieux de l'avis des parents sur ce sujet.

M4 : « *mais les parents ils sont au courant que, euh, la démarche que vous faites* »
« *moi ça me mettrait mal à l'aise, je me dirais, est ce que les parents ils sont au courant de ta démarche* »

4. Qui n'empêche pas la prescription

Recueillir l'avis des parents était donc important pour certains, mais loin d'être nécessaire pour la prescription. Certains médecins détaillaient que l'absence des parents n'empêchait en aucun cas la prescription d'une contraception chez la patiente mineure.

M1 : « *c'est vrai que moins de 16 ans, j'aime bien que les parents soient au courant, quand c'est pas le cas, ben, (réfléchit), je prescris quand même. »*

M5 : « *s'il y a vraiment un risque, qu'elle tombe enceinte, je vais peut-être lui prescrire, si elle me dit que ses parents sont pas forcément d'accord, en me disant, maintenant on est dans le droit de prescrire »*

M7 : « *je vois pas pourquoi je lui refuserais une méthode de contraception, (...) je ne lui demanderai pas si elle a la permission de papa maman, ou quoi que ce soit. »*

D'autres médecins expliquaient même privilégier un temps seul avec l'adolescente, et faisaient sortir les parents le temps de l'échange.

Faire sortir les parents permettait à la fois au médecin de poser des questions plus intimes, et à la patiente d'y répondre, sans être soumis à la pression parentale.

M2 : « *Ça me permet peut-être de poser des questions que j'aurais pas forcément posé devant ses parents, et que ça va peut-être lui permettre à elle de me donner des réponses, qu'elle n'aurait pas donné devant ses parents »*

M3 : « *je trouve que les temps dédiés toute seule c'est bien aussi, »*

M5 : « *après il y a toujours la possibilité de faire sortir, le parent »*

B. La loi

1. Le secret médical

Le secret médical était un des principes fondamentaux de la profession de médecin généraliste. Les jeunes patients n'en étaient pas toujours informés, et leur rappeler ce devoir leur permettait de se confier d'autant plus envers leur médecin.

M2 : *« la, dans ce moment de euh où on est seuls, là je vais euh expliquer que moi je suis soumis au secret médical »*

M3 : *« je n'informerai pas la maman, ni le papa. Oui c'est son choix, je me dois au secret médical »*

2. Le cadre juridique comme aide

La loi protégeait les médecins qui souhaitaient prescrire une contraception à toute mineure, y compris de moins de 15 ans, ne souhaitant pas en informer ses parents. Certains médecins en étaient bien conscients, et n'éprouvaient pas d'ennui à la suite de ces prescriptions, ou n'en envisageaient pas si l'occasion était venue à se présenter.

M1 : *« Alors je sais qu'aujourd'hui, la loi nous autorise à prescrire »*

M5 : *« je vais peut-être lui prescrire, si elle me dit que ses parents sont pas forcément d'accord, (...), maintenant on est dans le droit de prescrire, (...), c'est un droit que les jeunes filles peuvent avoir de consulter pour avoir une contraception, donc je ne pense pas qu'on ait le droit de refuser »*

M7 : « *je pense que, on peut prescrire sans l'avis des parents, mais mes connaissances s'arrêtent là* »

C'était aussi et surtout grâce à l'émergence de nouvelles mesures, notamment la cotation CCP, qu'il était plus simple pour le médecin d'agir et de prescrire dans les règles imposées par la loi.

M4 : « *tu dois pouvoir faire une feuille de soins, en mettant le CCP* »

M5 : « *maintenant il y a une consultation gratuite, pour les patientes mineures* »

M6 : « *Déjà la cotation CCP, ça a, ça a bien changé la donne, après faut y penser* »

3. Parfois méconnu et met en difficulté le médecin

Le cadre légal n'était pas toujours connu des médecins, et c'était cette méconnaissance qui pouvait être un obstacle à la prescription de contraception chez la patiente mineure. Différents médecins avaient décrit la peur d'être confronté aux parents, ou d'être condamnable pour avoir prescrit sans l'avis du détenteur de l'autorité parentale.

M4 : « *mais niveau légal je me suis demandé ce que j'avais le droit de prescrire à une mineure qui était sous autorité parentale* »

M5 : « *Après tu peux avoir, un retentissement vis à vis des parents, est ce qu'ils peuvent sur le plan légal avoir un recours ?* »

M6 : « *savoir si tu dois avoir le consentement des parents ou pas. C'est ça la grosse difficulté du truc.* »

V. Communiquer sur la contraception, complexe mais essentiel

A. L'abord de la sexualité avec les adolescents

1. Un sujet délicat

Aborder la sexualité avec les adolescents en consultation n'était pas toujours aisé.

Adapter son discours au patient était nécessaire, face à un sujet qui parfois pouvait choquer.

M4 : (en parlant d'une patiente après avoir abordé la question de rapports sexuels) « *elle me regardait avec des yeux écarquillés* »

M5 : « mais oui c'est la toute la complexité, c'est de comment l'aborder »

Peu d'adolescents osaient d'ailleurs consulter leur médecin concernant ce sujet.

De plus, la question de la sexualité n'était pas traitée de façon systématique par tous les médecins avec leurs patientes.

M5 : (en parlant de la sexualité) « *je l'aborde pas de manière systématique* »

M6 : « *Donc souvent, (...), ça met une petite gêne, et puis, ça se passe quand même* »

2. La honte

Les adolescents avaient souvent peur de s'exprimer sur ce sujet qu'ils jugeaient tabou. Ils éprouvaient parfois même un sentiment de honte et de malaise, qui était difficile à déconstruire par le médecin.

M4 : « *est ce que on arrive à casser les tabous totalement ?* »

M6 : « *ça se fait très naturellement, c'est pas tellement moi qui suis gênée, c'est plus eux* »

3. Comment l'aborder en pratique

Il était concevable d'être influencé par l'âge des patientes, c'est-à-dire qu'un médecin aurait plus de difficultés à parler de sexualité avec des patientes d'âge jeune.

D'autant plus que le médecin connaissait sa patiente depuis l'enfance. La durée de relation de soins était donc un critère déterminant de l'abord de la sexualité en consultation.

M2 : « *comment un enfant qui a moins de 15 ans en arrive à se poser une question sur la sexualité* »

M6 : « *t'as plus tendance à les voir comme des enfants quand c'est des patients que tu suis depuis le début* »

D'une part, certains praticiens abordaient la sexualité avec leurs patientes selon leur ressenti lors de la consultation. S'ils estimaient que le patient était attentif et ouvert sur le sujet, alors ils orientaient la consultation dans ce sens.

M5 : « *ça dépendu feeling, du ressenti* »

M6 : « *quand je sens un petit quelques chose* »

D'autre part, les médecins s'intéressaient aussi à l'histoire amoureuse de leurs patientes, y compris les relations passées et la présence actuelle d'un (ou d'une) éventuel(le) partenaire.

Selon les réponses, il était plus ou moins simple d'enchaîner sur le sujet.

M3 : « *J'abordais également si elles avaient un petit copain ou pas* »

M4 : « *Je leur demande si elles ont un copain* »

M5 : « *On demande si elles ont, un compagnon euh ou une compagne, si elles ont des relations* »

Enfin, d'autres médecins profitaient des rappels vaccinaux, tels que le vaccin Gardasil, pour parler de sexualité y compris d'IST.

En effet, parler du Gardasil permettait d'expliquer au patient ce qu'était le papillomavirus, comment il se transmettait. Et aidait donc le médecin à informer sur les risques avant même les premiers rapports sexuels.

M3 : « soit c'était pour les vaccins euh, les rappels vers 11 ans... Du coup j'informais sur le papillomavirus »

M5 : « il y a certaines choses qui me font l'aborder par exemple le vaccin »

M6 : « ça permet de parler de plein de trucs, le Gardasil. Ça te permet de parler de premier rapport sexuel (...) sans parler contraception pure, au départ le Gardasil c'est un bon point d'appel »

4. Évoluer

Pourtant la parole semblait s'être libérée ces dernières années. Aujourd'hui il semblait plus simple d'échanger sur les sujets tels que la sexualité ou la contraception.

Mais l'évolution des pratiques était aussi à souligner avec notamment la création des moyens d'anonymisation des consultations (le numéro NIR anonyme).

M4 : « *tu vois, les numéros, c'est des choses qui évoluent, c'est des choses top* »

M5 : « *on est quand même dans une génération ou on en parle de plus en plus, hein, il y a quelques années, on devait pas forcément en parler, c'était un peu tabou* »

B. La demande d'une contraception et la consultation d'initiation

1. Une consultation chronophage

Initier une contraception nécessitait l'abord de divers points indispensables.

Cependant, le médecin pouvait parfois se sentir limité par le temps d'une consultation classique. Notamment lorsque la demande de contraception était faite en fin d'une consultation pour un autre motif.

M4 : « *quand ils me disent « ah y'a aussi, j'aurais voulu vous parler de ma fille, qui aurait voulu avoir une première pilule » et que la consultation ne portait pas sur ça »*

Y consacrer une consultation dédiée semblait alors être la solution.

M1 : « *(très rapidement) Ah bah il faut que ce soit une consultation qui soit dédiée à ça »*

M3 : « *faut que ce soit une consultation dédiée à ça »*

M4 : « *quand elle est dédiée c'est top, parce qu'on arrive à prendre le temps (...) le temps de mettre les pieds dans le plat »*

M5 : « *il faut vraiment une consultation dédiée qu'à ça (...) 15 minutes, généralement c'est ce qu'on réserve pour une consultation classique, ça me paraît peu »*

2. Souvent appréciée des médecins

La première consultation de contraception était une consultation appréciée des médecins. Elle était l'occasion de faire le point sur les connaissances des patients sur la contraception, et la sexualité en général.

M3 : « *C'est pas une consultation qui va me mettre en difficultés, c'est plutôt une consultation que je vais bien aimer en plus* »

3. Une contraception pour soigner des maux

La contraception n'était pas toujours initiée à but purement contraceptif. Elle pouvait parfois être le traitement de dysménorrhées, de règles hémorragiques, ou encore de l'acné.

M2 : « *la maman qui disait que c'était parce que la fille avait des douleurs de règles* »

M3 : « *si elles ont 13 ans et qu'elles viennent parce qu'elles ont des règles hémorragiques* »

M5 : « *Après il y a des motifs, euh différents, des douleurs de règles, de l'acné...* »

4. Une demande de la patiente

La demande d'une contraception était parfois à l'initiative de la patiente elle-même, mais régulièrement à l'initiative d'un tiers.

Il s'agissait souvent d'un parent, et plus particulièrement des mères pour les patientes plus timides.

Mais il arrivait aussi qu'un autre médecin ou professionnel de santé adressait une patiente, si celle-ci résidait par exemple dans une structure, ou un foyer.

M4 : *[en parlant d'un institut médicoprofessionnel] « il est médecin là-bas et il avait dit, qu'avant de partir en colonie de vacances il fallait une contraception »*

M5 : *« est ce que vraiment c'est sa demande à elle (...) c'est la maman, qui dit bah "il faut une pilule" (...) c'est pas toujours facile, de prescrire une pilule à une patiente qui ne sait pas pourquoi elle doit prendre la pilule »*

5. Une consultation parfois redoutée

Nombreuses étaient les patientes qui appréhendaient cette première consultation.

Elles craignaient, par pudeur, d'aborder les sujets qui touchaient à leur intimité.

Pourtant certains médecins décrivaient bien leur intention de démystifier cette première consultation.

M3 : *« Enfin c'est une consultation comme une autre »*

M6 : *« Faut pas dramatiser le truc »*

C. Le choix de la contraception et sa prescription

1. Être responsable de sa santé

La prise d'une contraception, et souvent une pilule, n'était pas anodine, principalement chez des patientes ne suivant pas de traitement chronique.

Il était nécessaire de les rendre actrice de leur santé. Y compris lorsque la prise d'une contraception pouvait s'avérer contraignante.

M2 : « *est ce que tu sais comment se prend la pilule ? est-ce que tu sais à quel moment on va prendre le premier comprimé ? Est-ce que tu sais ce qu'on va faire si on a un retard de comprimé ?* »

M3 : « *elles doivent rentrer dans la prise en charge quoi, c'est pas leur maman qui vont leur donner la pilule* »

M5 : « *ça reste contraignant de prendre un cachet tous les jours* »

Leur laisser le choix du moyen de contraception était une façon de les inclure dans la prise en charge.

M3 : « *je demande toujours à la patiente si elle a envie de s'orienter vers un type de contraception* »

M5 : « *il y a un site qui est bien fait c'est « choisir ma contraception » (...) j'ai eu des retours de jeunes filles qui ont regardé, et qui m'ont dit, "j'ai vu qu'il y avait des implants, pourquoi pas ?", ou "oui j'ai vu qu'il y avait différents types de pilule" »*

Le médecin se devait d'encourager sa patiente à être la plus observante possible, en lui expliquant la bonne prise de sa contraception, et en étant prêt à répondre à ses éventuelles questions.

M3 : « *je leur dis bien de mettre un réveil pour la prendre à heure régulière* »

M4 : « *je lui explique du coup qu'une pilule faut qu'elle soit assez consciencieuse, c'est à prendre tous les jours à heure fixe* »

2. Les risques d'une contraception inadaptée

Le choix de la contraception était réfléchi, et la prescription faite après un interrogatoire et un examen clinique minutieux.

Il était important de rechercher les éventuelles contre-indications ou précautions à prendre selon la contraception choisie.

M1 : « *il y a quand même pas mal de choses à vérifier, examen clinique, interrogatoire, les antécédents* »

M5 : « *après il y a l'examen clinique, il faut examiner la patiente, prendre la tension* »

Suivant les différentes informations apportées par l'entretien et l'examen, le médecin était amené à évaluer la balance bénéfice risque. Notamment concernant le contexte, et la nécessité de prescrire une contraception.

M2 : « *je sais que c'est un mineur qui a des rapports sexuels qui risque de tomber enceinte avec tout ce qu'il peut y avoir derrière* »

M4 : « *Si je vois qu'elle a 14 ans et qu'elle est à risque, qu'elle fait n'importe quoi,* »

M5 : « *s'il y a vraiment un risque, qu'elle tombe enceinte, je vais peut-être lui prescrire* »

3. Le suivi de la patiente

Le rôle du médecin ne s'arrêtait pas à la prescription, il devait être vigilant à la bonne tolérance du traitement. Il assurait donc le suivi de ses jeunes patientes.

M4 : « *je leur fait une bio de contrôle, je leur mets pour 3 mois, et qu'à 3 mois on voit* »

M5 : « *moi j'aime bien les revoir à 1 mois* »

VI. L'éducation à la santé sexuelle

A. Méconnaître

Il était reconnu que la méconnaissance exposait au risque. C'est pourquoi les adolescents y étaient particulièrement exposés.

1. Les grossesses non désirées

Nombreuses adolescentes ne se sentaient pas concernées, et ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte dès le premier rapport sexuel.

Il était important en tant que médecin de les en informer.

M2 : « *c'est un mineur qui a des rapports sexuels qui risque de tomber enceinte avec tout ce qu'il peut y avoir derrière* »

M5 : « *les soucis que ça engendre, les grossesse qui sont pas forcément voulues, même sur le plan moral psychologique* »

M6 : « *j'ai eu, des, des dénis de grossesse, c'est l'accouchement où tu te rends compte que t'es enceinte et tout* »

2. Une responsabilité partagée avec le partenaire

Principalement concernées, les informations sur la sexualité et la contraception étaient généralement transmises aux jeunes filles. Pourtant, les jeunes garçons, eux aussi avaient leurs responsabilités, et étaient malheureusement souvent négligés lors du discours médical.

M5 : « Je ne sais pas si tu parles des jeunes garçons aussi, ils sont aussi concernés, alors il faut aussi que les jeunes garçons, soient conscients des risques de grossesse »

M7 : « ça m'est arrivé aussi de discuter avec des garçons, (...) c'est eux qui m'avaient posé des questions. Ça prouve qu'ils se sentent un peu responsables de quelque chose. (...) Faut pas les oublier, ça se fait à deux un bébé normalement. »

3. L'IVG un choc émotionnel

Au-delà du risque de grossesse indésirée, l'éducation sexuelle avait pour but également de prévenir les interruptions involontaires de grossesse. Par technique médicamenteuse ou chirurgicale, les IVG étaient vécues comme des traumatismes psychologiques. Elles étaient une des raisons de la prescription de contraception chez les mineures par les médecins.

M5 : « je préférerais faire sortir une jeune fille qui a des relations, avec une contraception de, de ma consultation (...) qu'elle fasse une IVG quelques mois après, qu'elle le vive mal, qu'il y ait un retentissement psychologique »

M7 : « ça m'est arrivé une ou deux fois des grossesses chez des filles de 15 ans chez qui on a fait une IVG, (...) c'est un problème qui est difficile, qui est plus difficile à gérer vis à vis de la fille. »

4. Les IST

Les adolescents semblaient avoir en partie intégré le risque de grossesse lors des rapports, pourtant ils étaient souvent peu conscients du risque des infections sexuellement transmissibles, et de la nécessité d'utiliser des préservatifs.

Aborder la contraception, ou la sexualité de manière globale en consultation s'accompagnait de messages de prévention et d'informations sur ce sujet.

M3 : « c'est pas parce que je leur prescris la pilule que derrière il faut pas qu'elles se protègent et tout. »

M4 : « je fais le point sur la prévention, les IST (...) J'essaye de savoir ce qu'elle sait de la pilule, (...), ça protège du risque de grossesse mais pas forcément du risque d'IST »

M7 : « je leur sortirai le discours des notions des, des MST, donc en sachant qu'il faut une contraception mécanique, et une contraception hormonale n'est pas suffisante dans ce cas-là »

5. Risque de violences

L'âge jeune des patientes les exposait à une méconnaissance, notamment concernant le risque de violences, physiques ou morales. Elles étaient plus fragiles, en construction de leur identité, elles avaient parfois plus de difficultés à dire non, et à repousser un camarade. Et n'en avaient pas toujours conscience.

M2 : « *Est-ce qu'on est dans un contexte de violence ? Donc ça j'y serai attentif (...) « en aucun cas, quelqu'un peut t'obliger à quoi que ce soit » »*

B. Le respect : Éducation à la santé sexuelle positive

Il était important de prévenir les adolescents des risques liés à la sexualité, mais il l'était encore plus de leur transmettre les principes de santé sexuelle positive.

1. Intégrité physique

Dans un premier temps, le discours s'orientait vers leur droit à l'intégrité physique, et à disposer de leur corps. De cette façon, elles prenaient conscience de leur liberté et participaient à leur propre épanouissement.

M2 : « *Tu es libre de faire ce que tu veux avec qui tu veux, comme tu veux, c'est ton choix, en aucun cas, quelqu'un peut t'obliger à quoi que ce soit »*

2. Respect mutuel

Une seconde notion fondamentale appartenant au principe de santé sexuelle positive, était le consentement et le respect mutuel entre les partenaires. La sexualité devait se vivre de façon saine, avec ou sans sentiments, mais avec respect.

M3 : « *C'est important le consentement et puis d'aller à leur rythme, de pas se forcer à des choses, enfin le respect mutuel* »

C. La confiance

Pour discuter, et échanger des informations sur des sujets délicats tels que les rapports sexuels, ou la contraception, la jeune adolescente devait se sentir en confiance et écoutée par les intervenants.

1. Relation médecin patiente

D'une part, la qualité de relation entretenue entre un médecin et sa patiente, était primordiale pour renforcer la confiance et l'adhésion aux soins. Elle dépendait de l'attention et de l'empathie du médecin envers sa patiente.

M2 : « *on est dans une démarche où les patients ont pris rendez-vous, donc ils savent, ou ils viennent et de quoi ils vont parler, donc ils sont à l'aise dans ce climat-là* »

M6 : « *ce qui est bien c'est quand c'est les enfants que tu suis depuis le début, parce que la confiance elle est là (...) savoir qu'ils peuvent tout te dire, moi je leur dis toujours, "vous pouvez tout me dire"* »

Grâce à cette relation de confiance, les jeunes patientes se confiaient avec sécurité à leur médecin sur des sujets intimes. Elles le considéraient comme personne ressource, pouvant les conseiller et les accompagner dans l'acheminement de leur sexualité. Elles étaient plus attentives aux informations concernant la prévention de la sexualité, et l'éducation sexuelle dans sa globalité.

M4 : « si elle me rapporte qu'elle a des rapports, et qu'elle ne s'est pas forcément, protégée, euh, bah là on en parle »

2. Relation parent enfant

D'autre part, la relation parent enfant était déterminante pour l'éducation sexuelle transmise. Les enfants dont les parents se montraient ouverts et à l'écoute auraient plus de facilités à se confier.

De plus, si les sujets tels que la sexualité, ou la contraception étaient déjà abordés au domicile, alors en discuter avec le médecin traitant était d'autant plus simple.

Les enfants pouvaient même être rassuré par la présence de leurs parents lors de la consultation.

M3 : « Ici elles sont quand même hyper, enfin hyper en confiance avec leur maman et du coup je parle ouvertement (...) Soit à la maison on en parle beaucoup, donc y'a pas de frein »

M5 : « y'a des parents ça va être un plus parce qu'on sent que, que le patient est en confiance avec ses parents » [en parlant de faire sortir les parents de la consultation] « je l'ai déjà proposé aussi à des patients et ils ont refusé, et j'ai pas forcément forcé »

M7 : « on discute, et, je pose la question quelques fois, "est ce que tu veux qu'on en parle qu'à deux?" j'ai jamais eu de réponse négative, où alors elle vient tout seule, et on en parle toute seule »

Il était compréhensible que les parents souhaitaient être inclus dans la prise en charge de leur enfant. Ils étaient d'ailleurs souvent rassurés que le médecin puisse évoquer des sujets tels que les rapports sexuels. Surtout lorsqu'il s'agissait d'un discours qui n'était pas toujours simple à aborder au domicile.

M3 : « d'ailleurs ça rassure la maman de parler sexualité du coup »

M4 : « les parents aiment bien avoir un regard de ce qu'il se passe en consultation »

D. Être guidé

Dans la quête d'une éducation sexuelle idéale, il était nécessaire d'avoir recours à diverses sources d'information.

1. Les intervenants dans les collèges

Intervenir auprès des adolescents les plus jeunes, au collège, semblait être une solution pour perfectionner leur éducation sexuelle.

Malgré le fait qu'elle fut déjà mise en place, l'attention consacrée par les jeunes n'y était pas toujours suffisante, et n'était pas toujours prise au sérieux.

M3 : « *moi je pense que le travail à faire sur la contraception il est à faire au collège.*

Clairement c'est sur des interventions de professionnels de santé »

M5 : « *Après moi je me souviens, au collège, au lycée, on avait des gens qui venaient, qui nous parlaient de sexualité (...) on écoutait, mais ça rentrait, ça sortait de l'autre côté »*

2. Rôle des médias et réseaux sociaux

Pour illustrer leur propos, certains médecins s'aidaient de supports numériques, tels que des sites internet. Ils communiquaient ces sites aux patientes pour les aider dans le choix de leur contraception, ou tout autre question se référant à la sexualité. D'autres s'inspiraient de groupes d'échange sur les réseaux sociaux.

M3 : « C'est bien d'avoir des supports écrits, enfin visuels euh, bah par exemple le « j'ai oublié ma pilule.com » »

M5 : « il y a un site qui est bien fait c'est « choisir ma contraception » »

M6 : « j'aime bien le divan des médecins »

Les médias généraient une autre influence positive dans l'acquisition d'une éducation sexuelle, celle de relayer des informations auprès d'une grande population de jeunes.

M5 : « *peut-être, avoir les messages ailleurs, sur les réseaux sociaux, c'est peut-être déjà fait* »

L'utilisation du téléphone portable était également un moyen d'aider l'adolescente dans la prise de sa contraception, avec notamment des rappels quotidiens à l'aide d'applications.

M6 : « *après elles savent 10 fois mieux que nous avec leur téléphone et tout ça, prendre leur pilule et gérer leur truc* »

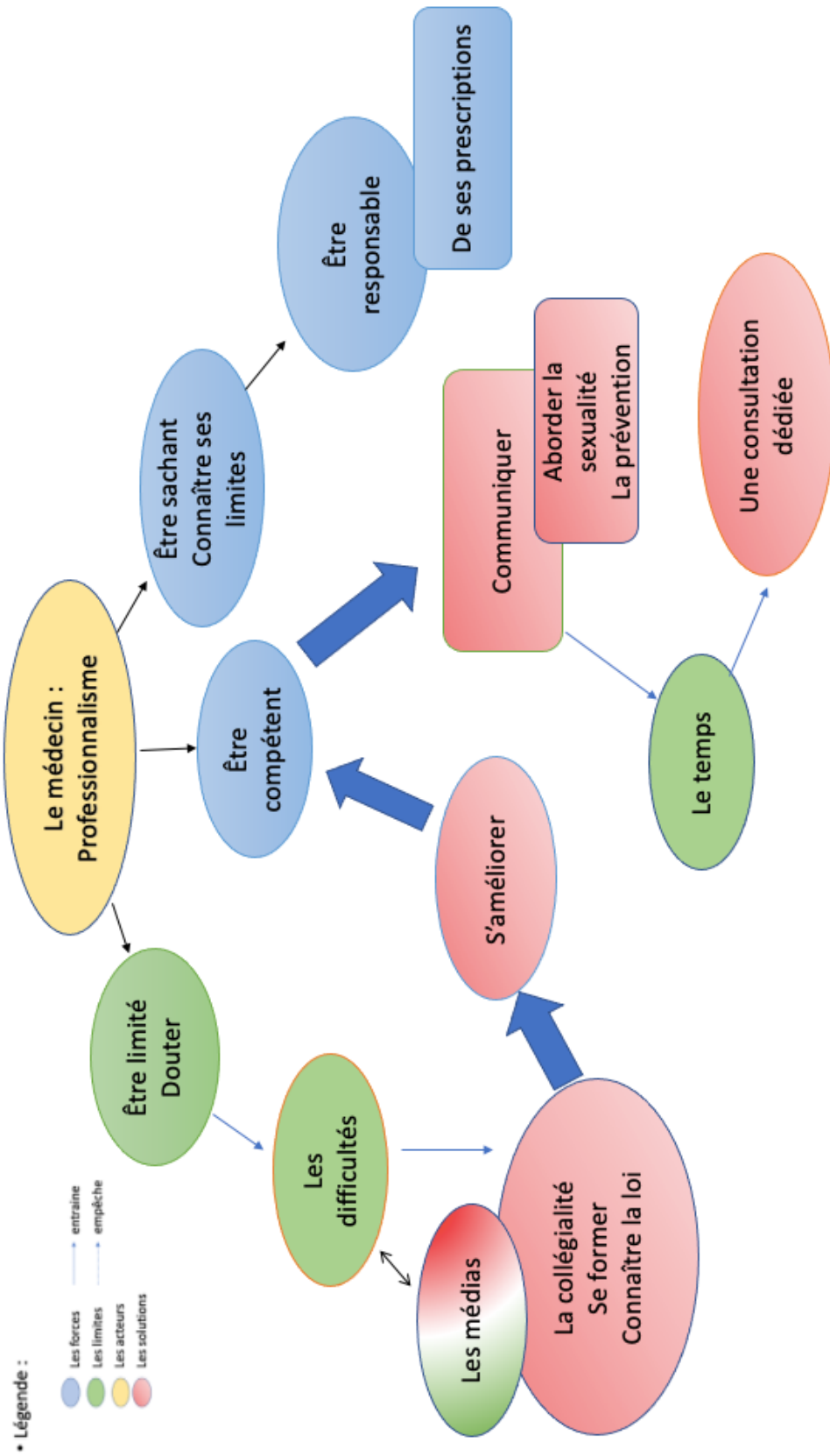
Bien qu'efficaces, les médias et autres réseaux sociaux avaient pourtant le désavantage de détourner l'attention des adolescents lors des consultations.

Ce qui pouvait les priver d'informations essentielles à la construction de leur identité sexuelle, et nuire à la relation de confiance qui les liait à leur médecin généraliste.

M5 : « combien on en voit qui sont sur leur téléphone pendant la consultation ? »

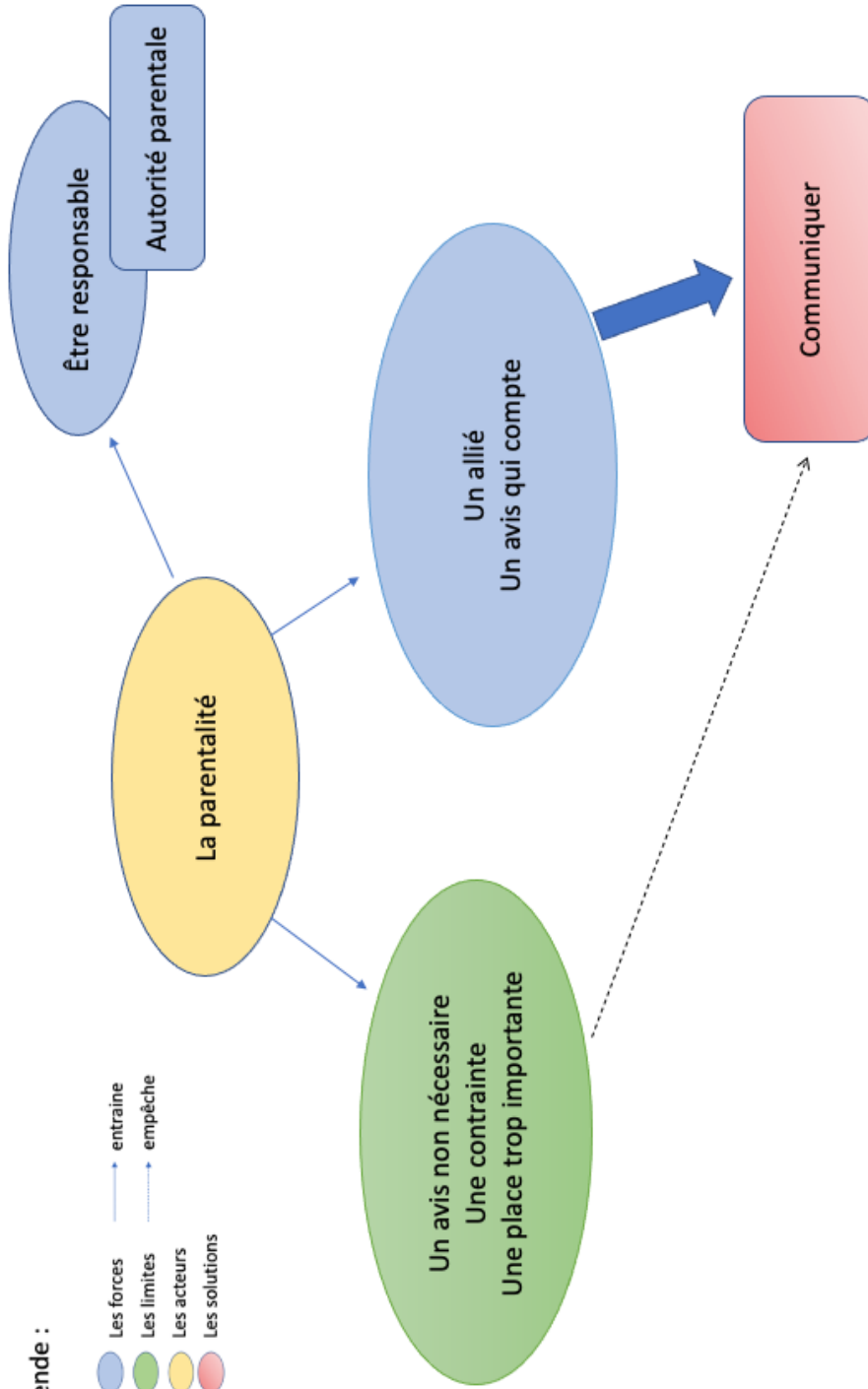
M6 : « De toute façon y'a toujours du bon et du mauvais »

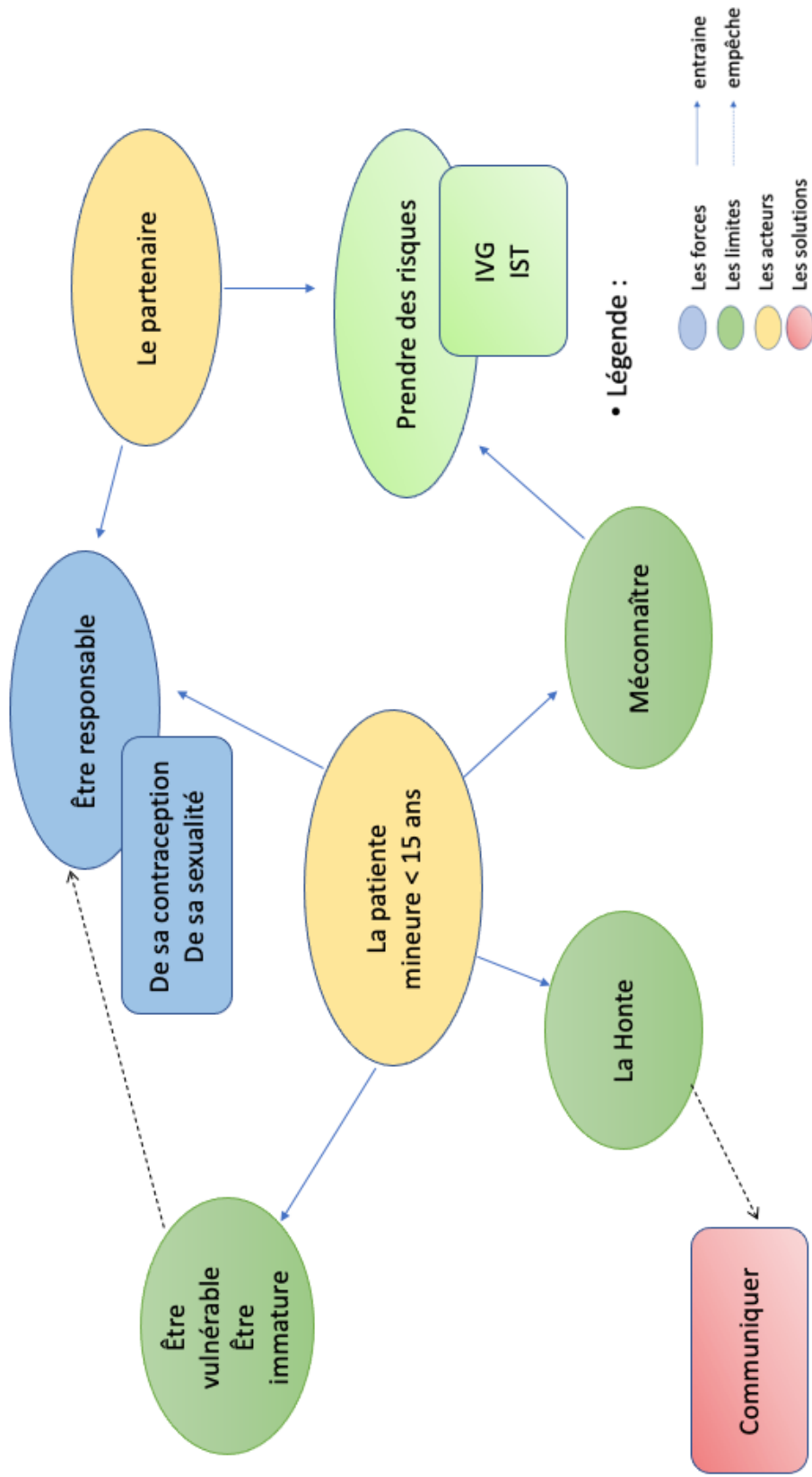
Modélisation

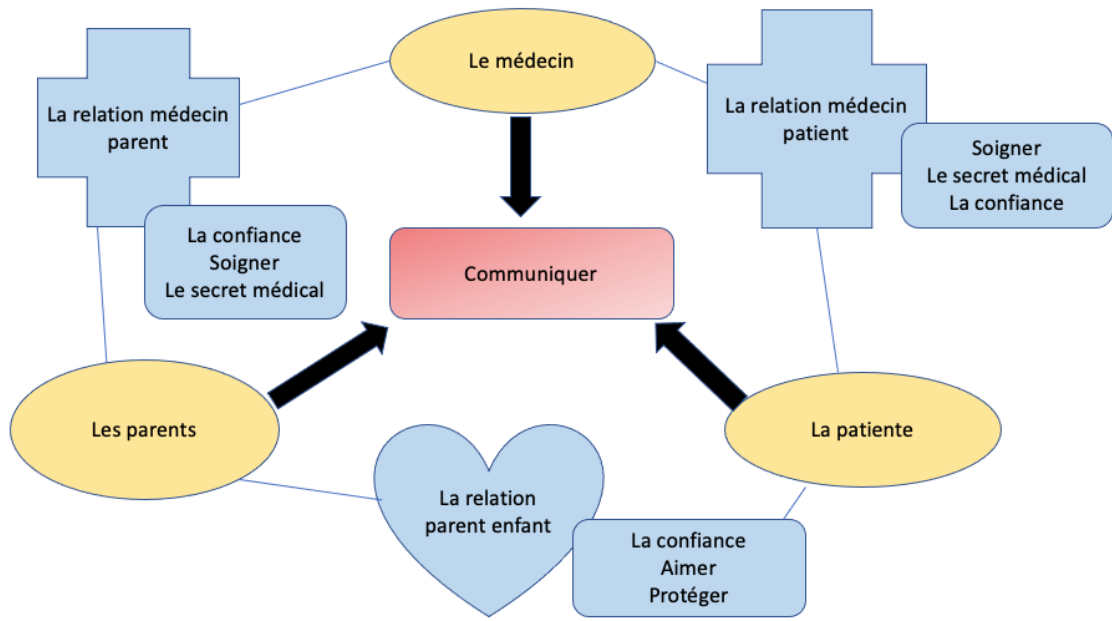


• Légende :

- Les forces
 - Les limites
 - Les acteurs
 - Les solutions
- entraîne
- empêche







Discussion

I. Forces et limites de l'étude

A. Les forces

L'une des forces majeures de cette étude, était qu'il s'agissait de la première étude consacrée au ressenti des médecins généralistes concernant la contraception des mineures de moins de 15 ans. La plupart des autres études retrouvées s'intéressaient aux mineures (de moins de 18 ans), sans se focaliser sur les mineures de moins de 15 ans. Or, cette tranche d'âge était particulièrement ciblée dans cette étude.

L'échantillon même si diversifié, restait un échantillon homogène et était constitué de 7 médecins généralistes, et nous avait permis d'arriver à la suffisance de données, essentielle pour la validité de notre étude.

Concernant les entretiens, la plupart (5 sur 7) ont été enregistrés à l'aide de deux enregistreurs, afin d'éviter tout incident et suppression des données audios.

L'analyse des données, quant à elle, a été réalisée de façon itérative, c'est-à-dire que chaque entretien a été codé après son enregistrement, et avant l'enregistrement du suivant.

Les données ont ensuite été triangulées pour la plupart des entretiens, entre le chercheur, la directrice de thèse et d'autres chercheurs formés à la recherche qualitative.

Pour finir, 29 des 32 critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) ont été respectés.

B. Les limites

Dans un premier temps, la limite dominante de cette étude était le manque d'expérience du chercheur. Il s'agissait en effet de sa première étude, malgré une formation universitaire dispensée.

Une conséquence directe du manque d'expérience était la nécessité de garder le contrôle durant les entretiens. C'est-à-dire que les premiers entretiens ont été menés de façon semi-dirigée à l'aide de guides d'entretien. Or lors d'une analyse inspirée de la phénoménologie interprétative, il est recommandé d'user d'entretiens ouverts.

Une autre limite majeure de cette thèse était la durée des entretiens, avec une moyenne de 26 minutes, certains thèmes n'étaient peut-être pas été assez approfondis, et auraient pu être mieux développés. De plus, même s'ils ont abouti à une suffisance de données, seulement 7 entretiens ont été recueillis.

Deux médecins généralistes contactés n'ont pas été inclus dans cette étude, le premier n'a pas donné suite au mail envoyé, tandis que le deuxième n'avait pas de temps suffisant à consacrer à la réalisation d'un entretien. Les derniers recueils ont été réalisés en décembre 2022, période d'épidémie annuelle de grippe.

Deux des sept entretiens ont été réalisés par téléphone. Ce moyen d'échange était une limite dans la mesure où il limitait l'accès au langage corporel, et donc au ressenti des participants.

Concernant l'échantillon, globalement homogène sur l'exercice de la médecine générale. Il était cependant principalement composé de médecins exerçant en zone semi-rurale, et aucun des médecins interrogés n'exerçait en zone rurale.

Pour finir, lors de la plupart des demandes d'entretien, le sujet « la contraception des mineures » était communiqué aux participants. Ils ont donc pu se renseigner auparavant, ce qui a pu engendrer un biais de conformité.

II. La relation triangulaire entre le médecin, l'enfant et les parents

A. La relation médecin patient

La relation de soins s'établissait assurément entre ces 3 acteurs qu'étaient le médecin, l'enfant et ses parents. S'en déduisait une relation triangulaire, essentiellement constituée d'une relation médecin-patient. Cette relation entre le médecin et son jeune patient se basait sur une confiance réciproque, évoluant souvent depuis la petite enfance. Le médecin était l'un des rares professionnels de santé à suivre et prendre en charge de façon globale ces jeunes patients, souvent peu demandeurs de soins.

D'après plusieurs articles de la littérature, les adolescents se confiaient peu vers leur médecin, principalement par crainte du non-respect du secret médical. Ce qui pouvait freiner leur volonté de consulter.(11) Ils ressentaient le besoin d'être rassurés sur la confidentialité qui leur est due. Ils occupaient une place prépondérante au sein de la consultation, et la recherche de leur consentement devait être une priorité. Les principales qualités recherchées par les adolescents pour leur médecin généraliste étaient la garantie du secret médical et l'absence de jugement.(12)

Il devait trouver une juste place dans la relation de soins, ne pas être trop paternaliste, ni moralisateur, sans être familier. Il devait garder la bonne distance pour favoriser l'adhésion aux soins et à la confiance. (13)

Certaines caractéristiques physiques, ou comportementales venaient renforcer cette relation de confiance. Le genre féminin semblait associé à une meilleure mise en confiance, une communication plus libérée et moins embarrassante concernant des sujets tels que la sexualité. De plus, elles étaient plus attentives des enjeux de santé sexuelle et reproductive de leurs patientes, en comparaison de leurs homologues masculins. Et souhaitaient d'avantage se former sur ces problématiques. (14)

De manière générale, les adolescents paraissaient plus à l'aise pour parler de sexe avec des professionnels du même genre qu'eux. (15)

B. La place du parent

1. La place du parent dans la relation de confiance

Le parent occupait une place influente et primordiale au sein de la vie de son enfant, notamment concernant son comportement et les valeurs transmises.(16)

Comme décrit dans plusieurs entretiens, l'enfant en consultation était souvent en confiance avec le parent qui l'accompagnait.

Selon une méta-analyse datant de 2015, étudiant le lien entre la communication intra-familiale et le comportement sexuel des adolescents, il a été retrouvé une association positive entre une bonne communication et l'utilisation de contraceptifs et de préservatifs.(17) D'autres études reconnaissent cette influence exercée par la famille, vers un comportement sexuel plus sûr.

2. La place du parent en consultation

Plus de deux fois sur trois, l'adolescent était accompagné d'un de ses parents lors de la consultation, et le rendez-vous médical était dans deux tiers des cas pris par le parent.(12) Lorsqu'il s'agissait des jeunes filles, la mère était souvent l'accompagnatrice principale.

La présence du parent avait un intérêt partagé pour le médecin. D'une part, elle apportait des informations essentielles pour une prise en charge optimale de l'adolescent. Elle facilitait également la communication avec l'adolescent, ce dernier s'épanouissant dans un climat de confiance.

D'autre part, le parent prenait parfois une place trop importante au sein de la consultation et pouvait gêner l'échange entre le médecin et son patient.

Il s'agirait donc de donner au patient la place d'interlocuteur principal, sans délaisser le parent d'une écoute attentive.(18)

De plus, « l'adolescent vit une alternance rapide entre indépendance insolente et dépendance régressive » (13), c'est-à-dire que, bien que l'enfant réclamait souvent inconsciemment la présence d'un parent, il nécessitait parfois d'être considéré à part entière, et d'être détaché physiquement de son accompagnant.

C'est pourquoi il était souvent cité par les médecins, la possibilité de faire sortir le parent de la consultation. En effet, rencontrer le patient seul pouvait lui apporter plus de confort, d'autonomie et de sécurité.

C. La parentalité et le secret médical

Un point important et relevé par de nombreux médecins, était la notion d'autorité parentale et du secret médical. Une ambivalence avait été constatée entre le souhait de soigner en interaction avec les parents, et l'absolue nécessité de préserver le secret médical. L'opinion des parents comptait et rassurait le médecin. Ce dernier estimait agir en accord avec les titulaires de l'autorité parentale.

Dans le cas inverse, même s'il était plus rare, le médecin pouvait se sentir embarrassé, étant lui-même, souvent, le référent médical des parents également. Pourtant selon la littérature, il n'était pas nécessaire de recueillir l'avis des parents pour la prescription de contraceptifs. Selon l'article L1111-5 du CSP Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7 « le médecin (...) peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale (...). Toutefois, le médecin (...) doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. (...) Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix » (10)

Les adolescents n'étaient eux, pas toujours conscients du secret médical qui leur était dû. Cette méconnaissance pouvait parfois freiner l'accès aux soins contraceptifs, et à l'éducation sexuelle dispensés par le médecin traitant.(19)

Il était possible de comparer cette analyse à une étude narrative rassemblant différentes études, réalisées auprès de professionnels de santé, de parents et d'adolescents concernant les soins confidentiels des adolescents aux USA. Cette étude, rapportait une faible connaissance des lois concernant la confidentialité de la

part des 3 acteurs. De plus, concernant les médecins généralistes, plus de trois quarts déclaraient avoir besoin d'une formation complémentaire au sujet des lois de confidentialité. (20) Le secret médical était donc un point fort de la relation médecin patient, qui garantissait le climat de confiance entre ces deux acteurs.

III. La sexualité en médecine générale

A. L'abord de la sexualité

Le médecin généraliste en tant que premier référent aux soins, disposait d'une capacité d'écoute, mais surtout d'interlocuteur privilégié pour aborder des sujets complexes tels que la sexualité.

Plusieurs thèmes permettaient d'aborder la sexualité en consultation avec les adolescents. Notamment le vaccin Gardasil, mais également les dysménorrhées, ou même la vie amoureuse de l'adolescent.

Ce sujet touchait à l'intimité des patients, et pouvait leur faire éprouver un embarras, ainsi que la crainte d'être jugé par le professionnel de santé, qui souvent les impressionnait. (21)

Bien que les adolescents étaient souvent demandeurs d'informations, ils n'étaient que 55% à penser que leur médecin traitant puisse les aider concernant des problèmes d'ordre sexuel. (13)

Pourtant selon une étude américaine, une très grande majorité (89%) des adolescents déclaraient apprécier l'avis de leur médecin traitant concernant la sexualité.(22)

B. Une consultation pour une contraception

La première consultation consacrée à la discussion concernant la contraception prenait un temps considérable. Elle facilitait la délivrance d'informations sur la santé sexuelle des adolescentes. (18)

Selon la Haute autorité de santé (HAS), il était essentiel de consacrer une consultation dédiée lors d'une demande de première contraception.(23)

Cette consultation nécessitait la prise en charge globale de la patiente, et pouvait même être standardisée et reproductible. D'ailleurs l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé), décrivait la méthode **BERCER**.(24) Elle reprenait les différentes étapes d'une première consultation de contraception. En commençant par **Bienvenue**, pour accueillir la patiente, et établir une relation de confiance. **Entretien**, pour recueillir les informations de la patiente et mener l'entretien et l'examen clinique. **Renseignements**, pour la délivrance des informations par le médecin. **Choix**, pour la décision finale qui revenait à la patiente, c'est elle qui choisissait sa contraception. **Explications** de la méthode choisie et des techniques de rattrapages possibles si oublié. Et enfin **Retour**, pour le suivi et les consultations de réévaluation de tolérance de la contraception.

IV. L'incertitude en médecine générale

L'un des points clés de cette étude, retrouvé au fil des entretiens, était la question du doute et de l'incertitude sur la prise en charge globale des patientes.

D'une part expliquée par la non-connaissance des règles juridiques, mais également par l'évocation d'un manque d'expérience, concernant notamment la situation de contraception chez la mineure.

L'incertitude en médecine générale semblait inévitable, le médecin généraliste était confronté dans sa pratique à une multitude de consultations et de pathologies différentes. Il acquérait lors de sa formation, le champ de compétence le plus étendu. Comme le qualifiait la sociologue américaine, Renée Claire Fox « la maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible ». (25)

Une revue Suisse définissait deux axes concernant l'incertitude en médecine générale. Le premier, dit horizontal, correspondait à l'incertitude introduite par la plainte du patient au sein du cabinet médical. Le second, dit vertical, était plutôt lié aux questions de la connaissance scientifique et biomédicale. (26)

V. S'améliorer pour mieux soigner

A. Se former

Le manque de connaissance associé au manque d'expérience, paraissait placer le médecin dans une situation inconfortable dans laquelle il ne trouvait pas de solution à apporter à son patient. Pour y remédier, il lui était fortement conseillé de se mettre à jour et se former de façon régulière.

Depuis les lois Juppé de 1996, il était imposé aux médecins une formation médicale continue. (27)

Les médecins généralistes étaient en général conscients des limites de leurs compétences. Selon une étude qualitative réalisée en Bretagne auprès de médecins généralistes concernant leurs connaissances en matière de gynécologie médicale, 43% déclaraient ne pas se sentir compétents. (28) Ces résultats poussaient à croire la nécessité de poursuivre une formation ou d'enrichir leurs connaissances sur ce sujet vaste qu'était la gynécologie.

Un autre moyen de se former était de travailler de façon collégiale, en équipe, afin de se confronter aux autres praticiens. De manière générale, les médecins qui travaillaient en groupe étaient plus informés et appliquaient les recommandations contraceptives. (14)

B. Utilisation de supports numériques et impact des médias

L'utilisation de supports numériques, pouvait être une aide pour la délivrance d'informations et du savoir médical envers les patientes. Divers sites étaient utilisés comme guides au choix d'une contraception (29), ainsi que des applications mobiles utilisant des rappels pour la prise de la pilule.

Les adolescents notaient une faculté à manipuler les médias, dont les réseaux sociaux, leur implication dans l'information sur la contraception et la sexualité de manière générale pouvait être un soutien non négligeable. (30)

Selon une étude canadienne, les médias étaient décrits comme le second moyen d'information privilégié des adolescents concernant de la sexualité. (31)

L'usage d'internet pouvait s'avérer être un outil précieux, mais présentait également de nombreux risques face à un accès infini d'informations en tout genre. Il y circulait des comportements sexuels parfois banalisés et dénués de risques, en y abordant que rarement les questions d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses indésirées.

Enfin, les réseaux sociaux sont l'espace d'une communication permanente pour les adolescents. Selon une méta-analyse étudiant la communication entre les partenaires sexuels, il a été mis en évidence qu'une bonne communication était liée à une meilleure utilisation des préservatifs.(32) Or, les réseaux sociaux sont une stratégie de choix, utilisés par les jeunes pour communiquer.

L'utilisation des médias par les praticiens et pour les adolescents en matière d'aide à l'éducation sexuelle, n'est donc plus à prouver. Toutefois, la vigilance reste de mise devant une utilisation parfois déraisonnable et risquée.

C. Intervenir dans les lycées

Comme décrit dans les résultats, les adolescents conscients des risques, et en demande de contraception auprès de leur médecin étaient des adolescents informés.

Les adolescents n'étaient pas tous égaux devant l'accès à l'éducation sexuelle au domicile, certains parents peinaient parfois à engager le dialogue. Pourtant, la meilleure prévention d'une sexualité plus sûre et responsable restait l'information.

L'accès à l'information sexuelle est devenu une priorité, et une obligation en France.

Selon l'article 22 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, « Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène » (33)

Une étude a été réalisée auprès d'étudiants en classe de 3^e dans le Marne et Loire.

(34) Elle évaluait l'avis des collégiens concernant les cours d'éducation sexuelle. 88% des adolescents jugeaient important la dispensation de ces informations. Tandis que près de la moitié des jeunes filles déclaraient avoir besoin de ces informations.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence l'ambivalence d'une problématique complexe : la contraception des mineures de moins de 15 ans. D'une part, la prise en charge globale de jeunes patientes, encore sous l'autorité de leurs parents, et pourtant faisant preuve d'une maturité parfois déconcertante. D'autre part, une thématique souvent appréciée des médecins généralistes, la contraception et la sexualité. L'adolescence est une période déterminante où se mêlent changements corporels et psychologiques, et expose l'individu à une plus grande fragilité. Il semblerait donc nécessaire pour le médecin, d'adopter une attitude « idéale ». Parler simplement, être disponible et empathique tout en conservant sa position de soignant.

Ainsi se fonde une relation de confiance, essentielle à une communication mutuelle et à la transmission du savoir scientifique par le soignant. Il s'agit d'une problématique d'actualité, les mentalités ne cessent d'évoluer, de même que les lois et les recommandations à ce sujet.

Le point essentiel à souligner serait un échange dénué de jugement de la part du médecin. Il semble acquis de sensibiliser les adolescents sur les risques liés à l'entrée dans la vie sexuelle. Pourtant nous pourrions, plutôt que diaboliser la sexualité, transmettre les valeurs de santé sexuelle positive, et de bien-être physique et émotionnel. Peut-être qu'ainsi, ces sujets seraient démystifiés et abordés avec plus d'aisance lors des consultations.

Références bibliographiques

1. Breteau A. Les 7 dates-clés de la contraception en France [Internet]. Le Point. 2017 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/culture/les-7-dates-cles-de-la-contraception-en-france-27-12-2017-2182640_3.php
2. OMS. Santé des adolescents [Internet]. www.who.int. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
3. HAS. Contraception chez l'homme et la femme [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
4. Vernier D. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
5. Contraception et consultation gratuite pour les moins de 26 ans : mode d'emploi [Internet]. 2023 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/actualites/contraception-et-consultation-gratuite-pour-les-moins-de-26-ans-mode-d-emploi>
6. Sauvage F. Gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans : un dispositif réclamé depuis 2015 par le Sénat [Internet]. Public Senat. 2021 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/article/politique/gratuite-de-la-contraception-jusqu-a-25-ans-un-dispositif-reclame-depuis-2015-par>
7. Krishnamoorthy N. Adolescent use of the combined oral contraceptive pill: a retrospective observational study. *Arch Dis Child*. 1 sept 2005;90(9):903-5.
8. Hicks C. Le médecin généraliste dans le parcours éducatif de santé sexuelle chez l'adolescent : étude quantitative auprès des lycéens du territoire Pumont. 29 mars 2019;41.
9. 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. 29 mars 2011;25.
10. Recommandations CERPed. Contraception et grossesse chez la mineure participant à une recherche biomédicale concernant les produits de santé [Internet]. 2017 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <http://www.cerped.fr/index.php/annexe-8b-recommandations-cerped-aide-redaction-notice-recherche-biomedicale-mineure-contraception-grossesse/>
11. Stanley N, Manthorpe J, Gillespie L. Family physicians' interventions with young people in distress and their parents: managing confidentiality and levels of engagement. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2008;32(2):92-7.
12. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. *Exercer*. 2018;142:169-81.

13. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? Rev Prat. 2005;55:1073-7.
14. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sci Soc Santé. 2017;35(3):41-70.
15. Burd ID, Nevadunsky N, Bachmann G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multispecialty practice. J Sex Med. mars 2006;3(2):194-200.
16. Bangpan M, Operario D. Understanding the role of family on sexual-risk decisions of young women: a systematic review. AIDS Care. 2012;24(9):1163-72.
17. Widman L, Choukas-Bradley S, Noar SM, Nesi J, Garrett K. Parent-Adolescent Sexual Communication and Adolescent Safer Sex Behavior: A Meta-Analysis. JAMA Pediatr. janv 2016;170(1):52-61.
18. Stheneur C, Alvin P, Boudaillez B, Gronnier P, Jacquin P, Picherot G, et al. The first consultation with an adolescent. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. 1 août 2009;16:1309-12.
19. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. août 2007;98(2):182-7.
20. Pampati S, Liddon N, Dittus PJ, Adkins SH, Steiner RJ. Confidentiality Matters but How Do We Improve Implementation in Adolescent Sexual and Reproductive Health Care? J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. sept 2019;65(3):315-22.
21. Baxter S, Blank L, Guillaume L, Squires H, Payne N. Views of contraceptive service delivery to young people in the UK: a systematic review and thematic synthesis. J Fam Plann Reprod Health Care. 1 avr 2011;37(2):71-84.
22. Boekeloo BO, Schamus LA, Cheng TL, Simmens SJ. Young adolescents' comfort with discussion about sexual problems with their physician. Arch Pediatr Adolesc Med. nov 1996;150(11):1146-52.
23. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
24. SPF. Aider une adolescente à choisir sa contraception : recommandation aux professionnels. [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/aider-une-adolescente-a-choisir-sa-contraception-recommandation-aux-professionnels>
25. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67-91.
26. Aubert J. Médecine générale : complexités et incertitudes. Rev Med Suisse. 2009;5:1680-1.

27. Décret n°96-1050 du 5 décembre 1996 relatif à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral. 96-1050 déc 5, 1996.
28. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique*. 2005;17(1):109-19.
29. Santé Publique France. ChoisirSaContraception [Internet]. 2007 [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://questionnaire.choisirsacontraception.fr/intro>
30. Gruber E, Grube JW. Adolescent sexuality and the media. *West J Med*. mars 2000;172(3):210-4.
31. Les répercussions de l'usage des médias sur les enfants et les adolescents. *Paediatr Child Health*. 2003;8(5):311-7.
32. Widman L, Noar SM, Choukas-Bradley S, Francis D. Adolescent Sexual Health Communication and Condom Use: A Meta-Analysis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. oct 2014;33(10):1113-24.
33. Bulletin officiel n°9 du 27 février 2003 - Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2003/9/ensel.htm>
34. Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. Étude réalisée auprès d'adolescents de classes de troisième. *Arch Pédiatrie*. 1 mars 2010;17(3):219-25.

Annexes

Annexe 1 : Déclaration à la protection des données



RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : La contraception des mineures avant 15 ans.
Référence Registre DPO : 2022-141
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme. Céline DAMELINCOURT

Fait à Lille,
Le 27 Avril 2022

Jean-Luc TESSIER
Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Guide d'entretien et évolution

Guide d'entretien semi-dirigé

Bonjour, je m'appelle Céline Damelincourt, je suis actuellement interne en 5^e semestre de médecine générale, dans le cadre du travail de ma thèse d'obtention du titre de Docteur en médecine, concernant la contraception des mineures de moins de 15 ans, je souhaite rencontrer plusieurs médecins généralistes du secteur du Cambrésis, afin de les interroger sur leur vécu personnel, ou du moins, leur ressenti concernant ce sujet.

Je vais donc vous poser une dizaine de questions, mon objectif n'est pas de vous juger. Il n'y a d'ailleurs pas de bonnes, ou de mauvaises réponses.

Les questions posées sont ouvertes et plutôt larges, vous incitant à répondre sans pouvoir être influencé, de façon la plus spontanée et sincère possible.

Si vous me le permettez, je souhaite enregistrer cet entretien afin d'en faciliter sa retranscription. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-141 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr .

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

- Tout d'abord, quelle part de votre pratique est consacrée à la contraception ?
- Quelle est votre attitude concernant les patientes mineures de moins de 15 ans, consultant pour une demande de contraception ?
- Quelles sont, selon vous, les conditions optimales pour mener à bien ce type de consultation ?
- Pouvez-vous m'expliquer le déroulement de votre entretien/examen, lors d'une consultation de ce type ?

- Avez-vous connaissance de règles de bonnes pratiques, ou de recommandations officielles, concernant une conduite à tenir ?
- Dans quelles mesures un cadre légal pourrait vous aider, dans votre pratique ?
- Quelles seraient vos suggestions, afin d'améliorer la pratique des médecins généralistes avec les mineurs de moins de 15 ans, et de manière générale dans l'avenir ?

Évolution de la forme des entretiens

Question brise-glace : que pensez-vous de la contraception au sein de votre pratique ?

Principaux thèmes abordés sans ordre prédéfini :

- La patiente mineure de moins de 15 ans
- La place des parents
- L'autorité parentale
- Le secret médical
- L'abord de la sexualité
- L'éducation sexuelle en médecine générale

Pour conclure l'entretien : pouvez-vous me citer une anecdote professionnelle pouvant illustrer ce sujet ?

Annexe 3 : Exemple tableau d'analyse des données

Verbatim	Étiquette expérientielle	Propriété	Concept
<p>5^e entretien :</p> <p>« chez les personnes de moins de 15 ans, c'est l'âge qui est plutôt problématique »</p>	<p>L'âge me pose problème</p> <p>Je ne suis pas à l'aise avec la contraception chez les mineures de < 15 ans</p>	<p>Être mal à l'aise</p> <p>Avoir des difficultés à maîtriser</p> <p>Être trop jeune</p>	<p>Les difficultés</p> <p>Être mineure</p>
<p>« on a pas forcément de recommandations, sur lesquelles se baser »</p>	<p>Le manque de recommandations sur le sujet me met en difficultés</p>	<p>Être guidé par les recommandations</p>	<p>Savoir</p>
<p>« je n'ai jamais eu de consultation avec des jeunes filles de moins de 15 ans qui sont venues me voir pour me demander une contraception »</p>	<p>Je n'ai jamais été confrontée</p>	<p>Manquer d'expérience</p>	<p>Les difficultés</p>
<p>« la prescription du Gardasil, parfois c'est pas forcément très facile de l'évoquer »</p>	<p>J'aborde la sexualité par le vaccin gardasil</p>	<p>Parler de sexualité</p>	<p>Communiquer</p>
<p>« délicat de proposer le vaccin à une jeune fille, qui fait toute petite »</p>	<p>Le physique peut être un frein pour parler de sexualité</p>	<p>Être influencé par le physique</p> <p>Aborder la sexualité</p>	<p>Être mineure</p> <p>Communiquer</p>
<p>« après en avoir discuté avec d'autres praticiens »</p>	<p>J'échange avec mes collègues sur les difficultés ressenties</p>	<p>Travailler en équipe</p> <p>Échanger pour s'améliorer</p>	<p>Le médecin</p> <p>S'améliorer</p> <p>Communiquer</p>

Annexe 4 : Grille COREQ

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la revue* 2015;15(157) : 5054.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. DAMELIN COURT Céline	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Validation du 2ème cycle des études médicales	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Interne en médecine générale	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Initiation à la recherche qualitative	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Connaissances, inconnus	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Interne en médecine générale réalisant sa thèse de fin d'études	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en médecine générale, avis concernant la contraception des mineures de moins de 15 ans et abord de la sexualité avec les adolescents.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche

Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse par phénoménologie interprétative	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Échantillonnage raisonné homogène	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif
11. Téléphone, oral, mail	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. Sept participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude?
13. Deux. Fin du recueil des données en période hivernale, en pleine épidémie de grippe, les médecins contactés n'avaient pas assez de temps à consacrer à la réalisation d'un entretien. L'un des participant contacté par mail n'a pas répondu à la demande.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons? Contexte
14. Lieu de travail. Au cabinet de chaque médecin pour les entretiens présents. Au domicile du chercheur pour les entretiens téléphoniques.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16. Genre, âge, durée d'installation, territoire d'exercice	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Oui. Guide d'entretien testé au préalable par un entretien exploratoire (cointernes)	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. 21 minutes en moyenne (individuels)	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Oui (Suffisance)	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Quatre. L'auteur, la directrice de thèse, et trois autres chercheurs en cours d'étude qualitative.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Oui	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou

		déterminés à partir des données ?
27. Microsoft Word	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

AUTEUR : Nom : DAMELINCOURT

Prénom : Céline

Date de Soutenance : 7 mars 2023

Titre de la Thèse : Vécu des médecins généralistes concernant l'initiation d'une contraception chez les mineures de moins de 15 ans. Une étude qualitative réalisée dans le secteur du Cambrésis.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : Adolescents, Sexualité, Contraception, Mineures, Santé sexuelle, Communication, Médecin généraliste, Parents.

Introduction : L'adolescence représente la période d'une quête d'identité, d'un statut social, avec l'apparition des premiers émois affectifs et sexuels. La contraception des mineures de moins de 15 ans peut paraître peu courante en médecine générale, mais n'en reste pas moins un enjeu de prévention essentiel. Toutefois, les médecins généralistes émettent une certaine réserve, à parler de sexualité chez des patientes qu'ils connaissent et suivent depuis l'enfance. L'objectif de ce travail était d'analyser le vécu des médecins généralistes sur l'initiation d'une contraception chez les patientes mineures de moins de 15 ans.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative, menée par entretiens initialement dits semi-dirigés, secondairement devenus de plus en plus ouverts. L'échantillon était de type homogène raisonné, avec comme critère d'inclusion la pratique de la médecine générale en libéral. Les entretiens ont été retranscrits et anonymisés. Lors du codage, les données ont été triangulées avec d'autres chercheurs formés à la recherche qualitative. L'analyse des données était inspirée de la phénoménologie.

Résultats : 7 médecins ont participé à cette étude. En tant que pilier des soins primaires, les qualités et failles du médecin généraliste étaient décrites comme déterminantes en réponse à une adolescente en demande de contraception. L'âge jeune et la maturité inconstante des patientes, participaient à la difficulté de ce genre de consultation.

La place des parents, l'autorité parentale pouvait représenter un obstacle à la relation médecin patiente, ainsi qu'au respect du secret professionnel. Pourtant les médecins se sentaient souvent investis de l'éducation à la santé sexuelle de leurs jeunes patientes. Ils souhaitaient leur transmettre les informations concernant les risques liées à une sexualité active, participant ainsi à leur éducation sexuelle.

Conclusion : La contraception représente une thématique souvent appréciée des médecins généralistes. Pourtant l'appliquer aux mineures de moins de 15 ans leur est parfois problématique, notamment sur le plan légal. Il semblerait donc nécessaire pour le médecin, d'adopter une attitude « idéale ». Parler simplement, être disponible et empathique tout en conservant sa position de soignant. Ainsi se fonde une relation de confiance, essentielle à une communication mutuelle et à la transmission du savoir scientifique par le soignant.

Composition du Jury :

Président : Pr Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs : Dr Yannick CAREMELLE

Directrice de thèse : Dr Delphine LEGRAND-DUFOUR

