

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 7 mars 2019 à Poitiers
par **Madame Emmanuelle GORRY**

Exploration des ressentis des étudiants de médecine générale sur la pertinence et l'utilisation d'un outil pédagogique pour la formation aux consultations de première contraception de l'adolescente.
Etude qualitative auprès d'étudiants de 3eme cycle en stages ambulatoires de niveau 1 et femmes-enfants

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET



Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Monsieur le Président du Jury,

Monsieur le Professeur Philippe BINDER,

Professeur des universités de médecine générale

Directeur du département de médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers

Médecin généraliste à Lussant (17)

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

J'ai eu le plaisir de découvrir les subtilités de la médecine des Adolescents à vos côtés au centre hospitalier de Rochefort durant mon stage de pédiatrie. Je mesure cette chance et vous en remercie.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT,

**Maitre de Conférences associé de médecine générale
Médecin généraliste à Saint Jean d'Angely**

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce Jury.
Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT,

**Maitre de Conférences associé de médecine générale
Responsable général des stages
Médecin généraliste à Nueil-les-Aubiers**

Pour votre implication dans ce travail en tant que maître de stage et pour l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.
Trouvez ici le témoignage de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

**A ma Directrice de Thèse,
Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET,**

**Maitre de Conférences associé de médecine générale
Responsable du second cycle et de l'unité de soutien des EMG et des MSU
Médecin généraliste à Neuville du Poitou**

Pour la confiance que vous m'avez accordée en me confiant la réalisation de cette thèse,
Pour votre aide précieuse et votre disponibilité lors de l'élaboration de ce travail,
Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

.

A tous les étudiants de médecine générale et tous les maitres de stage universitaires qui ont contribué à ce travail. Recevez mes sincères remerciements.

A Ophélie CADIEU, ma « co-thésarde » , avec qui j'ai eu le plaisir de réaliser ce travail. Je te souhaite le meilleur pour la suite.

Aux Patients. Chaque instant à vos côtés, chacune de vos histoires, chacun de vos bonheurs, chacun de vos malheurs, me font grandir, en tant que médecin mais surtout en tant que Personne. J'espère être digne de votre confiance.

A tous les médecins et paramédicaux que j'ai eu la chance de côtoyer durant mes stages et plus particulièrement mes Maîtres de médecine générale. Eric Lecerf, Ariane Soula, Pacôme Gilly, Cécile Herrera, Pierre D'Auzac, Marc Commeignes. Merci de m'avoir transmis votre savoir avec autant de passion. J'espère être à la hauteur de votre enseignement.

A mes co-internes de maladies infectieuses, urgences, gériatrie, pédiatrie. Que de bons moments à vos côtés.

A mes amis carabins de toujours. Estelle, Laura, Nico, Charlotte, Max, Morgane, Paul, Romain, Dory, Baba, Guillaume LR, Guillaume M, Peter, Greg, Mathilde, Caro, Xav et Sab, Maëlle, Alex, Val P, Val G, Sarah. Pour tout ce que nous avons partagé et tout ce qu'il nous reste à vivre ensemble.

A mes amis « de chez moi » . Jess et Damien, Vaness, Camille et Martial, Geoff et toutes mes autres partenaires au hand. Pour avoir été ma bouffée d'oxygène durant toutes ces années.

A ma belle-famille. Merci de m'avoir accueilli avec autant de bienveillance parmi vous.

A mon frère Sébastien. Tu es toujours là pour moi, bien plus que moi pour toi. Je sais la chance que j'ai.

A ma petite sœur Ariane. La vie te met à l'épreuve, mais j'admire la force et l'abnégation que tu as pour atteindre tes rêves. Je suis tellement fière de toi. Ne t'inquiète pas, le meilleur reste à venir.

A mes parents et grands-parents. Pour avoir toujours cru en moi. A mon papa, pour m'avoir appris la valeur du travail. A ma maman, pour m'avoir transmis sa force et sa bienveillance. J'aimerais devenir une aussi bonne maman pour Chloé que celle que tu as été pour moi. Même si tu n'es plus là pour partager ces moments avec nous, j'espère t'avoir rendue fière.

A Dorian. Mon mari, mon allié de toujours. Ensemble nous sommes devenus adultes, ensemble nous sommes devenus médecins, ensemble nous sommes devenus parents. Je n'aurais pas eu la même force sans toi. Je t'aime .

A ma fille Chloé. Mon trésor. Tu illumines ma vie depuis 1 an. Tu es ma plus belle réussite. Je te souhaite d'être entourée par autant de belles personnes que celles que je viens de citer et, d'avec elles, atteindre tes rêves.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	12
I - INTRODUCTION	13
II – MATERIEL ET METHODE	19
II-1. Choix et adaptation de l’outils pédagogique	19
II-2. Choix d'une méthode qualitative	19
II-3. L'échantillon.....	20
II-4. Les entretiens	21
II-5. Analyse des données	21
III – RESULTATS	23
III-1. Données générales	23
III-1.1 Description de la population étudiée	23
III-1.2. Données sur les résultats	24
III-1.3 Présentation des résultats.....	24
III – 2. Les ressentis des EMG sur l’utilisation de l’outil pédagogique (ANNEXE 4-1)	24
III-2.1 Leur première impression.....	24
III-2.2 Les avantages de l’outil	26
III-2.3 Les inconvénients de l'outil	27
III-2.4 La bibliographie	30
III-2.5 Type d’utilisation la plus adaptée pour la formation des EMG	31
III-2.6 Réutilisation projetée par les EMG interrogés	33
III-3. Les ressentis des EMG sur la pertinence de l’outil pédagogique (ANNEXE 4-2).....	35
III-3.1 La plupart des EMG interrogés trouvent cet outil pédagogique pertinent pour leur formation	35
III-3.2 Les EMG pointent des freins pour que l’outil pédagogique soit vraiment pertinent dans leur formation.....	36
III-4. Les suggestions d’amélioration proposées par les EMG interrogés (ANNEXE 4-3) .	38
III-5. Autres idées d’utilisation de ce type d’outil pédagogique (ANNEXE 4-3)	41

IV – DISCUSSION	43
IV-1. Les principaux résultats à retenir.....	43
IV-2. Forces et faiblesses de notre travail.....	44
IV-2.1. Le choix du sujet d'étude	44
IV-2.2. Le choix de la méthode qualitative	44
IV-2.3. Le recrutement de l'échantillon	45
IV-2.5. La réalisation des entretiens	46
IV-2.6. L'analyse des données.....	47
IV-3. A propos de nos résultats.....	47
IV-3.1. Préambule.....	47
IV-3.2. Le support pédagogique doit être amélioré.....	48
IV-3.5. Les autres utilisations proposées par les EMG	53
V - CONCLUSION.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	55
ANNEXES.....	60
ANNEXE 1 : Méthode BERGER	60
ANNEXE 2 : Outil pédagogique adapté aux consultations de première contraception de l'adolescente.....	62
ANNEXE 3 : Guide d'entretien.....	72
ANNEXE 4 : Carte heuristique de présentation des résultats.....	73
ANNEXE 4-1 : Carte heuristique : Les ressentis des EMG sur l'utilisation de l'outil pédagogique.....	73
ANNEXE 4-2 : Carte heuristique : Les ressentis des EMG sur la pertinence de l'outil ...	74
ANNEXE 4-3 : Carte heuristique : Les améliorations et suggestions d'utilisation	75
RESUME.....	76
SERMENT	77

ABREVIATIONS

BERCER	Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour
CCP	Consultations de Contraception et Prévention
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMG	Département de Médecine Générale
EBM	Evidence Based Medicine
ECN	Examen National Classant (examen en fin de 6 ^{ème} année)
EMG	Etudiant(s) de Médecine Générale en troisième cycle
ENT	Environnement Numérique de Travail
HAS	Haute Autorité de Santé
InVS	Institut de Veille San
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MSU	Maitre(s) de Stage Universitaire(s)
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés
SODEV	Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I - INTRODUCTION

I-1. Historique de la contraception des adolescentes en France

La contraception des adolescentes est depuis longtemps un enjeu de santé publique. Après la légalisation de la contraception par la loi Neuwirth en 1967, ce n'est qu'en 1974 qu'elle est autorisée chez les mineures sans le consentement de leurs parents, gratuitement et anonymement dans les centres de planification et d'éducation familiale. C'est également cette année-là que la contraception est remboursée par la Sécurité Sociale. Dans les années 90, d'autres moyens de contraception se développent (implant, anneaux, patch...). Cette diversification a été soutenue par des recommandations de prescription qui ont progressivement ouvert l'usage des dispositifs intra-utérins (DIU) aux nullipares et facilité le recours à l'implant, à l'anneau et au patch contraceptif. Dans le même temps, la législation a été renforcée, permettant un meilleur accès à la contraception (y compris d'urgence en 1999) et à l'avortement pour les mineures avec la loi du 4 juillet 2001 qui modernise la loi Veil de 1975 légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

I-2. Etat des lieux de la contraception des adolescentes en France

Depuis 2010, la couverture contraceptive est stable autour de 92% chez les femmes sexuellement actives sans projet de grossesse. Le taux d'adolescentes ayant une activité sexuelle et n'utilisant pas de moyen de contraception est en baisse (2,3% en 2016 contre 5,8% en 2010) (1). Le paysage contraceptif s'est modifié depuis le début des années 2000, notamment avec la « crise de la pilule » entre 2010 et 2013. À la suite de la médiatisation d'une plainte déposée par une femme victime d'un accident vasculaire cérébral alors qu'elle prenait une pilule de nouvelle génération, le taux d'utilisation des pilules de 3^e et 4^e générations s'effondre. Le recours aux pilules de 2^e génération, DIU, préservatifs, implants augmente en parallèle permettant de maintenir une bonne couverture contraceptive globale. (2) Cette tendance au changement se fait cependant moins ressentir chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Selon le Baromètre Santé 2016 (1) le recours à la pilule dans cette catégorie d'âge n'est qu'en légère baisse à 60,4%, l'utilisation du préservatif est stable à 45,6% et le recours aux autres méthodes regroupant implant/anneau/patch augmente légèrement à 7,8%. Le choix du DIU reste exceptionnel avant 20 ans.

I-3. Les particularités de « l'adolescence »

L'adolescence est une période de transition majeure dans la vie d'un individu. En dehors de la maturation physique et sexuelle, s'ajoutent l'acquisition de l'indépendance sociale et

économique, le développement de l'identité, et l'acquisition des compétences nécessaires pour accomplir son rôle d'adulte. Cela passe par l'adaptation des relations avec autrui et l'acquisition d'un raisonnement abstrait. Cependant, les adolescents ne sont pas entièrement capables de comprendre ces concepts complexes. Ils ne maîtrisent pas entièrement les conséquences de leurs comportements notamment dans leur prise de décision en matière de santé sexuelle (3).

La sexualité des adolescents se caractérise par des rapports irréguliers, souvent imprévus et peu fréquents. Le nombre de partenaires est plus important que chez les adultes, et on retrouve une tendance à la prise de risques (grossesse, MST) due à la psychologie adolescente (transgression des règles, impression d'invulnérabilité, spontanéité...)(4). L'âge du premier rapport est resté stable depuis le début des années 2000, avec une moyenne de 17 ans pour les garçons et de 17,6 ans pour les filles (5)

I-4. La santé sexuelle des adolescents reste préoccupante.

L'InVS a publié un rapport faisant le point sur les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) en novembre 2017 (6). L'incidence des gonococcies est en hausse et l'âge moyen du diagnostic est de 25 ans chez les hommes et de 22 ans chez les femmes. D'où l'importance d'un dépistage de cette population en cas de rapports non protégés, compte-tenu des conséquences potentielles en termes de fertilité. Le nombre de diagnostics de chlamydie se stabilise depuis 2005 mais de plus en plus de diagnostics concernent des jeunes de moins de 25 ans. (6,7). Concernant le VIH, si le nombre de diagnostics a diminué de 5% entre 2013 et 2016, les personnes entre 15 et 24 ans représentent toujours 11% des découvertes en 2016 et ce chiffre ne diminue pas malgré les campagnes de prévention menées dans les collèges et lycées. (6) Le nombre de diagnostics de syphilis se stabilise en 2016. Les deux tiers (66%) des cas rapportés en 2016 sont des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans. (6)

Les grossesses non désirées et les interruptions volontaires de grossesse (IVG) qui en résultent sont une autre problématique de santé sexuelle chez les adolescents. Si la couverture contraceptive médicale des femmes françaises est l'une des plus élevée du monde, 1/3 des grossesses restent non prévues en 2000 et aboutissent 6 fois sur 10 à une IVG (8). En 2017, le taux d'IVG chez les 15-49 ans est de 14,4‰. Chez les adolescentes ce taux est estimé à 12‰ chez les 15-17 ans et 17‰ chez les 18-19ans. C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26,7‰). En 2015, 21 803 adolescentes entre 15 et 19ans ont subi une IVG. Ce chiffre est tout de même en légère baisse depuis 2010 où il avait atteint son pic (9). Chez les adolescentes de moins de 20 ans, 44,4% utilisaient des méthodes non médicales (préservatif, méthodes naturelles) au moment où elles ont démarré leur grossesse, 34,1%

n'avaient pas de moyen de contraception et 26% utilisaient une contraception médicale (pilule, DIU, implant, patch, anneau). La très grande majorité des grossesses sous pilules ou préservatif sont dues à des erreurs d'utilisation (oubli de pilule ou arrêt temporaire, déchirure de préservatif). Pour celles qui n'utilisaient pas de contraception, 1/3 pensait qu'une grossesse n'était pas possible... (10)

Toutes ces données illustrent bien que si le taux de couverture contraceptive est excellent, le mode de contraception et l'éducation à la santé sexuelle sont souvent mal adaptés.

I-5. Mieux accompagner la contraception des adolescentes

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport (11) concernant les freins à une contraception adaptée. Il persiste de nombreuses idées reçues telles que la pilule fait grossir, le DIU rend stérile... Ces représentations sont la plupart du temps dues à un manque d'informations et de connaissances des moyens de contraception. Les situations de fragilité sociale sont une source de mésusage des contraceptions : non-reconnaissance sociale et parentale de la sexualité juvénile, périodes de post-partum ou post-IVG, périodes d'instabilité et/ou de fragilité affectives. Du côté des professionnels de santé, l'HAS pointe du doigt leur manque d'actualisation des connaissances sur les méthodes de contraception. De plus, les conditions d'exercice rendent parfois difficile la réalisation d'une consultation dédiée à la contraception, qui semble pourtant primordiale pour accompagner les patientes dans le choix d'une contraception adaptée et désirée. Une des pistes-clés retenue par l'HAS pour remédier à cette problématique était donc de mieux former les professionnels de santé dans l'accompagnement des patientes au choix de leur contraception, notamment les médecins généralistes qui restent les premiers interlocuteurs médicaux.

3/4 des adolescents entre 15 et 19 ans ont consulté leur médecin généraliste au moins une fois dans l'année. Ce chiffre est plus important chez les filles puisqu'elles sont 80% à avoir consulté au moins une fois leur médecin généraliste dans l'année, alors que seulement 23,8% ont rencontré un gynécologue (12). Le médecin généraliste reste le premier recours médical des adolescents et a donc un rôle primordial à jouer dans l'information, la prescription et surtout la prévention en santé sexuelle chez les adolescents.

C'est en faisant ces constats que la Convention Nationale 2016-2021 de l'Assurance maladie a créé une nouvelle cotation à 46euros, applicable depuis le 1er novembre 2017, pour la première consultation de contraception et de prévention (CCP) des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, réalisée par un médecin généraliste, un pédiatre ou un gynécologue. Elle est prise en charge à 100% permettant un tiers-payant intégral (13). Ainsi le

médecin peut prendre plus de temps afin de réaliser une consultation de qualité, tout en étant correctement rémunéré.

Pour l'HAS comme pour le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF), le modèle BERGER (ANNEXE 1) (14) est la référence sur le contenu de ces consultations. Il propose un programme de consultation et de suivi en 6 étapes. « Bienvenue » qui est le temps d'accueil de la consultante, « Entretien » qui est un temps de recueil d'informations et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes, « Renseignement » qui consiste en la délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure, « Choix » pendant lequel le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante, « Explication » qui est une discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, et « Retour » qui comprend les consultations de suivi où sont réévalués la méthode, son utilisation et le niveau de satisfaction. Selon le CNGOF (15), la réussite de ces consultations repose également sur un counseling personnalisé attentif aux inquiétudes et attentes spécifiques de la femme et une communication « respectueuse, bienveillante, facilitant l'expression des points de vue » qui permettraient d'augmenter significativement l'utilisation de la contraception et la satisfaction des patientes sur le long terme. Le médecin doit éviter le paternalisme en mettant de côté ses préférences personnelles sur le choix contraceptif. Une connaissance et une expérience approfondie du sujet semblent donc indispensables à chaque médecin.

L'abord de l'adolescent est également très particulier et ajoute de la difficulté lorsqu'il s'agit de discuter contraception avec une adolescente. Les inquiétudes formulées par les médecins généralistes quant à la rencontre avec les adolescents concernent la compréhension du motif de consultation, la demande réelle de l'adolescent derrière son symptôme, la place de l'accompagnant dans la consultation, la gestion du secret médical avec le droit parental à l'information et la confidentialité due à l'adolescent, l'écart de culture avec l'adolescent, l'incompréhension de leur fonctionnement ou de leurs réactions, les difficultés à aborder, comprendre et évaluer leur mal être, à adapter l'examen physique en raison de leur pudeur, le lien difficile avec les services d'aide à l'enfance et la peur de découvrir une situation dramatique devant laquelle le médecin sera impuissant.... (16)

I-6. Les Etudiants de Médecine Générale (EMG) déplorent des lacunes dans leur formation en santé sexuelle et adolescence.

Le déroulé et le contenu de ces consultations sont méconnues de la plupart des EMG notamment en ce qui concerne le savoir être. Ils bénéficient, au cours du second cycle, d'une base théorique

solide portant sur la sémiologie, la clinique et les grandes bases de thérapeutique. Le troisième cycle est fondé sur l'acquisition de compétences adaptées aux soins primaires, en proposant un environnement pédagogique et des stages professionnalisants, notamment un stage « femmes-enfants ».

Plusieurs travaux de thèse ont été menés sur le ressenti et les connaissances des EMG en matière de santé sexuelle et de rapport avec l'adolescent. Ils dénoncent une grande carence et une forte disparité des compétences dans ces domaines.

Une thèse menée en 2015 auprès d'EMG de la faculté de Poitiers (17), avait pour objectif d'explorer les difficultés des internes de médecine générale à communiquer en santé sexuelle. Ils trouvent leur formation théorique trop médicale, centrée sur la pathologie, avec peu de mise en pratique et sans formation sur la sexualité. La difficulté à mettre en pratique leurs connaissances théoriques serait accentuée par une mauvaise formation en communication.

Concernant les stages pratiques, les EMG les jugent insuffisants en matière de santé sexuelle (17): séniors éludant la question car eux même peu formés en communication, stages de gynécologie trop « médico-centrés ». Une enquête nationale en 2013 faisait l'état des lieux des compétences des EMG en fin de cursus (18): 57% n'ont jamais posé de dispositifs intra utérins, 32,10% n'ont jamais posé d'implants, 16% n'ont jamais fait de frottis cervico vaginal. Une thèse bordelaise de 2015 (19), a évalué le taux d'EMG confrontés au cours de leur stage hospitalier ou ambulatoire de gynécologie, à 29 situations relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes considérées comme centrales dans l'activité gynécologique des médecins généralistes. Seuls 6% des EMG ont pris en charge en autonomie l'ensemble des 29 situations, et 27% plus de 80% des situations. Résultat concordant avec une étude similaire faite en 2016 dans le Poitou-Charentes dans laquelle les EMG s'autoévaluaient comme compétents dans seulement 6 des 23 situations concernant la santé sexuelle et la génitalité (20)

Les principales difficultés décrites par les EMG dans les consultations de santé sexuelle sont l'ouverture du dialogue, l'examen clinique (surtout chez l'adolescent), la gestion du temps de consultation, la difficulté à rompre le tabou, à garder la bonne distance, à gérer sa gêne personnelle. Ils craignent de rompre la confiance, de devoir faire face à des réponses « inhabituelles » (pratiques sexuelles atypiques, virginité...), ou de découvrir une situation de viol et de ne pas avoir les réponses adaptées. (20)

Ils pensent que cette consultation serait facilitée par un interrogatoire standardisé, une consultation dédiée. Ils sont demandeurs d'une formation plus importante sur le sujet au cours du 3^e cycle, avec des outils réutilisables dans l'abord de la santé sexuelle. (17)

Ces constatations ont conduit à l'élaboration d'un outil pédagogique qui permettrait aux EMG de mieux se former aux consultations de contraception lors de leurs stages ambulatoires. Ludivine MAGNAT, interne en médecine générale, a réalisé un travail de thèse sous la direction du Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, afin de créer un outil inspiré du modèle de Calgary-Cambridge, mais adapté à la consultation de contraception, selon la méthode BERCER (21). Le résultat ainsi obtenu a pour vocation de permettre aux EMG de préparer des consultations basées sur l'Evidence Based Medicine, d'être évalués par leur maîtres de stage universitaires (MSU) ou de s'auto-évaluer au décours de la consultation. Il peut aussi favoriser un debriefing de qualité permettant une réflexivité nécessaire à son futur exercice.

L'objectif de notre étude a été d'explorer les ressentis des EMG sur l'utilisation et la pertinence de cet outil pédagogique pour leur formation aux consultations de première contraception de l'adolescente en stage ambulatoire.

Nous avons pour cela adapté l'outil aux consultations de première contraception de l'adolescente (cf ANNEXE 2), nous l'avons proposé durant un semestre à des EMG en stage ambulatoire de niveau 1 ou « femmes-enfants » et avons recueilli leurs avis lors d'entretiens semi-dirigés.

II – MATERIEL ET METHODE

II-1. Choix et adaptation de l'outils pédagogique

L'outil pédagogique a été créé par Ludivine MAGNAT lors de son travail de thèse (21), sur la base des dernières recommandations en matière de consultation de contraception. L'outil a été modifié par un groupe d'experts composé de médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et pédiatres lors de 3 tours Delphi. Le résultat ainsi obtenu concernait la consultation de contraception en général. Nous l'avons donc adapté aux consultations de 1ere contraception de l'adolescente. Cela a été fait lors de discussion entre le Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, notre directrice de thèse, Mme Ophélie CADIEU, médecin remplaçante réalisant une thèse explorant les ressentis des MSU sur cet outil, et moi-même. Ces choix n'ont pas été soumis à l'avis des experts précédemment cités et ce, pour faciliter la réalisation de ce travail dans le temps imparti.

Les items retirés de l'outil initial sont ceux concernant les précédentes expériences de contraception, le suivi mammographique et frottis, les détails de l'examen gynécologique sous spéculum, les symptômes pré ménopause.

Certains items ont été rajoutés : la taille dans la prise des constantes, les loisirs et le mode de vie, le dépistage du mal être par l'utilisation du BITS test, la nécessité de consentement aux rapports intimes, la recherche de conduites sexuelles à risque. Ces items avaient été retirés de l'outil par les experts du groupe Delphi qui les jugeaient non pertinents pour les consultations de contraception en général.

Nous avons également enlevé le chapitre « Retour » puisque notre étude ne portait que sur la consultation de 1ere contraception, sous-entendu la consultation initiale.

Nos choix concernant l'adaptation de l'outil seront discutés dans le chapitre IV.

II-2. Choix d'une méthode qualitative

L'objectif de notre travail était d'étudier une perception, un ressenti. Ces données subjectives sont difficilement mesurables quantitativement. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. Cette méthode de recherche permet alors d'explorer des émotions, des sentiments ainsi que des comportements et expériences personnelles (22)

Ce type d'étude nous a permis de réaliser, grâce à des entretiens verbaux, une analyse interprétative sur la perception qu'ont les EMG de la faculté de médecine de Poitiers de cet outil de formation à la consultation de 1^{ere} contraception de l'adolescente.

II-3. L'échantillon

II-3.1 Taille de l'échantillon

Dans les recherches qualitatives, le critère requis pour définir la taille de l'échantillon est le phénomène dit de « saturation ». On dit qu'il y a « saturation des données » lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments (22)

13 entretiens ont été réalisés, et la saturation des données est apparue à partir du 12^{eme} entretien analysé (analyse des entretiens dans un ordre aléatoire).

II-3.2 Stratégie d'échantillonnage et prise de contact

Le choix des informateurs est primordial car il doit permettre d'avoir un panel le plus diversifié possible de la population à étudier. Dans notre étude, il s'agit d'EMG de la faculté de médecine de Poitiers en stage de niveau 1 ou en stage femmes-enfants sur le semestre de mai à novembre 2018. Leurs MSU devaient avoir préalablement accepté de participer. Les MSU contactés étaient les MSU « niveau 1 » repérés par leurs étudiants comme ayant une activité gynécopédiatrique importante lors d'une enquête informelle réalisée par le département de médecine générale (DMG) ou sur les évaluations de stage du CRP IMG ainsi que tous les MSU des stages « femmes-enfants ». Ce choix visait à augmenter les chances d'interviewer des EMG ayant eu plusieurs occasions d'expérimenter la grille.

Les MSU ont été recrutés en amont par Ophélie CADIEU dans le cadre de sa thèse explorant le point de vue des MSU sur cet outil pédagogique. Sur les 28 MSU contactés, 18 ont accepté de participer, ce qui représentait 13 EMG qui ont tous accepté de participer. Le premier contact avec les EMG s'est fait par l'intermédiaire d'un mail. Nous nous présentions, expliquions la thématique de notre étude, son mode de réalisation ainsi que la durée approximative des entretiens (environ 10 minutes). Nous avons ainsi recruté 6 EMG qui nous ont confirmé leur participation par retour de mail. Nous avons effectué une première relance par mail qui a permis de recruter 4 EMG supplémentaires. La seconde relance par les réseaux sociaux via Facebook en message privé, a permis de recruter les 3 autres EMG.

II-4. Les entretiens

II-4.1. Type d'entretien

Le mode d'entretien semi-directif a été choisi pour permettre une liberté d'échange autour des thématiques de notre étude que nous avons préalablement définie. Les 13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre septembre et novembre 2018.

II-4.2. Méthodologie des entretiens

Le recueil de 11 entretiens a été réalisé en face à face soit sur leur lieu de stage soit à la faculté de médecine. 2 entretiens ont été réalisés par téléphone pour des raisons d'emploi du temps des EMG.

Les entretiens ont été réalisés par deux enquêteurs : Mme Ophélie CADIEU (EMG 6 à 13), médecin généraliste remplaçant, et moi-même (EMG 1 à 5). Au préalable de chaque entretien, nous rappelions la thématique générale de notre étude ainsi que la durée approximative de l'entretien. Les entretiens étant enregistrés, nous expliquions à chaque EMG le mode de recueil des données afin d'obtenir leur accord verbal pour réaliser et exploiter ces données. De plus, nous assurions aux EMG que chaque entretien resterait entièrement anonyme.

Pour structurer l'échange lors des entretiens et dans l'optique ultérieure de faciliter l'analyse des données, nous avons réalisé un guide d'entretien commun axé autour de 4 grandes thématiques (ANNEXE 3). Il a été testé lors d'un entretien test avec un EMG afin de vérifier la bonne compréhension des questions. Cet entretien test n'est pas intégré au travail final. Quelques modifications de formulation minimales ont été apportées par la suite sans modification majeure du guide d'entretien.

Les enregistrements des entretiens ont été réalisés à l'aide de 3 appareils : un dictaphone Olympus digital voice recorder VN-2100PC, le dictaphone d'un téléphone mobile Huawei P20 lite, et un dictaphone Olympus digital voice recorder LS 12 PCM. Chaque entretien a par la suite été transféré sur ordinateur et retranscrit en verbatim à l'aide du logiciel oTranscribe, en libre accès sur internet.

Pour maintenir l'anonymat des EMG, les noms et lieux cités lors des entretiens ont été supprimés et remplacés par « xxx » dans les verbatims.

II-5. Analyse des données

Pour analyser ces données, nous nous sommes inspirés de l'approche analytique de Glaser et Strauss, la « grounded theory ». Cette approche consiste à élaborer des théories à partir

des données recueillies, centrées sur la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. (22)

Cette analyse a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative RQDA, disponible gratuitement sur internet. Ce logiciel est un CAQDAS (Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software), destiné à l'aide à la lecture et la codification de phrases ou de mots.

Une double lecture a été appliquée aux deux premiers verbatims par Mme Ophélie CADIEU et moi-même. Les codages ouverts de ces deux analyses parallèles ont été mis en commun, discutés puis regroupés pour ne donner qu'une base de code. Ce processus a permis de vérifier que nous avons une compréhension similaire des entretiens. Ces codes ont, par la suite, été appliqués aux 11 entretiens suivants.

III – RESULTATS

III-1. Données générales

III-1.1 Description de la population étudiée

	Sexe		Nombre d'utilisation de la grille	Stage		% activité gyneco				Stage externat	
	H	F		Niveau 1	Femmes-enfants	<10%	10-25%	25-50%	>50%	MG	Gyneco
EMG 1		1	2		1				1		
EMG2	1		5		1		1		1	1	
EMG3		1	2	1				1	1	1	
EMG4		1	1	1			1		1	1	
EMG5		1	3	1				1		1	
EMG6		1	1	1				1	1		
EMG7	1		0	1			1				
EMG8		1	0	1				1	1		
EMG9		1	1	1		1				1	
EMG10		1	1		1		1		1	1	
EMG11	1		0	1		1			1	1	
EMG12		1	1	1		1			1		
EMG13		1	0		1			1	1	1	
TOTAL	3	10	1,3	9	4	3	4	5	1	10	8

Tableau 1 – Caractéristiques de l'échantillon

13 EMG de la faculté de médecine de Poitiers en stages ambulatoires de niveau 1 (9 EMG) ou « femmes-enfants » (4 EMG) ont participé à ce travail, avec comme répartition :

- 7 EMG en stage dans la Vienne (5 en « niveau 1 » et 2 en « femmes-enfants »)
- 4 EMG en stage dans les Deux-Sèvres (2 en « niveau 1 » et 2 en « femmes-enfants »)
- 1 EMG en stage en Charente-Maritime (en « niveau 1 »)
- 1 EMG en stage en Charente (en « niveau 1 »)

3 EMG (23,1%) évaluent l'activité gynéco-pédiatrique de leur stage à moins de 10%, 4 EMG (30,7%) entre 10 et 25%, 4 EMG (30,7%) entre 25 et 50% et 1 EMG (7,6%) supérieure à 50%.

Sur les 13 EMG interrogés, il y avait 10 femmes (76,9%) et 3 hommes (23,1%). A propos de leurs parcours antérieurs : 6 EMG (46%) avaient réalisé des stages d'externat en médecine générale et en gynécologie, 4 EMG (30,7%) en médecine générale seulement, 2 EMG (15,3%) en gynécologie seulement et 1 EMG (7,6%) n'était ni passé en gynécologie ni en médecine générale pendant son externat.

En moyenne, l'outil a été utilisé 1,3 fois pendant le stage (maximum 5 fois, minimum 0 fois). 4 EMG ne l'ont pas mis en pratique.

III-1.2. Données sur les résultats

13 entretiens ont été réalisés, 11 en face-à-face et 2 par téléphone. La durée moyenne d'enregistrement est de 11min34sec, le plus long a duré 20min20sec et le plus court 7min55sec.

L'analyse a permis de définir 59 codes « principaux » concernant les ressentis des EMG sur l'utilisation (48 codes) et sur la pertinence (18 codes) de l'outil pédagogique, dont 7 codes communs aux deux thèmes. Chaque EMG a évoqué en moyenne 22 codes. Aucun code n'est commun à tous les entretiens. 23 codes sont présents dans plus de la moitié des entretiens, 15 codes ne sont évoqués que par 1 EMG.

L'analyse retrouve également 12 codes « secondaires » concernant les suggestions d'amélioration (8 codes) et les autres idées d'utilisation de l'outil pédagogique (4 codes).

La saturation des données a été obtenue au 12^e entretien. Les entretiens analysés en 12^e et 13^e n'ont donc pas ajouté de nouveaux codes « principaux » à l'analyse.

L'intégralité des codes est présentée dans l'ANNEXE 4 sous forme de cartes heuristiques.

III-1.3 Présentation des résultats

Les propos des EMG interrogés sont cités entre guillemets et apparaissent en italique. Lorsque des relances ont été effectuées par l'interviewer, les propos de l'EMG sont précédés de la mention « EMG » et ceux de l'interviewer des mentions « OC » pour les entretiens réalisés par Ophélie CADIEU et « EG » pour ceux que j'ai réalisés. Chaque citation est succédée de la mention (EMG) signifiant Etudiant de Médecine Générale ainsi que du numéro de l'entretien dont est tirée la citation.

III – 2. Les ressentis des EMG sur l'utilisation de l'outil pédagogique (ANNEXE 4-1)

III-2.1 Leur première impression

Nous avons questionné les EMG sur la première impression qu'ils ont eu en découvrant l'outil. C'est une donnée primordiale permettant d'estimer les chances d'utilisation ultérieure.

III-2.1.1 Une première impression souvent négative

La plupart des EMG ont eu une première impression négative. La présentation globale de l'outil est critiquée : Ils ont trouvé **l'outil très long, le nombre de pages trop élevé et la présentation trop compacte.**

« Quand j'ai regardé le mail et que j'ai vu la grille de 4 pages là je ne l'ai même pas lu la première fois quoi. Je me suis dit je n'ai pas le temps c'est trop long en fait... »
(EMG 1)

« Euh moi [...], si je dois dire quelque chose c'est plus par rapport à la forme, [...]le fait que ce soit [...]un peu comme toutes les grilles hein, c'est que ça fasse gros pavé, un peu compact voilà. » (EMG 11)

Certains EMG disent que **la grille fait peur, qu'ils n'ont pas pris le temps de la lire tout de suite.**

« J'avoue que si juste il me l'avait donné comme ça.... Elle fait un peu peur quand même ! (Rires) » (EMG2)

« Quand j'ai lu le mail, je l'ai ouvert et je me suis dit : oh c'est long, j'y regarderai plus tard.... Et puis je l'avais zappé » (EMG 2)

Un EMG a pensé que ce serait **difficile à utiliser en consultation.**

« La première fois que j'ai vu la grille, je me suis dit : ça, à utiliser en consultation, sur un plan pratique, ça va être très compliqué, ça c'est sûr » (EMG 6)

III-2.1.1 Certaines premières impressions positives

Un tiers des EMG ont eu une première impression positive en découvrant l'outil. Ils ont pensé que ce serait **un outil complet où trouver toutes les informations.**

« Sur l'idée j'ai trouvé ça bien... Parce que ça fait un endroit où on sait qu'on va trouver toutes les infos pour bien faire la consult... » (EMG 4)

L'outil leur semblait **bien organisé**

« Que c'était bien fait finalement avec l'accueil, l'entretien que c'était classé, hiérarchisé, c'était pas mal... » (EMG 7)

III-2.2 Les avantages de l'outil

Nous avons questionné les EMG sur l'évolution de leurs ressentis après s'être familiarisés avec l'outil.

Le premier avantage mis en avant par presque tous les EMG est que **l'outil permet d'être exhaustif dans le contenu de la consultation**

« Ça permet de... de lister en fait toutes les choses à aborder, parce qu'il y a des choses auxquelles on ne pense pas forcément spontanément, qu'on oublie, ça permet de bien mettre toutes les choses à aborder. » (EMG 12)

La plupart des EMG rapportent aussi que :

- l'outil aide à structurer la consultation

« Ça donne un ordre d'idée de l'ordre ... de comment on doit organiser la consult quoi...pour pas partir dans tous les sens... » (EMG 5)

- l'outil aide à aborder plus sereinement les consultations

« Je dois pas être la seule à être en stress sur ça... donc au moins quand on a un truc pour se préparer et remettre les choses au clair, bah c'est rassurant.... Ou quand on n'est pas à l'aise avec ce qu'il faut dire... » (EMG 5)

- l'outil permet d'avoir une attitude réflexive sur le sujet

« Après la consult tu refais le point vite fait, genre « ah zut, ça j'oublie toujours, ça j'aurais dû le faire et j'y ai pas pensé... »... ça je pense que je le ferai...parce qu'on oublie toujours des trucs et ça permet de pas refaire toujours la même erreur et ... de s'améliorer quoi.... » (EMG 5)

Quelques EMG citent également que **l'outil permet d'anticiper l'attitude à adopter en consultation** ou à **penser à aborder les représentations et le psycho-social**

« Ça aide à guider et à... peut-être éviter des "bêtises" entre guillemets, du style éviter, enfin voilà "écoute attentivement les énoncés de la patiente, ne l'interrompt pas". Voilà ça guide, éventuellement ça rappelle. » (EMG 11)

« Je pense qu'effectivement je me poserai plus de questions sur l'aspect psycho-social et des représentations de la jeune fille justement en matière de contraception,

oui. » (EMG 6)

Un EMG note que **l'outil a permis de d'aborder les cotations avec son MSU**

« EMG : je savais que ça existait, mais je ne savais pas trop comment ça fonctionnait pour la cotation de la première consultation pour le remboursement tout ça... »

OC: Ouais les cotations, et du coup ton maître de stage t'a montré un petit peu comment on faisait sur l'ordinateur...

EMG: Du coup ouais. » (EMG 7)

III-2.3 Les inconvénients de l'outil

La critique qui revient le plus souvent est que **l'outil est trop long**, et donc il est **chronophage**

« Je pense que c'est vraiment... je pense que c'est difficile à utiliser dans la pratique quotidienne parce que c'est vraiment long » (EMG 12)

« Du coup c'était trop long sur une consultation, sans parler du temps, du temps pour le médecin généraliste et même pour la patiente en fait c'était trop choses, trop d'informations. » (EMG 10)

« Il faudrait prendre le temps, prévoir le temps du debrief... c'est que finalement on n'a jamais de gros temps de debrief... » (EMG 1)

L'utilisation de l'outil a été vécue comme **décourageante** pour certains EMG

« Je trouve ça trop complet en fait, parce que du coup, on a l'impression qu'on ne fait pas bien, qu'il y a pleins de trucs qu'on ne fait pas [...] moi je suis quelqu'un d'assez stressée...enfin c'est mon ressenti... » (EMG 10)

« En fait c'est que la grille en elle-même fait un peu peur quand on voit le nombre de pages. On se dit "mais comment je vais pouvoir faire tout ça ? " ... donc je pense que c'est ça qui peut rebuter à première vue quoi... » (EMG 3)

Certains EMG ont essayé de l'utiliser en consultation et concluent que **l'outil n'est pas utilisable pendant la consultation**

« Et puis quand je l'ai utilisé je regardais la grille pendant la consult et euh... bah ça coupait un peu l'entretien quoi... Devoir se reporter à la grille pour voir si on

n'a rien oublié ça coupe tout... » (EMG 4)

Quelques EMG ont trouvé que **certains items ne semblaient pas pertinents** pour la consultation de 1^{ere} contraception de l'adolescente

« Tout ce qui est dépistage de l'adolescente sur les problèmes, enfin les cauchemars, les accidents... ça, faut que ce soit fait mais je ne suis pas sûre que ce soit dans cette consultation-là systématique. Si on voit que là il y a un problème, qu'on sent qu'elle est poussée à prendre la contraception, que l'examen est difficile, que les questions sont difficiles, là oui il faut aborder, mais euh en systématique je ne le ferais pas forcément là » (EMG 10)

« Et puis on a un peu tiqué quand même par exemple les violences conjugales c'est vrai que quand on voit une ado de 15ans qui vient pour qu'on prescrive sa pilule c'est vraiment rare qu'on demande ça ! Et même si dans la théorie il faudrait, en pratique l'ado elle va nous regarder bizarre ! » (EMG 4)

« Apres c'est sûr, il y a des choses que je me vois pas caser à chaque consultation alors attends, je regarde (regarde dans la grille) ...mais au moins je me dis que si à un moment je sens qu'il faut... genre tout ce qui est socio culturel...genre les violences...là pour ma 1^{ere} consult je l'ai pas fait...

EG : Parce que tu trouvais que ce n'était pas approprié ?

EMG : bah là non enfin c'est parce que je n'y ai pas pensé mais sur cette consult je ne pense pas que c'était très approprié non » (EMG 3)

« Et puis après c'est vrai que sur l'environnement de la jeune fille il y a des questions que ... je ne sais pas si j'aurais été jusque-là à poser en termes de questions... » (EMG 6)

« On a trouvé aussi que ça pouvait être un peu intrusif, notamment pour un interne certaines questions, quand on ne connaissait pas la patiente, que c'était une première consultation, euh notamment sur les violences sexuelles, enfin euh en parler euh de manière exhaustive comme ça alors que on, on ne se connaît pas... Et il y a aussi pas mal de choses, de euh de sommeil, de vie en général, en fait, où ça encadre bien dans quelque chose de global pour un suivi de patient finalement

et euh, mais pour une seule consultation, surtout si l'interne ne connaît pas, ça pouvait être euh, justement braquer un peu la patiente... » (EMG 7)

D'autre ont pensé que **l'outil manque de hiérarchisation dans l'importance des items**

« Comme ça c'est pas très lisible, tout est écrit pareil genre « même importance » mais en fait tu peux pas tout dire tout le temps...où alors si, mais sur plusieurs consult... quand tu l'as revoies à 6 mois par exemple... mais alors pareil faudrait trier entre « trucs urgents » et « trucs à aborder plus tard »... » (EMG 5)

L'utilisation de l'outil est difficile à cerner, avec notamment plusieurs internes qui ont voulu l'utiliser pendant la consultation ou qui n'ont pas compris l'intérêt des colonnes d'évaluation.

« EMG : [...] au début je pensais vraiment que c'était plus un truc pendant la consultation donc j'aurais dû plus la lire, en fait pour m'en imprégner et comme ça il n'y a pas besoin de l'avoir pendant quoi. [...]

EG : D'accord oui, tu aurais fait différemment si tu avais su quoi...

EMG : Oui c'est sûr. » (EMG 4)

« Par contre, ça là c'est, les cases[me montre les colonnes d'évaluation], du coup c'était destiné à quoi? Parce que on en a parlé... » (EMG 9)

Certains EMG regrettent que **l'outil permette de former l'EMG sur le contenu de la consultation mais pas sur la communication**

« EG : Cet outil t'a apporté quelque chose pour le "savoir être" comme tu dis ?

EMG : Bah... euh non, plutôt sur ce qu'il faut dire, mais j'ai pas trouvé que ça m'aidait à savoir comment parler, à quel moment en parler...où regarder, quoi faire avec mes mains quand je parle (rires)... » (EMG 3)

« Au final moi j'ai trouvé que ça donne les infos et la trame mais je ne trouve pas que ça aide à « communiquer » vraiment quoi... » (EMG 5)

Deux internes font remarquer que **les colonnes d'évaluations ne sont pas adaptées**

« J'ai pas trop fait le "non fait, difficultés, quelques difficultés, maîtrise"[...]c'est que j'avais eu du mal à savoir si c'était des difficultés, si maîtrise ou pas... donc

je l'ai fait ou je ne l'ai pas fait. [...] Est-ce que ça été fait, ou fait partiellement quoi, ce n'était pas "difficultés" parce qu'aborder...

OC: En fait tu trouvais que ça ne rentrait pas trop dans les colonnes.

EMG: Ouais, c'est ça, moi en fait j'aurais plutôt mis "non fait, fait partiellement ou fait". » (EMG 10)

III-2.4 La bibliographie

La bibliographie fait partie intégrante de l'outil de formation puisqu'elle reprend le contenu théorique de ce type de consultation. L'objectif de cette partie est de déterminer si elle remplit correctement son rôle auprès des EMG qui ont pu tester l'outil.

III-2.4.1 La plupart des EMG ne l'ont pas utilisé.

Les motifs de non lecture avancés par les EMG sont :

- L'EMG n'a pas pris le temps de lire la bibliographie

« EMG: Non je n'ai pas regardé.

OC: D'accord.

EMG: Je n'ai pas pris le temps en fait. [Rires] » (EMG 12)

- L'EMG ne regarde jamais la bibliographie d'un outil ou d'un article

« euh ... non pas du tout... enfin... en fait je ne regarde jamais les biblio moi... j'y comprends rien... non j'ai pas du tout regardé... » (EMG 4)

- L'EMG n'a pas pensé que la bibliographie pouvait être intéressante

« EG : C'est que cette biblio en fait elle était censée servir de ressource pour que les internes aient une liste des sites intéressants à aller voir.

EMG : ah d'accord.... Bah j'ai pas pensé à ça ... » (EMG 4)

- Le format bibliographique n'est pas attirant pour l'EMG

« là ça ne donne pas trop envie d'aller voir vraiment... » (EMG 1)

III-2.4.2 Quelques EMG ont utilisé la bibliographie

Les EMG qui ont utilisés la bibliographie l'ont fait pour y **trouver des ressources-patients** et **des ressources de formations pour eux.**

« J'ai surtout été voir pour les brochures d'informations et sur les sites à donner aux patientes. J'ai été voir parce que moi j'utilise déjà une appli et j'ai des sites aussi que j'utilise, donc je voulais voir si y avait d'autres trucs. » (EMG 1)

« Soit pour les montrer, soit pour nous pour revoir les trucs, je pense que c'est toujours euh... c'est bien! » (EMG 11)

Un EMG a utilisé la bibliographie **pour faire une trace d'apprentissage**

« Au début j'ai regardé surtout parce que je voulais faire une trace et j'ai regardé les références qui étaient présentes. Mais après je ne sais plus quel site j'ai vu qui était dans la biblio et quel site j'ai trouvé tout seul mais en tout cas j'ai ... il y a beaucoup de choses qui m'ont servies pour ma trace. » (EMG 2)

III-2.5 Type d'utilisation la plus adaptée pour la formation des EMG

Ce chapitre recueille les avis des EMG interrogés sur l'utilisation idéale qu'ils verraient à cet outil. Pour les EMG qui ont pu expérimenter la grille, nous avons recueilli leurs avis sur l'utilisation qu'ils en ont fait et celle qu'ils recommanderaient. Pour les EMG qui n'avaient pas eu l'occasion de tester l'outil en stage, nous leur avons demandé de se projeter dans ce qu'ils auraient jugé utile de faire avec l'outil pédagogique.

Les propositions qui reviennent le plus souvent sont :

- Lire la grille avant pour préparer la consultation

« Au début je pensais vraiment que c'était plus un truc pendant la consultation donc j'aurais dû plus la lire, en fait pour m'en imprégner et comme ça y a pas besoin de l'avoir pendant quoi. Déjà si tu l'as lu avant tu sais les trucs qu'il ne faut pas oublier. Il faut vraiment se poser et se dire "ah oui c'est vrai ça je ne le demande pas d'habitude il faut que j'y pense" ... » (EMG 4)

- S'auto évaluer avec la grille après la consultation

« Moi j'aime beaucoup l'utiliser après les consultations pour savoir ce que j'ai réussi à me rappeler seul et ce que j'ai oublié ... » (EMG 2)

- Utiliser la grille en debriefing avec le MSU

« Je pense qu'on essaierait, enfin c'est ce qu'on s'était dit qu'on ferait si on avait eu l'occasion, de faire au moins le debrief » (EMG 1)

Les autres propositions d'utilisation faites par certains EMG interrogés sont :

- Après quelques utilisations, **ne pas le relire avant mais ne l'utiliser qu'en autoévaluation**

« Je ne m'en servais pas pendant ou avant parce que j'essaierais de voir justement ce que j'ai retenu puisque je l'ai déjà lu. Et puis par rapport à ce que je fais actuellement, pouvoir se rendre compte des lacunes sans avoir tout bien vérifié avant. Pour voir ce que j'oublie de faire sans avoir relu le truc avant. » (EMG 1)

- **En utilisation ponctuelle**

« Je pense que c'est pas un truc à faire à chaque fois, mais c'est vrai que de temps en temps... » (EMG 1)

- **A lire la première fois avec le MSU :**

« En fait il faut vraiment.... Limite que le MSU se pose pour lire la grille une première fois avec l'interne parce que sinon y en a pas la moitié qui vont prendre le temps, enfin qui vont se dire en arrivant chez eux « Tiens il faut que je lise la grille... » » (EMG 2)

- **L'EMG pourrait utiliser l'outil pour suivre une consultation de son MSU**

« Mais c'est vrai qu'on c'était dit qu'on pourrait faire ça avec la grille, que moi je l'évalue, mais on n'a pas eu l'occasion après... » (EMG 1)

L'utilisation en hétéro évaluation est très discutée. Un EMG trouverait peut-être **intéressant d'organiser une hétéro évaluation** avec le MSU en supervision directe.

« Enfin ça pourrait même servir en supervision directe finalement. » (EMG 1)

Mais beaucoup pensent **que l'hétéro évaluation n'est pas adaptée pour utiliser cet outil**, soit par crainte que cela interfère dans la relation médecin-patient, soit parce que l'hétéro évaluation serait difficilement organisable

« Après par contre pendant la consult non, et même pour d'autres consult, on en a pas fait beaucoup... disons que ça aide pas à être naturel quoi, ça fait un peu

interro (rire). [...]ce n'est pas le truc que je préfère... [...], on va se forcer à ce dire "est ce que j'ai rien oublié ? " [...] ça risque de faire plus interrogatoire pour le patient ...et puis moi, je sais que j'aurais oublié la moitié des trucs juste parce que ça m'aurait bloqué...Je ne sais pas...Ou alors faut être habitué pour arriver à se détacher... » (EMG 3)

« Après pourquoi pas l'utiliser pendant mais quand on est autonome on n'a pas forcément l'occasion d'avoir le maître de stage à côté. Et puis déjà qu'on n'a pas beaucoup de consult comme ça, faut vraiment que ça tombe pile le jour où on est là, avec le MSU à côté. Et pour faire ça, finalement, faut savoir le motif de consult avant et en fait la contraception ça vient souvent à la fin d'une consult pour autre chose ! On ne voit pas forcément le truc venir ! (Rire). » (EMG2)

III-2.6 Réutilisation projetée par les EMG interrogés

Nous avons regroupé dans ce paragraphe ce que les EMG interrogés ont répondu lorsqu'on leur a demandé s'ils pensent réutiliser l'outil à l'avenir, donc après l'avoir expérimenté pendant un semestre.

Certains EMG pensent **relire la grille avant les consultations**, d'autres au contraire choisiront de **ne pas relire l'outil avant afin de tester leurs connaissances**

« Si je sais que je vais voir une ado pour ça je pense que je la relierai vite fait avant pour me remettre les trucs en tête. » (EMG 4)

« Comme je t'ai dit, moi j'aime beaucoup l'utiliser après les consultations pour savoir ce que j'ai réussi à me rappeler seul et ce que j'ai oublié ... pour essayer d'améliorer pour la consultation d'après ...donc je pense que je la reprendrai dès que j'aurai l'occasion ... pour débriefer avec moi-même ! » (EMG 2)

La plupart des EMG envisagent **réutiliser l'outil en auto évaluation**

« Je pense que ça peut être intéressant, notamment en consultation en SASPAS après. Si effectivement j'ai ce genre de consultation à faire ça me permettra après de refaire le point » (EMG 12)

Un EMG pensent **garder la grille pour la proposer à d'autres étudiants**.

« Par contre je me dis dans très très longtemps si je prends des externes ou un

truc comme ça, bah ouais ça peut être une base [...]pour travailler avec d'autres gens ouais. » (EMG 13)

Certains émettent quand même quelques réserves sur la réutilisation de l'outil pédagogique.

Ils sont **hésitants à le réutiliser tel quel et aimeraient qu'il soit amélioré avant.**

« Bah oui oui pourquoi pas, mais ça serait mieux si elle était un peu raccourcie..on va dire, voilà... » (EMG 3)

D'autres aimeraient le réutiliser mais **pensent l'oublier comme beaucoup des outils qu'ils ont déjà** mais dont ils ne se servent pas.

« Si je ne l'ai pas perdue entre temps oui! [Rires] » (EMG 12)

« [...] Enfin après c'est ce que j'aimerais faire mais j'ai plein de trucs bien que je ne ressors jamais, j'y pense pas où je ne les ai pas au moment où j' en ai besoin...Donc au final je ne sais pas on verra... » (EMG 4)

Un EMG **ne réutilisera pas l'outil car il n'adhère pas avec ce type d'outil de formation**

«EG : Toi à l'avenir est ce que tu penses réutiliser ce type d'outil?

EMG: Je ne sais pas trop, je ne pense pas honnêtement parce que j'ai tendance à faire ces... me former après en fait, enfin, et pas forcément sur le modèle bio-psycho-social alors c'est peut-être pas bien! [Rires] » (EMG 9)

Quelques EMG pensent qu'ils n'utiliseront pas longtemps la grille et que **l'outil perdra peut-être vite sont intérêt.**

« OC : Est-ce que tu penses la réutiliser à l'avenir cette grille?

EMG: Hum... Bah je pense que des fois, quand j'ai euh... pff... hum... maintenant là, avec, après le stage je trouve que bah euh ça va mieux donc peut être un petit peu moins. » (EMG 13)

« Un moment je pense que j'aurai fait un petit peu le tour, voilà, à force de le voir. » (EMG 11)

« J'ai peur que ça soit utile 1 fois mais qu'après on ne le réutilise pas forcement. Ou alors il faudrait prendre le temps, prévoir le temps du debrief... c' est que finalement on n'a jamais de gros temps de debrief... » (EMG 1)

III-3. Les ressentis des EMG sur la pertinence de l'outil pédagogique (ANNEXE 4-2)

III-3.1 La plupart des EMG interrogés trouvent cet outil pédagogique pertinent pour leur formation

Certains EMG pensent que **cet outil pédagogique répond à un manque de formation des EMG** en matière de santé sexuelle chez l'adolescent.

« On n'a pas énormément de formation, on n'a pas de support papier j'ai l'impression pour ça, pour la première consultation et prévention, donc du coup c'est pas trop mal » (EMG 7)

« Ça fait un petit peu loin les cours de gynéco, ils ne sont pas spécialement détaillés non plus » (EMG 7)

Plusieurs EMG disent que c'est **un bon appui pour les EMG qui ne se sentent pas à l'aise** avec le sujet

« J'avais fait quelques consult de contraception pendant mon stage d'externat mais en fait c'est ...enfin moi-même je n'en avais jamais fait... j'étais à côté mais en spectateur quoi...Et quand on voit les autres faire ça peut paraître simple mais clairement moi j'appréhendais [...] je dois pas être la seule à être en stress sur ça... donc au moins quand on a un truc pour se préparer et remettre les choses au clair, bah c'est rassurant.... ou quand on est pas à l'aise avec ce qu'il faut dire.... » (EMG 5)

Globalement, la grille leur semble être :

- un bon **support de travail**

« Je trouve que c'est un bon outil [...] enfin, il y a pleins de trucs dedans donc ça permet un peu voilà de, d'être un support de travail » (EMG 13)

- un bon **outil d'évaluation des compétences**

« Ouais ça donne un guide, un support papier autre qui permet de s'évaluer. » (EMG 7)

- un outil qui leur **permet d'être réflexif** sur leur pratique

« Après la consult tu refais le point vite fait genre « ah zut, ça j'oublie toujours, ça j'aurais du le faire et j'y ai pas pensé... »... ça je pense que je le ferai... parce qu'on oublie toujours des trucs et ça permet de pas refaire toujours la même erreur et ... de s'améliorer quoi.... » (EMG 5)

- un outil qui **forme à l'EBM**

« EMG : [...] je parlais directement dans "il existe ça,..."

OC: Ouais, de réciter tout ce qui existe...

EMG: De réciter, et puis "bon vous choisissez quoi?" Et je ne cherchais pas à savoir les à priori, les ressentis, et tout ça. [...] Donc ça m'a permis de plus faire le point là-dessus, ce que je faisais pas du tout avant! » (EMG 10)

III-3.2 Les EMG pointent des freins pour que l'outil pédagogique soit vraiment pertinent dans leur formation.

III-3.2.1 Freins intrinsèques à l'outil

Les freins intrinsèques à l'outil sont des critiques sur la forme de la grille qui pourrait rebuter ou décourager les EMG.

Les principaux freins que nous avons pu retenir des entretiens sont que le format de la grille n'est pas attractif : **la 1ere impression n'est souvent pas bonne** (cf III-1.1.1) et **l'utilisation de la grille n'est pas intuitive** (cf III-1.3).

Les EMG notent également que l'outil **ne forme pas à la communication avec l'adolescent** (cf chapitre III-1.3), que **les colonnes d'évaluation ne semblent pas pertinentes** (cf III-1.3), que **certains items semblent également discutables** (cf III-1.3) dans une consultation de 1ere contraception de l'adolescente.

Certains EMG doutent le l'intérêt de l'outil au long cours et pensent qu'il aura une **place réduite dans leur formation.** (cf III-1.6)

III-3.2.2 Freins extrinsèque à l'outil

Les freins extrinsèques sont en rapport avec les contraintes des stages ambulatoire et aux habitudes de formation des EMG et MSU.

L'avis critique des MSU a pu influencer l'EMG

« Je ne les sentais pas méga méga méga chauds parce que il y avait peut-être un côté un peu euh... qu'ils ressentaient comme encombrant ou pas facile à mettre en place, parce que ça avait l'air d'être "lourd" entre guillemets. » (EMG 13)

« Alors il y a beaucoup de choses où elle m'a dit qu'elle ne les demandait pas forcément... » (EMG 4)

« Finalement dans d'autres stages ou je suis en mere enfant on l'a pas du tout fait non plus, parce que quand elles ont lu le truc elles ont dit « bah c'est trop long » (rires) » (EMG 1)

La position d' « interne » rend certains sujets moins faciles à aborder

« On a trouvé aussi que ça pouvait être un peu intrusif, notamment pour un interne certaines questions, quand on ne connaissait pas la patiente, que c'était une première consultation, euh notamment sur les violences sexuelles, enfin euh en parler euh de manière exhaustive comme ça alors que on, on ne se connaît pas... » (EMG 7)

Le temps de débriefing est limité pendant les journées de stage

« c' est que finalement on n'a jamais de gros temps de debrief... » (EMG 1)

Les EMG ne vont pas prendre le temps de se pencher sur un outil aussi long

« Y en a pas la moitié qui vont prendre le temps, enfin qui vont se dire en arrivant chez eux « Tiens il faut que je lise la grille... » » (EMG 2)

« On se dit qu'on va mettre une heure à la lire alors l'utiliser en consult C'est toujours le problème de « il faut prendre le temps de s'y mettre ». » (EMG 2)

L'utilisation d'outils en hétéro évaluation est mal vécue par les EMG (cf III-1.5)

Il y a peu d'occasion d'utiliser l'outil et les consultations sont difficilement anticipables

« Quand on est autonome on n'a pas forcément l'occasion d'avoir le maître de stage à côté. Et puis déjà qu'on n'a pas beaucoup de consult comme ça, faut vraiment que ça tombe pile le jour où on est là, avec le MSU à côté. Et pour faire ça, finalement, faut savoir le motif de consult avant et en fait la contraception

ça vient souvent à la fin d'une consult pour autre chose ! On ne voit pas forcément le truc venir ! (Rire). » (EMG 2)

III-4. Les suggestions d'amélioration proposées par les EMG interrogés **(ANNEXE 4-3)**

Après avoir recueilli leurs critiques et remarques sur l'outil nous avons interrogé les EMG sur les améliorations qu'ils apporteraient à l'outil pour le rendre plus utilisable ou plus pertinent dans leur formation.

Concernant la grille elle-même, plusieurs EMG pensent qu'il faudrait essayer **de hiérarchiser les idées soit selon leur importance, soit selon leur pertinence dans la consultation initiale ou dans les consultations de suivi.**

« EMG : Mais après faut faire un tri en quelque sorte... euh... faut avoir les trucs qui sont "obligatoires" et les trucs un peu plus spécifiques qu'on ne va pas forcément utiliser à chaque consult mais qu'il faut avoir dans un coin de la tête. Là le problème, c'est que tout est mis pareil... Donc moi j'ai surligné en rose les trucs "+++", comme ... (feuillette l'outil) les IST, vérifier la compréhension ... les oublis.... En orange les trucs à dire en gros si on a le temps, les trucs intéressants parfois genre "le mal être", "ses croyances"... C'est vrai que c'est intéressant mais pas vraiment hyper obligatoire. Et puis en jaune les trucs que je pense il faut faire très rarement on va dire ... genre "la religion" ça c'est le truc si on a une femme voilée on va peut-être creuser le sujet mais une ado en jean basket qui mâche son chewing gum bah...(rire).

EG : Donc toi tu as amélioré la grille en faisant ressortir selon l'importance ?

EMG : Oui voilà. En gros d'un côté les trucs, si tu n'en parles pas t'as pas fait ton travail et les trucs un peu moins [...] Faut donner les priorités quoi...»

(EMG 4)

« Peut-être essayer de l'améliorer [...] en fractionnant. En disant "première consultation, abordez plutôt ces thèmes-là, deuxième consultation, abordez plutôt ces thèmes-là". [...] Pour guider un petit peu sur comment gérer la prise en charge de la contraception, qui de toutes façons ne sera pas faite sur une seule consultation, on va la revoir plusieurs fois...[...] On peut fractionner au début en disant "bon je te la prescris pour trois mois, six mois, on se revoit à tel moment". Peut-être dire "bon bah là on ne va pas, enfin on ne va pas faire

d'examen gynéco, je t'expliquerais la prochaine fois comment ça se passe". »

(EMG 10)

Un EMG propose qu'il y ait **dans la grille des espaces pour que chacun puisse y inscrire ses propres notes.**

« Avec une partie libre [...]chaque praticien ou interne puisse compléter [...] avec les choses qu'il a tendance à oublier.[me montre une question ou un item et voudrait un espace en dessous pour pouvoir y noter ses propres remarques en rapport avec l'item, son propre développement] » (EMG 12)

Un EMG a proposé une idée pour **adapter les colonnes d'évaluation**

« Je n'ai pas trop fait le "non fait, difficultés, quelques difficultés, maîtrise" [...] c'est que j'avais eu du mal à savoir si c'était des difficultés, si maîtrise ou pas... [...] moi en fait j'aurais plutôt mis "non fait, fait partiellement ou fait". » (EMG 10)

Pour rendre l'outils plus attractif pour les EMG et plus utilisable en pratique, voici leurs suggestions :

Plusieurs EMG proposent d'en **faire une version plus synthétique** qui serait utilisable pendant la consultation

« Je pense que je ferais quelque chose de plus synthétique, qui logerait sur une feuille A4, comme une feuille de route, mais du coup qui permettrait de voir en un coup d'œil en consultation ce que j'ai pas abordé, dans un format un peu plus pratique. Pour tout ce qui est technique finalement. » (EMG 1)

« EMG : Après je pense que tu peux même faire pour "avant", il faudrait que ça tienne sur une feuille A4 quoi. Il faudrait que ce soit vraiment des points, des points importants un peu comme les fiches qu'on fait à l'ECN.

OC: D'accord, ouais... une petite synthèse?

EMG: Ouais. Moi c'est ce qui m'aide le plus dans ma façon de bosser en tout cas. » (EMG 9)

Voire **faire 2 formats qui seraient complémentaires** pour ne pas perdre l'intérêt de l'outil très exhaustif mais avoir à coté une version à utiliser en consultation

« Il faudrait peut-être quelque chose de plus allégé pour la consultation en se disant "ça c'est ok, ça c'est ok je l'ai fait", et après effectivement, à posteriori de la consultation, reprendre la grille plus en détail pour voir si on n'a pas oublié des choses un peu plus importantes. » (EMG 6)

Certain aimeraient avoir une **version informatique**

« EMG : Peut-être qu'il faudrait un truc un peu plus interactif, parce que là je lis cinq pages et je ne retiens clairement rien, franchement... [rires]

OC: D'accord, "interactif" qu'est-ce que tu veux dire par là?

EMG: Euh je sais pas trop, peut être informatisé avec, un peu comme un site internet...[...] avec des catégories, des choses un peu plus ergonomiques avec [...] les trucs qu'on oublie tout le temps [...]

OC: Ouais faire un truc informatique où on clique et ça déroule au fur et à mesure ?

EMG: Ouais éventuellement.» (EMG 9)

« Sinon c'est vrai que, au niveau de l'ergonomie, en même temps, mis à part faire une application [...] ça pourrait être une idée à la limite, faire une application, » (EMG 11)

Un EMG proposait également **d'associer à l'outil, une formation sur la communication avec les adolescents :**

« Je pensais à un moment que le top ce serait [...]avoir ça (montre la grille) et puis peut être une formation complémentaire pour la communication... parce que [...]au final moi j'ai trouvé que ça donne les infos et la trame mais je ne trouve pas que ça aide à « communiquer » vraiment quoi [...] les mots, la façon de parler avec un ado, est ce qu'il faut être décontract' [...]. Ça nous fait un peu râler... mais faire des consult' test entre internes pour se tester avant d'être vraiment devant les patients.... Je sais pas trop... ou peut être juste une formation sur communication et ados.... en gros savoir comment faire parler un ado mutique (rire), comment détendre l'atmosphère... les petites astuces quoi... » (EMG 5)

Un EMG pense qu'un **questionnaire de préconsultation** permettrait de mieux s'adapter aux besoins de la patiente :

« Un petit tableau pour la patiente en fait, qu'on pourrait laisser en salle d'attente. [...] la patiente pourrait voir par exemple "qu'est-ce que vous connaissez de la contraception? Quelles sont vos craintes?"

OC: Faire un petit questionnaire?

EMG: Qu'elle ait déjà en fait, qu'elle ait déjà les questions qui soient préposées.

OC: Un petit questionnaire pré-consultation?

EMG: Ouais voilà, et en fait qu'elle pourrait regarder en fait, même si c'est que dans la salle d'attente quand elle arrive, mais comme ça elle pourrait... [...]y réfléchir dans sa tête et se dire "bah oui moi je connais ça, mais en fait c'est vrai que je ne veux pas trop la pilule parce que j'ai peur de ça... qu'est-ce qui existe?".» (EMG 10)

III-5. Autres idées d'utilisation de ce type d'outil pédagogique (ANNEXE 4-3)

Nous avons demandé à quelques EMG s'ils avaient d'autres idées pour utiliser cet outil ou bien d'autres sujets pour lesquels un outil pédagogique comme celui-ci pourrait être utile à leur formation.

La première idée qui ressort est que **cet outil peut être utilisé pour n'importe quelle consultation de contraception.**

«Je pense que ça peut s'appliquer un peu à toutes les consultations où on parle de contraception avec des femmes et quel que soit leur âge. » (EMG 12)

Un EMG pense qu'il peut servir **pour toutes les consultations de gynécologie**

« OC: Donc des consultations de gynéco...

EMG: Ouais ça peut être un support oui parce qu'il y a des questions qui ne sont pas spécialement axées que contraception pure et dure quoi... Il y a aussi justement avec la prévention du bien être dans la vie avec les scarifications, l'insomnie... En élargissant de ce côté-là ça fait, on peut faire d'autres choses. » (EMG 7)

Un EMG pense que ce type d'outil peut être adapté pour **les consultations type « entretien motivationnel » par exemple en tabacologie** ou encore pour toutes **les consultations avec les adolescents**

« Mais des motifs de consultations particuliers qu'on rencontre fréquemment, [...] ça s'adapte notamment chez l'adolescent ou pour le tabac, ou ce genre de choses. L'entretien motivationnel je pense que ça pourrait ouais.

OC: D'accord. En prenant la trame de la, de cet outil? Ou comment tu la réutiliserais?

EMG: Bah oui, en mentionnant un peu quels sont les éléments qui faut mettre en avant, puisque là tu parles de contexte familial par exemple [...], de la connaissance sur les contraceptions, de l'école, de choses qui sont à mettre en avant et ça peut être intéressant pour le tabac, pour d'autres choses quoi, conseiller le Fagerström, voir qu'est ce qui a fait le patient ait commencé à fumer, euh qu'est ce qui fait qu'il continu à fumer, ce genre de choses.

OC: Hum d'accord.

EMG: Parce qu'il y a des temps de consultation à mettre en avant, pas forcément les mêmes. » (EMG 9)

IV – DISCUSSION

IV-1. Les principaux résultats à retenir

La première impression des EMG sur cet outil pédagogique est contrastée : ils trouvent l'outil long, avec un trop grand nombre de pages et une présentation trop compacte qui risque de décourager et qui semble, à première vue, impossible à utiliser en consultation. La plupart n'ont d'ailleurs pas pris le temps de lire l'outil tout de suite et ce n'est qu'après nos relances qu'ils se sont penchés dessus. Certains ont tout de même eu un premier ressenti positif : l'impression d'un outil complet riche en informations et bien organisé.

La plupart des EMG interrogés ont étudié l'outil pédagogique avant leurs consultations ou l'ont utilisé après, pour s'auto-évaluer ou débriefer avec leurs MSU. C'est d'ailleurs comme ça que la plupart pensent le réutiliser à l'avenir. Quelques-uns l'ont utilisé pendant la consultation comme « mémo » mais jugent l'outil non adapté à cette utilisation. Aucun ne l'a testé en hétéroévaluation, et peu semblent emballés par cette solution pédagogique.

Après étude et utilisation de l'outil, l'avis global est plus positif. Les principaux avantages qu'y voient les EMG sont que l'outil permet d'être exhaustif sur les sujets à aborder, qu'il permet de mieux structurer la consultation, d'aborder plus sereinement les consultations, d'avoir une attitude réflexive sur la pratique, de penser aux éléments psycho sociaux souvent oubliés et aux cotations spécifiques. Les inconvénients relevés par les EMG interrogés sont la longueur de l'outil qui rend son utilisation chronophage, le manque de hiérarchisation des items. Certains items ne leur semblent pas pertinents pour une consultation de 1^{ere} contraception avec une adolescente et les colonnes d'évaluation ne sont pas adaptées à la pratique. S'ils portent beaucoup d'intérêt à l'outil, ils pensent qu'il forme au contenu mais pas à la communication avec l'adolescent. Son utilisation lors du stage-test a montré que son utilisation est difficile à cerner. La bibliographie n'a pas été utilisée par la plupart des EMG, alors qu'elle fait partie intégrante de l'outil pédagogique : ils n'ont pas pensé qu'elle serait utile, n'ont pas l'habitude d'y prêter attention ou n'ont pas été attirés par sa présentation.

Concernant la pertinence de cet outil dans leur formation en stage : ils pensent que cet outil répond à un manque de formation sur le sujet. Ce serait, d'après eux, un bon support de travail, notamment pour les EMG qui se sentent en difficulté sur ce type de consultation. Il permettrait l'évaluation des compétences, l'approche EBM et la réflexivité. Les freins qu'ils voient au développement de cet outil en stage sont le manque de temps, les occasions trop rares de

l'utiliser, le contenu discutable (items et colonnes d'évaluation), l'avis critique des MSU sur ce type d'outil, l'aversion des EMG pour l'hétéro évaluation. A cause de tout cela, ils pensent que l'outil risque d'être vite dépassé dans leur formation, ou d'être oublié par les EMG et les MSU.

Pour améliorer l'outil, les EMG proposent de réévaluer et de mieux hiérarchiser le contenu, d'adapter les colonnes d'évaluation, de laisser des espaces pour que l'EMG puisse y inscrire ces propres notes et remarques. Sur le format, certains EMG proposent d'y associer une version plus synthétique qui pourrait être utilisé comme mémo en consultation, voire de faire une version informatique plus adaptée à la pratique actuelle. Un EMG évoque la possibilité d'y associer une formation complémentaire en présentiel pour travailler le côté communication avec l'adolescent.

Tous ces constats et remarques vont être analysés et interprétés dans notre discussion au chapitre IV-3.

IV-2. Forces et faiblesses de notre travail

IV-2.1. Le choix du sujet d'étude

Cette étude participe au processus de validation d'un outil pédagogique. Le contenu a été validé par un comité d'experts, il est indispensable que la population cible puisse le tester, le commenter, le critiquer. Cela aboutira à une remise en question, à des pistes de d'amélioration puis à un perfectionnement de l'outil. Notre travail est donc une étape indispensable avant de pouvoir inscrire définitivement cet outil dans le paysage pédagogique.

IV-2.2. Le choix de la méthode qualitative

Les méthodes d'analyses traditionnelles (épidémiologique, statistiques...) peuvent quantifier une problématique, mais ne sont pas en mesure de l'expliquer. Quantifier un problème ne suffit pas à le résoudre (23). Nous aurions pu ici quantifier le nombre d'utilisations de la grille, le nombre d'EMG qui se seraient sentis plus à l'aise après utilisation de l'outil pédagogique... Nous aurions fait un constat mais cela n'aurait pas permis de comprendre les difficultés pour réfléchir aux solutions. L'utilisation d'une méthode qualitative est donc adaptée à notre objectif d'étude puisqu'elle nous permet d'appréhender la complexité des comportements, de recueillir la subjectivité, les ressentis. (23)

IV-2.3. Le recrutement de l'échantillon

Même si en recherche qualitative l'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population, il doit cependant s'appliquer à obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu, une caractéristique ou une expérience particulière à analyser. Cela nécessite d'inclure autant que possible les individus porteurs des critères pouvant affecter la variabilité des comportements. Les échantillons « de convenance » sont à éviter. (23) Nous avons choisi de sélectionner un échantillon d'EMG en stage avec des MSU ayant une forte activité gynéco-pédiatrique. Nous avons fait ce choix car les consultations de contraception avec des adolescentes ne sont pas des consultations fréquentes. En sélectionnant cette population, nous augmentons les chances que les EMG interrogés aient pu mener plusieurs consultations en utilisant l'outil pédagogique.

Le mode de recueil de l'échantillon a probablement créé un biais de volontariat dont il sera important de tenir compte lors de la généralisation de nos résultats. Les MSU invités à participer ont probablement une sensibilité particulière sur le sujet et un intérêt plus important à développer un arsenal pédagogique dans ce domaine.

Cependant, après analyse des caractéristiques de l'échantillon, nous notons que les activités gynéco-pédiatriques des MSU réellement ressenties par les EMG sont finalement variées (cf Tableau 1)

IV-2.4 L'adaptation de l'outil pédagogique

Le travail de thèse de Mme Ludivine MAGNAT a abouti à un outil pédagogique portant sur les consultations de contraception en général. Afin d'étudier cet outil pour les consultations de 1^{ère} contraception de l'adolescente, nous avons dû retravailler l'outil en choisissant de retirer les items qui ne nous semblaient pas pertinents chez l'adolescente. Cette modification a été discutée entre Mme Ophélie Cadieu, Mme le Dr Valérie VICTOR-CHAPLET, notre directrice de thèse et moi-même. Les changements effectués n'ont pas été soumis à l'approbation du groupe d'experts qui avait validé l'outil princeps et ce pour une raison de temps limité pour la réalisation de ce travail. Cette notion devra être prise en compte dans l'analyse des critiques sur la pertinence de certains items de l'outil.

Les items retirés de l'outil initial sont ceux concernant les femmes plus âgées ou prenant déjà une contraception (les précédentes expériences de contraception, le suivi mammographique et frottis, les détails de l'examen gynécologique sous spéculum, les symptômes pré ménopause).

Nous avons également choisi de rajouter les items concernant le dépistage du mal être par le BITS Test, celui s'intéressant au mode de vie de l'adolescentes et celui qui préconise la recherche de conduites à risque. Le dépistage du mal être par l'utilisation du BITS test (actualisant le TSTS Cafard), l'évaluation du contexte social (mode de vie, loisir, rapports familiaux...) et le dépistage des conduites à risque sont des points essentiels que l'HAS recommande dans toutes les consultations avec les adolescents (24, 25). Un article traitant de l'approche des adolescents en médecine générale (16) rapporte que les principales qualités attendues du médecin généraliste par les adolescents sont d'être « juste » et « fiable », c'est-à-dire de leur garantir le secret, de ne pas les juger, et de savoir poser les bonnes questions. Les adolescents ayant des conduites à risque consultent plus leur médecin que les autres, mais souvent pour des motifs physiques que le médecin doit interpréter pour ouvrir le dialogue sur le psychologique. Ces symptômes inquiètent l'adolescent car il n'arrive pas à les décrypter, il peut craindre une maladie grave par exemple. Mettre des mots et une explication sur un symptôme est la première demande de l'adolescent, plus qu'une ordonnance. Le mal être doit donc faire l'objet d'un repérage discret. Le test BITS consiste, au fil de la consultation, à s'intéresser au sommeil, à l'usage du tabac, puis à l'ambiance à l'école et à la maison. Il nous paraissait indispensable de réintégrer cet item pour encourager les EMG à mettre en pratique ce repérage simple et peu intrusif.

Parler du consentement au rapports intimes semblait également essentiel. C'est un sujet rarement abordé auprès des adolescentes alors qu'en 2016, 5,1% des femmes entre 18 et 19 ans déclaraient avoir connus des rapports forcés (5).

Ces modifications semblent donc légitimes dans la consultation de contraception de l'adolescente. Il faudrait cependant discuter de leur intérêt dans la première consultation.

IV-2.5. La réalisation des entretiens

La validité des résultats d'une étude qualitative est accrue par la standardisation des questionnaires et par la triangulation (23) Les entretiens de notre étude ont été réalisés par deux intervieweuses, avec deux méthodes de recueil (soit en face-à-face, soit par téléphone). Le guide d'entretien (ANNEXE 3) avait été décidé en amont, permettant une certaine reproductibilité.

Les intervieweuses étaient Ophélie CADIEU, qui étudie le point de vue des MSU sur le sujet, et moi-même. Chacune de nous réalisait des entretiens semi-dirigés pour la première fois et nous abordions ce travail de thèse avec nos expériences récentes d'EMG. Même si nous avions la volonté de rester le plus neutre possible lors de la réalisation des entretiens, nos opinions

personnelles peuvent, malgré nous, avoir influencé les EMG par nos questions, nos remarques, ou nos intonations. C'est un biais d'investigation difficilement maîtrisable.

Concernant le guide d'entretien (ANNEXE 3), il est important de noter que la première question n'a pas été exploitée. L'analyse des données a en effet montré qu'elle ne répondait à aucun des objectifs de notre étude. Nous avons choisi de la laisser dans le guide d'entretien puisqu'elle paraissait être intéressante pour débiter l'entretien en mettant à l'aise les EMG.

IV-2.6. L'analyse des données

Afin de réduire le biais d'interprétation dans l'analyse des propos recueillis, nous avons réalisé une nouvelle triangulation lors de l'analyse sémantique des deux premiers entretiens. Tout cela a permis d'augmenter la validité interne de notre étude en diminuant la subjectivité.

L'analyse des données n'a été faite qu'après réalisation de tous les entretiens. L'analyse doit idéalement se faire au fur-et-à-mesure des entretiens afin d'adapter le guide d'entretien. Mais le recueil ne pouvant se faire que sur un mois, nous avons choisi cette option pour des raisons organisationnelles. Nous regrettons de n'avoir pu adapter nos entretiens, nos relances et nos formulations, ce qui aurait probablement améliorer la qualité de nos résultats...

IV-3. A propos de nos résultats

IV-3.1. Préambule

Les résultats que nous avons présentés sont le reflet du ressenti des EMG sur la pertinence et l'utilisation de l'outil pédagogique en stage. L'analyse de leur propos devra être pondérée par le faible nombre d'utilisations réelles. En effet, l'outil n'a été utilisé en moyenne qu'1,3 fois. 4 EMG sur 13 ne l'ont pas testé, leur avis n'est donc qu'une projection de ce qu'ils auraient fait ou ressenti. Cependant, leurs propos permettent d'explorer les à priori qu'un EMG pourrait avoir après lecture de l'outil, avant même de l'avoir utilisé. Cette notion est intéressante car le premier contact conditionne l'utilisation ultérieure. Plusieurs EMG qui ont utilisé l'outil avouent d'ailleurs l'avoir fait après nos relances, ils l'avaient mis de côté lorsqu'ils l'ont reçu. En dehors de notre travail de thèse, le nombre d'EMG qui aurait utilisés l'outil aurait probablement été moindre.

IV-3.2. Le support pédagogique doit être amélioré

La première impression est décisive. Si l'EMG n'est pas séduit par l'outil à première vue, il ne l'utilisera pas pour sa formation. Ce ressenti s'appuiera en grande partie sur l'aspect global de l'outil et sur l'idée qu'il réponde à une nécessité de formation. Et ce n'est apparemment pas le point fort de l'outil actuellement.

« L'outil est long », « ne tiendra jamais en une consultation », « il y a trop de pages » ... Les EMG semblent déçus par cet outil, peut-être s'attendaient-ils à autre chose ?

Cette déception peut s'expliquer en partie par les messages envoyés pour recruter les EMG. Le processus de recrutement implique une certaine séduction. Le nombre d'EMG disponibles pour l'étude était limité par le nombre de MSU ayant accepté de participer. Nous devons donc convaincre un maximum d'EMG de participer et, dans ce but, nous avons peut-être avancé des arguments subjectifs qui ont laissé entrevoir aux EMG un outil simple, court, qu'ils auraient à côté d'eux pendant la consultation, qui ne nécessiterait pas de préparation et ne prendrait pas de temps.

Sur la forme, après l'avoir expérimenté, la longueur reste la première critique des EMG. Cependant, ils s'accordent aussi sur l'importance qu'il soit exhaustif pour qu'ils puissent y trouver la réponse aux différentes interrogations qu'ils pourraient se poser, que se soit sur la structuration, sur le contenu, sur l'abord du psycho-social souvent oublié, sur les cotations spécifiques. Ce n'est donc pas un paramètre sur lequel l'amélioration est possible.

Ils critiquent également une présentation trop compacte qui ne leur a pas donné envie de lire la grille tout de suite. Il est vrai que nous n'avons fait aucun travail sur le design global de l'outil et ce sera une amélioration simple à faire pour rendre le premier coup d'œil plus agréable.

Une remarque importante concerne la hiérarchisation des items. En effet, si les EMG apprécient l'exhaustivité des thèmes abordés, beaucoup pensent que qu'il faudrait hiérarchiser les items afin de différencier les items indispensables à aborder, ceux en second plan, voire ceux à reporter aux consultations de suivi. Ce tri permettrait en effet une meilleure lisibilité de l'outil et répondrait aux difficultés de gestion du temps de consultation que rapportent les EMG (17). Certains ont aussi proposé de faire 2 versions : celle exhaustive que nous leur avons présenté et une version plus synthétique, peut être utilisable en consultation comme un « mémo », mais qui par définition ne serait plus un outil pédagogique. Résumer ce qui doit être abordé dans une telle consultation sur une feuille A4 paraît impossible si l'on veut explorer les champs bio-

psycho-sociaux. Le mémo de consultation pourrait peut-être simplement se résumer aux 6 étapes de la méthode BERGER (cf ANNEXE 1).

La bibliographie devait faire partie intégrante de l'outil de formation puisqu'elle apportait des références de formation, des liens vers de la documentation à remettre aux patientes. Peu d'EMG l'ont utilisée. Ils n'ont pas pensé qu'elle pouvait être une bonne source d'information, n'ont pas pris le temps de la regarder ou n'ont pas l'habitude de s'y référer. Il faudrait différencier les liens bibliographiques obligatoires lorsque l'on cite une référence, et les liens pédagogiques que l'EMG doit accueillir comme une base de données complétant l'outil. La présentation d'un encadré mettant en avant et mentionnant clairement l'intérêt de la ressource serait peut-être intéressant.

Le support de formation doit être en adéquation avec le public ciblé (26). Les EMG en stage ambulatoire naviguent entre 2 et 3 lieux de stage par semaine. Le support papier semble donc très discutable. C'est ce qu'a exprimé l'EMG 12 lorsqu'on lui a demandé s'il réutiliserait l'outil plus tard : « *Si je ne l'ai pas perdue entre temps oui! [Rires]* ». Il faudrait donc un format transportable, facilement accessible, impossible à égarer dans la montagne de papiers de l'EMG en stage. Pour cela les EMG pensent qu'une version informatique voire une application seraient intéressantes à développer sur le modèle d'applications comme Gestaclic, Antibioclac....

Sur le fond, les EMG semblent être satisfaits de cet outil qui balaye le sujet de façon exhaustive, qui permet de mieux structurer la consultation, et offre un support de facilitant le debriefing ou l'auto évaluation. Ceux qui avaient exprimé une appréhension à aborder ce type de consultation pensent que la grille les a aidés à accueillir plus sereinement les adolescentes. Ainsi l'outil rempli son objectif de formation basée sur l'EBM et la réflexivité.

Cependant certains items ne leur semblent pas adaptés à la consultation de 1ere contraception de l'adolescente. Les items ainsi cités sont ceux concernant le dépistage du mal être et des violences chez l'adolescent, l'exploration des croyances, des représentations et du niveau socioéconomique...L'outil tel qu'il a été créé n'était pas uniquement destiné aux consultations des adolescentes, mais à toutes les consultations de contraception. Le choix des modifications ayant été fait par nous-même, ils peuvent être discutables et certains items ont peut-être été enlevés ou laissés à tort. L'idéal aurait donc été de soumettre de nouveau la grille à un groupe d'experts afin d'arriver à un consensus fiable sur la consultation de première contraception de l'adolescente.

Certains EMG font remarquer que les colonnes d'évaluation ne sont pas pertinentes. Elles n'existaient pas sur la grille créée par Ludivine MAGNAT dans sa thèse. Nous avons choisi de reprendre les colonnes d'évaluation de la grille de Calgary-Cambridge proposée dans les ressources de médecine générale de la plateforme pédagogique « ENT » de l'université de Poitiers. Nous avons soumis ce choix à notre directrice de thèse et à la responsable des stages femmes-enfants du DMG. Elles avaient proposé de simplifier en enlevant les colonnes « difficultés certaines » et « pratique facile ». Les EMG qui en parlent pensent qu'il est difficile de se retrouver dans ces colonnes. Plusieurs autres modèles d'évaluation sont retrouvés sur les grilles de Calgary-Cambridge : le Collège des Enseignants de Médecin Générale du Nord Pas de Calais propose une version simplifiée avec comme colonnes d'évaluation : « fait » « fait de manière incomplète » « non fait » (27) ce qui semblerait concorder avec les propositions d'améliorations des EMG.

Enfin, les EMG regrettent que la grille ne forme que sur le fond et pas sur la manière de communiquer avec les adolescentes. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre suivant.

IV-3.3. Du support d'apprentissage à l'outil pédagogique

Les critiques faites par les EMG sur cet outil laissent transparaître un écueil dans la formation pratique faite en stage.

La grille telle qu'elle leur a été remise n'est qu'un support d'apprentissage. Si elle est étudiée de façon passive, on peut en extraire des données scientifiques isolées, sans pour autant en être plus compétent. Elle doit s'inscrire dans une activité d'apprentissage entre un enseignant et un apprenant, sinon elle ne reste qu'un support. C'est ainsi qu'elle deviendra un outil pédagogique permettant d'acquérir les compétences requises pour l'exercice de la médecine générale. (26)

Ce principe ne semble ne pas avoir fonctionné lors de la mise en pratique de l'outil par nos duos MSU-EMG. Lorsque l'on analyse les critiques faites sur certains items : Est-ce que l'intérêt de l'item concernant la violence est d'en parler à chaque consultation ? N'est-il pas plutôt d'amener la discussion entre MSU et EMG sur les situations de vulnérabilité, sur les signes évocateurs et sur la manière d'aborder les choses quand ce sera nécessaire ? Lorsque les EMG reprochent que l'outil forme sur le contenu de la consultation mais pas sur la communication avec l'adolescent : n'est-ce pas l'interaction pédagogique entre MSU et EMG qui devrait remplir ce rôle si l'EMG se sent en difficulté, avec la grille comme support ?

Penser cette grille comme un outil se suffisant à lui-même, c'est prendre le risque d'émousser le sens critique de l'étudiant, de conforter en lui l'idée que sa réussite ne dépendra que d'une restitution aussi fidèle que possible de la grille. Or la construction individuelle nécessite d'être

poussé à raisonner toujours au-delà de ce qu'on croit savoir et ce que l'on croit avoir compris. Apprendre à être réflexif nécessite que l'enseignant montre la voie et encourage l'EMG à se remettre sans cesse en question. (28)

Or les EMG rapportent un ressenti parfois négatif des MSU vis-à-vis de l'outil, et beaucoup d'EMG l'ont expérimenté seuls. L'avis négatif du MSU sur l'utilisation de cet outil risque de décourager l'EMG à l'utiliser et le manque d'accompagnement risque de restreindre l'intérêt pédagogique.

Si l'on veut atteindre l'objectif pédagogique fixé, les MSU, dont le point de vue a été recueilli en parallèle par Ophélie Cadieu, devront prendre l'initiative de l'utilisation de l'outil et donc être sensibilisés à l'intérêt des outils pédagogiques et formés à leur utilisation.

Les EMG ont eu du mal à cerner la façon de mettre en pratique ce support, son utilisation n'est pas facile à décoder : pour quelle fonction a-t-il été créé, quel processus de raisonnement implique-t-il et dans quel type d'interaction pédagogique s'inscrit-il ? Certains ont voulu l'utiliser en consultation comme mémo pour ne rien oublier, d'autres ont pensé que la grille devait être utilisée en entier à chaque fois, d'autre ont voulu aborder tous les items en une seule consultation... Ces approches ne sont pas adaptées à ce que doit être une consultation, qui doit rester un échange centré sur la patiente . Une utilisation de l'outil en entier pour préparer ou débriefier demanderait un temps trop important à chaque fois.

Il semble donc important de rajouter une « notice » qui mettrait en relation le contenu avec les finalités et qui enclencherait le raisonnement. (26) Sinon, le risque est de délaissier l'outil ou d'en reproduire l'habillage sans reconstruire le processus pédagogique.

IV-3.4. Les freins à l'utilisation de cet outil pédagogique

Comme nous venons de le voir, l'utilisation de l'outil nécessite une grande implication des EMG et des MSU. Plusieurs freins ont été décrits par les EMG lorsqu'ils l'ont testé en stage.

Le premier est le manque de temps. Pour répondre à cela il est primordial de préciser en consigne que la grille peut être utilisée partiellement.

Un autre problème relevé concerne les trop rares occasions d'utiliser l'outil. Pour preuve, en moyenne les EMG l'ont utilisé 1,3 fois pendant leur semestre alors que nous avons sélectionné des MSU ayant une activité gynécologique non négligeable. La plus haute fréquence d'utilisation était de 5 fois et a été réalisée par un seul étudiant. Ceci peut s'expliquer en partie par l'envoi de la grille 1 mois après le début du semestre, le recueil des avis avant la fin du

semestre, ce qui n'a laissé que 4 mois pour réellement expérimenter l'outil. Mais malgré tout, les occasions d'utiliser l'outil sur un stage de 6 mois sont rares. L'erreur a peut-être été de se restreindre aux consultations de première contraception des adolescentes. Si nous avions expérimenté la grille sur toutes les consultations de contraception, les EMG auraient probablement eu plus d'occasions de l'utiliser et le risque d'oubli ou de biais dans les avis recueillis auraient été moindres. Une autre piste intéressante a été suggérée indirectement par l'EMG 7. Il pense que l'outil pourrait être utilisé pour toutes les consultations de gynécologie. Finalement peu d'items concernent exclusivement l'introduction d'une contraception ou l'adolescente. Cette idée pourrait permettre d'avoir un outil utilisable beaucoup plus fréquemment, et aurait donc un intérêt quotidien en stage ce qui limiterait le risque d'abandon de la grille.

Autre frein au développement de cet outil, les EMG n'y voient qu'un intérêt ponctuel dans leur formation. Cela peut s'expliquer par l'utilisation trop restreinte dans leur stage, le manque d'échange avec leurs MSU autour de l'outil et la mauvaise compréhension de son fonctionnement. Après ce premier contact, peu envisagent sincèrement de le réutiliser. Ceux qui pensent le faire l'utiliseront surtout en préparation des consultations ou en auto-évaluation. Ce sont d'ailleurs les deux utilisations qui semblent le plus convenir aux EMG.

La supervision directe d'un étudiant en formation par son MSU permet l'observation et mène à une rétroaction (feedback) dans le but de développer ses compétences professionnelles. Elle est reconnue dans la littérature comme étant à la fois essentielle et efficace pour la formation du médecin (29, 30). Si elle semble mal perçue dans notre travail (un seul des EMG interrogés l'envisagerait comme méthode d'utilisation de l'outil), cela ne reflète probablement pas l'avis des EMG en général. Une thèse réalisée en 2018 auprès de 156 EMG de Midi Pyrénées (31) questionnait les EMG sur la formation qu'ils attendaient lors des stages : 48,1% ont répondu la supervision directe avec présence du maître de stage et 42,3% ont répondu la Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV). Cette étude montre que près de la moitié des EMG aimeraient utiliser l'hétéroévaluation en stage. Pour les EMG gênés par la présence du MSU, l'intermédiaire de la vidéo pourrait faciliter la supervision. Une thèse qualitative réalisée en 2014 a eu un retour très positif de la SODEV par les EMG qui ont pu la tester (32). Le caractère anxiogène pourrait même être diminué par le visionnage de la vidéo et l'auto-évaluation par l'interne seul avant le debriefing avec son MSU (33). Le but étant de rassurer l'interne sur ses propres capacités, de le mettre en confiance et donc de diminuer sa peur du jugement. Il sera intéressant d'avoir le point de vue des MSU sur l'hétéroévaluation

dans le travail réalisé en parallèle par Ophélie Cadieu, car la supervision directe ne pourra se développer qu'à leur initiative.

Enfin certains EMG pensent que le statut d' « interne » rend certains sujets plus délicats à aborder comme par exemple les violences sexuelles. Cette difficulté a également été pointée du doigt par une thèse de médecine générale réalisée dans le Poitou Charentes (20). Mais ce n'est probablement pas le statut « d'interne » qui crée cette difficulté. Beaucoup de médecins installés appréhendent également ces problématiques. Les médecins généralistes de la Vienne décrivent ces mêmes freins à l'abord de la santé sexuelle avec leurs patients : les sentiments d'illégitimité et d'incompétence, le manque de formation, la gêne, la crainte de l'érotisation de la relation médecin-malade et le risque de judiciarisation (34). Cet outil doit ouvrir le dialogue entre l'EMG et le MSU sur la façon d'appréhender ces sujets en consultation.

IV-3.5. Les autres utilisations proposées par les EMG

Il y a eu une légère discordance entre les deux interviewees pour cette question. Ophélie Cadieu a recherché d'autres situations pour lesquelles les EMG utiliseraient cet outil. Les réponses qu'elle a reçues sont que ce support d'apprentissage pourrait servir pour toutes les consultations de contraception (EMG 12) ou encore pour toutes les consultations touchant à la gynécologie (EMG 7) puisque beaucoup d'items ne concernent pas spécifiquement l'adolescente ou spécifiquement la contraception. L'outil princeps que nous avons adapté à l'adolescente était destiné à la formation des EMG aux consultations de contraception. Cette réponse faite par les EMG n'est donc pas étonnante. Et il est vrai que ce support pourrait être facilement adapté à n'importe quelle consultation touchant à la gynécologie ou à la gynécologie adolescente, avec quelques adaptations simples.

Lorsque j'ai moi-même posé cette question, je recherchais plutôt d'autres types de consultations pour lesquelles le contenu et la façon d'aborder les choses peuvent mettre les EMG en difficulté. Les EMG avaient peu d'idées sur le sujet. L'EMG 9 a proposé la consultation de sevrage tabagique ou plus largement la consultation d'entretien motivationnel.

Ces pistes pourront être explorées dans de futurs travaux.

V - CONCLUSION

Cet outil pédagogique est destiné à la formation des EMG aux consultations de première contraception de l'adolescente. C'est un outil pertinent dans la formation des EMG car il répond à deux problématiques majeures : le manque de formation des EMG sur le sujet (17, 18, 19, 20) et l'enjeu de santé publique autour de la santé sexuelle des adolescents. La recrudescence des maladies sexuellement transmissibles des jeunes (6, 7) , la persistance d'un nombre inquiétant de grossesses non désirées (8, 9, 10) et leurs conséquences sur la santé physique, mentale et sociale des adolescentes seront le défi des médecins généralistes de demain. Mais les EMG sont souvent mal à l'aise pour aborder ces sujets cruciaux avec les patientes (20, 17), notamment lorsque ce sont des adolescentes.

Cet outil leur permet d'aborder plus sereinement les consultations, c'est un bon support de travail, exhaustif, structuré qui favorise le raisonnement basé sur l'EBM, l'évaluation des compétences et pousse à la réflexivité. Mais la grille présentée en annexe n'est qu'un support d'apprentissage. Elle doit s'inscrire dans une démarche pédagogique globale où l'étudiant est accompagné par son maître de stage vers une pratique autonome et réflexive. Cela peut être compromis si l'explication des finalités de l'outil n'est pas claire ou si les MSU ont un avis péjoratif sur l'outil et n'accompagnent pas son utilisation. Le manque de temps et les trop rares occasions d'utiliser l'outil sont également des facteurs qui limitent sa pertinence et peuvent favoriser son abandon.

L'exploration du ressenti des EMG sur l'utilisation de l'outil a été riche et a permis d'en identifier les défauts et d'en déduire ses améliorations nécessaires.

Pour que notre outil atteigne ses objectifs il semble nécessaire d'en améliorer la forme en hiérarchisant les items et en réévaluant le contenu. Il faudra développer son attractivité en améliorant la lisibilité, par exemple en format numérique, sans oublier de donner une place réelle aux liens bibliographiques. Enfin, l'ajout d'une notice explicative semble indispensable afin d'exposer la finalité de l'outil auprès des utilisateurs pour optimiser sa pertinence au sein de la formation des EMG.

Notre choix de cibler la première consultation de contraception de l'adolescente a probablement restreint son utilisation en stage. Elargir l'outil pédagogique à toutes les consultations de contraception (comme l'était l'outil princeps) voire de gynécologie permettrait une utilisation quotidienne quel que soit le lieu de stage de l'EMG, ce qui répondrait mieux aux besoins de formation actuels. Cette piste pourra être explorée dans de futurs travaux

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) Rahib D, Le Guen M, Lydié N. *Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent.* [en ligne] Santé publique France, 2017. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>

(2) Vigoureux S., Le Guen M. *Contexte de la contraception en France. RPC Contraception CNGOF.* [En ligne] Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie (2018). Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718918302605?via%3Dihub>

(3) Organisation Mondiale de la Santé. *Développement des adolescents.* Who.com. [En ligne] [consulté le 12 novembre 2018] Disponible à l'adresse : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/

(4) BAJOS Nathalie, BOZON, Michel. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* [En ligne] La Découverte, « Hors Collection Social », 2008, 612 pages. [Consulté le 20 février 2018] Disponible à l'adresse : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>

(5) Bajos N, Rahib D, Lydié N. *Genre et sexualité. D'une décennie à l'autre. Baromètre santé 2016.* inpes.santepubliquefrance.fr [En ligne]. Octobre 2018. [Consulté le 12 novembre 2018] Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1865.pdf>

(6) Santé Publique France. *Infection par le VIH et IST bactériennes : Données épidémiologiques* [en ligne] 28/11/2017. Disponible à l'adresse : invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017

(7) Gallay A. *L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (hors VIH) 10 ans de surveillance, 1996-2005.* [En ligne] invs.fr. Disponible à l'adresse : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2007/10ans_vih/rapport_vih_sida_10ans-5-Epidemiologie.pdf

(8) Fiche d'information INPES. *Contraception, IVG et grossesses non désirées*. 2010. Disponible à l'adresse : http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf

(9) Institut National des Etudes Démographiques. *Avortements 1990-2017*. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

(10) Moreau C., Desfrères J., Bajos N., *Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG*. Revue française des affaires sociales, p. 148-161. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-148.htm>

(11) HAS. *Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*. [en ligne] Avril 2013. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

(12) Beck F., Richard J.B. . *Les comportements de santé des jeunes ; Analyse du Baromètre Santé 2010*. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf>

(13) JO. *Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016*. [en ligne] Paragraphe 28.3.1 p62. Disponible en ligne : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Arrete_du_20-10-16_JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf

(14) INPES. *Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* [en ligne] Septembre 2013. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

(15) Linet T. *Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF*. [en ligne] Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie (2018). Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.009>

- (16) Binder P. et al. *L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. Exercer* 2018;142:169-81.
- (17) Chambelland L. *Exploration des difficultés des internes en médecine générale pour communiquer en santé sexuelle avec les patients*. Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2015. Disponible à l'adresse : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52802>
- (18) InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. *Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale*. Isnar-img.com. [En ligne] Novembre-Décembre 2013. [Consulté le 12 janvier 2018] Disponible à l'adresse : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
- (19) Deseille N. *La formation des internes de médecine générale aquitains en stages ambulatoires et hospitaliers de gynécologie : état des lieux de la prise en charge en autonomie des situations gynécologiques relatives à la prévention, au dépistage et à l'éducation à la santé des femmes en médecine générale, et pistes d'amélioration*. [En ligne] Médecine humaine et pathologie. 2017. [Consulté le 13 décembre 2018] Disponible à l'adresse : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665074/document>
- (20) Augé E. *Auto-évaluation des compétences en santé sexuelle et génitalité des internes de médecine générale de Poitou-Charentes, promotions 2011 à 2015*. Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2016. Disponible à l'adresse : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/57670>
- (21) Magnat L. *Élaboration d'un outil à l'usage des étudiants de médecine générale pour mener une consultation de contraception*. Thèse de médecine. Université de Poitiers, 2018.
- (22) AUBIN-AUGER, I. et al. *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer, 2008, volume 19, n°84, p.142-145.
- (23) Borges Da Silva G. *La recherche qualitative : un autre principe de communication*. Revue Médicale de l'Assurance Maladie volume 32 n° 2 / avril-juin 2001. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>

(24) HAS. *Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours*. Novembre 2014. Disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf

(25) Favre A.S. *Etude MICAS. Dépistage des idées ou acte suicidaire et automutilation chez les adolescents de 13 à 18 ans . Validation du BITS-test en médecine générale sur 17 sites francophone*. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2017.

(26) Llorca M.C. *Qu'est ce qu'un outil pédagogique et comment en créer un ?* Septembre 2018. Disponible à l'adresse : <http://www.ago-formation.fr/quest-quun-outil-pedagog-2/>

(27) Collège des enseignants de médecine générale du Nord Pas de Calais. *Grille de Calgary-Cambridge simplifiée*. Disponible à l'adresse : <http://www.cemg-lille.fr/outils/>

(28) Bernard J-L. Reyes P. *Apprendre, en médecine (2^e partie)*. Pédagogie Médicale. Nov 2001. Vol 2. N°4.

Disponible à l'adresse : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Bernard2.PDF

(29) Martineau B, Girard G, Boule R. *Interventions en supervision directe pour développer la compétence du résident: une recherche qualitative*. Pédagogie médicale. 2008;9(1):13. Disponible à l'adresse :

<https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2008/01/pmed20089p19.pdf>

(30) Kilminster S, Jolly B. *Effective supervision in clinical practice settings: a literature review*. Med Educ 2000; 34:827-80. Disponible à l'adresse :

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>

(31) Larapidie C. *Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient*. Thèse de médecine. Université de Toulouse III ; 2018. Disponible en ligne : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/1/2018TOU31001.pdf>

(32) Dumange L. *Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur*

l'hétéroévaluation auprès d'internes. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2014.
Disponible en ligne : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51742>

(33) Houdusse A. *Proposition d'un outil pédagogique d'aide à la supervision vidéo dans l'apprentissage de la communication en médecine générale : enquête qualitative sur l'auto-évaluation auprès d'internes*. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2014. Disponible en ligne : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/51942>

(34) Vignaud P. *Formation en Santé Sexuelle des Médecins Généralistes : Etude d'une formation originale par le Planning Familial de la Vienne Etude qualitative par Focus groups*. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2014. Disponible en ligne : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/52102>

ANNEXE 1 : Méthode BER CER



• **Bienvenue**

Temps d'**accueil** de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

• **Entretien**

Temps de **recueil d'information et d'expression de la femme** sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un **diagnostic éducatif** partagé.

En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre

• **Renseignement**

Délivrance d'une **information claire, hiérarchisée et sur mesure**. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la **bonne compréhension des informations** concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et fiche Mémo "Contraception : prescriptions et conseils aux femmes"

• **Choix**

Le professionnel souligne que la **décision finale appartient à la consultante**. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à

faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

• **Explication**

Discussion autour de la **méthode choisie** et de son **emploi** : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

• **Retour**

Les consultations de suivi sont l'occasion de **réévaluer la méthode et son utilisation**, de **vérifier qu'elle est adaptée** à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour **discuter un changement de méthode**. Cette phase **prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale**. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'**identifier** ses besoins, d'**appréhender** les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit d'**explorer ensemble** :

« ce qu'elle a »	☞ état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, IVG, etc. ;
« ce qu'elle fait »	☞ situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;
« ce qu'elle sait »	☞ en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;
« ce qu'elle croit »	☞ croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;
« ce qu'elle ressent »	☞ au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;
« ce dont elle a envie »	☞ ses projets, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise, etc.

En pratique : quelles sont les méthodes contraceptives disponibles ?

Ces méthodes (hors post-partum et post-IVG) sont présentées ci-après dans l'ordre adopté par l'OMS. Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

La contraception estroprogestative ☞ avec plusieurs voies d'administration disponibles : <ul style="list-style-type: none">• pilule• patch transdermique• anneau vaginal	Les autres méthodes barrière <ul style="list-style-type: none">• diaphragme• cape cervicale• spermicides
La contraception par progestatif seul ☞ avec plusieurs voies d'administration disponibles : <ul style="list-style-type: none">• pilule microprogestative• implant sous-cutané• injections intramusculaires	Les méthodes naturelles
Les dispositifs intra-utérins (DIU) ☞ qui peuvent être proposés, en l'absence de contre-indication, aux femmes multipares comme aux nullipares. Il en existe deux types : <ul style="list-style-type: none">• au cuivre• progestatif	Les méthodes de stérilisation
Les préservatifs, masculins ou féminins ☞ seules méthodes de contraception efficaces contre les IST, y compris le VIH/sida.	S'appuyer sur les « fiches mémo » HAS <ul style="list-style-type: none">• Contraception : prescriptions et conseils aux femmes• Contraception chez la femme en âge de procréer (hors postpartum et post-IVG)• Contraception chez l'adolescente• Contraception chez la femme en post-partum• Contraception chez la femme après une IVG• Contraception chez l'homme• Stérilisation à visée contraceptive• Contraception d'urgence• Efficacité des méthodes contraceptives• Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire

Bibliographie : INPES. *Repère pour votre pratique : Comment aider une femme à choisir sa contraception ?* Septembre 2013.

Disponible en ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

**ANNEXE 2 : Outil pédagogique adapté aux consultations de première contraception
de l'adolescente**

I. BIENVENUE

« C'est le temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement de la consultation. (1) »

<u>A. Temps d'accueil</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Salue la patiente				
2. Se présente si l'intervenant n'est pas connu de la patiente				
3. Il lui explique qu'elle pourra bénéficier d'un temps de consultation seule				

<u>B. Détermine les motifs de consultations</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Détermine par une question d'ouverture les problèmes que la patiente souhaite aborder. <i>« Qu'est-ce qui vous amène ? » « De quoi aimeriez-vous parler lors de cette consultation ? » « Je vous écoute ? Que puis-je faire pour vous ? »</i>				
2. Ecoute attentivement les énoncés de la patiente <i>« ne l'interrompt pas »</i>				
3. Confirme le motif de consultation de la patiente. <i>« Si j'ai bien compris, votre demande est la suivante ... »</i>				
4. Encourage la patiente à poser des questions				
<u>5. Lui explique le déroulement de la consultation et que selon les recommandations existantes, il n'y aura pas d'examen gynécologique. (1 ; 2 ; 3 ; 6 ; 8)</u>				
6. Il la rassure sur la confidentialité de la consultation				
7. Si les parents ne sont pas au courant de la prise de rendez-vous de l'adolescente, lui rappelle la possibilité d'anonymat et de gratuité tout au long du parcours contraceptif si âgée de 15 à 18 ans (feuille de soin pour la consultation, la facturation à la pharmacie, l'ordonnance, les examens biologiques) (9)				

II. ENTRETIEN

« C'est le temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé. (1) Il recueille également les informations médicales nécessaires. (1) »

A. Temps de recueil d'information et d'expression de la femme : diagnostic éducatif

a. Ce qu'elle a (dimension biomédicale)	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Antécédents personnels ou familiaux (Ex : thromboembolique, HTA, facteur de risque cardiovasculaire, syndrome métabolique, migraine, cancer hormone-dépendant)				
2. Antécédents gynécologiques personnels (Ex : date des premières règles, date des dernières règles, IVG, début sexualité, antécédents d'infections gynécologiques)				
3. Expériences précédentes de contraception (Ex : méthodes utilisées, durée d'utilisation, motif d'arrêt, problèmes rencontrés, utilisation préservatif ?)				
4. Traitement au long cours				
5. Vérification des vaccinations (Hépatite B, Rubéole, HPV)				
6. Signes fonctionnels gynécologiques (Ex : durée, régularité du cycle, abondance des menstruations, dysménorrhée, syndrome pré menstruel, métrorragie, douleur pelvienne, leucorrhées, mastodynie, si a débuté son activité sexuelle : dyspareunie.)				

b. Ce qu'elle fait (dimension psycho-sociale)	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Sa situation scolaire ou professionnelle				
2. Sa situation familiale (vit elle chez ses parents ? Ambiance familiale?)				
3. Selon le contexte, pose éventuellement, une question neutre sur la sexualité de la patiente « Y a-t-il des choses à signaler en ce qui concerne votre vie sexuelle ? Des choses dont vous voudriez parler, en particulier d'éventuelles violences sexuelles ? »				

4.Son niveau socio-culturel (loisir, mode de vie)				
5.Sa consommation éventuelle de tabac, d'alcool, d'autres toxiques, et ses addictions éventuelles.				
6.Selon contexte, deux outils pour dépister un état de mal être (biTS) et/ou d'éventuelles violences sexuelles (SStOp-Violences). (1 ;2 ;3 ;8). Ces deux outils ont été développés dans deux thèses (11 ;12)				
6a. Brimades « As-tu déjà été brimée à l'école ou sur des réseaux sociaux ? »				
6b. Insomnie « As-tu des insomnies ou des troubles du sommeil ? »				
6c. Tabac « Fumes tu ? Et si oui tous les jours ?»				
6d. Stress « Es-tu stressée par ton travail scolaire ou ta vie de famille ou les deux ? »				
6e. Poids (Es -tu satisfaite de ton poids ?)				
6f. Blessure « Cela t'est il déjà arrivé de te blesser volontairement au cours de ta vie ? » Ex : Est-ce que tu t'es déjà fait des scarifications ?)				

<u>c. Ce qu'elle sait (dimension cognitive) (1)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1.Ses connaissances en matière de contraception (Ex : méthodes disponibles, utilisations, effets indésirables, ses sources d'information.)				
<u>d. Ce qu'elle croit (dimension cognitive) (1)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1.Ses croyances relatives aux bienfaits ou méfaits des méthodes de contraception « sa vision des choses » Que craignez-vous le plus avec la contraception ? Quelle sorte de contraception vous conviendrait le mieux ?				
2.Ses croyances liées à sa culture, à sa situation familiale, à son éducation, à sa religion, à son parcours et ses représentations. Quelles idées vous faites-vous de la contraception ? Et dans votre entourage proche (famille ou partenaire) quelles idées avez-vous entendues ?				

<u>e. Ce qu'elle ressent (dimension psycho-affective) (1)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise

1. Vis à vis de la contraception (<i>Avez-vous des inquiétudes par rapport à l'utilisation de la contraception ? ou avez-vous des questions ou des inquiétudes vis-à-vis de la contraception?</i>)				
2. Aborde sans être intrusif le sujet de la sexualité				
2-a Rappelle la notion de consentement et que son corps lui appartient				
2-b Interroge sur d'éventuelles conduites sexuelles à risque (<i>partenaires multiples, absence de protection, alcoolisation ou prise d'autres toxiques qui altèreraient son jugement</i>)				

III. RENSEIGNEMENT

« Il informe de manière claire, précise et personnalisée des méthodes qui peuvent être proposées. (2) Il s'assure également de la bonne compréhension des informations. (1) »

<u>A. Délivrance d'une information orale et/ou écrite</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Explique de façon brève les différentes méthodes de contraception.				
2. Demande quelles méthodes intéressent la patiente				
<u>3. Explique les méthodes qui intéressent la patiente :</u>				
3a. Méthode d'utilisation				
3b. Effets secondaires				
3c. Avantages des différentes contraceptions				
3d. Inconvénients des différentes contraceptions				
<u>3e. Information des méthodes remboursées et non remboursées</u>				
4. Informe des options alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle				
5. La rassure sur d'éventuelles craintes mentionnées (prise de poids, acné, impact sur les règles, retour de la fertilité)				
6. Rappelle que le risque de grossesse existe dès les premières règles et lors des premiers rapports sexuels				
<u>7. Information ciblée sur les préservatifs(1;7;8) :</u>				
7a. Évalue la possibilité d'une réticence à leur utilisation				
7b. Rappelle que le préservatif est le seul moyen de prévention contre les IST.				
<u>8. Selon la disponibilité au cabinet, s'aide d'échantillons de démonstrations (diu, implant, anneau vaginal, pilule) et/ou de supports écrits en format papier ou informatique (www.choisirsacontraception.fr, g-oubliepilule.com)</u>				
9. En profite pour donner les indications de la prescription de bilans biologiques en fonction du contexte				

10. Explique quand sera réalisé le premier frottis cervico-vaginal (25 ans)				
11. S'assure au final de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la patiente.				

IV. EXAMEN PHYSIQUE

<u>A. Communique lors de l'examen physique</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Explique le déroulement de l'examen				
2. Demande la permission de la patiente				
3. Respecte la patiente et sa pudeur				
4. Commente les résultats de l'examen clinique avec la patiente.				

<u>B. Examen clinique (1; 2; 3; 6; 8)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. Prise de constantes : TA, poids, taille				
2. Rappelle que l'examen gynécologique n'est pas utile (sauf si la patiente présente des symptômes anormaux ou qui l'inquiètent, ou si elle veut être rassurée sur la normalité de son développement sexuel et pubertaire.)				

V. CHOIX

« Il précise à la consultante que le choix de la méthode lui appartient, après avoir envisagé avec elle sa situation personnelle, ses préférences, les bénéfices et les risques des méthodes. Il la réoriente vers une autre méthode si celle qui est choisie n'est pas dénuée de risques. » (2)

<u>A. Aide à la décision finale : intègre la perspective de la patiente (arrive à une compréhension partagée)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1. A partir des explications fournies, se met d'accord avec la patiente sur le moyen choisi				

<u>B. Arrive à une décision partagée : confirmation du choix(1; 2; 3; 6; 8)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1.Rappelle que la décision finale revient à la patiente en l'absence de contre-indication médicale.				
2.S'assure de l'adhésion de la patiente sur la méthode choisie.				
3. S'assure de l'adaptation de la méthode à son mode de vie				
4.Ré-oriente la patiente vers une autre méthode si celle qu'elle choisit lui est contre-indiquée				
5.S'assure du plein accord de la patiente si réorientation				

VI.EXPLICATION

« Il explique les modalités d'utilisation de la méthode choisie : démonstration, association de la prise de pilule à un geste de routine, indication de la conduite à tenir dans certaines situations (oubli, effets indésirables...), modalités pratiques de recours à une contraception de rattrapage. » (2). Il aborde également les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante. (1)

<u>A. Etape d'apprentissage (2 ;3 ;4 ;6 ;8)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1.Explication de l'utilisation de la méthode choisie				
2.Parle de la possibilité de pratiquer le Quick Start et l'explique				
3.Aide la patiente à identifier ses propres ressources qui lui permettront de s'approprier au mieux la méthode choisie. « Quelle routine comptez-vous mettre en place pour la prise quotidienne de votre pilule ? »				
4.Aborde les effets indésirables (Ex : spotting les premiers mois, augmentation des règles sous stérilet etc.)				

<u>B. Etape de prévention (1 ;2 ;3 ; 5 ; 6 ;7 ;8)</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
1.Information des possibilités de rattrapage si oublié				
2.Rédige une prescription anticipée de contraception d'urgence si adaptée à la contraception choisie.				
3.Informe sur la délivrance gratuite et anonyme sans prescription médicale de la contraception d'urgence à la pharmacie, à l'infirmerie scolaire et dans des centres de				

planification ou d'éducation familiale avec gratuité pour les adolescentes de 15 à 18 ans.				
3. Délivre une information sur les infections sexuelles transmissibles.				
5. <u>Délivre des brochures d'informations à la patiente ou l'informe sur des sites internet utiles (13 ; 14 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18)</u>				

<u>C. Clôture de la consultation</u>	Non fait	Difficultés	Quelques difficultés	Maîtrise
<u>1. Informe la patiente dans quel délai il est nécessaire de reprendre rendez-vous</u>				
2. Vérifie qu'elle n'a plus de questions et qu'elle a bien compris les informations				
<u>3. Et penser, si adolescente entre 15 et 18 ans, à faire la cotation spécifique pour une première consultation de contraception et de prévention des IST : CCP (10)</u>				

BIBLIOGRAPHIE

Pour les internes :

1. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE.. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? *Inpes.santepubliquefrance.fr* [en ligne]. Septembre 2013. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
2. MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Contraception : pour une prescription adaptée *solidarites-sante.gouv.fr* [en ligne]. Mars 2005. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_contraception.pdf
3. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE.. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Recommandations pour la pratique clinique *inpes.santepubliquefrance.fr* [en ligne]. Décembre 2004. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
4. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles *has-sante.fr* [en ligne]. Mars 2013. Mise à jour en novembre 2017. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
5. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Fiche mémo : Contraception d'urgence *has-sante.fr* [en ligne]. Décembre 2013. Mise à jour en juillet 2015. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
6. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Contraception : les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? *Inpes.santepubliquefrance.fr* [en ligne]. Octobre 2011. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
7. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles(IST) *inpes.santepubliquefrance.fr* [en ligne]. Mai 2011. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1323.pdf>
8. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Fiche mémo : Contraception chez l'adolescente *has-sante.fr* [en ligne]. Juillet 2013. Mise à jour en mars 2018. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf
9. L'ASSURANCE MALADIE. Contraception *ameli.fr* [en ligne]. Avril 2018. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/contraception#text_12977
10. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE, Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie *Ameli.fr* [en ligne]. Juillet 2016. [Consulté le 22 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/10/Projet-de-texte-conventionnel-21-juillet-2016-vf5.pdf>

11. MOSHETTA, Lucie. *Dépister les violences sexuelles chez les adolescentes : élaboration et validation du test SSTop Violences par une étude auprès de 29 médecins en Vienne*. Thèse de Médecine Générale. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie, 2017. 64 p.
12. SERVANT, Coralie. *Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescentes. Amélioration du test TSTS Cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans*. Thèse de Médecine Générale. Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie, 2015. 130 p.

Sites à proposer aux patientes :

13. Aide au choix de la contraception : www.choisirsacontraception.fr
14. Conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule ou d'accidents contraceptifs : www.g-oubliepilule.com ; www.monurgencepilule.fr
15. Information sur les infections sexuellement transmissibles : www.info-ist.fr ; Le Livre des Infections Sexuellement Transmissibles sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>
16. Information générale sur la sexualité et la contraception : www.onsexprime.fr ; Les Premières Fois sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>; Questions d'ado(amour-sexualité) sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>
17. Site d'information pour les jeunes de 12 à 25 ans : www.filssantejeune.com
18. Site du planning familial : www.planningfamiliaux.org

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN EMG

Introduction

Lors de cet entretien nous allons aborder le thème de la formation des EMG pour la consultation de première contraception de l'adolescente et de l'outil de formation que tu as utilisé en stage avec ton MSU ce semestre.

Question 1, prise de contact/contexte et difficultés: Peux-tu me raconter ta dernière consultation de contraception avec une adolescente? Quelles étaient tes difficultés?

Question 2, pertinence de l'outil: Que penses-tu de l'intérêt d'un outil de formation pour les EMG pour la consultation de première contraception de l'adolescente?

Pertinence du thème?

Question 3, utilisation de l'outil: Comment as-tu utilisé la grille de formation en stage?

Pendant la consultation(auto/hétéro-évaluation)? En dehors(prise de connaissances avant/diebrefing après)?

Autre utilisation que pour la consultation de première contraception de l'adolescente?

Question 4, ressenti de l'utilisation de l'outil: Quel est ton ressenti sur l'utilisation de cet outil de formation en stage?

Première impression?

Avantages/inconvénients

Est-ce une aide pour toi? A-t-il modifié tes pratiques?

Quelle est la meilleure façon d'utiliser cet outil(auto/hétéro-évaluation, diebrefing, support de connaissances)?

Difficultés d'utilisation?

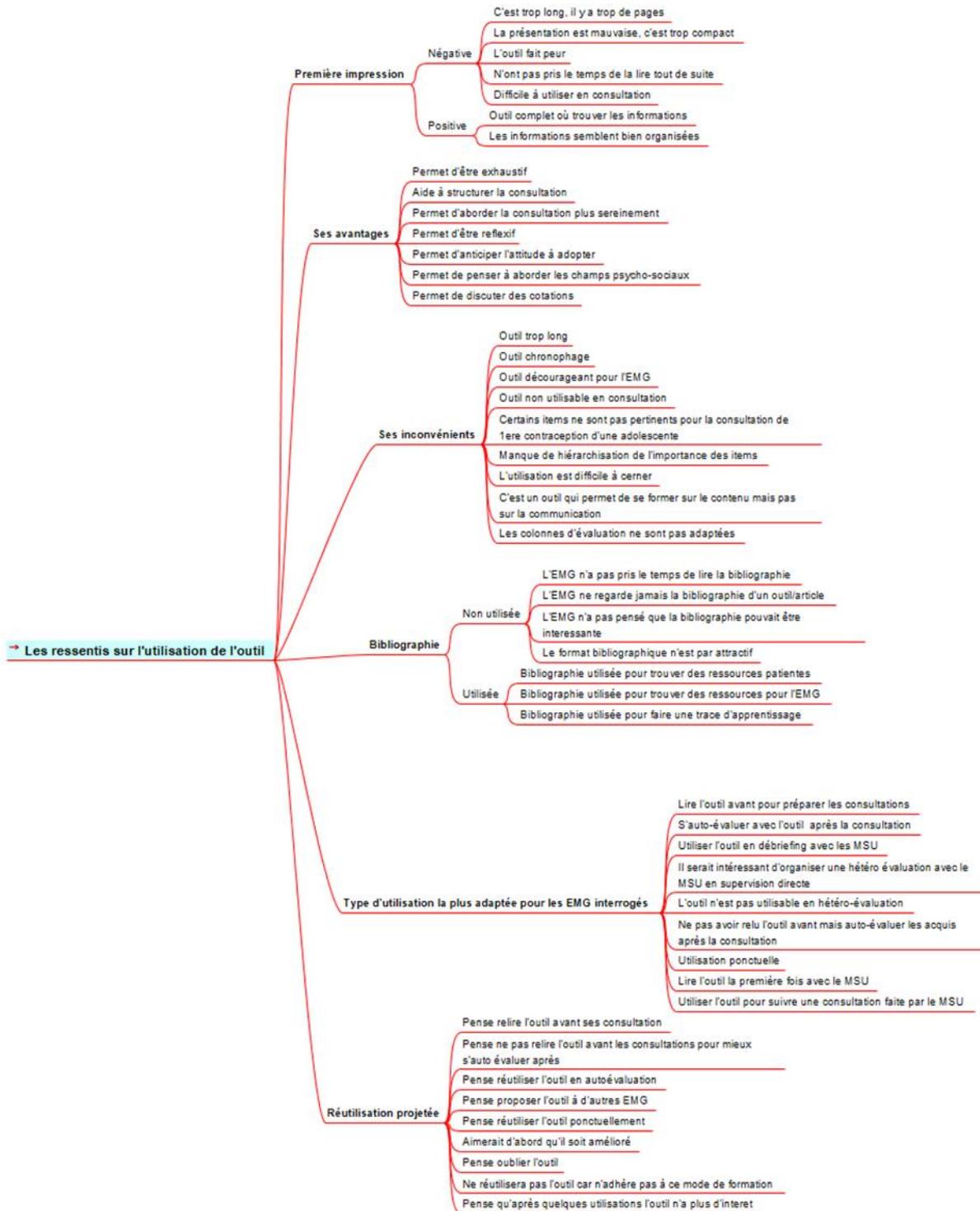
Suggestions d'amélioration?

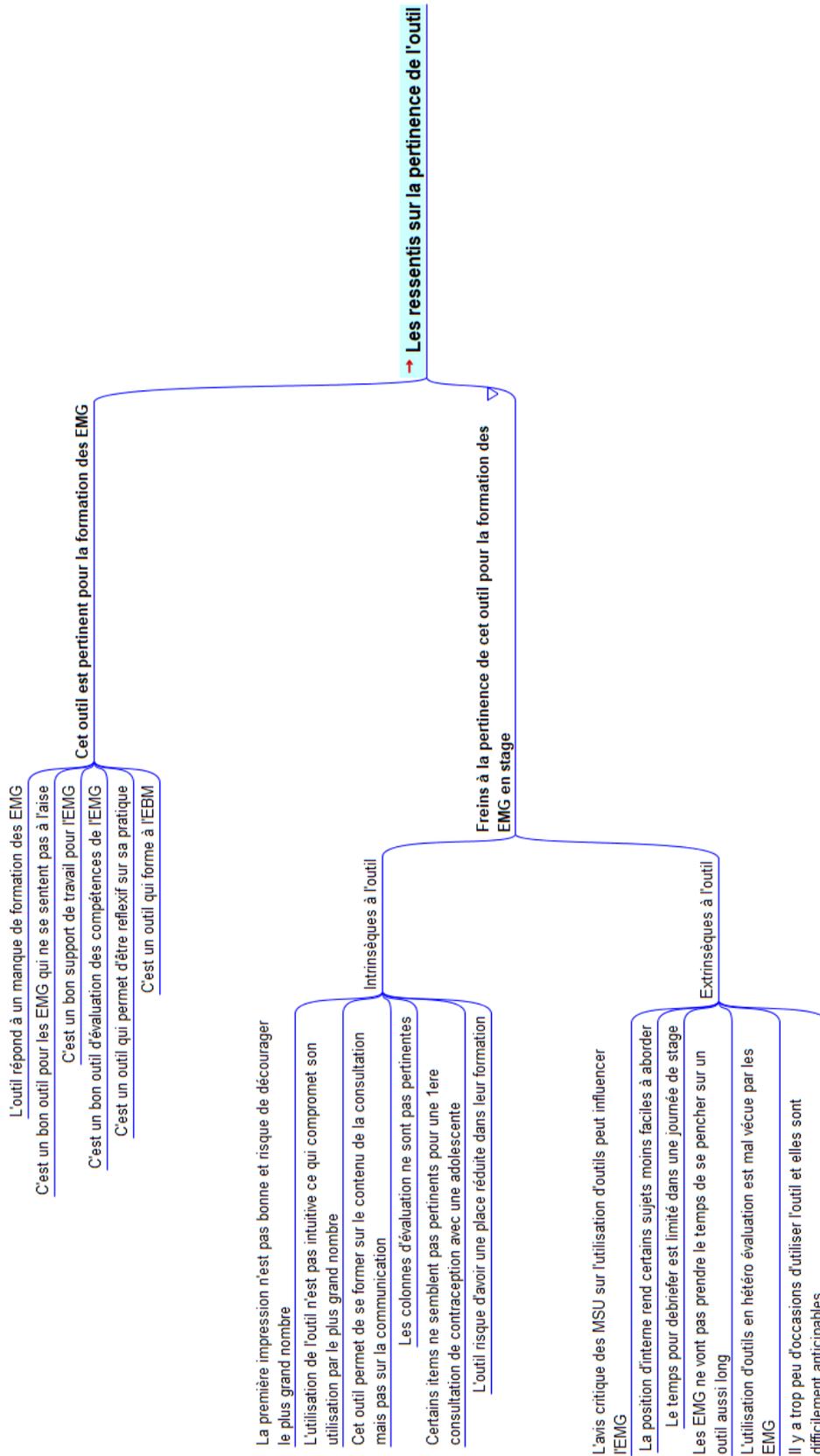
Réutilisation à l'avenir? Autres utilisations?

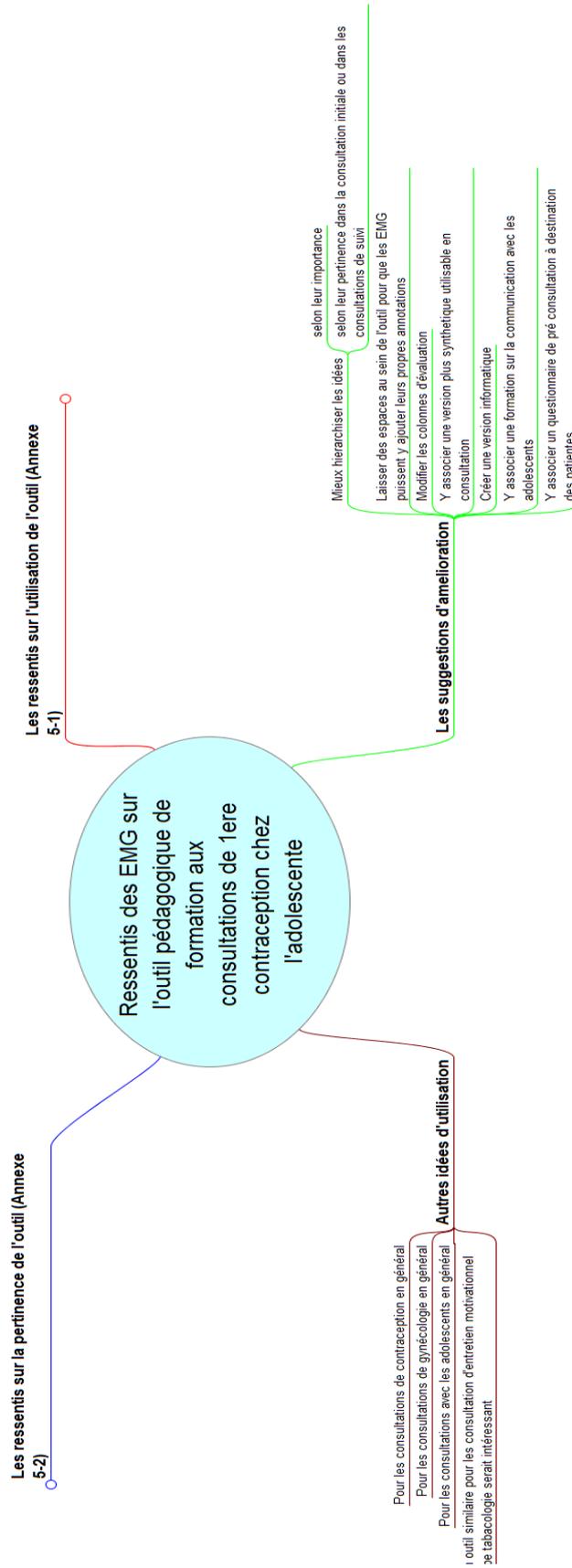
Conclusion: As-tu d'autres choses à ajouter sur cette grille ou au sujet de la consultation de première contraception de l'adolescente? Ou encore à la formation des internes en santé sexuelle et adolescence?

ANNEXE 4 : Carte heuristique de présentation des résultats

ANNEXE 4-1 : Carte heuristique : Les ressentis des EMG sur l'utilisation de l'outil pédagogique







RESUME

Introduction : La santé sexuelle des adolescents reste un enjeu de santé publique qui met les étudiants de 3^e cycle de médecine générale (EMG) en difficulté lors de leurs stages ambulatoires. Un outil pédagogique a été créé lors d'une précédente thèse pour mieux les former aux consultations de contraception. Il a été adapté aux consultations de première contraception de l'adolescente. Notre travail avait pour objectif d'explorer les ressentis des EMG sur son utilisation et sa pertinence pour leur formation.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 EMG du Poitou-Charentes en stage de niveau 1 ou « femmes-enfant ».

Résultats : Les EMG interrogés trouvent que cet outil pédagogique répond à un manque de formation sur le sujet. Il permet d'aborder plus sereinement les consultations, favorise le raisonnement basé sur l'EBM, l'évaluation des compétences et la réflexivité. Il aide à être exhaustif, à structurer et aborder plus sereinement la consultation. Cependant certains freins peuvent compromettre son utilisation en stage : première impression négative sur la longueur et la présentation, fonctionnement de l'outil non intuitif, manque de temps, occasions trop rares de l'utiliser, aversion des EMG pour l'hétéro évaluation, manque d'encadrement par les MSU, manque de hiérarchisation des items dont certains ne leur semblent pas pertinents dans cette consultation, bibliographie non mise en valeur.

Conclusions : L'outil est bien pertinent dans la formation des EMG. La grille présentée n'est qu'un support d'apprentissage qui devra être améliorée sur le fond et sur la forme. Pour devenir un véritable outil pédagogique, son utilisation devra être mieux expliquée et bien encadrée par les MSU.

Mots-clés : outil pédagogique, contraception, adolescente, EMG



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

