Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

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

présentée et soutenue publiquement
le 1er décembre 2022 à Poitiers
par Sarah Berthelot Braconnier

Comment est recherché le consentement de l'adolescent âgé de 10 à 18 ans en consultation de médecine générale ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Membres : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Madame le Docteur Valérie REVEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent JEDAT

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER 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
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation *(en disponibilité)*
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1er cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1er cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro- entérologie, hépatologie – **Assesseur 3e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique *(en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)*
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire *(en mission 1 an à/c 01/11/2022)*
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)*
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- 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
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- 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, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, santé publique, biostatistiques et épidémiologie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie **– Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe Binder,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY et Madame le Docteur Valérie Reveau,

Je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, j'en suis honorée.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Vincent Jedat,

Je te remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagnée étroitement dans ce travail pour le mener à son terme. Merci pour tes conseils.

Aux médecins interrogés, un grand merci d'avoir accepté et pris le temps de répondre à mes questions malgré le contexte sanitaire complexe.

À Madame Marie-Noëlle Bordage, je vous remercie de votre disponibilité, implication.

À Léa, merci de m'avoir permise de travailler conjointement et laissé le temps nécessaire à ce travail de thèse. **A Marie, Marie, Sandra, Anaïs**, merci de m'avoir si bien intégrée dans votre équipe, et aux années à venir.

Aux équipes médicales, paramédicales, aux maîtres de stage ainsi qu'aux patients rencontrés durant mes études, merci pour votre accueil et de m'avoir permis d'apprendre chaque jour.

À mes parents, Fabienne et Pascal, **ma sœur Léa**, merci pour votre soutien sans faille et de toujours croire en moi.

À mon mari, Sylvain, merci d'être à mes côtés depuis 15 ans et m'avoir soutenue depuis le début.

Et enfin merci **à mes amours Aaron, Romy et Albane,** vous êtes ma force.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE…… 2

REMERCIEMENTS…… 5

ABRÉVIATIONS…… 8

I. INTRODUCTION…… 9

II. MÉTHODE……..... 12

1. Type d'étude…….. 12

2. Type d'échantillonnage et mode de recrutement……..... 12

3. Recueil des données……... 12

4. Retranscription et analyse des données……... 13

5. Considérations éthiques…… 13

III. RESULTATS…… 14

1. Population de l'étude…….. 14

2. La notion de consentement par les médecins généralistes…… 15

2.1 Consentement réel ou simple adhésion ?..... 16

2.2 Respect du refus de l'adolescent…… 17

2.3 Le non-consentement : limite du partenariat……... 18

3. Prendre en compte la relation triangulaire…… 19

3.1 Le consentement du représentant légal…… 19

3.2 S'allier aux parents…….. 20

3.3 Le tiers comme obstacle…… 20

4. Permettre à l'ado d'être sujet plutôt qu'objet…… 21

4.1 Éduquer l'ado au consentement : rôle du médecin…… 21

4.2 S'adapter à l'ado……21

Une communication adaptée…….. 21

- Évaluer la compréhension……21
- Se fier à son intuition…… 22

Adapter son attitude…… 22

- S'avoir temporiser…… 22
- Respecter la pudeur…… 22
- Rendre l'ado acteur…….. 22

4.3 Établir une relation avec l'ado…….. 23

5. Réflexivité des médecins : la recherche du consentement, une question éthique et légale…….…..…….. 24
IV. DISCUSSION…… 25
1. Analyse des résultats principaux……. 25
2. Forces et faiblesses de l'étude……..27
3. Perspectives……28
BIBLIOGRAPHIE……..29
ANNEXES…… 33
Annexe 1 : Guide d'entretien…….. 33
Annexe 2 : Modèle explicatif des résultats principaux…… 34
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS…… 35
SERMENT…… 36

ABRÉVIATIONS

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

MG : Médecin Généraliste

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

CSP : Code de la Santé Publique

I. Introduction

L'article R4127-35 du code de déontologie médicale [1] précise que le médecin doit à la personne qu'il soigne une information loyale, claire et appropriée et que son consentement doit être recherché dans tous les cas (article R4127-36). La notion de consentement émane du Code de Nuremberg de 1947 [2] et apparait pour la première fois dans le code de déontologie en 1995. L'article 16 du code civil [3] issu de la loi de bioéthique de 1994, vient modifier et réaffirmer les droits des patients, il porte sur les principes de respect du corps humain et de la dignité de l'être humain.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 [4] renforce le droit à l'information et au consentement, elle précise que le mineur participe à la décision médicale en fonction de son degré de maturité. Selon l'article L 1111-4 du Code de la santé publique [5], « le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. ».

Plusieurs textes de lois précisent le droit des patients mineurs. [6][7][8][9]

En effet, le consentement du mineur doit être systématiquement recherché, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement [10].

Il peut exister de nombreuses raisons pour lesquelles un patient peut ne pas être en mesure d'exprimer sa volonté, son consentement, notamment le vieillissement, certaines maladies qui peuvent modifier les capacités de compréhension et altérer le discernement, mais également la population adolescente décrite dans « l'approche des adolescents en médecine générale. L'adolescent, cet inconnu » de P. Binder, du fait du processus de maturité et des multiples perturbations psychologiques et comportementales [11] que représentent cette période menant vers l'autonomie. La Haute autorité de santé recommandait dans son rapport de synthèse intitulé « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires » [12] de « tenir compte de l'âge maturatif du jeune plutôt que de son âge chronologique ».

Dans « Le droit du patient mineur » [13], Rude-Antoine E. évoquait une enquête qualitative et quantitative menée dans le cadre du Centre de recherche « Sens, Éthique et Société » et de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes, concernant les divergences entre les parents et les enfants, les médecins proposaient de gérer la situation de la manière suivante : « ils réitèrent les explications en essayant d'être convaincants et clarifient la nécessité des soins. Ils soulignent tous l'importance du dialogue, et éventuellement de la médiation. Dans ces situations conflictuelles, les médecins peuvent recevoir séparément parents et patient mineur. Mais un temps de réflexion est souvent nécessaire pour la résolution du conflit. Si le patient mineur fait preuve d'une grande autonomie, son avis peut primer sur celui de ses parents. »

Dans « Qu'est-ce que les Lumières ? » [14], Kant E. expliquait que tout être humain a « vocation à penser par soi-même » et donc à juger et décider par lui-même de ce qu'il doit faire. Comment s'assurer que l'adolescent qui consent peut exprimer clairement sa volonté ?

L'étude « La prise de décision médicale en pédiatrie : de la naissance à l'adolescence » de Coughlin KW. [15], rapportait qu'à l'adolescence, la prise de décision médicale était plus compliquée. Les adolescents peuvent démontrer une aptitude à la prise de décision comparable à celle des adultes, mais leur aptitude à prendre des décisions appropriées serait influencée, sinon entachée, par divers facteurs psychosociaux comme la pression exercée par les camarades, l'impulsivité et les comportements de prise de risque. Pr P. Alvin a quant à lui élaboré un questionnaire de pré-consultation à destination des adolescents [16]. On peut retrouver ce questionnaire dans le guide « Entre Nous » [17] établi par l'INPES, qui abordait le côté relationnel, l'approche avec l'adolescent.

Dans son article sur « Comment aborder l'adolescent en médecine générale » [18], Pr P. Binder décrivait « la consultation de l'adolescent ne va pas de soi, mais elle peut être une occasion de maturation » et ajoutait « même s'il a peu de temps, le généraliste bénéficie de la durée pour instaurer la confiance ».

Cette recherche de consentement est donc complexe, d'autant plus avec les adolescents du fait de la relation triangulaire parent-enfant-médecin et du caractère encore parfois immature de l'adolescent. Dans « l'adolescent cet inconnu » [11], les auteurs abordaient les vulnérabilités liées à la maturation d'un cerveau « inachevé »

soumis aux influences familiales puis sociales. L'étude Doctor-parent-child relationships [19] montrait que les parents exerçaient un contrôle parental et freinaient la relation médecin-enfant.

De même il n'existe pas de texte législatif qui émet un âge clair et précis pour lequel l'adolescent est à même de consentir seul du fait de sa minorité. Par ailleurs, l'âge de 15 ans pour la « majorité sexuelle » est évoquée selon la loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste [20].

Les études [11] [21] montrent que 80% des adolescents consultent un (leur) médecin généraliste dans l'année, surtout pour des motifs d'ordre somatique mais rare sont ceux qui se confient sur leur problème d'ordre psychologique, rendant la consultation avec l'adolescent particulière. P. Binder [18] disait « pour qu'elle ne soit pas un rendez-vous manqué, il est nécessaire d'en élargir le contenu par des allusions simples « à part ça ? », de renforcer le lien de confiance en situant le rôle de l'accompagnateur et en commentant l'examen clinique et, par des questions simples, de dépister un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires puisque la demande de l'adolescent est souvent imprécise, rendant difficile l'identification de la problématique réelle par le MG. »

Les études sur la recherche du consentement de l'enfant dans le domaine médical portaient principalement sur des études en vue de sa participation à la recherche médicale, pour les greffes, lors d'actes chirurgicaux ou lors de l'hospitalisation de l'enfant en secteur pédiatrique [22] [23] [24].

Il ne semble pas exister d'étude sur le mode opératoire du consentement de l'adolescent en consultation de médecine générale, qui pourrait rendre l'adolescent acteur de sa santé, favoriser la relation de confiance puisque cette population a besoin d'être rassurée pour se confier et accepter un suivi [25].

L'objectif de cette étude était d'établir une analyse des pratiques des médecins généralistes dans la recherche du consentement aux soins de l'adolescent en consultation y compris leur ressenti.

II. Méthode

1. Type d'étude

La méthodologie retenue pour répondre à cette problématique a été une enquête qualitative auprès de médecins généralistes, dont l'approche s'inspirait de la méthode par théorisation ancrée.

2. Type d'échantillonnage et mode de recrutement

L'étude s'adressait aux médecins généralistes. Le recrutement a été réalisé de proche en proche. L'échantillonnage était théorique. Les médecins ont été contactés par appel téléphonique, SMS ou mail.

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée préalablement et a été définie une fois la saturation des données atteinte.

3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé au cours d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien (annexe1), entre avril 2021 et juillet 2022, basé également sur le ressenti et l'expérience du sujet. La totalité des entretiens s'est déroulée en présentiel.

Le guide d'entretien était constitué de 7 questions ouvertes comprenant des questions de relance lorsque la personne interrogée n'abordait pas les points souhaités. Ce dernier a été élaboré à l'aide d'un guide d'initiation à la recherche qualitative [26], d'autres thèses qualitatives [27] [28] et a été ajusté au fil des entretiens afin de mieux répondre à l'objectif principal.

Les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone sur un smartphone. L'entretien était anonymisé dès son déroulement de sorte qu'aucune donnée nominative ne soit collectée.

Les caractéristiques sociodémographiques étaient également recueillies.

Une biangulation des recueils a été réalisée par un autre investigateur.

4. Retranscription et analyse des données

Les entretiens ont été intégralement retranscrits mot à mot, sous forme de verbatims, de manière informatique, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.

Les données ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel Nvivo®.

Une analyse thématique a été réalisée permettant de dégager les idées émises par les sujets interrogés. Ces thèmes ont ensuite été regroupés et hiérarchisés en nœuds et sous-nœuds.

Une triangulation de l'analyse des données a été réalisée par un autre investigateur et une personne extérieure.

5. Considérations éthiques

Les participants à l'étude ont été informés par écrit et à l'oral de l'utilisation des données collectées pour ce travail de thèse.

Un formulaire de consentement papier a été signé par les participants.

Lors de la retranscription, les entretiens ont été anonymisés. Chaque médecin était désigné par la lettre M suivi du numéro de l'entretien.

Ce travail a été déclaré à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) auprès de la déléguée à la protection des données de l'Université de Poitiers sous le numéro 202146 à la date du 25 juin 2021.

III. Résultats

1. Population de l'étude

Il a été réalisé treize entretiens dont un par un autre investigateur. Quatre médecins ont été réinterrogés.

Les entretiens ont duré en moyenne 20 minutes. L'entretien le plus court a duré 8 minutes et le plus long 30 minutes.

La saturation théorique des données a été atteinte au dixième entretien.

Les caractéristiques des participants sont représentées dans le tableau N°1. La part d'adolescent correspond aux adolescents entre 10 et 18 ans dans la patientèle, en pourcentage. On notait une majorité de femmes interrogées (8 contre 1 homme).

Médecin	Âge	Sexe	Part d'ado	Caractéristiques de l'exercice	Date installation
M01	49	F	15	Semi-rural, MSU niveau 1 SASPAS	2002
M02	32	F	13	Semi-rural	2018
M03	49	F	11	Urbain, MSU, niveau 1 SASPAS	2002
M04	36	F	4	Semi-rural	2012
M05	65	M	11	Rural, MSU niveau 1 SASPAS	1987
M06	62	F	20	Urbain	1985
M07	65	F	10	Rural, MSU niveau 1 SASPAS	1982
M08	39	F	20	Rural, MSU niveau 1 SASPAS, femme-enfant	2012
M09	33	F	10	Semi-rural	2016

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

2. La notion de consentement par les médecins généralistes

Lorsqu'il est demandé aux médecins interrogés de définir ce que représente pour eux le consentement de l'adolescent en consultation, certains disent *« je ne le demande jamais »* M09 ou bien *« c'est super dur »* M01, d'autres pensent *que « c'est plutôt facile à obtenir à cet âge »* M02 ou *« parce que c'est normal, logique, tu ne peux pas imposer à quelqu'un ta décision à toi »* M09.

Pour certains*, « c'est les parents »* (M09) ou *« c'est beaucoup plus facile quand les parents sont d'accord »* M02 car *« si les parents sont d'accord, je vais considérer que l'enfant est d'accord »* (M02), ou *« c'est plutôt rare qu'on demande le consentement parce que souvent il y a les parents »* M03. En résonnance à l'article L 1111-4 du Code de la santé publique [(5)], qui stipule « le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, même s'il revient aux détenteurs de l'autorité parentale de consentir à tout traitement. »

Pour d'autres, c'est plutôt le côté relationnel, *« apaisement mutuel par souci de fidélité, authenticité relationnelle »* M03, *« j'ai besoin qu'on soit sur la même longueur d'onde »* M05, pour *« être en collaboration avec moi pour faire le soin »* M06, ou encore *« ouvrir des portes »* M08, *« l'idée est d'avoir un projet de soin, un projet commun »* M03.

C'est aussi *pour « des raisons légales »* M04, le *« respect du corps »* M04, *« que je ne le prenne pas au dépourvu »* M06, *« pour se protéger aussi, l'examen génital, on a tous entendu des histoires de plaintes, donc on se protège »* M02.

Une idée commune *« le consentement implicite »* M08, *« en fait souvent je leur demande de le faire, en posant la question j'incite au consentement »* M02.

Figure 1 : Nuage de mots représentant les mots les plus fréquemment utilisés pour évoquer la représentation du consentement par les médecins interrogés

2.1 Consentement réel ou simple adhésion ?

Les médecins *veulent « une adhésion aux soins »* M08, que *« l'enfant adhère au soin »* M06 ou encore *« pour une meilleure adhésion au suivi et au traitement ».* M01, en résonnance à l'étude sur la volonté des adolescents à divulguer des informations aux médecins [25] qui a décrit que cette population a besoin d'être rassurée pour se confier et accepter un suivi.

Par ailleurs une notion ressort, *« ce sont des techniques de communication à la limite de la manipulation »* M05 *« ils n'ont pas trop leur mot à dire »* M05, pour les vaccins par exemple *« tes parents et moi sommes d'accord donc tu as perdu »* M05, *« on lui explique ce qu'on va lui faire mais on ne lui propose pas de le refuser en tous les cas »* M01, c'est plutôt *« une information »* M07.

2.2 Respect du refus de l'adolescent, une histoire d'âge ?

Certains médecins évoquent cette problématique de *« capacités de prendre ses décisions »* M06 qui ne lui permettent pas toujours d'être responsable et *« acteur de sa santé »* M07, *« mais après 10 ans on va plus se tourner vers l'adolescent »* M02 alors que d'autres disent *« la plupart du temps on voit quand même avec les parents »* M09 ou *encore « chez les moins de 18 ans, en effet on s'adresse plus au représentant légal plus qu'à l'enfant »* M05.

Selon l'âge de l'adolescent, *« à partir de 15ans »* M04, *« après 10 ans »* M02, les médecins vont davantage *« s'adresser à l'ado »* car *« je considère qu'ils peuvent nous dire oui ou non »* M02 ou bien *« à l'adolescence ils sont capables de ne pas vouloir de base et de le dire »* M09, ce qui contrastent avec d'autres médecins, *« avant 15 ans c'est plutôt le parent qui va être déterminant »* M04*, « jusqu'au collège on les voit avec leurs parents »* M08. Cela reprend la loi du 4 mars 2002 [(4)] qui précise « le mineur participe à la décision médicale en fonction de son degré de maturité », ainsi qu'au rapport [(12)] de la Haute autorité de santé qui recommandait de « tenir compte de l'âge maturatif du jeune plutôt que de son âge chronologique ».

Les médecins vont de façon *« systématique »* M02 *« respecter le corps »* M04 *« l'intimité physique et corporelle »* M03 et demander *« le consentement pour le déshabillage »* M04 ou *« l'examen de l'appareil génital »* M01, *« tout ce qui va nécessiter une palpation, le toucher »* M04. Ceci concorde à l'article « Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale » [(29)] ayant établi un référentiel destiné aux médecins, dont l'une d'entre elles est de « veiller au respect de l'intimité lors de l'examen physique, au consentement pour les gestes nécessaires et à la place du tiers dans ce temps intime ».

De même ils vont respecter le refus « *s'il ne veut pas je fais pas »*, *« quand il y a opposition je respecte »* M08. Par ailleurs certains médecins vont partir du principe *que « s'il n'y a pas de manifestation contre, je fais l'examen »* M08. Le médecin M02 le *« note dans le dossier si c'est un examen génital »* qu'il est d'accord.

Tous s'accordent sur le fait de prêter attention au consentement lorsqu'il s'agit *« d'être seul avec moi »* M04, *« demander s'il voulait que son parent sorte »* M07 , pour la *« psychothérapie »* M02, son refus sera aussi respecté *« je leur dis qu'ils ont le droit, le choix de ne pas me répondre »* M09, *« comme pour les adultes, ils ont le droit de se*

soigner ou pas » M07, *« je dis que la porte est ouverte que quand il aura envie qu'il hésite pas, qu'on comprend que ce soit pas forcément son moment »* M08 car *« faut qu'il adhère au suivi pour pouvoir avancer »* M02. P. Binder l'a stipulé [18], « les trois quarts des adolescents disent ressentir une bonne compréhension de la part du médecin, un tiers avouent cependant n'avoir pu se confier », c'est pourquoi il ajoutait « lors de l'exposé du motif » qui est souvent d'ordre somatique ou administratif , « il s'agit de proposer une ouverture par une allusion du type : à part ça , oui, mais encore ; qui multiplie par 4 la fréquence d'abord psychologique au cours de toute consultation » et peut donc initier l'échange.

2.3 Le non-consentement : les limites du partenariat avec l'adolescent

Lorsque l'adolescent exprime un désaccord avec la conduite choisie par le médecin et approuvée par le parent, la majorité des médecins ne modifie pas leur décision.

Tous les médecins s'accordent pour *« passer outre l'avis de l'enfant »* M08 en cas d'*« urgence vitale »* M03 en référence à l'article R4127-42 du CSP [30].

Pour certains actes, le consentement n'est pas recherché, par exemple le vaccin *« on lui explique ce qu'on va lui faire mais on ne lui propose pas de le refuser en tous les cas »* M01, de même *« je pourrais toujours m'appuyer sur les recommandations »* M08 qui sont suffisantes pour les médecins pour pouvoir passer outre ou plutôt une autre notion *« je pars d'un consentement implicite puisqu'ils sont là »* M02.

Parfois la question posée à l'adolescent est plutôt *consultative « je leur demande s'ils sont prêts »* M09 ou bien *« quel bras on fait »* M04 et le médecin ne considère pas *« qu'il y a une mise en danger à le faire »* M08 ou encore certains pensent qu'*« ils n'ont pas vraiment le choix en pratique »* M07.

Plusieurs médecins évoquent les difficultés liées à *« la peur »* M02 de l'adolescent, ses craintes *« terrorisé par l'aiguille »* M06, qui peut amener au *« refus »* M06.

Devant un refus de l'adolescent, l'attitude des médecins est souvent de temporiser *« je procrastine »* M08, *« on en rediscute dans une autre consultation »* M08, *« il n'y a pas forcément besoin de prendre de décision dans l'immédiat »* M03, comme P. Binder l'a décrit dans une de ses publications sur l'adolescent, « même s'il a peu de temps, le généraliste bénéficie de la durée pour instaurer la confiance » [18].

S'il y a *« maltraitance »* M04, *« situation de violence »* M08 envers l'adolescent, ou bien *« un risque suicidaire »* M08 le médecin ne demande alors pas le consentement de l'adolescent puisque cela rentre dans le cadre de la mise en danger ce qui est défini par les articles R4127-43/44 du CSP [31][32] relatifs à la protection de l'enfance et aux sévices, mais s'efforce de l'informer et d'essayer d'obtenir son accord.

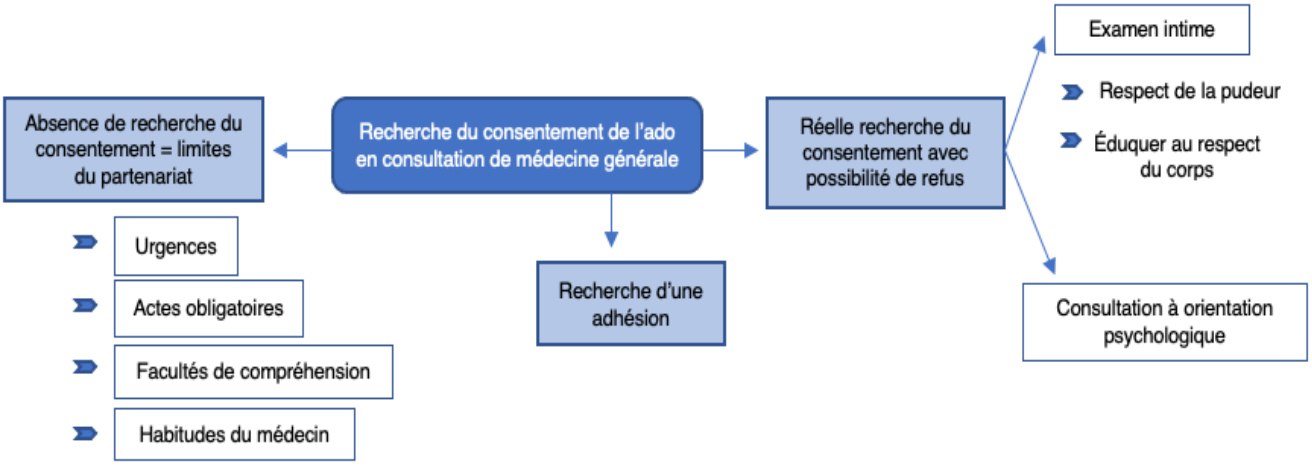


Figure 2 : La notion de consentement par les médecins généralistes

3. Prendre en compte la relation triangulaire

3.1 Le consentement du représentant légal

Certains médecins interrogés confient *« chez le moins de 18 ans, en effet on s'adresse plus au représentant légal »* M05.

Le médecin M08 dit *« ça peut mettre les parents en confiance aussi »*, quant au médecin M05, il ajoute *« la décision est co-construite avec les parents et après elle s'impose à l'enfant ».*

S'il y a désaccord, hors urgence médicale, *« l'autorité parentale malgré tout prédomine »* M03.

3.2 S'allier aux parents

Les parents ont également un rôle dans la prise en charge médicale et les médecins les considèrent comme un partenaire, *« quand il n'a pas envie ou dit non j'essaie de voir plutôt avec les parents comment faire ».* M02

Établir une relation de confiance avec eux, « on a tendance à se tourner vers le parent » M02, cela permet une adhésion.

Ils remarquent que les parents apprécient la place centrale de l'adolescent *« qu'ils sachent que leur enfant est d'accord »* M01 et ils aident au bon déroulement de la consultation, par exemple pour la vaccination lorsqu'il y a un refus lié à des peurs *« non c'est important, il faut que tu le fasses (…) du coup il accepte ».* M06

Les parents ont également un rôle de préparation en amont de la consultation, *« ils ont déjà été prévenus, les parents ont expliqué, ça aide »*. M09

3.3 Le tiers comme obstacle

Dans certaines situations, le parent peut représenter une difficulté pour obtenir le consentement de l'adolescent, *« surtout à partir de 12-14 ans, on sent que les propos sont biaisés par le parent qui est là »* M02, *« parfois le parent donne le consentement »* M01 ou encore c'est *« plutôt déstabilisant d'avoir le parent à côté »* M02 comme décrit dans l'étude Doctor-parent-child relationships [19] où les parents exerçaient un contrôle parental et freinaient la relation médecin-enfant.

Le médecin M07 remarque être *« moins à l'aise si l'accompagnant est le papa avec sa fille »* lorsqu'il s'agit de consultation en rapport avec l'intimité.

« Quand ils ont entre 14 et 17 ans, la présence des parents peut être un obstacle ». M06

Les médecins s'enquièrent à réaliser un examen consenti à l'adolescent, et l'éduquer au respect de son corps, de ses choix, face aux *« parents qui eux même ne respectent pas l'avis et le consentement de leur enfant et pourrait être intrusifs, qui ne comprennent pas que je veuille avoir une consultation seule avec l'enfant s'il est d'accord ».* M04

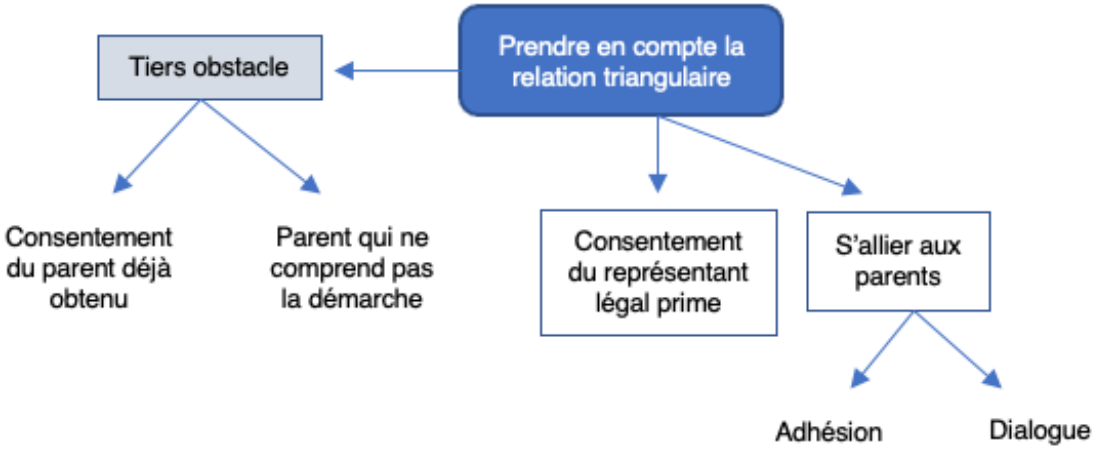


Figure 3 : Prendre en compte la relation triangulaire

4. Permettre à l'adolescent d'être sujet plutôt qu'objet

4.1 Éduquer l'adolescent au consentement est aussi le rôle du médecin

Rechercher le consentement de l'adolescent permet d'établir *« une relation de confiance »* M08, une *« forme de complicité ».* M06

Les médecins insistent sur le fait de *« considérer l'adolescent comme une personne à part entière »* M08 pour *« les intégrer au soin et de ne pas les considérer comme des objets, les considérer comme des personnes à part entière avec leur corps, leurs problèmes et leurs inquiétudes à eux »* M06, *« qu'il se sente décisionnaire de santé »* M08.
Le médecin M04 ajoute que cela est même *« nécessaire pour la suite, dont la manière il va vivre les soins en tant que jeune adulte »*.

4.2 S'adapter à l'adolescent

- *Une communication adaptée : Évaluer la compréhension*

« C'est important de bien les informer » M02, *« il faut toutes les infos sur ce qu'il va lui arriver, sur ce quoi le consentement porte »* M08, pour pouvoir consentir, adhérer au soin, en référence à l'article R4127-35 du CSP [7] stipulant « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état ».

Le médecin M02 souligne le fait que *« souvent on donne l'information avant donc ça permet de confirmer qu'il a bien compris »*.

Les médecins essayent d'évaluer le niveau de compréhension, ils vérifient s'il a bien compris *« sur de la reformulation »* M08 ou encore dans le non-verbal *« par exemple l'enfant qui fait les gros yeux ou regarde maman, ça veut probablement dire qu'il y a incompréhension » M08.*

- *Une communication adaptée : Se fier à son intuition*

Le médecin M08 relate *« ça part de mon échelle de jugement à moi »* lorsqu'il s'agit d'évaluer entre autres la compréhension ou encore *« je pars du principe que s'il n'y a pas de manifestation contre, c'est qu'il est d'accord ».*

- *Adapter son attitude : Savoir temporiser*

Face au refus de soins, hors situations urgentes, les médecins préfèrent différer l'acte et *« proposer une autre consultation »* M09, *« je leur laisse un temps de réflexion, je réinforme réexplique et je laisse du temps »* M02, *« lui laisser le temps de réfléchir à la situation »* M07 plutôt que de faire le soin de force *« utiliser la contention par les parents »* M05 afin de préserver une bonne relation avec l'adolescent, pour que les consultations futures se passent au mieux.

- *Adapter son attitude : Respecter la pudeur*

Les médecins s'adaptent afin de respecter la pudeur, *« s'ils ont les manches tirées qu'il ne faut pas les retirer je respecte »* M08 ou bien lorsqu'il s'agit de la sphère intime *« une jeune fille de 13 ans (…) symptômes gynéco et qui avait refusé que je l'examine une première fois »* M03.

- *Adapter son attitude : Rendre l'ado acteur dans la consultation*

La demande de consentement permet de rendre l'adolescent *« acteur de sa santé »* M07, *« qu'il se sente décisionnel »* M08, ou pour le traitement *« la forme, la galénique »* M02, leur demander ce qu'ils préfèrent ou s'ils sont *« capable d'avaler les comprimés surtout après 12 ans »* M05 afin de *« s'assurer de l'observance »* M02.

Le médecin M09 pose des *« questions ouvertes »* afin d'intégrer l'adolescent à la prise de décision.

4.3 Établir une relation avec l'adolescent

Une *« relation de confiance »* M04, *« une création de lien »* M09 entre le médecin et le patient est primordiale.

Le médecin M08 émet l'idée de *« le considérer en tant que personne »* pour qu'il puisse être un référent vers qui il puisse se tourner en cas de besoin, ce qui a été décrit dans l'article de P. Binder où le rôle du médecin généraliste est celui d'un veilleur accompagnateur au cours de la vie [11].

Recueillir le consentement de l'adolescent permet d'apprivoiser les consultations futures, *« le fondement de l'alliance thérapeutique qui est nécessaire pour la suite dont la manière il va vivre les soins en tant que jeune adulte »* M04, *« j'ai besoin qu'on soit sur la même longueur d'onde »* M05.

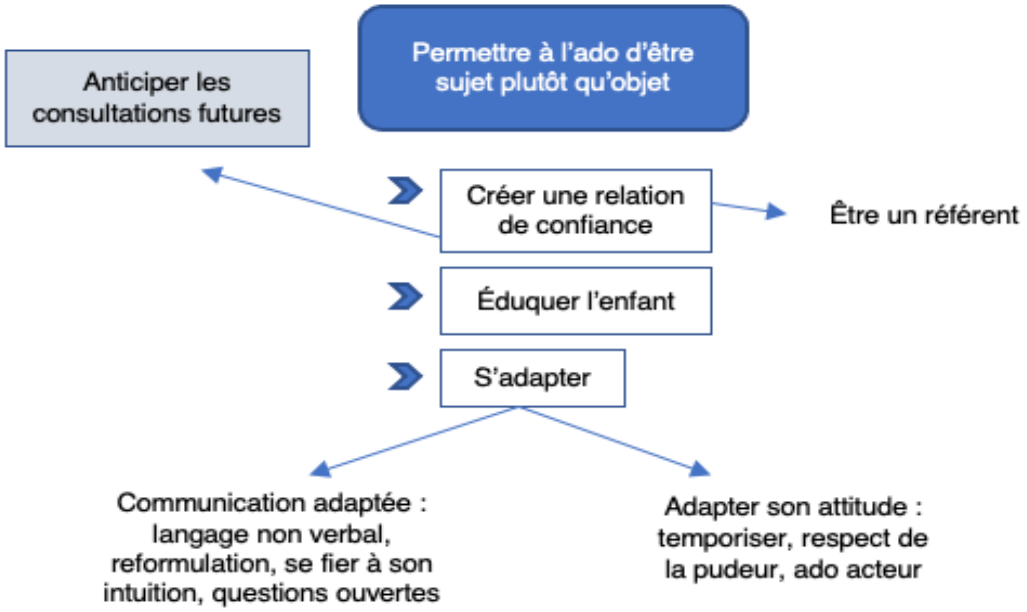


Figure 4 : Permettre à l'ado d'être sujet plutôt qu'objet

5. Réflexivité des médecins sur leur pratique : la recherche du consentement, une question éthique et légale

Certains médecins trouvent qu'ils ne recherchent « *pas suffisamment* » M01 le consentement de l'adolescent, ou plutôt de façon *« trop implicite »* M08, *« j'incite au consentement »* M02. Cela impacte l'image qu'ils ont d'eux-mêmes sur leur propre pratique.

Le consentement est une nécessité éthique. De fait, l'adolescent est respecté *« comme une personne à part entière »* M04. Leur rôle de médecin ne dispense pas du respect de *« l'intimité », le « respect du corps »* M04

Le médecin M02 souligne l'aspect *« légal »* où *« on a tous entendu des histoires sur des médecins, des plaintes »*. Mais en pratique, le consentement d'un adolescent en consultation, ce n'est *« pas d'un point de vue légal »* M01 ou « c'est un peu négligé chez les moins de 18 ans, on s'adresse plus au représentant légal » M05.

Pour certains médecins, le fait de venir au cabinet est déjà une part de consentement « *ils savent pourquoi ils viennent et qu'on va les examiner* » M02.

Auprès de l'adolescent, le consentement est évoqué *« d'un point de vue légal, si c'est un examen génital ou intime »* M02.

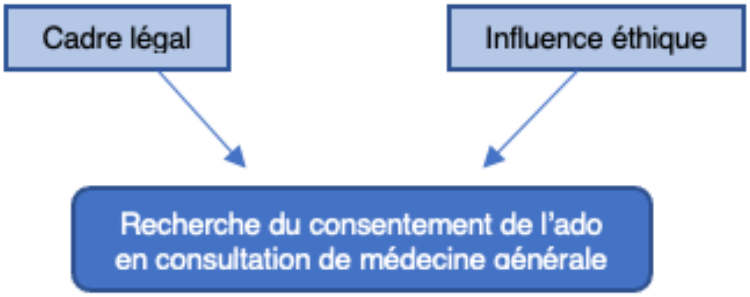


Figure 5 : La recherche du consentement, une question éthique et légale

IV. Discussion

1. Analyse des principaux résultats

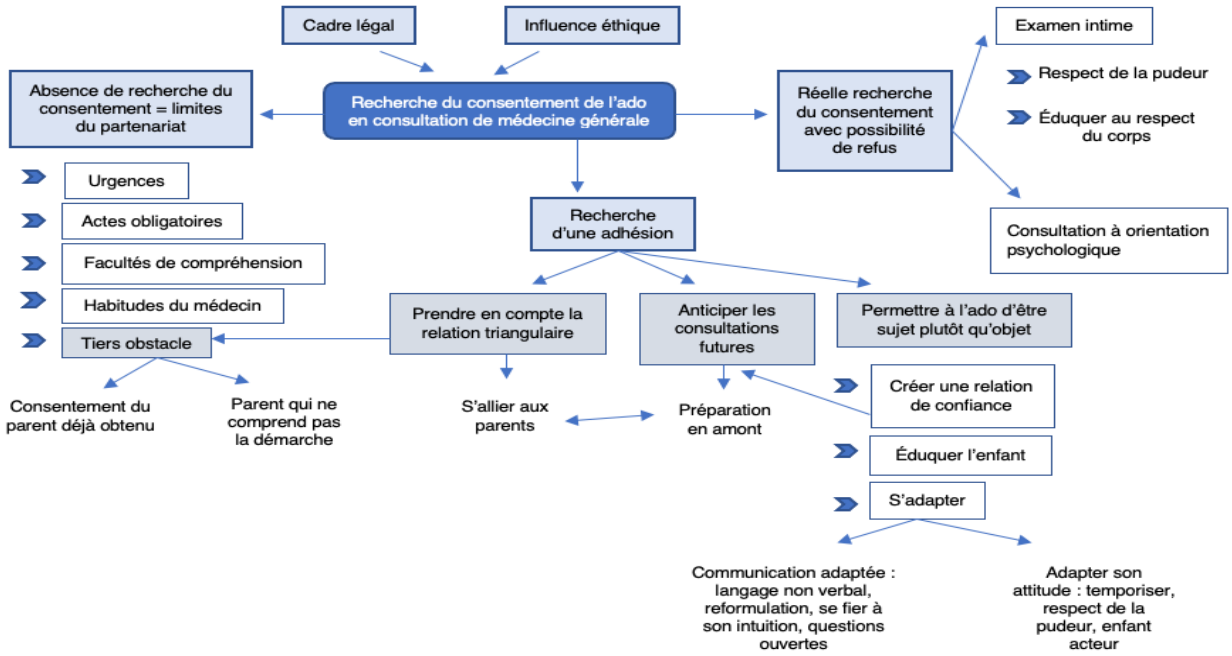


Figure 6 : Modèle explicatif des résultats concernant la recherche du consentement de l'adolescent de 10 à 18 ans en consultation de médecine générale (annexe 2)

L'analyse des résultats a montré que les médecins généralistes ne recherchaient pas forcément le consentement d'un point de vue légal et le demandaient de manière plus formelle pour l'examen intime et les consultations à orientation psychologique en respectant un possible refus, même si dans la majorité des cas l'avis du parent primait. Pour certains, la venue au cabinet représentait déjà un consentement.

Certains actes obligatoires, les urgences médicales ou encore les capacités cognitives de l'adolescent, les habitudes du médecin limitaient le partenariat avec l'adolescent. Les médecins donnaient une place importante à la communication avec l'adolescent, à une recherche d'adhésion, établir une relation de confiance, être un référent, lui permettre d'être acteur de sa santé, avoir une place centrale, un être à part entière, ce qui résonnait avec les deux articles « Dans l'approche des adolescents en médecine générale » [11] [33], où il était souligné que l'adolescent attend du MG qu'il soit un « veilleur et accompagnateur au cours de la vie, pour les multiples facteurs bio-psycho-sociaux d'altérations du développement. Si l'adolescent s'exprime peu, c'est aussi qu'il est soumis à des orages physiologiques complexes où les mots ne trouvent pas leur chemin. Les adolescents nous abordent par des plaintes corporelles mais le plus

souvent imprécises. Leur représentation de leur état psychologique est floue. Ils cherchent surtout à être rassurés sur leur normalité. Aussi, l'apprivoisement relationnel en consultation nécessite un accueil sensible, patient et adapté. La principale qualité attendue des MG par les garçons ou les filles de 15 ans pour se confier est celle d'être « juste » ; c'est-à-dire que leur MG garantisse le secret, ne les juge pas et pose les bonnes questions. ». Tout ceci s'intégrant dans l'une des grandes familles de situations cliniques [34].

Le parent pouvait être un allié pour permettre l'adhésion de l'adolescent mais il était également cité comme obstacle à la recherche du consentement de l'adolescent car son propre consentement primait sur celui de l'adolescent. Ce qui fait référence à la capacité 3 du référentiel des compétences attendues [29] et à l'étude Doctor-parent-child relationships [19]. Les médecins s'accordaient sur le fait de laisser une place centrale à l'adolescent dans la prise de décision mais que la finalité pour certains revenait à l'autorité parentale. La majorité médicale n'étant pas définie, le cadre légal stipule qu'un mineur est soumis à son représentant légal, par ailleurs en pratique, face à une population d'adolescents en marge d'autonomisation, la prise de décision commune n'est pas si simple.

En cas d'urgence médicale ou pour des soins obligatoires, de mise en danger, les médecins ignoraient le refus de l'adolescent, en accord avec l'article R4127-42 du CSP [30].

L'adaptation du médecin avec le public adolescent entre 10 et 18 ans était un point important, notamment dans la communication, le langage non verbal, la reformulation et des questions ouvertes pour initier l'échange en résonnance à P. Binder « à part ça ? » [18]. En rapport aux capacités de l'adolescent, les médecins utilisaient un langage adapté pour permettre son information, ce qui résonnait avec l'avis du CCNE [35], qui émettait l'idée d'un « processus vivant et dynamique », pour les personnes qui ne comprenaient que partiellement l'information, ce qui nécessitait « un langage adapté » et aussi de « présenter l'information de façon répétée ». L'adaptation passait également par le fait de savoir temporiser en accord avec les propos de P. Binder, « si le MG ne bénéficie pas du temps, il a la durée » [18].

L'analyse a permis de faire émerger une notion, la réflexivité des médecins sur leur pratique, avec le côté éthique plutôt que légal.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Plusieurs biais peuvent être discutés.

Il existait un biais de recrutement car celui-ci était réalisé de proche en proche. Une partie des médecins interrogés était connue de l'investigateur, ce qui a pu influencer leurs réponses.

Les entretiens individuels en face à face créaient un biais de désirabilité.

On pouvait noter un biais d'investigation car les premiers entretiens étaient de moins bonne qualité du fait du manque de formation de l'investigateur.

Il existait un biais d'interprétation, certains entretiens étaient trop courts et donc les idées des participants n'étaient pas complètement développées. C'est pourquoi quatre médecins ont été réinterrogés à distance (1 an) même si cela peut également être un biais de sélection, les données recueillies ont permis d'améliorer la réponse à l'objectif de l'étude.

Un biais de sélection pouvait être discuté du fait d'une population interrogée, féminine. Ceci pouvait s'expliquer par la féminisation de la profession.

Enfin, il n'a pas été réalisé de retour aux participants, ce qui aurait permis de vérifier la pertinence de l'étude.

Cette étude présentait plusieurs atouts.

Le choix de la méthodologie qualitative permettait un recueil des expériences personnelles des médecins et de comprendre leurs opinions, ressentis et comportements.

La conformabilité permet de « replacer le positionnement « neutre » ou « objectif » attendu des chercheurs ». Elle insiste sur la « transparence du chercheur concernant son positionnement et son contexte » [36].

La confirmabilité implique que les résultats puissent être confirmés par d'autres et que l'exhaustivité des ressentis soit récoltée. Pour essayer de montrer cette objectivité, de nombreux extraits des entretiens ont été intégrés aux résultats. Les entretiens dans leur ensemble sont également disponibles sur un fichier de traitement de texte.

Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel, dans de bonnes conditions, dans le lieu choisi par les médecins.

Une triangulation des recueils et de l'analyse des données a été réalisée.

La saturation des données a été atteinte au dixième entretien, ce qui a été vérifié par des entretiens supplémentaires.

IV.3. Perspectives

En pratique, en consultation de médecine générale, impliquer l'adolescent permet de favoriser son adhésion aux soins. Rechercher son consentement ne semble pas nécessaire ou réalisable pour tous les actes, il s'agit plutôt de créer une relation de confiance avec lui, de le faire participer, le considérer comme un être à part entière, lui permettre de devenir un référent ou encore lui apporter la notion de respect au corps. En plus d'être favorable pour l'adolescent et son développement, cette démarche éthique est bénéfique au médecin dans la vision qu'il peut avoir de sa propre pratique ainsi qu'à son approche de l'adolescent en consultation, développer ses capacités d'adaptation face à cette population dite vulnérable de part son processus de maturité et des multiples perturbations psychologiques et comportementales.

Sur le plan de la recherche, ce travail de thèse s'intégrait dans un travail plus global, avec des études similaires portant sur d'autres types de populations considérées comme vulnérables.

D'autres projets pourraient être envisagés en interrogeant les patients considérés comme vulnérables eux-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Code de déontologie médicale - Article R4127-35 et R4127-36. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/. (Consulté le 11 octobre 2022)
2. Code de Nuremberg 1947. Disponible sur https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2017-11/inserm-codenuremberg-tradamiel.pdf. (Consulté le 11 octobre 2022)
3. Code civil - Articles 16 à 16-9. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006136059 (Consulté le 11 octobre 2022)
4. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015 (Consulté le 11 octobre 2022)
5. Code de la santé publique - Article L1111-4. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056 (Consulté le 11 octobre 2022)
6. Code civil - Article 388. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207650 (Consulté le 11 octobre 2022)
7. Code de la santé publique - Article R4127-35. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586 (Consulté le 11 octobre 2022)
8. Code civil - Article 371-1. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038749626 (Consulté le 11 octobre 2022)
9. Les soins aux personnes mineures - Fiche 13. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_13.pdf (Consulté le 11 octobre 2022)
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins – La patient mineur. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/prise-charge/patient-mineur#sommaire-id-0 (Consulté le 11 octobre 2022)
11. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie : L'adolescent, cet inconnu. exercer 2018;141:122-32.

12. Haute Autorité de Santé – Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans. Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_451142/fr/propositions-portant-sur-le-depistage-individuel-chez-l-enfant-de-7-a-18-ans-destinees-aux-medecins-generalistes-pediatres-et-medecins-scolaires (Consulté le 11 octobre 2022)
13. Rude-Antoine E. Le droit du patient mineur. Journal du droit des jeunes, 2012, n°313 p19-24. Disponible sur https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2012-3-page-19.html (Consulté le 11 octobre 2022)
14. Kant E. Qu'est-ce que les Lumières ? Berlinische Monatsschrift, 1784. Disponible sur https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Quest-ce-que-les-Lumières%EF%80%A5-1784.pdf (Consulté le 11 octobre 2022)
15. Coughlin K W. La prise de décision médicale en pédiatrie : de la naissance à l'adolescence. Paediatrics & Child Health, 2018, Vol. 23, No. 2
16. Alvin P, Marcelli D. Développement de l'adolescence. In : médecine de l'adolescent. 2e éd. Questionnaire de pré-consultation. Paris : Masson, 2005 : p. 61.
17. INPES EntreNous 2009. Disponible sur https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/121-4-entrenousinpes.pdf.pdf (Consulté le 11 octobre 2022)
18. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Rev Prat 2005;10:1073-7.
19. Tates K, Elbers E. Doctor–parent–child relationships: a "pas de trois". Patient Education and Counseling. 2002 ;48(1) :5-14.
20. Loi n° 2021-478 du 21 avril 2021 visant à protéger les mineurs des crimes et délits sexuels et de l'inceste. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043403203 (Consulté le 11 octobre 2022)
21. Tudrej B, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L & Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs?, European Journal of General Practice, 2016, DOI: 10.1080/13814788.2016.1216541
22. André N, Gaudart J. Quelle place pour l'enfant dans la prise de décision en pédiatrie ? Archives de Pédiatrie. 2005 ;12(7) : 1068-74.

23. Aubert-Fourmy C, Vergely C. Le consentement éclairé en oncologie pédiatrique : expériences et point de vue d'une association de parents. Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie. ERES ; 2004. 155-163.
24. Leblanc A. Le pédiatre à l'écoute de l'enfant. Enfances et Psy. 2007 ;3(n°36). 128-135.
25. Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose in- formation and seek future health care. A randomized controlled trial. JAMA 1997;278:1029-34.
26. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé. Edition Global Média Santé et CNGE. Jouve, 2021. 192 p.
27. Montaut G, Représentations et freins à la mise en place des mesures de protection juridique dans la population générale. Thèse de médecine générale. Poitiers : faculté de médecine de Poitiers, 2019, 35 p. Disponible sur : http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/91c9d84f-2a38-4086-95ab-6649ae515d26 (Consulté le 11 octobre 2022)
28. Khuat P, Détermination et analyse des freins à la mise en place des mesures de protection juridique chez les médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Poitiers : faculté de médecine de Poitiers, 2019, 40 p. Disponible sur : http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/c2dd277a-7a8a-48c1-9836- b2ec56adcc75 (Consulté le 11 octobre 2022)
29. Lépine C, Jédat V, Di Patrizio P, M. Haller D, Binder P. Compétences attendues pour l'accueil d'un adolescent en médecine générale, validation d'un référentiel francophone. exercer 2021;177:388-94.
30. Code de la santé publique. Article R4127-42. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680548/1995-09-08 (Consulté le 11 octobre 2022)
31. Code de la santé publique. Article R4127-43. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-43-protection-lenfance (Consulté le 11 octobre 2022)
32. Code de la santé publique. Article R4127-44. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-44-sevices (Consulté le 11 octobre 2022)

33. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie : évaluer, accompagner. exercer 2018;142:169-81.
34. Attali C, Huez JF, Valette T, Lehr Drylewicz AM. Les grandes familles de situations cliniques. exercer 2013;108:165-9.
35. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin. Avis 136. Avril 2021. 49 p. Disponible sur : https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-136- levolution-des-enjeux-ethiques-relatifs-au-consentement-dans-le-soin#:~:text=De%20nouvelles%20questions%20%C3%A9thiques%20doivent,centr%C3% A9%20sur%20les%20personnes%20vuln%C3%A9rables (Consulté le 11 octobre 2022)
36. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. Recherches Qualitatives. 2019 ;38(1) :53.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Quel est votre âge ?

Êtes-vous un homme ou une femme ?

Êtes-vous MSU ?

Quel est le pourcentage d'adolescent (10-18 ans) dans votre patientèle ?

Quel est votre mode d'exercice ? et depuis quand exercez-vous ?

1. Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez demandé le consentement d'un adolescent ?

2. Que représente, pour vous, le consentement de l'ado en médecine générale ? *Information ? Recueil de son avis ? Suivre sa décision ?*

3. Quelles sont les situations, en général, pour lesquelles vous recherchez le consentement en consultation ? *le déshabillage ? l'examen clinique ? Si oui tout ou parties de l'examen ? les vaccins ? la prescription des traitements ?*

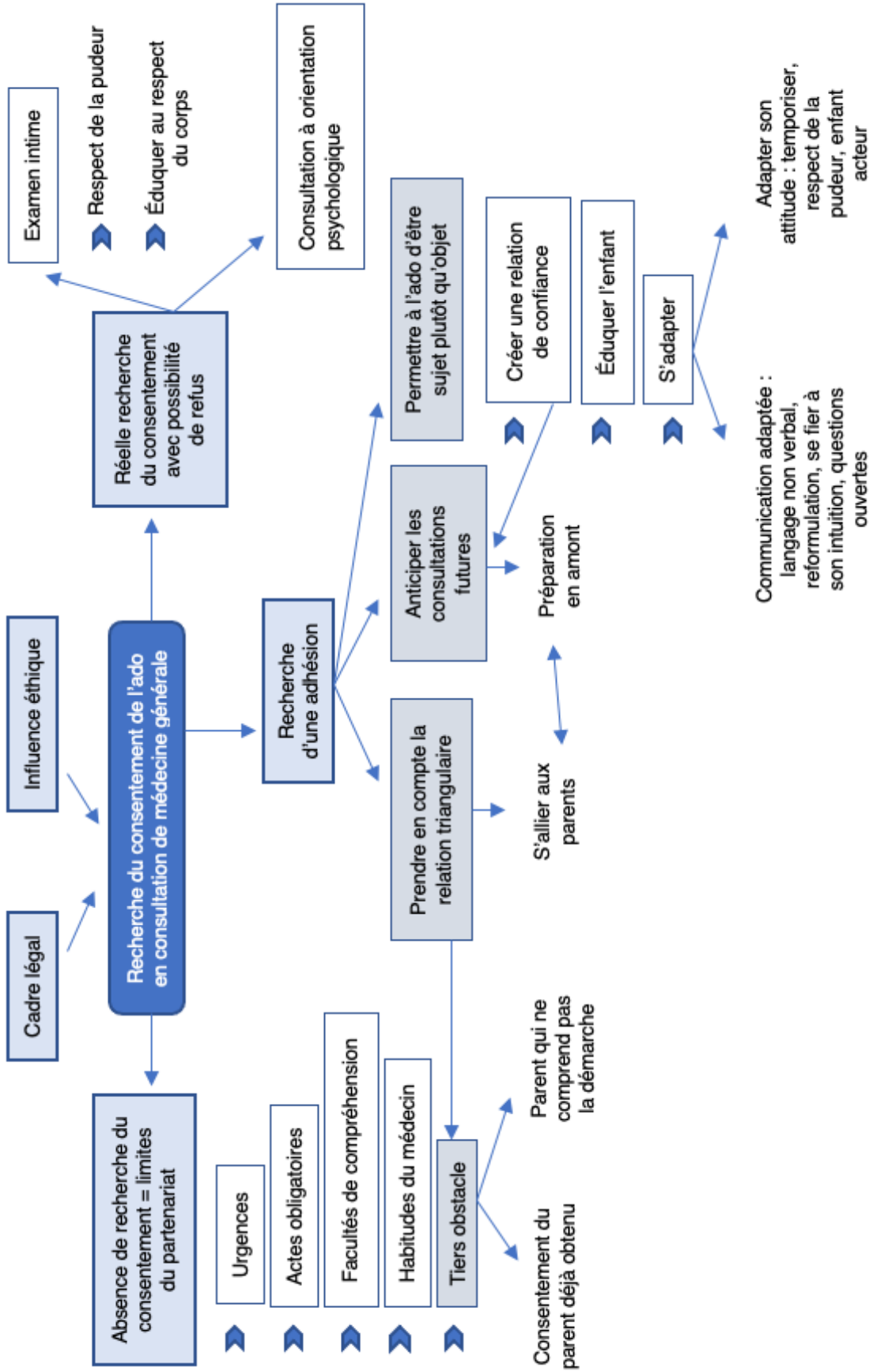
4. Pour quels buts/quelles raisons recherchez-vous le consentement de l'ado ? *favoriser la compréhension ? Son adhésion aux soins ? Pour vous-même ? par rapport aux parents ? par rapport à l'ado ? Le faîtes-vous d'un point de vue légal ? Dans ce cas, le notifiez-vous par écrit dans le dossier ?*

5. Quelles sont les difficultés/obstacles que vous rencontrez à la recherche du consentement ? *Compétences insuffisantes de l'ado ? Information déjà donnée aux parents ? Les parents constituent-ils un obstacle ? Manque de temps ? Trouvez-vous qu'il y a beaucoup de refus de la part des enfants ?*

6. Comment gérer vous les divergences entre l'avis de l'enfant et celui de l'adulte référent ? *Entretien à 3 temps ? modification de votre décision ?*

7. Quelle place accordez-vous à l'avis de l'enfant ? *La décision finale revient-elle finalement aux parents ou à l'enfant ? la protection de l'enfant n'implique-t-elle pas que, parfois, il soit nécessaire de passer outre l'avis de l'enfant ?*

Annexe 2 Modèle explicatif des résultats sur la recherche du consentement de l'adolescent en consultation de médecine générale



RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Si tout semble réuni dans la société actuelle pour donner à l'adolescent une place centrale, si l'éducation au consentement est d'actualité permettant l'apprentissage du respect de soi-même et des autres, qu'en est-il en consultation ? L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti et les pratiques des médecins généralistes concernant la recherche du consentement des adolescents âgés de 10 à 18 ans en consultation de médecine générale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés réalisés entre avril 2021 et juillet 2022, auprès de médecins généralistes. La méthode s'inspirait de la théorisation ancrée. L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo®. Il existait une triangulation des recueils et de l'encodage.

Résultats : Les médecins généralistes accordaient une place centrale à l'adolescent dans la consultation pour lui permettre d'être acteur de sa santé. Selon le degré de maturité et le type de soin, il était toujours informé et son consentement parfois recherché. La protection de l'adolescent à travers son représentant légal, l'autorité parentale impliquait donc une limite du partenariat. C'est plus une adhésion, qu'un consentement, qui était recherchée, en s'appuyant sur la reformulation, le non verbal et le ressenti du médecin.

Discussion/Conclusion : Se poser la question de rechercher le consentement de l'adolescent en consultation montre l'importance donnée à l'adolescent dans notre société actuelle. Cette démarche éthique favorise l'établissement d'une relation de confiance mais également le regard du médecin sur sa propre pratique. La formation aux techniques de communication, d'approche en consultation, doit continuer de faire partie intégrante des études médicales.

Mots clés : consentement, adolescent, éthique, médecine générale

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 !

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Si tout semble réuni dans la société actuelle pour donner à l'adolescent une place centrale, si l'éducation au consentement est d'actualité permettant l'apprentissage du respect de soi-même et des autres, qu'en est-il en consultation ? L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti et les pratiques des médecins généralistes concernant la recherche du consentement des adolescents âgés de 10 à 18 ans en consultation de médecine générale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés réalisés entre avril 2021 et juillet 2022, auprès de médecins généralistes. La méthode s'inspirait de la théorisation ancrée. L'analyse des résultats a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo®. Il existait une triangulation des recueils et de l'encodage.

Résultats : Les médecins généralistes accordaient une place centrale à l'adolescent dans la consultation pour lui permettre d'être acteur de sa santé. Selon le degré de maturité et le type de soin, il était toujours informé et son consentement parfois recherché. La protection de l'adolescent à travers son représentant légal, l'autorité parentale impliquait donc une limite du partenariat. C'est plus une adhésion, qu'un consentement, qui était recherchée, en s'appuyant sur la reformulation, le non verbal et le ressenti du médecin.

Discussion/Conclusion : Se poser la question de rechercher le consentement de l'adolescent en consultation montre l'importance donnée à l'adolescent dans notre société actuelle. Cette démarche éthique favorise l'établissement d'une relation de confiance mais également le regard du médecin sur sa propre pratique. La formation aux techniques de communication, d'approche en consultation, doit continuer de faire partie intégrante des études médicales.

Mots clés : consentement, adolescent, éthique, médecine générale