

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 décembre 2013 à Poitiers

Par Delphine AUPETIT

**Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la
contraception avec leur médecin traitant ?**

(Enquête auprès de seize adolescentes par entretiens semi-dirigés)

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Monsieur le Professeur Denis ORIOT
Monsieur le Professeur Daniel MARCELLI

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie GRANDCOLIN



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maitre de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Fabrice Pierre, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur Denis Oriot, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, et ainsi apporter votre savoir en tant que pédiatre.

A Monsieur le Professeur Daniel Marcelli, pour avoir accepté de juger ce travail, et nous apporter votre regard sur les adolescentes en tant que pédopsychiatre.

A Madame Le Docteur Stéphanie Grandcolin, pour avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir guidé sur le plan méthodologique et d'avoir consacré du temps aux corrections. Merci pour ton aide, ta disponibilité et ta relecture éclairée.

Aux adolescentes et leurs parents et aux médecins généralistes, pour m'avoir permis de réaliser ce travail, qui n'aurait pas été possible sans vous. Merci de m'avoir accordé de votre temps.

A mes maîtres de stage, Les Docteurs Agnès Certin, Dany Dupuis, Françoise Rucheton, Viviane Souchaud, Jocelyne et José Gomes, pour m'avoir consacré de votre temps et permis de me familiariser avec un métier si riche et si complexe, merci pour votre partage et la confiance que vous m'accordez.

A mes co-internes et les équipes soignantes croisés pendant ces semestres d'internat, et plus particulièrement à **Maëlle**, pour ton aide dans la réalisation de ce travail.

A Marion et Floriane, pour leur amitié et les bons moments passés ensemble. Et encore de belles choses à vivre en perspective ! **A Amaury et Alice** pour leur bonne humeur et leurs habituelles blagues...

A mes parents, pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ma vie. Vous m'avez permis de réaliser ce métier que j'aime tant, je vous en suis très reconnaissante.

A mes sœurs, pour leur soutien, à plus ou moins longue distance... Merci Marion pour ta relecture et tes conseils et Julie pour ta spontanéité et ta présence.

A Sara, pour ton amitié précieuse depuis toutes ces années et tout ce chemin parcouru, merci d'être là.

A Thibaud, pour ton amour au quotidien, ton soutien depuis toutes ces années et pour le bonheur que nous vivons au quotidien avec notre petite famille.

A Gabin, notre rayon de soleil et à notre petite crevette à venir...

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	8
I.1. PROBLEMATIQUE.....	8
I.1.1. Etat des lieux	8
I.1.2. La contraception et les adolescentes.....	8
I.1.2.1 Aborder la sexualité avec les adolescents : pas toujours évident.....	9
I.1.2.2. Une information pas toujours accessible ou bien délivrée.....	9
I.1.2.3.Fausses représentations et persistances d'idées reçues	10
I.1.3. Le médecin traitant : un interlocuteur de choix, et pourtant.....	10
I.1.3.1. Les compétences du médecin généraliste.....	10
I.1.3.2. Un recours non systématique.....	11
I.2. QUESTION DE RECHERCHE.....	12
I.3. HYPOTHESES DE RECHERCHE	12
I.4. OBJECTIFS DE L'ETUDE	13
II. METHODE.....	14
II.1. TYPE D'ETUDE.....	14
II.2. POPULATION ETUDIEE	14
II.3. CRITERES D'ECHANTILLONNAGE.....	15
II.4. DEROULEMENT DE L'ENQUETE.....	16
II.5. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES.....	17
II.6. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	18
III. RESULTATS.....	20
III.1. LES ADOLESCENTES INTERROGEEES	20
III.1.1. Age et utilisation d'une contraception.....	20
III.1.2. Age du premier rapport sexuel et moyens contraceptifs utilisés.....	21
III.1.3. Habitat et environnement familial	21
III.1.4. Les médecins traitants des adolescentes	22
III.1.4.1. Genre des médecins et activité en gynécologie	22
III.1.4.2. Age des médecins et nombre d'adolescentes interrogées dont il est le médecin traitant.....	22
III.2. APERÇU SCHEMATIQUE DES RESULTATS	23
III.3. LA RELATION AVEC SON MEDECIN TRAITANT	24
III.3.1. Les reproches faits aux médecins	24

III.3.2. Les limites de la relation médecin-adolescente.....	25
III.3.3. Une vision limitée de son médecin traitant.....	25
III.4. LES FREINS PROPRES AUX ADOLESCENTES	26
III.4.1. L'adolescente n'a pas besoin d'un moyen de contraception.....	26
III.4.2.L'adolescente n'aborde pas le sujet de la contraception en consultation	27
III.4.3. La consultation médicale : à reculons !.....	28
III.4.4. Craintes et méconnaissances de l'examen gynécologique.....	28
III.4.5. Vision compliquée du parcours de prescription et délivrance d'une contraception	29
III.4.6. Les professionnels de santé impliqués dans la contraception selon les adolescentes	29
III.5. LES FREINS LIES A L'ENTOURAGE.....	30
III.5.1. Présence d'un tiers pendant la consultation	30
III.5.2. Rôle des parents dans l'accès à la contraception	30
III.5.2.3. Déresponsabilisation des adolescentes par leurs parents.....	31
III.5.3. Rôle majeur de la mère dans l'orientation vers le gynécologue.....	31
III.5.4. Autres sources d'informations nombreuses et plus accessibles.....	32
III.6. PROPOSITION D'UNE CONSULTATION DEDIEE	33
IV. DISCUSSION	35
IV.1. RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS	35
IV.1.1. Des résultats attendus	35
IV.1.2. Des résultats originaux.....	35
IV.2. FORCES ET FAIBLESSES METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	36
IV.2.1. Choix d'une méthode qualitative.....	36
IV.2.2. Le mode de recrutement des adolescentes.....	36
IV.2.2.1. Des médecins traitants connus de l'enquêtrice	36
IV.2.2.2. Accord parental indispensable : biais de recrutement.....	37
IV.2.2.3. Modalités de rendez vous pas toujours faciles.....	37
IV.2.3. Échantillonnage en variation maximale.....	38
IV.2.4. Le déroulement de l'enquête	38
IV.2.4.1. Des biais internes.....	38
IV.2.4.2. Des biais externes :.....	38
IV.2.4.3.Des biais d'investigation :	39
IV.3. DISCUSSION DES RESULTATS.....	40
IV.3.1. Déresponsabilisation des adolescentes par leurs parents.....	40
IV.3.2. Un recours important au gynécologue, guidé par la mère	41
IV.3.2.1. La contraception : une affaire de spécialiste.....	41

IV.3.2.1. Une densité de gynécologues médicaux en Charente relativement importante	41
IV.3.2.2. La mère : une confidente de choix qui oriente vers une consultation gynécologique	42
IV.3.3. Les professionnels de santé impliqués dans la contraception des adolescentes : la place du médecin généraliste ?	42
IV.3.3.1. Les professionnels de santé cités par les adolescentes	42
IV.3.3.2. L'importance du recours au gynécologue : un problème pour l'avenir des soins ?	43
IV.3.3.3. Le médecin généraliste : pourquoi une place limitée dans l'accès à la contraception ?	44
IV.3.4. L'importance de la relation entre le médecin et l'adolescente.....	45
IV.3.4.1. Un climat de confiance instauré par le médecin.....	45
IV.3.4.2. Les freins du coté des médecins	47
IV.3.4.3. Le genre du médecin.....	49
IV.3.4.4. Un rendez vous manqué.....	49
IV.3.5. Proposition d'une consultation dédiée.....	50
V. CONCLUSION	52
VI. BIBLIOGRAPHIE	53
VII. ANNEXES	61
VII.1. LETTRES D'INFORMATIONS AUX ADOLESCENTES ET AUX PARENTS	61
VII.2. GUIDE D'ENTRETIEN.....	62
VII.3. CARACTERISTIQUES DES ADOLESCENTES	63
VII.4. LES ENTRETIENS.....	63

I. INTRODUCTION

I.1. Problématique

I.1.1. Etat des lieux

En France, malgré l'accès gratuit et anonyme à la pilule du lendemain (1), et malgré plusieurs dispositifs en place, le nombre de grossesses précoces chez les adolescentes a du mal à diminuer.

Selon les données de l'INED et la DRESS (2,3) en 2006, 12 556 IVG ont été réalisées chez les 15-17 ans sur 214 360 IVG. En 2011, on assiste à une légère baisse avec 11 670 IVG chez les 15-17 ans sur les 208 290. Le ratio IVG/naissances lui, reste stable à 2,9 (2).

Après de nombreux travaux de recommandation (4,5,6) le système français, jusque là « plus curatif que préventif » (5), évolue un peu. En décembre 2012 L'Assemblée Nationale adopte l'amendement proposé par la ministre de la santé Mme Touraine, qui prévoit un remboursement à 100% de la contraception pour les mineures de 15 à 18 ans, mais également une garantie de confidentialité : « *la délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures* ». (7)

Cependant cette prise en charge ne couvre ni la consultation ni les examens biologiques éventuelles.

Nous assistons donc à une réforme majeure dans le domaine de la contraception des adolescentes, le coût et l'anonymat étant cités dans de nombreuses études et rapports comme des obstacles majeurs à l'accès à la contraception (4,5,8).

I.1.2. La contraception et les adolescentes

I.1.2.1 Aborder la sexualité avec les adolescents : pas toujours évident...

L'accès à la sexualité se pose de façon différente selon les points de vue de l'adolescent lui-même et de ses parents (9). Il est nécessaire de tenir compte du développement de l'adolescent, ainsi que de ses propres expériences (10,11,12). Il ne faut pas chercher à aller droit à la prévention, avec un discours qui peut devenir rapidement ennuyeux (13).

Accepter de parler de sexualité implique une confrontation avec les expériences et les valeurs personnelles de l'interlocuteur, et nécessite un contrôle permanent du partage de l'implicite dans la communication avec l'adolescent, car un mot peut prendre un sens différent selon les représentations personnelles (11,14).

Cependant une telle approche n'induit ni précocité sexuelle ni augmentation de la fréquence des relations sexuelles (11).

I.1.2.2. Une information pas toujours accessible ou bien délivrée

- **En milieu scolaire** : malgré l'article 22 de la loi du 4 juillet 2001 (1) inscrit dans le Code de l'éducation selon lequel « *une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène* », il semble que faute de moyen, l'application en reste aléatoire (4,8).

- **Le milieu socio-familial** reste bien inégal, avec certaines cultures qui prônent la virginité jusqu'au mariage, interdisant alors tout abord de la contraception. Les adolescents ont également besoin de confidentialité autour de leur vie sexuelle (5), et les parents quand à eux ont parfois peur d'induire des comportements (11). Mais la communication avec les parents joue un rôle positif dans les conduites sexuelles des adolescents (15).

- **Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)**, permettent de délivrer une contraception gratuite et anonyme, mais leur accès géographique est bien inégal entre zone urbaine et rurale, avec un nombre de CPEF compris majoritairement entre 5

et 20 par départements. Une dizaine de départements en France en disposent plus d'une trentaine (16). Et leurs contraintes horaires ne correspondent pas toujours avec la vie d'un(e) lycéen(ne).

I.1.2.3. Fausses représentations et persistances d'idées reçues

Malgré un recours plus fréquent à la contraception lors du premier rapport sexuel, persistent encore de nombreuses idées reçues. Ainsi selon l'étude INPES BVA « Les français et la contraception » (17) 34 % des jeunes de 15-20 ans interviewés pensent que la pilule peut rendre stérile et 24% d'entre eux pensent qu'elle fait systématiquement grossir.

De même, les adultes véhiculent des idées fausses : 53% des français croient qu'une femme ne peut pas tomber enceinte si un rapport sexuel a eu lieu pendant les règles et 64% qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse, identifiables en surveillant son cycle (17). Ce qui influencent les adolescents, comme le soulignent le professeur Israël Nisand en 2005 « *en classe de troisième, deux tiers des jeunes filles pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants, et les trois quarts sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles* ».

La persistance de ces idées reçues, et l'apparition de préoccupations écologistes (souhait de suivre une méthode naturelle), conduisent à un rejet de la pilule et à l'utilisation de moyens de contraception peu efficaces, ce qui accroît le risque de grossesse (8).

I.1.3. Le médecin traitant : un interlocuteur de choix, et pourtant...

I.1.3.1. Les compétences du médecin généraliste

La WONCA Europe, branche régionale de l'organisation mondiale des médecins de famille, a rédigé en 2002 une définition européenne de la médecine générale - médecin de famille (18).

Font partie du champ de ses compétences, entre autres : la promotion et l'éducation pour la santé et l'entreprise d'actions de santé publique. Pour cela, savoir communiquer de façon appropriée avec le patient, quel que soit son âge ou son sexe et développer une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (18,19,20).

La contraception chez l'adolescente fait donc pleinement partie du champ des compétences du médecin généraliste, qui est le mieux placé pour faire de la prévention. (21,22).

Certaines études montrent l'importance de l'attitude du médecin dans la contraception des adolescents (23).

I.1.3.2. Un recours non systématique

Les adolescents ne pensent pas forcément à avoir recours au médecin traitant, en cas de problème de santé qu'ils souhaiteraient cacher à leur entourage (24). Encore moins pour s'informer et avoir des conseils en matière de sexualité et de contraception (17) (25,26,27,28), les adolescents se tournent alors vers l'entourage, groupe de pairs et famille (9).

Les 11-20 ans représentent 13% de la population mais c'est la tranche d'âge qui consulte le moins les médecins libéraux, avec seulement 8% des actes médicaux dont 7 fois sur 10 en médecine générale (29). La contraception comme motif de consultation arrive alors en 5^{ème} position chez les jeunes filles (30).

Mais la première raison de consultation, évoquée par l'adolescent, n'est pas toujours celle qui le motive à consulter son médecin traitant. Il est alors indispensable que le médecin accorde du temps et use de technique de communication afin de donner l'opportunité au jeune d'aborder des sujets plus sensibles. (31,32).

Comme le souligne le Pr Nisand (5), les jeunes ne disposent généralement pas des moyens nécessaires pour payer la consultation médicale. Argument conforté par un

travail de thèse (33) mené sur 300 jeunes de 14 à 21 ans en région parisienne, où il apparaît que le coût de la consultation constitue un obstacle pour les jeunes en difficulté. De plus, pour ceux qui n'ont pas de couverture sociale autonome, le remboursement de la consultation entre en conflit avec la confidentialité souhaitée vis à vis des parents.

De même certaines pratiques, contrairement aux nouvelles recommandations, sont toujours usitées, comme l'examen gynécologique systématique avant l'âge de 25 ans (34), ce qui peut freiner les adolescentes dans leur demande de contraception.

La loi permet maintenant un accès gratuit et anonyme de la délivrance de certains contraceptifs, même si la consultation n'est pas encore prise en charge. Grâce à ses compétences et son accessibilité (en terme d'horaire et de localisation), le médecin traitant se positionne donc comme un interlocuteur de choix dans la contraception des adolescentes.

I.2. Question de recherche

Suite à la problématique énoncée, nous nous posons donc la question suivante :

Quels sont les freins ressentis par les adolescentes pour aborder la contraception avec leur médecin traitant ?

I.3. Hypothèses de recherche

Grâce aux recherches bibliographiques, certaines réponses semblent attendues :

- La notion de coût de la consultation (5,6,33).
- La peur de l'examen gynécologique (6).
- La méconnaissance du secret professionnel, et le risque que les parents soient informés (5,6).
- La crainte de ne pas être comprise ou d'être jugée (35).

- Une pudeur personnelle empêchant d'évoquer ces sujets (36).

I.4. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude était :

Déterminer les freins qui limitent les adolescentes à consulter leur médecin traitant pour aborder la contraception.

Les buts de cette étude :

Déterminer et mieux connaître les freins des adolescents pour aborder la contraception avec leur médecin, permettrait d'élaborer quelques pistes pour améliorer l'accès à la contraception chez les adolescents, aidé par la nouvelle loi sur la prise en charge à 100% de la contraception des mineures :

II. METHODE

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative transversale par entretiens individuels semi-structurés (37,38), sur des adolescentes volontaires, parmi la patientèle de médecins généralistes charentais.

II.2. Population étudiée

Nous avons interrogé des d'adolescentes volontaires âgées de 15 à 18 ans, habitant en Charente et plus particulièrement la périphérie d'Angoulême.

Les adolescentes ont été recrutées au sein de deux cabinets médicaux (connu de l'enquêtrice), et cinq médecins différents. Le recrutement s'est déroulé de mars à juillet 2013.

Après présentation de notre travail, les médecins volontaires devaient soumettre une fiche d'information (Annexe 1) à chaque adolescente qu'ils voyaient. Le seul critère retenu était l'âge, entre 15 et 18 ans, indépendamment d'une prise de contraception ou d'une activité sexuelle, le but étant de recueillir un échantillon répondant aux critères de sélection prédéfinis (37).

Dans un deuxième temps l'enquêtrice contactait l'adolescente par téléphone afin de se présenter et de répondre à d'éventuelles questions de sa part. Suite à cette communication téléphonique, un courrier d'information destiné aux parents et à l'adolescente a été envoyé. Ce courrier présentait (Annexe 1) (37) :

- Le sujet général de l'étude : La contraception des adolescente et leur relation avec le médecin traitant.
- Les modalités de l'enquête : entretien seule avec l'adolescente, d'une durée de 10 à 20 minutes environ, complètement anonyme.

- Le lieu de l'entretien : au cabinet médical du médecin traitant, dans une salle de repos.
- L'autorisation parentale chez les adolescentes mineures.

Puis une seconde communication téléphonique avait lieu afin de recueillir le consentement des parents, éventuellement de répondre à leurs questions et enfin de fixer un rendez vous pour la réalisation des entretiens.

Cinq adolescentes ont également été contactées par un recrutement de proche en proche (37). Les trois premières adolescentes ayant donné des coordonnées d'amies potentiellement volontaires pour l'étude. Cependant seuls deux entretiens ont pu être réalisés. Compte tenu des difficultés essentiellement géographiques (amies habitant à plus de 20 km) mais aussi de la contrainte de lieu (cabinet médical), il semblait difficile de faire venir des adolescentes dans un cabinet médical où elles n'étaient pas suivies. Ainsi cette méthode de recrutement a été abandonnée et nous avons poursuivi avec un recrutement par les médecins traitants

Le nombre d'adolescentes à recruter a été évalué entre 12 et 15, car notre étude portait sur un groupe sociodémographique proche (adolescentes charentaises de 15 à 18 ans) (37).

L'arrêt du recrutement a été déterminé par le critère de saturation des données (37,38). Après l'absence de nouvel élément au bout de trois entretiens successifs, et après obtention d'un échantillon répondant aux critères de sélection choisis (37).

II.3. Critères d'échantillonnage

Nous avons défini les critères de sélection suivants, inspirés par la bibliographie, comme pouvant intervenir dans l'information et l'utilisation de la contraception chez les adolescentes :

1. Caractéristiques de l'adolescente : âge de 15 à 18 ans, scolarité (*générale, professionnelle, privée ou publique*), la prise ou non de contraception, la vie sexuelle.

2. Caractéristiques du médecin traitant : Homme ou femme, d'âge différent, exerçant une activité gynécologique ou non.
3. Environnement de l'adolescente : lieu de résidence (*rural ou urbain*), le statut des parents (*ensemble ou séparés*), et le milieu social.

Un tableau récapitulatif est disponible, (Annexe 3).

II.4. Déroulement de l'enquête

L'enquête a été réalisée par des entretiens individuels semi structurés, au cours desquels l'enquêteur utilise une grille préétablie de questions ouvertes, en lien avec le sujet. Le but étant de mettre en évidence les causes et les raisons qui motivent les comportements des individus (37,38). L'attitude de l'enquêteur est essentielle, à la fois bienveillante et empathique sans jamais chercher à influencer les réponses de l'enquêté (37,38,39).

Un guide d'entretien a été réalisé à partir des recherches bibliographiques (Annexe 2), comportant une série de 7 questions ouvertes, en débutant par une question générale (37,38), pour aboutir à des questions plus précises sur la communication de la contraception, son utilisation et son abord avec le médecin traitant.

Une introduction précisait rapidement le sujet de l'enquête, la garanti de l'anonymat et il était précisé à l'adolescente que ce n'était pas un questionnaire de connaissance mais que le but était bien de recueillir son avis, ses sentiments.

Le guide a été discrètement modifié après 2 entretiens pilotes en rajoutant 2 questions complémentaires (38). Ces entretiens ont été inclus à la recherche.

Durant l'entretien, l'enquêtrice s'est efforcée d'utiliser plusieurs stratégies d'intervention afin de recueillir les avis des adolescentes (les consignes, les relances, l'écho et l'interprétation) (39). Les pauses et silences n'ont que très peu été utilisés, engendrant une inquiétude et du stress chez l'adolescente, créant un effet contraire à celui souhaité.

Les seize entretiens ont été réalisés dans les cabinets médicaux :

- Cabinet A pour les entretiens 1 à 10.

- Cabinet B pour les entretiens 11 à 16.

Nous avons choisi de ne pas réaliser les entretiens dans les bureaux des médecins, afin d'atténuer la projection « médecin-patiente » entre l'enquêtrice et l'adolescente (37,39). Nous avons donc réalisé les entretiens en salle de repos pour le cabinet A, et en salle de réunion pour le cabinet B.

Les entretiens se sont déroulés d'Avril à Juillet 2013.

Les données ont été enregistrées sur un dictaphone numérique, après accord oral de l'enquêtée. Les caractéristiques de chaque adolescente, recueillies à la fin de l'entretien et notées sur une feuille à part.

II.5. Recueil et analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot par informatique par l'enquêtrice le plus tôt possible après chaque entretien, afin notamment de noter ses impressions ou attitudes non verbales durant l'entretien (37,38).

Une auto critique a été effectuée à la fin des entretiens, et soumise au directeur de thèse afin d'améliorer sa technique d'entretien.

Dès la retranscription, chaque entretien a été anonymisé en donnant un chiffre de 1 à 16 par ordre croissant de réalisation. Chaque intervention de l'adolescente étant précédée de la lettre A, puis le chiffre correspondant à l'entretien. Les noms des médecins traitants ont été remplacés par une lettre au hasard, ainsi que les prénoms parfois employés durant les entretiens. Les interventions de l'enquêtrice sont précédées par la lettre D.

L'analyse des données a été réalisée selon une analyse thématique transversale (37). Il s'agit d'établir une grille de thèmes, ou de codes, communs à tous les entretiens, permettant de coder et de classer les données recueillies, non pas entretien par entretien, mais transversalement (37). Ce travail de codage a été effectué grâce au logiciel Nvivo 9.

Afin de renforcer sa validité, nous avons effectué une triangulation de l'analyse. L'analyse des données ou codage a également été effectué par une autre interne de

médecine générale, grâce également au logiciel Nvivo9 , puis les analyses ont été comparées et mises en communs (38).

Enfin les codages ont été recontextualisés en établissant des associations afin de créer un sens, qui constitue la partie des résultats.

II.6. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été effectuées aux moyens :

- De banques de données bibliographiques :
 - Pubmed
 - SUDOC (Système Universitaire de Documentation)
 - Cairn
- Nous avons alors utilisé les mots clés suivant : « contraception adolescents et médecin traitant », « relation médecin traitant et adolescent », « teenager contraception and treating doctor », « teenager contraception and relationship and treating doctor ». Mais aussi les termes « attending physician », « général practitioner », « family physicians » pour désigner le médecin traitant.
- Mais aussi avec les sociétés savantes :
 - CNGE (Collège national de Généraliste Enseignant)
 - SFMG (Société Française de Médecine Générale)
 - WONCA (World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners)
- Et des structures françaises faisant références
 - HAS (Haute autorité de santé)
 - INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
 - INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques)
 - INED (Institut national d'études démographiques)
- Le moteur de recherche google.

- Enfin nous avons aussi effectué des recherches dans la littérature grise : travaux de thèses, rapports, ouvrages cités dans des bibliographies.

III. RESULTATS

III.1. Les adolescentes interrogées

24 Adolescentes ont été contactées, 16 adolescentes ont accepté la rencontre (avec obligatoirement l'accord parental chez les mineures).

Sur les 8 restantes :

- 1 a refusé lors du premier contact, faute de temps car emploi du temps chargé.
- 1 refus de la mère qui s'est justifiée par téléphone, en indiquant que pour elle, il était évident que la contraception concernait le gynécologue exclusivement (et non le médecin traitant). A noter que sa fille et son mari, contactés la veille, avaient tous les deux donné leur accord...
- 1 non inclusion car erreur de recrutement : l'adolescente n'avait pas 15 ans révolus.
- 2 adolescentes habitant à plus de 20Km du lieu de l'entretien.
- 1 adolescente qui n'est pas venue au rendez vous.
- 2 adolescentes qui n'étaient plus joignables après le premier contact téléphonique.
- 1 adolescente (n°2) a été exclue en accord avec la directrice de thèse, car son discours était contradictoire.

A noter que 2 adolescentes n'ont pu être contactées car les coordonnées étaient erronées.

III.1.1. Age et utilisation d'une contraception

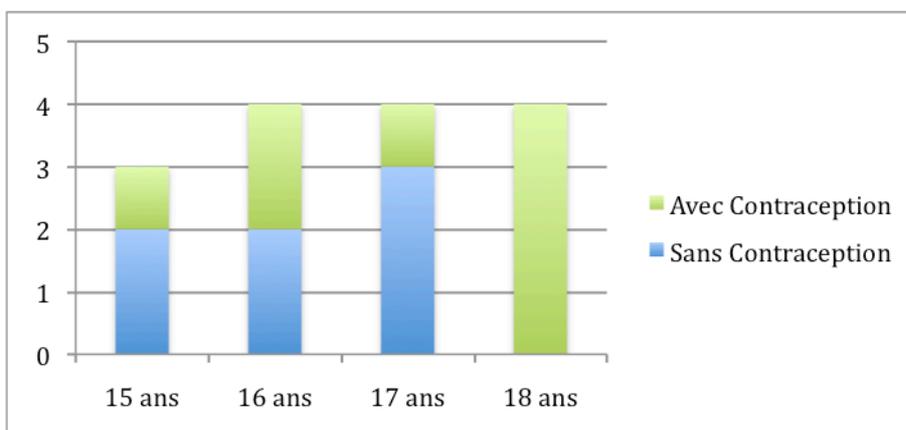


Fig 1 : Répartition de la contraception en fonction de l'âge.

III.1.2. Age du premier rapport sexuel et moyens contraceptifs utilisés

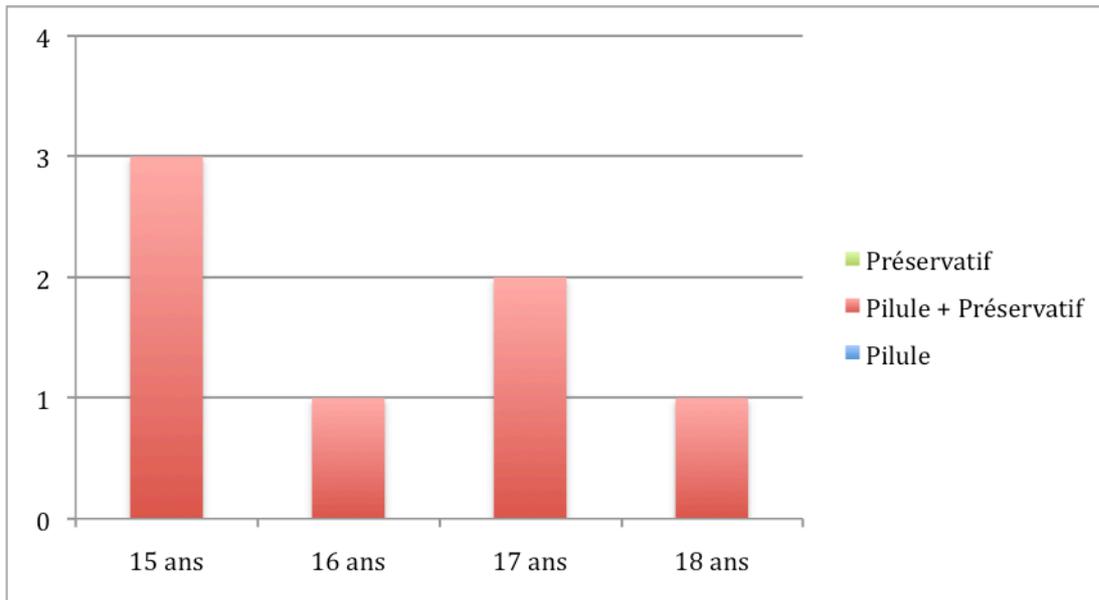


Fig 2 : Les moyens contraceptifs utilisés lors du premier rapport sexuel, en fonction de l'âge

III.1.3. Habitat et environnement familial

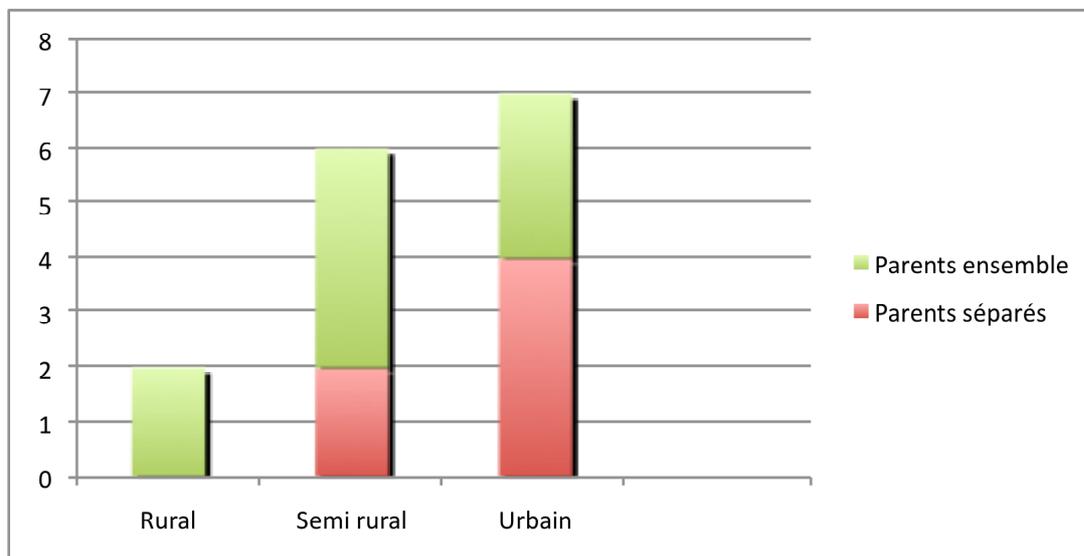


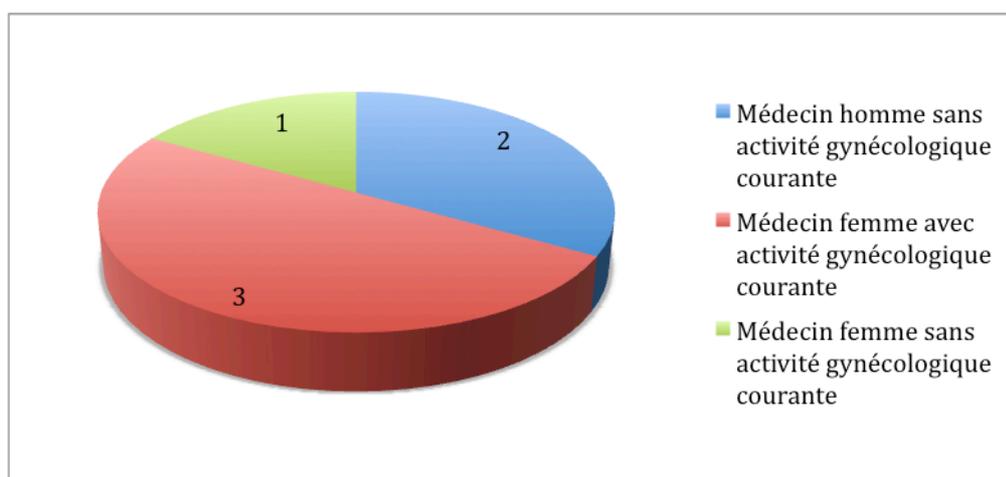
Fig 3 : Répartition géographique des adolescentes et statut familial des parents

(Rural < 1000 habitants, Semi rural 1000-5000 Habitants et Urbain > 5000 Habitants)

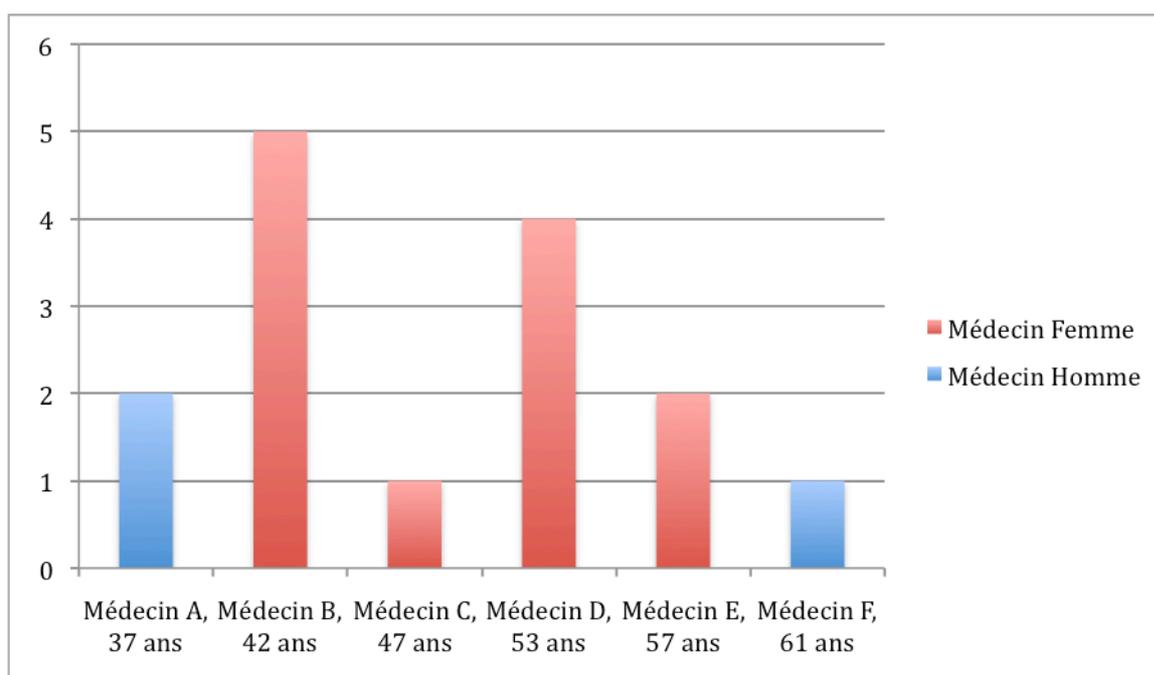
III.1.4. Les médecins traitants des adolescentes

Les six médecins exercent tous en cabinet libéral, dans un cabinet de groupe, dans la périphérie d'Angoulême.

III.1.4.1. Genre des médecins et activité en gynécologie

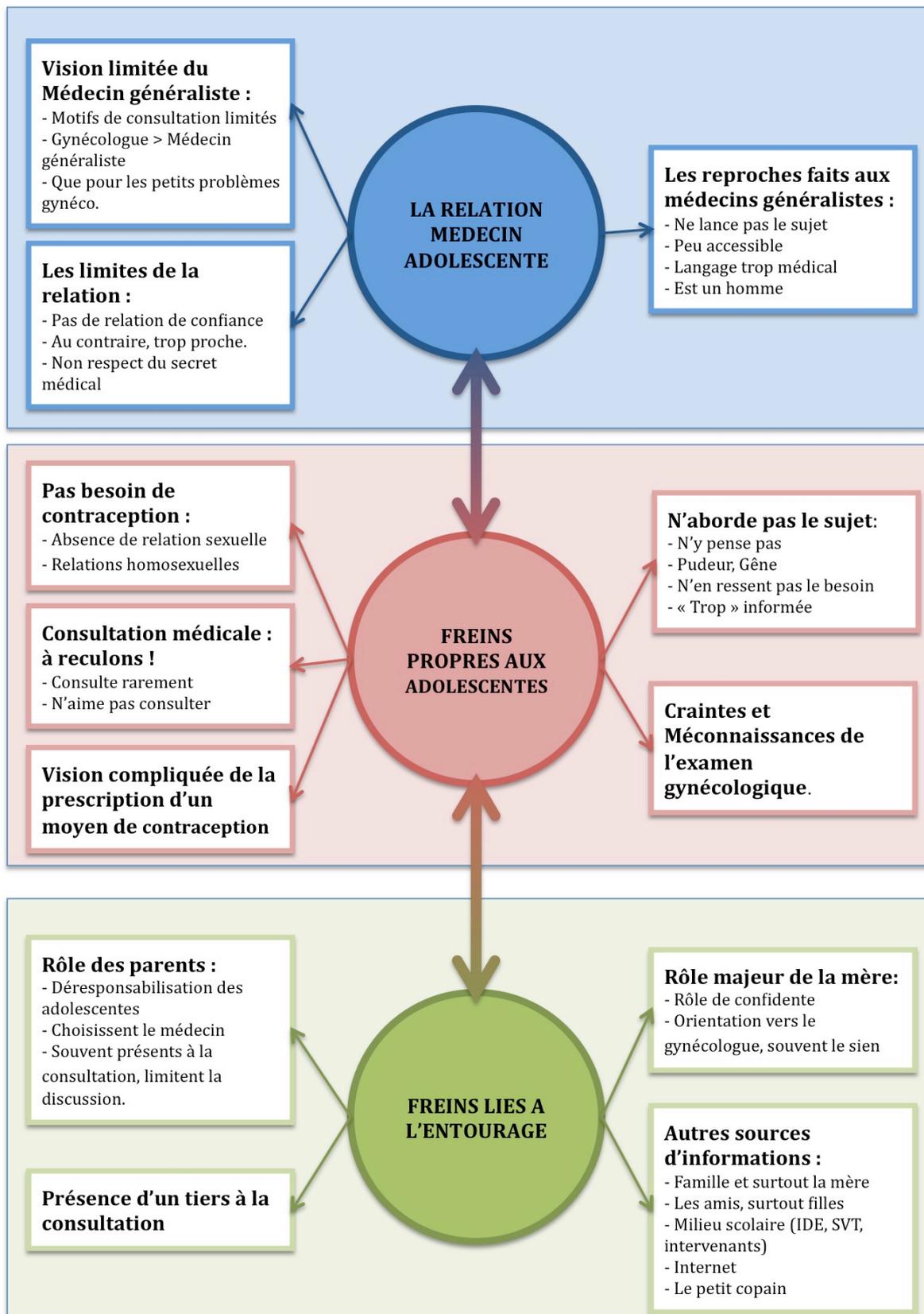


III.1.4.2. Age des médecins et nombre d'adolescentes interrogées dont il est le médecin traitant



(Le Médecin A est le médecin traitant des adolescentes 4 et 8, le Médecin B des adolescentes 1, 5, 6, 7 et 10, le Médecin C de l'adolescente 9, le médecin D des adolescentes 11, 12, 13, 14, le Médecin E des adolescentes 15 et 16, le Médecin F de l'adolescente 3)

III.2. Aperçu schématique des résultats



III.3. La relation avec son médecin traitant

III.3.1. Les reproches faits aux médecins

III.3.1.1. Le médecin traitant ne lance pas le sujet (5, 6, 8, 10, 13, 15, 16)

A8 (l 31): « alors je sais pas le médecin...il nous en parle pas forcément...finalement il m'a pas beaucoup parlé de ça ... »

D (l 87): « D'accord, vous aviez parlé du vaccin, mais elle n'est pas forcément allée plus loin. Peut être évoquer les MST ? »

A15 : « Non, ça me dit rien. »

III.3.1.2. Un médecin traitant pas toujours accessible (3, 5, 6, 7)

A3 (l 177) : « Ben... on a souvent des... vu qu'ils font des...qui vont à Poitiers faire les cours et tout, donc ils sont pas souvent là. »

A6 (l 240) : « Ben...elle est quand même assez prise donc si je veux tomber sur elle il faut que le rendez vous je le prenne à l'avance, donc euh...mais bon, sinon... »

III.3.1.3. Utilisation d'un langage trop médical (4)

A4 (l 115) : « Enfin ça peut être plus complexe aussi dans ces réponses, mais euh...enfin euh... On sait qu'il sait de quoi il parle, quoi. »

III.3.1.4. Le médecin traitant est un homme (5, 7, 8, 12, 14)

A12 (l 116) : « Déjà il faut que ce soit une femme (...) »

D (l 194): « (...) C'est peut être le fait que ce soit... »

A7 : « un homme ? »

D : « ouais ? »

A7 : « Ben c'est plus difficile, d'aborder le sujet... »

III.3.2. Les limites de la relation médecin-adolescente

III.3.2.1. Ne connaît pas assez bien son médecin traitant, pas de relation de confiance. (7, 9, 12)

A7 (l 171) : « Ben je sais pas pourquoi parce que pourtant un médecin traitant...c'est une personne que je connais pas très bien... »

A12 (l 106) : « Ben parce que je sais qu'elle me connaît, depuis que je suis toute petite. Si c'est quelqu'un que je connais pas... euh sinon non. »

III.3.2.2 A l'inverse, le connaît trop bien. (9)

A9 (l 121) : « Ca aurait été un peu dur d'en parler avec lui, quoi... »

D : « D'accord, pourquoi ? »

A9 : « ben parce qu'il me connaît depuis trop longtemps, enfin... »

III.3.2.3. Crainte du non respect du secret médical (9)

D (l 132) : « Tu aurais eu peur qu'il puisse en parler à tes parents ou à ta famille, par exemple, ton médecin ? »

A9 : « Ouais, même si je sais qu'il l'aurait pas forcément fait...mais... y a quand même des risques ! »

III.3.3. Une vision limitée de son médecin traitant

III.3.3.1. Préfère voir un gynécologue car trouve les compétences en gynécologie de son médecin traitant limitées (1, 6, 7, 9, 10, 13, 15)

A10 (l 21) : « C'est...vaut mieux voir un gynéco... ben je pense, il est plus formé pour ça ! Malgré que le médecin il sait des trucs...mais, euh... je pense qu'il te redirige vers un gynéco. Je pense. »

A9 (l 160) : « (Silence) Euh...(Soupirs, silence)... J'aimerais pas trop quand même, parce que je sais qu'elle est pas vraiment spécialisée là dedans donc euh...voilà. Et puis maintenant je suis habituée à voir mon gynéco, donc euh... ça se passe bien. »

III.3.3.2. Consulte éventuellement son médecin traitant pour les « petits problèmes » en gynécologie.

A6 (l 62) : « ben répondre aux questions, oui, voilà pour des petits soucis minimes, de ce côté là, ou... »

A15 (l 32) : « Gynécologue. Et oui, pourquoi pas le médecin traitant, aussi. »

III.3.3.3. Des motifs de consultations limités

- Maladie (1 à 16)

A14 (l 5) : « Ben la plupart du temps c'est quand je suis malade »

- Consultations programmées/obligatoires : Vaccins, certificat de sport (1, 8, 10, 12, 13, 14)

A10 (l 8) : « Pour le sport, le certificat... après euh, je vois pas là. »

A12 (l 8) : « A part ça, juste pour des piqûres. »

- Discussion, soutien (4, 6, 11)

A11 (l 8) : « ben, si j'ai des questions personnelles que j'ai pas forcément envie de dire à ma mère ou n'importe qui de la famille ou que je connais, je peux le dire à mon médecin parce qu'elle a un avis extérieur et euh... c'est mieux pour lui parler... »

- Demande d'information (6, 13)

A6 (l 7) : « Ben euh...parfois simplement pour des questions »

- Demande de contraception (12)

A12 (l 5) : « Mais j'ai été la voir pour qu'elle me prescrive la pilule, voilà. »

III.4. Les freins propres aux adolescentes

III.4.1. L'adolescente n'a pas besoin d'un moyen de contraception

III.4.1.1. Absence de relation sexuelle (4, 5, 8, 10, 11, 13)

A13 (l 109) : « Non Pas trop en fait parce jusqu'à présent j'avais pas de copain, donc on n'en parlait pas trop... »

A8 (l 119) : « ...voilà juste pour me dire que c'était un an après les premiers rapports et je lui ai dit que pour l'instant j'avais le temps, c'est tout. »

III.4.1.2. Relations homosexuelles (4) :

A4 (l 86) : « Ben...enfin j' sais pas, euh...j' suis... lesbienne donc euh...j' me sens pas du tout concernée par la... »

III.4.2.L'adolescente n'aborde pas le sujet de la contraception en consultation

III.4.2.1. Elle n'y pense pas (1, 10, 11)

A1 (l 93): « ben je sais pas... j'ai pas eu l'occasion de lui en parler, c'est pas le sujet qui va me venir... »

III.4.2.2. Gênée de parler de contraception/sexualité avec le médecin traitant (3, 6, 7, 10, 13, 16)

A3 (l 155) : « ca me dérangerait pas, enfin faudrait pas non plus qu'il me pose des questions...parce que c'est vrai y a des choses, on répond pas facilement forcément, même à un médecin... »

A7 (l 169) : « Euh c'est plus gênant...qu'avec mes parents... »

A16 (l 95) : « Ben je suis un peu timide quand même donc du coup je suis pas sûre, d'arriver vraiment... »

III.4.2.3. N'en ressent pas le besoin, elle a d'autres sources d'informations (7, 15)

A7 (l 173) : « ...parce qu'avec mes parents on discute beaucoup et du coup, j'avais pas besoin d'en parler avec mon médecin traitant donc euh... »

III.4.2.4. Se sent assez (voir trop) informée (8, 12)

A8 (l 142) : « Ben je pense qu'il y a déjà certaines choses qu'on nous a beaucoup appris, rabâchées... des trucs comme ça... »

III.4.3. La consultation médicale : à reculons !

III.4.3.1. L'adolescente ne consulte que rarement son médecin traitant (5, 6, 7, 11)

A11 (l 23) : « Ben c'est rare que j'aille chez le médecin »

A5 (l 160) : « En même temps je ne vais presque plus la voir, parce qu'en ce moment j' suis pas malade... »

III.4.3.2. L'adolescente n'aime pas aller chez le médecin (4, 7)

A4 (l 22) : « Franchement c'est rare, parce que, enfin, j'aime pas aller chez le médecin et euh...enfin généralement quand j' suis malade, j' préfère attendre que ça passe tout seul, donc euh j'aime pas trop... »

III.4.4. Craintes et méconnaissances de l'examen gynécologique

Des craintes souvent liés à une méconnaissance du geste et à son indication (12, 13, 15)

D (l 117) : Comment tu en as entendu parler de l'examen gynécologique ?

A12 : « J'ai pas trop entendu parler mais moi ce que je pense ça me fait vraiment peur. »

A13 (l 128) : « Non, ça me gêne pas mais je crois que la première fois que je vais aller chez le gynécologue, je vais être hyper gênée en fait, ça me fait flipper ! »

Qui peuvent faire retarder une consultation (10)

A10 (l 106): « Il avait été un peu question d'aller chez le gynécologue pour voir si je devais prendre une pilule, ben je voulais pas trop y aller bien sur...

D : Pourquoi ?

A10 : Ben l'examen qu'ils font...

D : L'examen gynécologique qui te bloque surtout ?

A10 : Oui. »

III.4.5. Vision compliquée du parcours de prescription et délivrance d'une contraception (7)

A7 (l 100) : ben la pilule, c'est plus difficile parce que, euh, faut passer par un médecin justement et euh en plus quand elle convient pas, enfin... faut qu'on aille voir après d'autres personnes.

[...]D : C'est à dire d'autres personnes ?

A7 : Oui voilà, le gynécologue.

III.4.6. les professionnels de santé impliqués dans la contraception selon les adolescentes

III.4.6.1. Le gynécologue

A9 (l 32) : « Le gynécologue. (Réponse du tac au tac) »

A10 (l 32) : « Ben plus le gynécologue. »

A16 (l 36) : « Je sais pas si...non, surtout le gynécologue je pense. »

III.4.6.2. Les autres professionnels de santé

A13 (l 31) : « Ben le gynécologue, puis le médecin traitant quand même aussi... »

A15 (l 32) : « Gynécologue. Et oui, pourquoi pas le médecin traitant, aussi. »

A14 (l 30) : « Ben déjà la pharmacie. Dans les plannings familial. Les médecins »

A11 (l 48) : « Ben tous ceux en paramédical, ben les pharmaciens, les médecins aussi, euh... si aussi...dans le social, des fois y a des ...pas des maisons, mais des endroits, euh... »

III.5. Les freins liés à l'entourage

III.5.1. Présence d'un tiers pendant la consultation (1, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16)

A4 (l 20) : « Ca dépend chez qui je suis mais toujours avec quelqu'un. »

A7 (l 59) : « Maman ou mamie. »

III.5.2. Rôle des parents dans l'accès à la contraception

III.5.2.1.L'adolescente est gênée par la présence de ses parents et n'aborde pas le sujet (7, 10, 11, 13, 16)

A7 (l 213) : « Et euh il m'avait parlé de ça mais il m'avait parlé devant ma maman et tout... ma maman le savait mais au bout d'un moment c'était... c'était un petit peu gênant. »

A13 (l 83) : « Ben forcément pas tout le temps parce qu'il y a maman avec nous donc c'est pas très facile... C'est pour ça elle lui a dit « je voudrais que tu me l'envoies », qu'on soit toutes seules parce que c'est plus facile pour parler quand on est toutes seules... »

Avec une différence père mère (10)

A10 (l 82) : Non. J'aurais peut être été plus gênée si ça avait été mon père ou...mais non, avec ma mère non.

III.5.2.2 Le médecin traitant n'est pas choisi par l'adolescente (1)

A1 (l 7): « c'est que c'était le médecin à ma mère, donc du coup c'est comme ça, avant j'étais avec le Dr X. et puis maintenant on a changé pour Mme Y. »

III.5.2.3. Déresponsabilisation des adolescentes par leurs parents

- Dans le suivi de la contraception (1)

D (l 48) : « Le médecin traitant il te la renouvelle... ou non ? »

A1: « Euh, alors ça j'en sais absolument rien. Je sais pas si c'est le gynéco ou si c'est le médecin traitant. Sur le coup je sais pas... »

D : « Qui c'est que tu vas voir, quand tu as besoin de la renouveler ta pilule ? »

A1: « Euh.... Ben... je sais pas... parce que...on va pas le voir en fait. (silence) Je pense que c'est le médecin traitant plutôt. »

- Dans la prise des rendez vous (8, 12)

A8 (l 16) : C'est eux qui prennent le RDV, et de temps en temps oui je demande si il y a besoin, si je me sens pas bien.

III.5.3. Rôle majeur de la mère dans l'orientation vers le gynécologue

L'adolescente se confie à sa mère, qui l'oriente alors vers le gynécologue.

A1 (l 39) : « Donc du coup, j'en ai parlé à ma mère et on est allé voir le gynéco »

A7 (l 111) : « C'est ma maman qui m'a demandé si je voulais y aller, parce que je commençais à prendre la pilule et que c'était mieux et j'ai répondu que oui parce que ça me dérangeait pas. »

Le même gynécologue que la mère.

A9 (l 50): *Ben toutes les deux, parce qu'en fait elle m'a emmenée chez SON (appuyé) gynécologue... donc du coup ben voilà...*

III.5.4. Autres sources d'informations nombreuses et plus accessibles

III.5.4.1. La famille, et surtout la mère qui joue le rôle de confidente (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

A1 (l 57) : *« Ben avec ma mère. Avec mon père bon c'est plus compliqué. Avec ma petite sœur aussi des fois »*

A11 (l 72) : *« enfin c'est plus avec ma mère, j'en parle pas avec mon père. »*

A12 (l 68): *« Non pas trop mon père, parce que voilà quoi...Mais surtout ma mère, oui. Après j'ai ma sœur aussi. »*

A15 (l 73) : *« Ben si après j'ai un besoin ou une question en particulier je me retourne vers ma mère mais bon, si je n'ai pas de questions non. »*

III.5.4.2. Les amis, surtout les filles (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16)

A7 (l 138) : *Avec les amis garçons ca passe plus euh...en en rigolant, quand on fait des petites blagues, comme ça...*

A9 (l 63) : *« Et puis ben voilà... (Silence). Quelques copines proches ... mais autrement c'est tout. »*

A13 (l 47): *« puis aussi entre copines c'est plus facile d'en parler. On en parle beaucoup parce que voilà. »*

III.5.4.3. Le milieu scolaire : Cours de SVT, Infirmière scolaire ou intervenants extérieurs (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16)

A6 (l 142) : « On en a parlé aussi à l'école, au collège, je me souviens que nos professeurs nous en parlaient, l'infirmière scolaire aussi. »

A9 (l 82) : « Au collège, oui. Elle avait fait une grosse conférence avec les préservatifs, comment on le met... nia nia...(rires gênés) ... enfin voilà... »

A11 (l 62) : « Ben au collège y a souvent des interventions donc euh, y a des gens du planning familial qui sont venus

A16 (l 78) : « Au collège on avait des rendez vous avec l'infirmière. Elle nous faisait des petits exposés, on était tous ensemble et on pouvait poser des questions. »

III.5.4.4. Internet (4, 5, 6, 8, 9)

A6 (l 182) : « Euh, oui ça m'est déjà arrivé pour la pilule, pour avoir, savoir si je pouvais retarder mes règles de quelques jours avec, en la prenant deux jours d'affilé ou des choses comme ça, des renseignements comme ça où je ne me suis pas déplacée chez le médecin.

III.5.4.5. Le petit copain (1, 3, 9, 15, 16)

A3 (l 86): « oui mon copain... Forcement »

III.6. Proposition d'une consultation dédiée

Nous avons proposé aux adolescentes une consultation, seule avec leur médecin traitant, qui soit gratuite, anonyme si elles en ressentent le besoin, et au cours de laquelle il n'y aurait pas d'examen gynécologique, afin d'aborder les thèmes de la contraception et la sexualité.

III.6.1. Une idée plutôt bien reçue (1, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16).

Les adolescentes nous détaillent pourquoi elles s'y rendraient

- Par curiosité

A4 (l 98) : « Non, enfin, enfin ca m'intéresse, donc euh c'est pas quelque chose que... j' suis assez curieuse aussi donc bon... »

- Parce « qu'on n'est jamais assez informée »

A12 (l 126) : « Je pense que c'est toujours bien de savoir... les choses que bon voilà... on n'en sait jamais trop donc euh... »

- Parce qu'elles seront seules pendant la consultation

A16 (l 139): « Ben si on a des questions à poser qu'on n'ose pas poser quand y a des gens autour, ça peut être pas mal. »

III.6.2. Des adolescentes qui ne veulent pas anticiper leurs besoins (3, 7, 8)

A3 (l 171) : « Non, si j'ai besoin, j'irais le voir sans...sans ça. Si je ressens le besoin ou que j'ai une question...

A8 (l 147) : « et sinon si j'ai besoin, je peux aller parler et aller le voir au moment où j'ai besoin, une ou deux fois. Je ne pense pas avoir besoin d'un RDV systématique. »

IV. DISCUSSION

IV.1. Résumé des principaux résultats

IV.1.1. Des résultats attendus

En réalisant notre étude, nous nous attendions à retrouver des résultats déjà décrits dans la littérature :

- Concernant les craintes des adolescentes : la peur de l'examen gynécologique, la méconnaissance du secret professionnel, la crainte d'être jugée ou mal comprise et une pudeur personnelle.
- La nécessité que le médecin traitant soit à l'origine de la discussion.
- Concernant les sources d'informations des adolescentes sur la contraception et la sexualité : surtout la famille et les pairs (amies filles).

IV.1.2. Des résultats originaux

Mais notre étude a également permis de mettre en avant des résultats originaux, que nous détaillerons plus loin dans la suite de la discussion.

Il s'agit surtout des résultats concernant la relation médecin adolescente :

- Avec une vision limitée des compétences du médecin généraliste, les adolescentes ne le voient pas forcément comme premier recours en matière de gynécologie, et donc de contraception.
- Des difficultés à obtenir un rendez vous avec leur médecin traitant, pour des raisons d'agenda, propres au médecin et à la demande de santé. Les rendez vous ne sont plus possibles au jour le jour, surtout à certaines périodes de l'année (épidémies hivernales).

- L'importance d'une relation de confiance, entre médecin et adolescente, qui est souvent déterminée par le médecin généraliste lui-même.

Mais aussi :

- La place d'un autre professionnel de santé, le gynécologue, dans la prescription et le suivi de la contraception chez les adolescentes.
- Le rôle de la mère en tant que confidente, qui guide l'adolescente vers un parcours de soin plutôt spécialisé.

IV.2. Forces et faiblesses méthodologiques de l'étude

IV.2.1. Choix d'une méthode qualitative

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Cette méthode permet d'étudier et d'explorer les sentiments et les comportements des patients, elle est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale (38,40,41). D'après Paul Van Royen et al. (42), la recherche qualitative permet la compréhension du contexte, étudie des sujets dans leur environnement et crée des hypothèses.

IV.2.2. Le mode de recrutement des adolescentes

IV.2.2.1. Des médecins traitants connus de l'enquêtrice

L'enquêtrice, pour des raisons de praticité, a choisi des cabinets proches de son domicile. Ce sont des cabinets où elle connaît les médecins généralistes, car elle y effectue des remplacements. Cela a sans doute facilité le recrutement : les médecins connaissant l'enquêtrice, il leur a été plus facile de proposer aux adolescentes cet entretien individuel, sur un sujet qui reste sensible. Mais cela constitue également un biais de recrutement important.

IV.2.2.2. Accord parental indispensable : biais de recrutement

Pour des raisons éthiques, l'accord parental était indispensable à la participation des adolescentes mineures. Afin qu'ils puissent donner leur consentement éclairé, une brève description de l'étude était présentée. Le sujet, la contraception de l'adolescente, était clairement énoncé.

Ainsi certaines adolescentes dont les parents n'autorisaient pas leur participation, n'ont pu être incluses. Cela constitue un biais de recrutement, surtout qu'il aurait été très intéressant de pouvoir recueillir le sentiment et les opinions de ces adolescentes.

IV.2.2.3. Modalités de rendez vous pas toujours faciles

Avant la prise de rendez vous, deux appels téléphoniques permettaient de se présenter puis de répondre aux questions sur le déroulement de l'enquête. Il n'était pas toujours évident de joindre les parents qui travaillaient. Ainsi deux adolescentes n'ont pu être contactées qu'une seule fois, mais elles n'ont plus donné suite, malgré un message laissé sur répondeur, signifiant peut être un refus de participation à l'étude.

La plupart des adolescentes étant mineures, elles n'avaient pas de moyen de locomotion. Il a donc fallu trouver des moments où l'adolescentes et au moins un des ses parents étaient disponibles.

Seules deux adolescentes sont venues par leurs propres moyens (scooter et vélo).

IV.2.3. Échantillonnage en variation maximale

Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage particulièrement adaptée lorsque la question de recherche s'intéresse à la diversité des perceptions et des opinions (37,38), ce qui est le cas de notre étude.

Grâce aux données de la littérature, nous avons défini des critères susceptibles d'influencer les résultats.

Une nouvelle variable est apparue et nous l'avons incluse aux critères d'échantillonnage en cours d'étude (38): l'importance du médecin traitant. En effet au cours des entretiens, les adolescentes suivies par le même médecin décrivaient une même approche dans la relation. Il nous a donc semblé intéressant d'avoir différents médecins traitants, au nombre de cinq dans notre étude.

IV.2.4. Le déroulement de l'enquête

IV.2.4.1. Des biais internes

L'enquêtrice s'est présentée comme médecin remplaçant, ce qui a pu induire un biais interne (identification de l'enquêtrice au médecin traitant) et provoquer chez certaines adolescentes des difficultés, voir des réticences à se confier (38,43). Nous avons essayé d'atténuer ce biais en précisant bien en début d'entretien, que le but de notre étude était de recueillir leurs opinions et sentiments, sans jugement et sans mauvaises réponses.

IV.2.4.2. Des biais externes :

- L'enregistrement : un frein au recueil des données

Avant chaque entretien, l'enquêtrice demandait son accord à l'adolescente avant de démarrer le dictaphone. Outil d'une grande importance afin de pouvoir retranscrire au mieux l'entretien (37,39,43).

Malgré un accord toujours obtenu, l'enquêtrice a pu sentir quelques adolescentes un peu mal à l'aise lors du démarrage de l'enregistrement. Le plus souvent la gêne disparaissait au bout de deux minutes.

Sauf pour l'adolescente 12, où tout le long de l'enregistrement, les réponses étaient brèves et difficiles à obtenir, et une fois le dictaphone coupé, nous avons continué de discuter plus de dix minutes sur les questions posées. La présence du dictaphone l'avait clairement intimidée.

- Contrainte de lieux : le cabinet médical

Pour des raisons de reproductivité, mais aussi de garanti de sérieux auprès des parents, les entretiens ont eu lieu au cabinet médical du médecin traitant.

Pour limiter l'identification de l'enquêtrice à un médecin traitant, les entretiens se sont déroulés en salles de repos ou de réunion, dénuées de connotation médicale.

L'enquêtrice et l'adolescente étaient assises à un angle de table et non face à face, séparées par la table.

Cependant, le fait de se retrouver dans le cabinet médical de son médecin traitant, constitue un biais externe freinant peut être les adolescentes dans certaines de leurs réponses, notamment quand il s'agit de donner son ressenti sur sa relation avec son médecin.

IV.2.4.3.Des biais d'investigation :

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, avec une trame de questions ouvertes (Annexe 2). Mais pour des adolescentes de 15 à 18 ans, il n'est pas toujours facile de répondre à des questions ouvertes, sur un sujet délicat comme la contraception et la sexualité.

L'enquêtrice a donc utilisé de nombreuses techniques de relance telles que l'écho, le reflet ou l'interrogation (39). Les réponses étaient parfois constituées d'onomatopées ou de signes de tête, l'enquêtrice s'efforçait alors de les faire reformuler.

Il y a donc de nombreuses interventions de l'enquêtrice au cours des entretiens, ce qui majore le risque de biais d'investigation (37,38).

IV.3. Discussion des résultats

IV.3.1. Déresponsabilisation des adolescentes par leurs parents

En matière de santé, on retrouve une déresponsabilisation des adolescentes interrogées par leurs parents. Que ce soit dans la prise de rendez vous, très souvent réalisée par un parent, et parfois même à l'initiative de ce dernier et non de l'adolescente.

Mais aussi dans le choix du médecin traitant, qui se trouve souvent être « par défaut » le médecin traitant des parents.

Pour une adolescente, cela va même plus loin, puisqu'elle est incapable de dire qui lui renouvelle sa contraception, et semble sous entendre que c'est sa mère qui s'en charge lorsqu'elle voit le médecin traitant.

Les adolescentes semblent donc partagées entre un début d'autonomisation, avec l'entrée dans la vie sexuelle et la distanciation d'avec les parents, et entre un besoin de dépendance encore présent dans certains domaines (44,45).

Certains professionnels de santé proposent de saisir l'occasion du passage des 16 ans pour proposer à l'adolescent de choisir son médecin traitant « *comme étape symbolique d'autonomisation* » (46).

Sans prôner une autonomisation totale de la part des parents, il semble important de permettre à l'adolescent d'acquérir progressivement un degré d'autonomie. Comme le souligne P. Meirieu : « *être autonome c'est accéder progressivement aux enjeux de ses propres actes* ».

IV.3.2. Un recours important au gynécologue, guidé par la mère

IV.3.2.1. La contraception : une affaire de spécialiste

Une notion qui nous a surpris durant notre enquête, est le recours fréquent au gynécologue pour la prescription de la contraception chez les adolescentes. Sur les adolescentes qui prennent une contraception, une grande majorité se fait renouveler la pilule exclusivement par le gynécologue.

La notion qui revient souvent c'est : l'inaptitude des médecins généralistes à prendre en charge tout ce qui concerne le corps féminin (dysménorrhée, contraception, examen gynécologique,...). Pour elles, seul le gynécologue est compétent dans ce domaine, donc seul recours possible.

C'est une notion déjà retrouvée dans une enquête de 2011, réalisée auprès de 64 jeunes femmes de moins de 25 ans, dont la majorité ignoraient que la pilule pouvait être prescrite par le généraliste (47).

IV.3.2.1. Une densité de gynécologues médicaux en Charente relativement importante

Une autre explication possible serait le nombre de gynécologues médicaux, élevé en Charente et surtout autour d'Angoulême, lieu de notre étude.

Selon les chiffres de la DRESS de 2012, il y a 12 gynécologues médicaux en Charente contre 26 en Vienne par exemple, ce qui, rapporté à la population donne : 17 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Charente contre 5 gynécologues pour 100 000 en Vienne, alors que la moyenne régionale est de 10 gynécologues pour 100 000 femmes en Poitou-Charentes (48,49).

IV.3.2.2. La mère : une confidente de choix qui oriente vers une consultation gynécologique

Lors de notre étude, nous avons noté la place de choix que tient la mère avec l'adolescente, pour aborder les sujets comme la contraception, c'est une notion qui était attendue, car déjà mise en avant dans la bibliographie (9).

La mère joue également un rôle important dans l'orientation médicale pour l'accès à la contraception. Les adolescentes prenant une contraception le racontent bien : elles en ont parlé avec leur mère qui leur a alors proposé d'aller voir le gynécologue.

Le gynécologue qui se trouve être leur propre gynécologue, se retrouvant donc comme le « gynécologue de famille ».

Les adolescentes attendent donc une validation de leur attitude contraceptive par leur mère. Il s'agit d'une notion importante et à prendre en compte lors de la prescription et de la discussion de la contraception.

IV.3.3. Les professionnels de santé impliqués dans la contraception des adolescentes : la place du médecin généraliste ?

IV.3.3.1. Les professionnels de santé cités par les adolescentes

Pour nous représenter au mieux la vision des adolescentes sur la contraception, nous avons voulu savoir quels professionnels de santé elles associaient à la contraception.

La réponse la plus fréquemment donnée est le gynécologue, et c'est parfois le seul cité. Sont ensuite cités : le pharmacien et le médecin traitant, puis le planning familial.

Aucune des adolescentes n'a cité le rôle des sages femmes, qui depuis la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) de 2009 (50), ont le droit de prescrire les contraceptifs et d'assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé. Mais leurs

rôles restent en France bien méconnus, déjà auprès des femmes dans le suivi des grossesses, et encore plus dans leur rôle du suivi gynécologique.

IV.3.3.2. L'importance du recours au gynécologue : un problème pour l'avenir des soins ?

Dans notre étude le recours au gynécologue est quasiment systématique pour les jeunes filles qui prennent une contraception.

Il faut noter que certaines adolescentes ayant cité le gynécologue, n'ont encore jamais pris de contraception, ni eu de relation sexuelle. Ce n'est donc pas leur parcours personnel qu'elles racontent, et qui peut être influencé par la mère comme nous l'avons vu plus haut, mais bien leurs représentations : la contraception est affaire de spécialiste.

Et pourtant le recours au spécialiste présente plusieurs inconvénients, notamment dans la prise en charge de la contraception des adolescentes :

- **L'examen gynécologique**

Les données de la bibliographies, mais aussi notre étude le montrent : les adolescentes appréhendent l'examen gynécologique.

On retrouve pourtant dans notre étude une association forte entre le gynécologue et l'examen gynécologique. Les adolescentes interrogées appréhendent cette consultation à cause de l'éventualité de cet examen, qui leur semble beaucoup plus systématique que lors d'une consultation avec le médecin traitant, puisque pour certaines, cet examen ne fait pas partie des compétences de leur médecin généraliste.

- **Le coût de la consultation spécialisée**

Le coût de la consultation avec le médecin généraliste peut poser problème à certaines adolescentes, surtout si elles ne souhaitent pas informer leurs parents (5,6,33). La consultation de médecine générale est de 23€, sans dépassement d'honoraires possible (51).

Le tarif d'une consultation avec le gynécologue est fixé à 28€ par l'Assurance Maladie (51), mais il peut être plus élevé en cas de dépassements d'honoraires qui ne sont pas

rare : ils représentent 29,5% des honoraires totaux pour l'ensemble des gynécologues en 2010 (52).

- **Diminution des gynécologues : difficulté d'accessibilité**

Le nombre de gynécologues (obstétriciens et médicaux) diminue entre 2010 et 2012, passant de 5624 à 4253. Comme nous nous intéressons au service de santé rendu à la population, il est utile de le comparer à la croissance démographique en France. On constate alors que la densité de gynécologues (*nombre de médecins pour 100 000 femmes de 15 ans et plus*) a diminué de plus d'un quart passant de 21 à 15 (53).

Comme le précisent les représentants des gynécologues médicaux, « *les effectifs actuels ne permettent qu'à un quart des femmes d'avoir accès à un gynécologue médical* » (54).

Les gynécologues obstétriciens exerçant essentiellement en milieu hospitalier, se pose alors la question de l'accessibilité aux soins pour les adolescentes qui envisagent la prise en charge de la contraception par le spécialiste.

IV.3.3.3. Le médecin généraliste : pourquoi une place limitée dans l'accès à la contraception ?

Dans notre étude le médecin traitant est régulièrement cité, ce qui n'est pas forcément retrouvé dans d'autres études où le médecin traitant ne fait pas partie des sources d'informations privilégiées (25,35).

Nous retenons deux explications possibles à ces résultats :

- La question en elle-même qui précise bien « quels professionnels de santé »
- Le fait que l'enquêtrice se présente comme médecin et qu'elle interroge les adolescentes sur ce thème de la contraception.

On constate tout de même un décalage entre ces déclarations et la réalité de la prise en charge, puisque la plupart des adolescentes interrogées sont suivies par un gynécologue pour leur contraception.

La principale raison que l'on retrouve dans notre étude, également citée dans le rapport de l'HAS (55), c'est la méconnaissance du parcours de soins contraceptifs et la méconnaissance des compétences du médecin généraliste (47).

Une information des adolescentes pourrait être dispensée de façon plus générale, tant dans les campagnes de prévention, que dans le milieu scolaire, afin de préciser le rôle et les compétences du médecin généraliste en matière de contraception.

IV.3.4. L'importance de la relation entre le médecin et l'adolescente

IV.3.4.1. Un climat de confiance instauré par le médecin

Ce qui nous a frappé durant les entretiens, c'est qu'à travers le discours des adolescentes, on pouvait apercevoir la relation médecin-adolescente, et la façon de faire du médecin.

En effet pour des adolescentes différentes, mais avec le même médecin traitant, les réponses sont très similaires sur les compétences du médecin, la qualité de la relation et la notion de confiance. On peut donc apercevoir à travers les entretiens « la ligne de conduite relationnelle » du médecin.

- **Une confiance qui passe par l'information des rôles du médecin**

Dans notre étude, surtout deux médecins semblent construire une relation de confiance : médecin B et D, qui sont toutes les deux des femmes, de 42 et 53 ans.

Dans les réponses des adolescentes qu'elles suivent (5-6-7 et 11-12-13-14), nous retrouvons la notion de médecin « confident » avec un rôle « d'information » et de « soutien », mais aussi la connaissance du « secret médical ». Ces adolescentes évoquent une relation de confiance, qui est parfois aussi forte qu'avec leurs parents.

Adolescente 11 (l 8) : *« ben, si j'ai des questions personnelles que j'ai pas forcément envie de dire à ma mère ou n'importe qui de la famille ou que je connais, je peux le dire à mon médecin parce qu'elle a un avis extérieur et euh... c'est mieux pour lui parler... »*

Adolescente 13 (l 20): *« Parce que des fois c'est plus facile de se confier à son médecin, qu'à ses parents ou euh... »*

- **Une relation construite sur la durée**

Cette relation est inscrite sur la durée car pour la plupart il s'agit du médecin qui les suit depuis qu'elles sont enfants, ce qui semble renforcer ce lien.

Adolescente 6 (l 232): *« oui, oui, je pense que le fait que je la connaisse depuis un petit moment...elle m'a suivi, du coup elle a suivi... mon...mon développement on va dire et du coup je pense que... je peux lui parler plus facilement. »*

- **Nécessité d'une discussion préalable**

Et enfin le médecin a déjà abordé le sujet de la contraception et de la sexualité avec l'adolescente, ce qui est primordial, car nous savons qu'une discussion amorcée sur un sujet, laisse libre le patient de revenir pour en discuter. L'adolescente prend conscience que le médecin connaît le sujet et qu'il peut être un soutien si besoin (demande de contraception, comportements à risque,...) (45).

Adolescente 11 (l 12) : *« ...à part la dernière fois parce que faut que je fasse le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, donc elle m'a posé quelques questions et elle m'a dit que je pouvais venir la voir si jamais j'avais des questions, un peu personnelles... »*

- **Nécessité de voir l'adolescente seule ?**

Dans notre étude, nous voyons que la grande majorité des adolescentes consultent en présence d'un tiers qui est par ordre de fréquence : la mère, le père, les grands parents.

Ce qui est concordant avec d'autres études où plus de deux tiers des 14-17 ans sont accompagnés durant la consultation chez le généraliste (56).

Certaines adolescentes se disent gênées par cette présence pour aborder la contraception et la sexualité avec le médecin traitant et d'autres non.

Cependant, même si l'adolescente se dit non gênée si l'accompagnant reste, cela ne signifie pas forcément que c'est son désir profond. Exprimer le besoin d'une consultation seul à seul peut signifier aux parents qu'elle a des choses à cacher et risque d'entraîner un interrogatoire à la fin de la consultation (45).

Afin de réaliser une consultation la plus favorable possible pour l'adolescente, il semble nécessaire que le médecin prenne l'initiative d'une rencontre seul à seul (57). Car recevoir seul un adolescent : « *C'est jouer le rôle de relais loyal avec ses parents, mais dans le secret avec l'adolescent.* » (45).

L'HAS a récemment recommandé de recevoir l'adolescente « *de préférence sans ses parents, en toute confidentialité* », dans une fiche de recommandations, destinée aux professionnels de santé, sur la contraception chez l'adolescente (58).

IV.3.4.2. Les freins du coté des médecins

Notre étude porte sur les freins ressentis par les adolescentes. Mais lors de la consultation avec le médecin, il s'agit bien d'une relation à deux qui s'opère, et il existe visiblement des freins du coté des médecins, qui limitent l'instauration d'une relation de confiance avec l'adolescente sur la contraception.

- **Freins liés aux représentations socio culturelles :**

En raison de certaines représentations socioculturelles, le médecin peut être moins attentif dans l'identification des besoins contraceptifs de ces patients. Il s'agit notamment des situations où les rapports sexuels sont supposés inexistantes, et où la grossesse n'est pas socialement envisageable.

On aboutit alors à une non reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents (55,59).

- **Freins liés à la formation initiale et continue des médecins.**

Jusqu'à maintenant, la formation des médecins ne prévoyait pas d'information à la prise en compte des représentations socio culturelles dans leurs pratiques (55).

Les nouveaux enseignements de troisième cycle d'internat abordent maintenant cette notion (60,61), avec notamment l'apprentissage du système OPE (Organe-Personne-Environnement) formulé par J.F. Massé et L. Lévy, qui découle du modèle bio-psycho-social développé par Engel (62).

Appliqué en médecin général, il consiste à ne pas regarder le patient comme un organe malade, mais à l'appréhender en tant que personne, grâce à une relation psycho relationnelle, mais aussi à tenir compte de son environnement, de ses ressources, afin d'établir un diagnostic de situation (62,63).

De plus, les médecins constatent qu'ils ne possèdent pas de formation théorique ou pratique pour aborder la sexualité (64). Ils se reposent donc sur leurs expériences personnelles et professionnelles et ne questionnent pas ce qui est perçu comme « sexuel », de peur d'être intrusif et normatif (64).

Enfin pour la formation pratique, les internes de médecine générale peuvent bénéficier d'un stage de six mois en gynécologie. Mais la maquette officielle stipule « un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie » (60). Dans de nombreuses facultés, faute de places en stage hospitalier, l'interne doit choisir entre le stage en gynécologie ou en pédiatrie. Tous les internes de médecine générale n'effectuent donc pas de semestre en gynécologie, et la formation pratique se retrouve alors résumée au stage réalisé pendant l'externat, ce qui est grandement insuffisant (65).

Certains médecins ne se sentent alors pas capables de dispenser des conseils de qualité à leurs patientes, surtout dans le domaine de la contraception où les innovations sont fréquentes et les recommandations évoluent (65,66,67). Ce qui soulève la dernière question de la formation continue des médecins, et de façon indépendante de l'industrie pharmaceutique.

- **Freins liés à la durée de la consultation.**

Les recommandations récentes de l'HAS sur la contraception des adolescentes (58), rappellent que durant la consultation, le médecin doit s'efforcer :

- D'informer la patiente sur le caractère anonyme de la consultation.
- D'évoquer ses connaissances sur la physiologie, son activité sexuelle, ses connaissances et d'éventuels comportements à risque.

- De l'interroger sur ces antécédents personnels et familiaux.
- D'expliquer le risque de grossesse, les IST, la contraception d'urgence.
- De réaliser un examen clinique.
- D'informer l'adolescente sur les différents moyens de contraception disponibles en discutant du mode d'emploi, l'efficacité, d'éventuels effets secondaires, le coût et le remboursement.
- Et enfin de rassurer l'adolescentes sur d'éventuelles craintes.

On se rend bien compte que la durée d'une telle consultation dépassera sans peine les 15 à 20 minutes qui sont habituellement consacrées à une consultation de médecine générale. Il faut donc que le médecin généraliste fasse l'effort de prendre ce temps nécessaire.

IV.3.4.3. Le genre du médecin

C'est un frein souvent cité par les adolescentes interrogées, qui trouvent plus facile d'aborder les sujets de la sexualité et la contraception, avec un médecin femme.

Certaines disent même que c'est une condition primordiale pour qu'elles puissent aborder le sujet.

Cette notion est retrouvée dans la littérature, où plusieurs études montrent que les adolescentes préfèrent un médecin femme, surtout quand il s'agit d'aborder la contraception et la sexualité (45,44,47).

Cette notion de genre du médecin n'est pas à négliger, car, comme le souligne un rapport de l'INPES (45) « *La congruence de genre entre l'adolescent et le professionnel peut améliorer la communication* ».

IV.3.4.4. Un rendez vous manqué

Les motifs de consultations sont sensiblement les mêmes : maladie, certificat de sport ou vaccins, sont les réponses les plus citées par les adolescentes.

Ces consultations sont le moment idéal pour aborder les sujets tels que la contraception et la sexualité, mais aussi les autres conduites à risque (30). Il ne s'agit pas de faire un exposé sur les notions fondamentales, mais bien de chercher à savoir où se situe l'adolescente dans son parcours personnel, et de lui rappeler la possibilité de venir nous consulter en cas de besoin, en insistant sur la notion de secret professionnel (30).

Chez les adolescentes, la vaccination contre le HPV (Human Papilloma virus) semble aussi être un moment de choix, pour aborder la contraception et la sexualité, et pourtant cela n'est pas toujours fait.

Adolescente 8 (I 118): « *Non, seulement quand il m'a parlé l'autre jour du vaccin...pour, contre le cancer du col de l'utérus, voilà juste pour me dire que c'était un an après les premiers rapports et je lui ai dit que pour l'instant j'avais le temps, c'est tout.* »

IV.3.5. Proposition d'une consultation dédiée

Plusieurs rapports (55,59) proposent d'instaurer une consultation gratuite pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Ce « bilan première contraception » permettrait de rencontrer l'adolescente seule et d'aborder avec elle différents thèmes comme la sexualité, la contraception et les conduites à risque.

Une idée plutôt bien acceptée par les adolescentes interrogées.

Certaines adolescentes n'ont pas trouvé l'idée intéressante, car pour elles, nul besoin d'un rendez vous systématique. Si elles ont besoin, elles iront voir d'elles même le médecin.

Les autres adolescentes s'y rendraient volontiers, ce bilan première contraception pourrait être une des réponses à la prise en charge de la contraception des adolescentes (55).

Le coût de la consultation : un frein non retrouvé.

La notion de coût, tant pour le moyen contraceptif en lui même, mais aussi le prix de la consultation médical est fréquemment retrouvé dans les études (5,6).

Cependant nous ne l'avons pas retrouvé dans notre étude. Cela peut s'expliquer par la relation de confiance qu'entretiennent la plupart des adolescentes interrogées avec leurs parents, et pour elles, cela ne pose pas de problème de leur dire qu'elles vont chez le médecin.

Ces résultats sont peut être dus au mode de recrutement, qui impliquait une autorisation parentale, et donc les adolescentes rencontrées dialoguent un minimum avec leurs parents.

V. CONCLUSION

Notre étude s'est attachée à mettre en évidence les avis et les représentations des adolescentes, sur les freins ressentis pour aborder la contraception avec leur médecin traitant.

Les freins liés aux adolescentes, déjà bien connus, sont intimement liés à la nature des adolescentes elles-mêmes. Les notions de pudeur, de gêne à aborder la contraception et la sexualité avec un adulte, ou encore le sentiment de ne pas être concernées, font partie de l'évolution liée à l'adolescence, et donc ne peuvent être changés.

Mais on peut agir sur d'autres freins. Cela peut éventuellement passer par une information auprès des mères des adolescentes, qui jouent un rôle important dans l'accès à la contraception, et qui tendent à orienter très tôt leurs filles chez un gynécologue, parfois même avant le début d'une activité sexuelle. L'idée que la santé de la femme est affaire de spécialiste, est donc bien ancrée dans la conscience collective, mais pose des problèmes en terme d'accessibilité géographique et parfois économique.

Une des solutions, serait de développer un « bilan première contraception », qui permettrait de voir l'adolescente seule, afin d'aborder la contraception et la sexualité. Ce bilan devra être gratuit, et il serait intéressant que le médecin traitant en soit un intervenant majeur.

Cela permettrait d'identifier le médecin traitant comme acteur de choix dans la contraception auprès des adolescentes. Car nous l'avons vu, les adolescentes ignorent trop souvent les compétences de leur médecin dans ce domaine.

Mais il faudra alors que les médecins généralistes soient prêts à remplir cette mission d'écoute et d'information, qui, en plus d'exiger des connaissances en matière de contraception, demande une connaissance de la relation médecin-adolescent, indispensables pour pouvoir aborder des sujets comme la contraception et la sexualité.

Malheureusement la formation actuelle des médecins reste bien insuffisante dans ces domaines. Certaines facultés en sont conscientes et cherchent à rendre plus accessible cette double formation gynécologie et pédiatrie indispensable au médecin généraliste d'aujourd'hui, en développant notamment des stages « mixtes » gynécologie et pédiatrie.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n°156 du 7 Juillet 2001. [En ligne]. (Consulté le 22 Novembre 2013). Document disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631>
2. INED. Statistiques de l'avortement en France. [En ligne]. (Consulté le 22 Novembre 2013). Document disponible sur : www.ined.fr/statistiques_ivg/index.html.
3. Vilain A, Mouquet M-C, Gonzalez L, De Riccardis N. Les Interruptions volontaires de grossesse en 2011. Etudes et Résultats. Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). No: N°843. Juin 2013.
4. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. [En ligne] 2009. (Consulté le 22 Novembre 2013) Document disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000047/0000.pdf>
5. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Rapport du Haut Conseil de la population et de la famille. [En ligne] 2006 . (Consulté le 22 Novembre 2013). Document disponible sur : <http://fmc68.fr/jmha/fichiers/PREVENTION%20IVG%20MINEURES.pdf>
6. Poletti B. Rapport d'information n°3444 de l'Assemblée Nationale fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la contraception des mineures. 2011.
7. Assemblée Nationale. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. [En ligne]. (Consulté le 22 Novembre 2013) Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0054.asp>

8. Poletti B. Rapport d'information sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. [En ligne] 2008. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1206.pdf>
9. Jacquin P. Sexualité de l'adolescent: Identité, normalité. Comment en parler? La revue du praticien de médecine générale 2010 ; 24 :839-45.
10. Caflisch M. Aborder la sexualité à l'adolescence. Réflexion autour de l'introduction du vaccin contre les virus HPV. Paediatrica 2008 ; 19: 21-3.
11. Renteria SC, Narring F. Sexualité des adolescents: épidémiologie, approche clinique et stratégies préventives. Praxis 2000 ; 89: 5-16.
12. Bozon M. "Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes" Le garçon sans frein et la fille responsable. Agora débats jeunesses. 2012: 121-34.
13. Freydt C. Comment aborder la sexualité en consultation avec un adolescent. Le médecin généraliste. FMC pédiatrie. 13 mars 2009.
14. Roynet D. La sexualité de l'adolescent. Rev Med Brux. 2007 ; 28: 353-5.
15. Aspy C, Vesely S, Oman R, Rodine S. Youth-Parent Communication and Youth Sexual Behavior: Implications for Physicians. Family Medecine 2006 ;38 :500-504.
16. INPES. La contraception d'urgence: combien de temps pour pouvoir en bénéficier. [En ligne].2012. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2012/022-contraception-urgence.asp>
17. Gall B, Jouannic E. Les Français et la contraception. [En ligne]. 2007. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
18. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale- médecine de famille. [En ligne]. 2002. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur:

<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Définition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%version.pdf>.

19. Département de médecine générale et COGEMS PC. Les compétences du médecin généraliste, les objectifs d'apprentissage du DES, l'auto-apprentissage. Séminaire S1S2. Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers. [En ligne] 2009. (Consulté le 26 Novembre 2013). Disponible sur :
http://www.cogemspc.fr/des/seminaire_S1S2.pdf.
20. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN. Compétences pour le DES de médecine générale. *Exercer* 2006 ; 76: 31-2.
21. Bernard P, Lartigue S. L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. *Exercer* 2009 ; 86: 41-4.
22. Gallais J, Malouli A. Contraception des adolescents: places et leviers spécifiques de la médecine générale. Contribution pour la mission parlementaire d'information sur la contraception des adolescents. Documentation SFMG. [En ligne]. 2010. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur :
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/734/fichier_sfmg_ados_contraception_2010679b4.pdf
23. Rubin S, Davis K, McKee MD. New York city physicians'views of providing long-acting reversible contraception to adolescents. *Annals of family medicine* 2013 ; 11: 130-6.
24. Waelbroeck A. Communication avec les adolescentes lors des consultations médicales. *Rev Med Brux* 2006 ; 27: 392-5.
25. Bennis-Bourai S. Contraception et adolescence. Une enquête un jour donné auprès de 232 lycéen. *Médecine* 2006 ;2: 84-9.
26. Le Denmat C. Evaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information et de la prescription en médecine générale. Proposition d'un guide à la prescription de la pilule. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Paris 6, 2011.

27. Vallée J, Le Noc Y. Contraception et adolescence: où est donc passé le "médecin de famille"? Médecine 2006 ;2: 90-91.
28. Jacobson L, Mellanby A, Donovan C, Taylor B, Tripp J. Teenagers'views on general practice consultations and other medical advice. Family Practice 2000 ; 17: 56-8.
29. Auvray L, Le Fur P. Adolescents: états de santé et recours aux soins.CREDES 2002 ;49 : 1-6.
30. Gavid B. Parlons de sexe avec les ados. Rev Prat Med Gen 2010 ;24:821.
31. Paulus D, Pestiaux D, Doumenc M. Teenagers and their family practitioner: matching between their reasons for encounter. Family Practice 2004 ;21:143-5.
32. Guilbert E, Dufort F, Saint-Laurent L. L'usage de la contraception à l'adolescence: perception des adolescents et des professionnels. J Obstet Gynaecol Can 2001 ;23:329-33.
33. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant. Pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Paris V, 2004.
34. Haute Autorité de Santé / Service évaluation économique et santé publique. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Recommandations en santé publique. [En ligne]. 2010. (Consulté le 22 Novembre 2013). Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
35. Rouzier E. Les adolescentes seinomarines, leur milieu environnant, leur médecin traitant: impacts sur la contraception et la sexualité. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine.Rouen, 2012.
36. Grand A. Parler de sexualité avec son médecin généraliste: un problème pour les 15-18 ans. Enquête en Ile-de-France 2010-2011. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Paris 7, 2011.

37. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. 2^e édition. Paris : Presse universitaire de France; 2013.
38. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine : GM Santé et CNGE; 2011.
39. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^e édition. Paris: Armand Colin; 2013.
40. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008; 84:142-7.
41. Letrillard L, Bourgeois I, Vega A, Clttée J, Lutsman M. "Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative" Deuxième partie: de "Maladie" à "Verbatim". Exercer 2009 ; 88:106-12.
42. Van Royen P. Cours d'introduction à la recherche qualitative. Institut de médecine tropicale de Bruxelles, décembre 2007.
43. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. 4^e édition. Paris: La découverte; 2012.
44. Nicolleau A. Spécialité du prescripteur de la première contraception de lycéennes de Loire-Atlantique/ Vendée. Descriptions des principaux déterminants ayant influencé le choix de ce prescripteur. Thèse pour le Diplôme d'état de docteur en médecine. Nantes, 2012.
45. INPES. Mettre en oeuvre une démarche éducative avec un adolescent?. [En ligne]. (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure.pdf>
46. Groupe ADOC 17. Des clés universelles à usage lors de toute consultation. [En ligne]. (Consulté le 22 novembre 2013). Dïponible sur: www.medecin-ado.org/infos/221.htm#.

47. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique 2011; 23: 77-87.
48. DRESS. STATISS: statistiques et Indicateurs de la santé et du social. Edition 2012. [En ligne].2013. (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur: www.dress.sante.gouv.fr/statiss-statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du,10328.html.
49. ORS Poitou-Charentes. La santé de la mère et de l'enfant en Poitou-Charentes. , BOS mère enfant.[En ligne]. 2013. (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur : http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/prevenir_les_risques/Sante_perinatale/20130320_BOS_Sante_Mere_Enfant.pdf
50. Ministère des affaires sociales et de la Santé. la loi "Hôpital, patients, santé et territoires". [En ligne]. 2009 (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible: www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html
51. Assurance maladie.Combien serez-vous remboursé ?. [En ligne]. 2013 (Consulté le 22 novembre 2013). Diponible sur: www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole
52. Bellamy V. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. Dress, Etudes et résultats. N°786; 2011.
53. Insee. Médecins suivant le statut et la spécilité en 2012. [En ligne].2012 (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur: www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=NATTEF06102.
54. Ministère de travail de l'emploi et de la santé. Compte rendu de l'Audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2011.
55. HAS. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse; Avril 2013.

56. Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Family Practice* 2010 ;27 : 556-562.
57. McPherson A. ABC of adolescence. Adolescents in primary care. *BMJ* 2005 ;26:465-7.
58. HAS. Contraception chez l'adolescente. Fiche mémo. [En ligne]. 2013. (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-adolescente.pdf>.
59. Centre d'analyse stratégique. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception? Une comparaison internationale. *La note d'analyse* 2011 ;226 :1-12.
60. Annexe V de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Modifié par Arrêté du 10 août 2010. *Legifrance*. [Online]. (Consulté le 22 novembre 2013). Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F12B71B1FEDE7EA813D53E763A00DF31.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000807238dateTexte=20111015
61. Département de Médecine générale, COGEMS Poitou-Charentes. Livret de l'Interne de Médecine Générale. Règlement du DES de médecine générale, UFR de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. 2010 : 1-20. (Consulté le 26 novembre 2013). Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2010/Livret_IMG_2010_2012.pdf
62. Bousquet MA. Concept en médecine générale: tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Paris 6, 2013.
63. COGEMS Poitou-Charentes. Les fonctions et compétences du médecin généraliste. Promotion 2008. Université Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Département de Médecine Générale. 2008. (Consulté le 26 Novembre 2013). Disponible sur : http://www.cogemspc.fr/des/promotion2009/fonctions_compences_2008.pdf

64. Oriol S. Abord de la sexualité en consultation de médecine générale: méthodes, expériences et représentations utilisées par les médecins. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Lyon 1, 2009.
65. Baranger-Royer L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire: Enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Angers, 2011.
66. Jules-Clément M. La formation gynécologique au cours du D.E.S. de médecine générale. Etude sur la faculté Paris Diderot- Paris 7. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Paris7, 2011.
67. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. Poitiers, 2013.

VII. ANNEXES

VII.1. Lettres d'informations aux adolescentes et aux parents

Lettre pour les adolescentes

Bonjour,

Je m'appelle Delphine AUPETIT et je suis médecin remplaçant. Je réalise mon travail de fin d'étude, ma thèse, sur la contraception des adolescentes.

Pour cela j'ai besoin de ton aide. Je souhaiterais organiser une interview de 20 minutes environ durant laquelle je recueillerai ton avis. L'entretien se déroulera au cabinet médical, je te recontacterai par téléphone pour organiser le jour et l'heure.

Je ne détaille pas trop mon sujet de recherche afin que tu ne sois pas influencée dans tes réponses.

Comme tu es mineure, une lettre d'information te sera aussi remise pour que tes parents acceptent ta participation à mon projet d'étude.

Merci de ta participation.

Si tu as des questions tu peux me joindre par mail ou au 06 [REDACTED]

Delphine Aupetit

Lettre d'information destinée aux parents

Bonjour,

Je m'appelle Delphine Aupetit et je suis médecin remplaçant en Charente.

Je réalise ma thèse de fin d'études sur le thème de la contraception chez les adolescentes, et les relations avec le médecin traitant. Pour cela, j'ai besoin de l'aide de votre fille.

Je réalise des entretiens d'une vingtaine de minutes environ, à [REDACTED]

Cet entretien concerne des jeunes filles mineures, cette lettre vous est adressée à but d'information, mais aussi pour que vous puissiez signaler un éventuel refus concernant la participation de votre fille à cette étude.

Merci de me signaler votre accord ou votre refus.

Delphine AUPETIT

PS : Cette étude sera strictement anonyme.

Je tiendrais également à votre disposition un exemplaire de ma thèse au secrétariat, vers le mois de décembre, si cela vous intéresse.

Si vous souhaitez plus d'informations, ou pour toutes questions : 06 [REDACTED]

VII.2. Guide d'entretien

I/ Présentation et accord pour enregistrement

Si tu le veux bien nous allons démarrer par l'entretien, au cours duquel, je vais te poser une série de questions afin de recueillir ton opinion, tes sentiments et avis personnels. Il ne s'agit pas de tester tes connaissances, il n'y a donc pas de mauvaises réponses. A la fin, je détaillerai un peu plus mon travail, et je répondrai à tes questions si tu en as.

Pour m'aider dans mon travail, j'aimerais enregistrer notre entretien, mais il me faut ton accord pour cela : Est tu d'accord pour que j'enregistre notre entretien ?

II/ Début du questionnaire

1- Pour quelles raisons consultes tu ton médecin traitant ?

Relances :- choix ? - seule ou accompagnée ?- fréquence ?

2- Pour toi, quelles sont les compétences du médecin traitant, son rôle ? En matière de gynécologie ?

3- Qu'est ce qui te vient à l'esprit ? A quoi tu penses si je te dis le mot « contraception » ? Quels professionnels de santé tu y associes ?

4- Quels moyens de contraception as tu déjà utilisés ? Comment tu te l'es procurés ? Débrouillée seule ou sur conseils ? (amis, famille, rôle de la mère)

5- Avec qui parles tu de contraception/sexualité

- Relance sur internet réseau sociaux - Famille / amis - IDE scolaire/profs/formation sexualité dans établissements - milieu médical : plannings, sage femme, pharmacien, médecin,...

6- As-tu déjà parlé de contraception/sexualité avec ton médecin traitant ?

7- Si non à la 4 : pourquoi ?

- prix consultation ? - anonymat et remboursements CPAM- secret professionnel - pas seule pdt consultation - examen gynéco - compétences du médecin

7' - Si oui à la 4 : pendant la consultation qu'est ce qui t'a plu ? Qu'est ce que tu n'as pas aimé ?

8- Si on te proposait une consultation dédiée à la contraception, gratuite et anonyme, sans examen gynécologique avec ton médecin traitant, est ce que tu irai ? Pourquoi ?

(comme ce sont les 3 freins qui ressortent le plus souvent l'idée est de savoir si on les écarte, est ce qu'on en laisse apparaître d'autres ?)

III/ Qu'est ce que tu as a pensé de l'entretien ?

IV/ Recueil des caractéristiques de l'adolescente.

VII.3. Caractéristiques des adolescentes

Caractéristiques de l'échantillon

Ado	Caractéristiques ado				Médecin traitant			Environnement			
	Age	Scolarité	Contra-ception	1er Rapport sexuel	Sexe	Age	Activité gynéco	Habitation	Parents	Profession Père	Profession mère
1	18	Générale Priv	Oui	17 ans	F	42	oui	Rural	Ensemble	Artisan	Employée
2	17	Pro	Oui	15 ans	H	37	non		Ensemble		
3	18	Pro	Oui	17 ans	H	61	non	Semi Rural	Séparés	Ouvrier	Cadre
4	17	Générale Pub	Non	0	H	37	non	Urbain	Séparés	Cadre	Employée
5	16	Générale Pub	Non	0	F	42	oui	Urbain	Ensemble	Employé	Cadre
6	16	Générale Pub	Oui	15 ans	F	42	oui	Urbain	Séparés	Ouvrier	Employée
7	15	Générale Pub	Oui	15 ans	F	42	oui	Urbain	Ensemble	Cadre	Employée
8	16	Pro	Non	0	H	37	non	Rural	Ensemble	Artisan	Sans activité
9	17	Générale Pub	Oui	16 ans	F	47	non	Urbain	Séparés	Ouvrier	Ouvrière
10	17	Générale Pub	Non	0	F	42	oui	Urbain	Ensemble	Employé	Employée
11	15	Générale Pub	Non	0	F	53	oui	Urbain	Ensemble	Ouvrier	Cadre
12	16	Technique	Oui	0	F	53	oui	Urbain	Ensemble	Ouvrier	Employée
13	17	Générale Pub	Non	0	F	53	oui	Rural	Ensemble	Ouvrier	Employée
14	15	Générale Pub	Non	0	F	53	oui	Urbain	Ensemble	Ouvrier	Employée
15	18	Technique	Oui	15 ans	F	57	non	Rural	Séparés	Artisan	Ouvrière
16	18	Générale Pub	Oui	18 ans	F	57	non	Urbain	Ensemble	Cadre	Cadre

VII.4. Les entretiens

Disponibles sur le CR ROM joint.

RESUME ET MOTS CLES

Introduction : Depuis décembre 2012, le système français, jusque là « plus curatif que préventif » semble évoluer un peu, en proposant un accès gratuit et anonyme de la délivrance de certains contraceptifs, même si la consultation n'est pas encore prise en charge. Grâce à ses compétences et son accessibilité, le médecin traitant se positionne comme un interlocuteur de choix dans la contraception des adolescentes. Pourtant de nombreuses études montrent que les adolescentes ne pensent pas forcément à avoir recours au médecin traitant pour s'informer et avoir des conseils en matière de sexualité et de contraception. Nous nous sommes intéressés aux freins que les adolescentes pouvaient ressentir pour aborder la contraception avec leur médecin traitant.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés, auprès de seize adolescentes charentaises âgées de 15 à 18 ans, au sein de cabinets médicaux en 2013. Les données ont été enregistrées puis retranscrites et triangulées. Les entretiens ont été interrompus à saturation des données.

Résultats : Nous avons retrouvés des freins déjà connus et identifiés dans la littérature, concernant les craintes des adolescentes : la peur de l'examen gynécologique, la méconnaissance du secret professionnel, la crainte d'être jugée ou mal comprise et une pudeur personnelle. Mais également la nécessité que le médecin traitant soit à l'origine de la discussion.

Mais notre étude met aussi en évidence que les adolescentes ont une vision limitée des compétences de leur médecin traitant, notamment en matière de contraception. Elles ne l'envisagent donc pas comme premiers recours en matière de gynécologie et donc de contraception, et préfère se tourner vers le gynécologue. En effet la grande majorité des adolescentes interrogées, sont suivies par un gynécologue pour la prescription et le suivi de leur contraception. Cette orientation vers un parcours de soin spécialisé, est guidée par la mère, qui tient aussi le rôle de confidente et oriente sa fille vers son gynécologue. Les réponses des adolescentes interrogées soulignent aussi l'importance d'une relation de confiance, entre médecin et adolescente, qui est souvent déterminée par le médecin généraliste lui même, et qui permet à l'adolescente de l'envisager comme un recours possible dans la prise en charge de sa contraception.

Conclusion : Un certains nombres de freins ressentis par les adolescentes semblent pouvoir être corrigés. Il est avant tout nécessaire d'informer les adolescentes du rôle et des compétences de leur médecin traitant en matière de contraception, afin que l'idée que la santé de la femme est affaire de spécialiste soit nuancée. La proposition d'un « bilan première contraception » semble aussi pouvoir répondre à plusieurs problèmes en proposant une consultation gratuite et seule aux adolescentes. Et il serait intéressant que le médecin traitant en soit un intervenant majeur.

Mots clés : Contraception – Adolescentes – Médecine générale – Freins – Relation médecin-malade.



UNIVERSITE DE POITIERS



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 !

