



Université
de Poitiers



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 1, juin, 2023 à POITIERS par
Madame PECCOLO Mélina

Sur quels critères les jeunes filles choisissent le médecin généraliste pour leur première prescription de contraception ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur BINDER Philippe

Membres : Madame le Professeur PIZZOFERRATO Anne-Cécile
Madame le Docteur REYNOARD Béatrice

Directrice de thèse : Madame le Docteur TRANCHEE-VERGE Valérie



Université
de Poitiers



Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement
le 1, juin, 2023 à POITIERS par
Madame PECCOLO Mélina

Sur quels critères les jeunes filles choisissent le médecin généraliste pour leur première prescription de contraception ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur BINDER Philippe

Membres : Madame le Professeur PIZZOFERRATO Anne-Cécile
Madame le Docteur REYNOARD Béatrice

Directrice de thèse : Madame le Docteur TRANCHEE-VERGE Valérie



LISTE DES ENSEIGNANTS

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire

- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIoT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^e cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)

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

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

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

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)

- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépatogastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

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

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie

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

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

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

Maîtres de conférences

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

Maîtres de conférences associés - officine

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

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

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**

- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

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

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur BINDER Philippe, vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Je tiens à vous témoigner mon respect et ma reconnaissance.

A Madame le Professeur PIZZOFERRATO Anne-Cécile, je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ma thèse en acceptant de juger mon travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur REYNOARD Béatrice, merci pour votre disponibilité et vos nombreux encouragements tout au long de mes années d'internat. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur TRANCHEE-VERGE Valérie, merci d'avoir accepté de diriger ce travail avec disponibilité. Merci pour vos précieux conseils et du temps accordé à chaque étape de la réalisation de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Aux médecins généralistes des différents cabinets qui ont porté de l'intérêt à ma thèse et qui ont permis le recrutement des patientes.

Aux patientes qui ont accepté de participer à ce travail et sans qui rien n'aurait été possible.

A LEYRIS Agathe, pour avoir accepté de m'aider pour effectuer le codage. Tu m'as apporté de très bons conseils, étant passée par cette étape avant moi.

Aux professionnels de santé qui m'ont formé pendant mon externat et mon internat.

Aux équipes soignantes croisées au cours de ma formation et qui ont guidé mes pas.

A mes parents qui ont permis la réalisation de ces études, pour leur soutien et leur patience.

A ma mère, merci pour ton soutien et tes encouragements pendant toutes ces années d'études. Merci pour ton écoute et ta compréhension depuis toujours.

A mon père, merci pour ton accompagnement et ton amour. J'espère que tu me regardes de là où tu es et que tu es fier de moi. J'aurais aimé que tu sois présent en ce jour particulier. Tu nous manques.

A mon frère, à ma belle-sœur et à ma nièce, merci pour tous ces moments passés avec vous, votre soutien et merci de m'avoir donné la chance d'être tata.

A mes grands-parents, vous avez toujours cru en moi. Merci pour votre soutien, votre écoute et votre accompagnement depuis toujours.

A Pierre, qui a réussi à me supporter, me soutenir et m'encourager jusqu'à l'aboutissement de ce travail. Merci pour tes nombreuses corrections, ta compréhension et ta patience. J'ai hâte de pouvoir enfin profiter des moments à tes côtés.

A mes amis d'enfance, Chloé et Margaux, merci d'être là en toutes circonstances, merci pour vos conseils et ce malgré la distance.

A mes amis de faculté et d'externat, Linda, Marine D. et Marine M., Marguerite, Juliette, Victoria, Florian, merci pour ces dix années passées ensemble, de nouvelles aventures nous attendent je l'espère.

À mes amis d'internat, Alix, Helena, Salomé, Justine, Marie-Sophie, Romane, Amandine, Margaux, Manon, Clément, merci pour ces quelques années passées à vos côtés et pour le soutien que vous m'avez chacun apporté.

A tous ceux que je n'ai pas cité et qui comptent aussi beaucoup pour moi.

LISTE DES ABREVIATIONS

BERCER = Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explication, Retour

CCP = Première Consultation de Contraception

CHO = Contraception Hormonale Orale

CNGOF = Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU = Dispositif Intra Utérin

D.U. = Diplômes Universitaires

FCU = Frottis Cervico Utérin

HAS = Haute Autorité de Santé

IDE = Infirmière Diplômée d'État

INPES = Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST = Infections Sexuellement Transmissibles

LARC = Long Acting Réversible Contraception ou Contraception Réversible de Longue Durée d'Action

MG = Médecin Généraliste

MSA = Mutualité Sociale Agricole

MT = Médecin Traitant

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

RS = Réseaux Sociaux

SASPAS = Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SF = Sages-Femmes

SVT = Sciences de la Vie et de la Terre

Annexe 1 : Accord du délégué de protection des personnes

Annexe 2 : Caractéristiques des participantes et des médecins consultés

Annexe 3 : Consentement parental et consentement des adolescentes (par téléphone)

Annexe 4 : Guide d'entretien 1

Annexe 5 : Guide d'entretien 2

LISTE DES ENSEIGNANTS.....	2
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
LISTE DES ANNEXES	8
SOMMAIRE	9
INTRODUCTION.....	10
METHODES.....	12
RESULTATS.....	15
ANALYSE ET DISCUSSION :.....	23
CONCLUSION.....	33
ANNEXES.....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	43
TABLE DES MATIERES	47
RESUME ET MOTS CLES	48
SUMMARY AND KEY WORDS.....	49
SERMENT	50

La première contraception est une étape majeure dans la vie d'une jeune fille. Il s'agit bien souvent du premier contact avec un praticien en relation avec sa vie de femme, sa sexualité, sa fertilité. Pour le praticien, cette consultation est également difficile car elle vise à gagner la confiance de la jeune patiente tout en recueillant les informations nécessaires et indispensables à la prescription de la contraception la plus adaptée.

Selon le Baromètre santé 2016, le moyen le plus utilisé par les femmes françaises ayant un besoin contraceptif est la contraception orale (33,2 %), suivie des dispositifs intra utérins (DIU) (25,6 %), des préservatifs masculins (15,5 %), de la stérilisation féminine (4,5%) et de l'implant (4,3 %) [1] [2]. Depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le DIU comme moyen de contraception de première intention, y compris chez la nullipare et la mineure, pourtant la pilule reste le moyen de contraception le plus prescrit [3]. Des travaux de la HAS ont étudié les facteurs influençant le médecin dans ses propositions de contraception. L'âge du prescripteur, le sexe et la formation, notamment les Diplômes Universitaires (D.U.) de gynécologie, jouent des rôles importants sur le conseil contraceptif donné par le praticien [4]. La HAS a identifié dans son rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », une piste d'amélioration à la proposition de la contraception adaptée à la patiente nullipare : la formation initiale et continue des médecins généralistes [4].

Dans une étude menée sur 64 femmes de moins de 25 ans, les chercheurs ont mis en évidence la différence de perception des patientes face à plusieurs professionnels de santé (gynécologues, médecin généraliste (MG)). Différents critères influençaient le choix de la patiente : le sexe du médecin et la crainte d'un examen gynécologique. Si le médecin était le médecin de « famille », l'étude montrait une certaine ambivalence. Certaines préféraient aller voir le gynécologue car jugé plus compétent et plus anonyme que le médecin traitant [5]. Selon le Baromètre Médecins Généralistes de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), la prévention liée à la vie sexuelle est celle que les médecins généralistes considèrent la moins aisée à aborder parmi les thèmes de prévention [6]. Il paraît important de saisir ce moment de prévention lors de la consultation de contraception.

Ainsi, les femmes peuvent choisir entre gynécologues, médecins généralistes ou sages-femmes (SF) pour assurer leur suivi gynécologique. Par ailleurs, le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français (CNGOF) précise que « les gynécologues n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause ». Pratiquant des actes de prévention, des prises en charge de pathologies aiguës ou des suivis de traitements chroniques, la légitimité du médecin généraliste n'est plus à prouver dans le suivi gynécologique [7]. Les médecins généralistes sont habituellement les premiers sollicités dans le parcours de santé et ils sont habilités au suivi gynécologique des femmes [8].

La première consultation de contraception (CCP) est réalisée le plus souvent chez des jeunes filles de 15 ans à 19 ans, c'est également dans cette tranche d'âge que survient le premier rapport sexuel. En effet, l'âge médian des premiers rapports sexuels est évalué aux alentours de 17,6 ans pour les filles [9].

La Contraception Hormonale Orale (CHO) est la contraception la plus utilisée toutes tranches d'âges confondues et notamment pour la première prescription de contraception.

C'est après plusieurs mois de recherches bibliographiques que notre problématique est ressortie : sur quels critères les jeunes filles de 15 ans à 17 ans révolus choisissent le médecin généraliste pour leur première prescription de contraception orale ? L'objectif de cette étude était de mettre en évidence ces critères de choix en recueillant des retours d'expérience sur cette consultation à partir d'entretiens semi-dirigés menés dans plusieurs cabinets de médecine générale de Charente-Maritime.

1. CHOIX DE LA METHODE :

Un codage **manuel** par analyse du verbatim a été réalisé afin d'arriver à un modèle explicatif. Ce modèle explicatif s'est inspiré de la méthode par « **théorisation ancrée** ». Le codage a été effectué sans recours à un logiciel d'analyse qualitative. Le modèle par « théorisation ancrée » s'articule en plusieurs étapes que nous avons tenté de suivre pour réaliser le codage [10] :

- ❖ L'analyse ouverte permettant l'émergence de catégories et de propriétés : le livre de code
- ❖ L'analyse axiale consistant à articuler les propriétés et catégories afin de faire ressortir de grands axes
- ❖ L'analyse sélective, étape finale, faisant émerger un modèle explicatif intégrant les propriétés, les catégories et les axes

Enfin, une **triangulation des données** afin d'obtenir une analyse globale commune a été réalisée. Cette analyse a été faite « en aveugle » par deux chercheuses (PECCOLO Mélina et LEYRIS Agathe). Après une analyse de l'ensemble du verbatim et une mise en commun des données, la triangulation a donné plus de 90% de similitudes [10].

Pour cette étude, la **méthode qualitative** nous a semblé la plus appropriée. L'étude des comportements et des pratiques des patientes dans leur accès aux soins primaires relevait plutôt d'une analyse de données subjectives (vécu, représentations...) se prêtant peu à une étude quantitative.

2. PARTICIPANTES

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été établis avant le début des entretiens afin de permettre le recrutement des participantes.

Les **critères d'inclusion** étaient les suivants :

- ❖ Être de sexe féminin
- ❖ Être âgée de 15 ans à 17 ans révolus au moment de l'entretien
- ❖ Avoir déjà eu recours à une CHO mais pouvant avoir un autre moyen de contraception / pas de moyen de contraception au moment de l'entretien
- ❖ Avoir recours à une CHO au moment de l'entretien
- ❖ Avoir eu la première prescription de CHO à la suite d'une consultation de contraception chez un médecin généraliste en cabinet libéral quel qu'il soit (interne de dernier semestre de MG, médecin remplaçant non thésé, médecin remplaçant thésé, médecin traitant, ou tout autre médecin généraliste)
- ❖ Parler français
- ❖ Avoir consulté et habiter en Charente-Maritime

Les **critères d'exclusion** étaient les suivants :

- ❖ Être âgée de moins de 15 ans ou de 18 ans et plus au moment de l'interview
- ❖ Avoir eu la prescription d'autres méthodes contraceptives que la CHO lors de la première consultation de contraception
- ❖ Avoir eu la prescription de CHO par un autre spécialiste ou un autre professionnel de santé que le médecin généraliste
- ❖ Les patientes et / ou les détenteurs de l'autorité parentale refusant de participer à l'étude
- ❖ Ne pas parler français
- ❖ Ne pas avoir consulté et ne pas habiter en Charente-Maritime

3. LE MODE DE RECRUTEMENT

Le recrutement a été fait lors de mon dernier semestre d'internat en Charente-Maritime de mai à septembre 2022. Le recrutement des patientes a été fait à partir d'une **liste de patientes** donnée par les médecins généralistes de quatre cabinets de groupe après leur avoir fait part des critères d'exclusion et d'inclusion. Sur les quatre cabinets, **seize médecins** ont participé au recrutement (parmi eux : un médecin avait un D.U. de gynécologie, trois étaient internes de dernier semestre).

Le recrutement s'est déroulé à partir de la base de données de leur logiciel médical en incluant uniquement les patientes de 15 à 17 ans révolus. Parfois, lorsque la consultation était récente, les noms des patientes étaient donnés à l'oral par les médecins. Les **parents puis les patientes** étaient contactées **par téléphone** afin de convenir d'un rendez-vous en face à face. Le recrutement de deux patientes a été fait de « **proche en proche** ». Ces dernières avaient sollicité des membres de leur famille qui ont manifesté leur accord pour participer à notre entretien.

Ces entretiens étaient menés dans leur totalité sans présence d'un accompagnant afin que les réponses ne soient pas orientées pouvant provoquer un biais de prévarication ou de déclaration. Les patientes étaient accueillies **seules, dans le bureau de consultation**. Nous n'avons pas contacté d'autres médecins généralistes pour recruter d'autres patientes, cela nous a paru trop compliqué et nous avons eu peur du manque de réponse.

4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Chaque entretien a été mené par l'enquêtrice seule. Le **premier guide d'entretien** a été conçu suite à des recherches bibliographiques et après discussion avec la directrice de thèse (Dr TRANCHEE-VERGE Valérie). Le premier guide a subi des modifications afin d'obtenir le **second guide d'entretien**. Ce remaniement a été obligatoire. En effet, le premier guide d'entretien n'était constitué que de questions ouvertes, de ce fait le premier entretien a été très bref et peu développé n'apportant aucune donnée pertinente (Patiente numéro 1). Nous avons également testé notre premier guide d'entretien sur une connaissance en guise de test. Nous ne l'avons pas inclus dans le verbatim. Le second guide d'entretien a été utilisé de la patiente 2 à la patiente 19.

Les patientes étant adolescentes, il semblait compliqué pour elles de répondre à des questions trop ouvertes, nous avons donc été obligées d'augmenter le nombre de questions et d'ajouter quelques questions fermées. Des relances étaient prévues si certains thèmes n'étaient pas abordés ou bien si la patiente répondait aux questions de façon trop fermée. Pour plus de fluidité, l'ordre des questions a été adapté aux discours des filles.

Ces entretiens semi-dirigés ont été enregistrés sur application « Dictaphone » sur smartphone, sous couvert d'anonymat, après recueil de l'accord oral des parents et de la patiente en leur informant de leur droit de retrait à tout moment. Suite à **l'accord du délégué à la protection des données** de l'Université de POITIERS, les entretiens ont pu débuter en octobre 2022 sans nécessité de consentement écrit des patientes ou de leurs parents du fait de leur âge (15 ans et plus).

5. SATURATION DES DONNEES

Le nombre de patiente n'a pas pu être défini au préalable et a été soumis au principe de **saturation des données**. Nous sommes arrivées à saturation des données à l'entretien numéro 16, en l'absence de nouvelles idées.

Pour s'assurer de la saturation des données, nous avons mené trois entretiens supplémentaires qui ont été retranscrits dans le verbatim (Patiente numéro 17 à Patiente numéro 19).

6. ÉVALUATION ET RECUEIL DES DONNEES

Chaque entretien a été retranscrit textuellement et intégralement et a été détruit à posteriori (juste après retranscription écrite). Nous n'avons pas utilisé de logiciel de retranscription des entretiens. Le verbatim a été envoyé dans son intégralité, entretien par entretien à la seconde chercheuse.

1. CHOIX DU MEDECIN EN FONCTION DE SON SEXE OU DE SA FORMATION

Dix-huit jeunes filles préféraient un médecin de sexe féminin pour cette consultation de contraception et une patiente préférait une femme plutôt jeune :

P3 « Euh... parce que je trouve ça gênant avec un homme »

P5 « Parce qu'ils s'y connaissent pas forcément, surtout quand c'est des hommes, ils peuvent pas vraiment savoir à la place des femmes puis les femmes elles trouvent plus les mots, par exemple même les gynécologues hommes ils trouvent plus les mots que les médecins généralistes hommes »

P7 « Peu importe, enfin je pense que c'est parce que... c'est pas que les hommes s'y connaissent pas, c'est juste que les femmes elles le prennent donc elles savent »

P8 « [...] l'homme est moins à l'écoute... avec les hommes je trouve ça un peu bizarre je trouve ça un peu gênant, après si c'est un homme et qu'il n'y a pas d'examen ça ne me gênerait pas »

Huit jeunes filles pensaient que le médecin généraliste n'avait pas de formation en gynécologie, n'était pas capable d'expliquer ou de diagnostiquer une pathologie gynécologique. Certaines préféraient être suivies plus tard par un gynécologue et une par une sage-femme. Les autres savaient que le médecin généraliste pouvait faire de la gynécologie et souhaitaient revenir voir un MG pour leur suivi.

P5 « Bah franchement laisser la main à de vrais médecins »

P9 « C'est mieux d'aller voir un gynécologue quand il y a vraiment un problème avec la pilule parce qu'il sait sûrement plus de choses que le Dr X »

P11 « [...] ils sont vraiment formés sur cette partie-là donc là maintenant pour mon corps je préférerais plutôt aller voir un gynécologue plutôt qu'un médecin généraliste [...] »

P18 « [...] je pense que c'est que quand on a des maladies vraiment »

Dix patientes ne savaient pas que le MG pouvait prescrire la pilule, les autres avaient été informées par leur proches ou à l'école :

MP « D'accord, savais-tu, avant que quelqu'un ne t'en parle, que le MG pouvait prescrire ce type de médicament ? » P4 « Pas du tout »

P5 « [...] je me suis dit comment une pilule... c'est assez spécifique, on prescrit pas ça comme ça euh... du jour au lendemain [...] »

P15 « Bah pour moi c'est plus, tu as une bronchite, tu as une angine, tu as un rhume tu vas chez le médecin généraliste et puis basta ou je sais pas, mais je pensais pas qu'il faisait de la gynécologie »

2. CONDITIONS DE LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

Cinq consultations avaient d'autres motifs, en plus de celui d'introduire une contraception orale :

P8 « Ah si j'étais venue aussi [...] parce que j'ai des problèmes au genou droit »

P11 « Euh... oui par exemple pour pas mal de cystites [...] »

P12 « [...] j'avais un problème au genou qui durait depuis un an mais sinon après... aussi un autre problème au niveau du pied, mycose enfin on savait pas trop »

P16 « Non peut être un certificat médical pour le sport mais sinon je m'en souviens pas »

P19 « [...] ah si j'avais mal au dos [...] »

Huit patientes disaient ne pas avoir eu d'examen clinique sur le plan général durant la consultation :

MP « Raconte-moi comment s'est passée ta première consultation de contraception chez ce médecin, résume-moi ce qu'il s'est passé, l'interrogatoire, l'examen clinique s'il a eu lieu ? »

P1 « Ben je n'ai pas eu d'examen clinique [...] »

MP « D'accord, ce n'est pas grave, je vais te poser des questions plus précises alors, est-ce que tu as eu un examen clinique ? » P10 « Non pas du tout »

Lors de 18 entretiens sur 19, les patientes n'avaient pas l'impression d'avoir reçu d'explications complètes :

MP « Elle ne t'a pas demandé les antécédents familiaux ? » P1 « Pff... non je me souviens pas »

MP « [...] il ne t'a pas montré les autres moyens de contraception ? » P2 « Non [...] »

MP « Il t'a expliqué le fonctionnement de la pilule du lendemain ? » P2 « Non je le savais déjà [...] »

MP « [...] Est-ce qu'elle t'a parlé de la pilule du lendemain ? » P3 « Bah non [...] » MP « Et donc elle t'a fait une prise de sang au début, elle ne t'en a pas fait d'autre après ? » P3 « Ah non [...] »

MP « D'accord, elle t'a proposé un dépistage pour les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ? » P5 « Ah non je ne crois pas mais ça j'aimerais bien le faire [...] »

Neuf patientes semblaient satisfaites du temps consacré à la consultation, même si six d'entre elles avaient encore quelques questions après la consultation. Elles les avaient posées à leur entourage ou à la pharmacienne après la consultation. Quatre n'avaient pas trouvé que le temps de consultation était suffisant et une aurait aimé que le MG l'adresse chez le gynécologue avant de lui prescrire la pilule pour faire un « check up ». Les autres n'ont pas donné de détails concernant ce point :

P4 « Peut-être une vingtaine de minutes » P4 « Non ça allait puis je savais que maman était là si j'avais un problème [...] »

P13 « [...] un quart d'heure c'est pas très long non plus quoi »

3. ADAPTATION DU MEDECIN A SA PATIENTE

Onze patientes sur 19 trouvaient que le médecin s'était bien adapté à leur génération. Lors de neuf consultations sur 19, elles regrettaient qu'ils ne leur aient pas proposé d'applications sur smartphones ou de sites médicaux fiables :

MP « [...] est-ce qu'il t'a conseillé des sites si tu avais une question sur la pilule [...] ? » P2 « Non rien du tout [...] »

MP « Est-ce que Dr X t'a conseillé des sites ? » P6 « Non non » P6 « Non vu qu'il y avait ma maman elle m'avait dit : 'elle t'expliquera je pense' »

MP « Est-ce qu'elle t'avait dit de mettre un rappel sur ton téléphone ou une alarme ? » P13 « Non mais j'en avais mis moi-même c'est pas elle qui me l'a dit »

4. RAPIDITE D'ACCES AUX SOINS ET MOINDRE COUT

Sur l'ensemble de notre échantillon, six patientes appréciaient le fait de pouvoir être vues rapidement chez le médecin généraliste.

P2 « [...] c'est surtout qu'un médecin généraliste c'est beaucoup plus pratique d'avoir un rendez-vous avec lui qu'avec un gynécologue [...] »

P8 « Bah non justement je trouve que le médecin c'est bien parce que quand les gynécologues ils ont pas forcément de place et bah les médecins ils peuvent prendre, surtout si c'est urgent ou pas »

Une patiente classait le médecin généraliste comme le médecin du milieu rural et le gynécologue comme le médecin du milieu urbain :

P4 « Bah après ça dépend où les gens habitent, s'ils habitent plus en ville, c'est plus simple d'aller voir un gynécologue mais si on habite dans les campagnes, c'est plus simple enfin ça fait moins de route pour les gens »

Une patiente parlait du moindre coût de la consultation chez le généraliste comparée à celle chez le gynécologue :

P11 « Enfin moi je pense que ça peut être intéressant d'avoir ça parce que je sais que beaucoup de jeunes viennent ici car ça coûte déjà moins cher que d'aller chez un gynéco par exemple [...] »

Une patiente avait consulté un médecin généraliste d'un autre cabinet que son médecin traitant pour cette première consultation de contraception :

P15 « Euh... parce que c'était le médecin généraliste de mon père donc euh... je me suis dit 'bah c'était plus simple', lui à chaque fois il m'emmenait chez lui donc voilà » P15 « Oui mais c'était un médecin des sports donc il faisait pas ça et comme lui je l'avais déjà vu quelques fois celui-là [...] »

5. PREFERENCE POUR LE MEDECIN « TRAITANT »

Onze jeunes filles préféraient aller voir leur médecin « traitant ». Pour les autres, ce choix paraissait moins important. Une patiente expliquait qu'elle préférait voir son médecin traitant car celui-ci connaissait son dossier et que cela l'embêtait de devoir réexpliquer ses problèmes de santé à un médecin remplaçant ou à un interne. Une patiente préférait voir son médecin traitant car elle avait peur de se sentir jugée en présence d'un médecin inconnu :

P1 « Je savais que le médecin traitant faisait donc c'était plus pratique pour moi »

P6 « Bah parce que je suis à l'aise, je suis en confiance avec elle »

P14 « Je préférerais avec le docteur traitant car je sais qu'il connaît tout parce que quand c'est pas lui à chaque fois il faut réexpliquer l'histoire et je sais que c'est plus compliqué, après c'est pas contre les internes ou les remplaçants c'est juste que... »

P19 « Parce que c'est mon médecin traitant, elle est gentille euh... c'est pas froid comme avec certains médecins où on a l'impression que c'est juste une relation euh [...] »

P17 « [...] vu que c'est quelqu'un que je connais depuis longtemps je me sens moins jugée »

Cinq patientes préféraient avoir affaire à un autre médecin que leur médecin traitant. Elles connaissaient trop bien leur médecin, qui était souvent leur médecin de famille et disaient ne pas se sentir à l'aise (3/19), ou bien elles préféraient aller voir un MG qui avait une formation spécifique en gynécologie (2/19) :

P2 « Je pense que je prendrai rendez-vous avec un autre médecin généraliste mais qui a une formation en gynécologie »

P4 « [...] moi je ne voulais pas que ça soit mon médecin traitant car je ne voulais pas qu'elle me pose des questions gênantes vu que je la connais depuis longtemps »

P10 « [...] j'étais plus à l'aise avec la nouvelle docteure qu'avec Dr X, j'arrive mieux à parler avec la nouvelle qu'avec Dr X parce qu'avec Dr X, il y avait ma mère à chaque fois donc j'étais plus gênée »

6. RELATION DE CONFIANCE MEDECIN – PATIENTE

15 patientes sur 19 semblaient être à l'aise lors de cette première consultation, les quatre autres patientes se sont déclarées moins à l'aise par la présence de l'accompagnant ou par la relation qu'elles entretenaient avec leur médecin traitant :

MP « [...] T'es-tu sentie à l'aise lors de la consultation ? » P3 « Oui parce que je connaissais déjà le Dr X d'avant donc du coup... »

MP « Tu ne t'es pas sentie gênée ? » P4 « Non »

Aucune patiente n'a eu d'examen gynécologique, mais une a du programmer un examen gynécologique un an après cette première consultation :

P2 « Ah si, il m'avait parlé d'un examen gynécologique à faire je crois, ah c'était mon frottis » P2 « Euh... je crois que c'est dans un an » P2 « Non il m'a dirigé vers une gynéco car lui ne s'occupe pas de ce genre d'examen »

MP « [...] elle ne t'a pas proposé de faire un examen gynéco ? » P4 « Non »

7. BON VECU DE LA CONSULTATION

La majorité des jeunes filles ont pu poser toutes leurs questions lors de la consultation et semblaient satisfaites des explications données (13/19) :

MP « Est-ce que Dr X t'a expliqué son fonctionnement ? » P1 « Oui elle m'a tout expliqué comment ça fonctionnait »

P2 « Non c'était suffisant car j'avais pas trop de questions à ce sujet-là car j'étais pas mal informée sur ce sujet donc pour moi c'était largement suffisant »

P4 « Oui oui elle m'a tout dit oui »

P6 « Bah il a son rôle et il nous explique quand même bien, il connaît les choses donc euh... oui les explications étaient claires »

Pour huit patientes, la présence d'un accompagnant semblait les rassurer et les aider dans leur choix contraceptif. Cinq patientes n'étaient pas en faveur de la présence de leur mère et les autres n'ont pas donné de détails dans leur réponse :

MP « D'accord, elle n'a pas demandé à ta tante de sortir ? Ça ne te dérangeait pas ? » P5 « Bah non parce que je préférais qu'elle soit là »

P10 « Elle m'a conseillé » MP « D'accord, tu n'avais pas eu l'idée ? » P10 « Non [...] »

P11 « Non j'étais avec ma mère justement elle m'avait accompagné pour euh... bah quand même pour bien choisir la pilule puis aussi pour moi pour m'aider »

8. PLACE DES AUTRES INTERLOCUTEURS

Pour 16 patientes, le médecin ne semblait pas être le premier interlocuteur lorsqu'elles avaient une question sur la pilule. Les deux premiers interlocuteurs étaient principalement leur mère ou INTERNET. Seules deux patientes appelaient le médecin en premier. Une patiente demandait à ses amies après avoir demandé à sa famille :

P2 « Non rien du tout après je sais que je pouvais l'appeler ou lire la notice ou demander à ma famille j'étais assez bien entourée sur ça pour pas aller voir sur des sites après j'avais confiance en lui donc je pouvais l'appeler et lui poser des questions »

P3 « Oui ou sinon je demande à ma mère d'abord puis après si elle sait pas, je demande au Dr X »

P5 « La première fois ça serait INTERNET direct »

P6 « Ma famille en priorité puis après peut-être le Dr X »

P13 « Ma mère ou ma sœur ou alors bah les filles de ma classe »

Une patiente semblait faire confiance totalement à une application sur son téléphone :

P19 « [...] ça s'appelle 'MonCalendrier' et depuis que je prends la pilule ça se cale totalement, enfin mon ovulation, je suppose aussi elle se cale parfaitement, comme les règles, elles se calent totalement sur le jour à l'heure où c'est dit sur l'appli, donc s'il y a un problème et que je les aies pas par exemple un ou deux jours après, je sais qu'il faut que j'aille voir le médecin [...] »

9. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

9.1 INFLUENCE DE L'ENTOURAGE

Six patientes semblaient choisir le médecin généraliste par peur du gynécologue et de l'examen gynécologique :

P2 « Oui oui oui parce qu'on sait très bien comment se passent les examens gynéco, les copines, la famille en parlent »

P9 « Euh... bah euh... un autre médecin généraliste ou même vous parce qu'un gynécologue ça me stresse plus qu'un médecin normal j'ai l'impression »

P9 « [...] je sais pas, pour moi il va faire plus de choses et j'ai peur qu'il m'examine enfin j'sais pas [...] »

Selon deux patientes, les pilules « microdosées » (la pilule en question était LEELOO Gé) seraient moins efficaces que les pilules « plus dosées » en hormones (la pilule en question était LUDEAL Gé) :

P3 « [...] mais ma cousine qui prenait LEELOO du coup a dit qu'apparemment que c'était moins fort du coup elle a changé de pilule »

P19 « Après moi ce qui me stresse c'est plus que j'ai peur que du jour au lendemain y'ait un truc qui bug et ça marche plus [...] j'ai peur que mon corps s'habitue au truc et que je tombe enceinte en fait »

Un grand nombre de participantes (16) parlaient des effets secondaires. Une seule patiente n'en avait jamais entendu parler :

P1 « Elle avait eu des maux de tête, elle avait ses règles en continu »

P3 « [...] elle était souvent stressée ou énervée »

P4 « Bah euh... la prise de poids, la poitrine qui peut augmenter euh... le changement d'humeur euh... et après je crois que c'est tout »

P7 « Euh... bah euh... le mal de tête, la prise de poids euh... la perte de poids aussi je crois et je crois que c'est tout ce que je savais »

MP « Tu n'avais jamais rien entendu de particulier ? » P13 « Non non »

Une patiente pensait que la pilule du lendemain pouvait être nocive pour la santé :

MP « [...] la pilule du lendemain ? » P18 « [...] je sais juste que c'est un peu dangereux pour la santé parce que c'est l'équivalent à une plaquette de pilule entière »

Certaines patientes avaient peur des autres moyens de contraception notamment l'implant ou le stérilet ou pensaient qu'ils n'étaient pas adaptés à leur âge (9/19) :

MP « Pourquoi refusais-tu l'implant ? » P2 « Parce que j'avais eu des mauvais retours, j'avais vu ma cousine grossir [...] »

MP « Et le stérilet, qu'en penses-tu ? » P4 « Ben parce que j'ai peur que ça fasse mal mais pas quand c'est à l'intérieur, juste la pose »

P9 « [...] j'étais intéressée pour mettre un implant ça aurait évité de penser à la prendre tous les jours, mais la pose dans le bras ça me fait vraiment peur »

Quatre patientes exprimaient la difficulté de se sentir à l'aise pour parler de contraception et de sexualité devant l'accompagnant :

P1 « Il y avait des détails de ma vie que je n'avais pas envie qu'elle sache »

P2 « Parce qu'on parle pas de ça dans ma famille on n'a jamais parlé de ça du coup j'étais super gênée d'en parler devant elle voilà »

P2 « Genre si j'avais déjà eu des rapports euh... depuis combien de temps, si c'était protégés ou non donc voilà et sachant que ma mère était à côté j'avais un peu de mal à répondre à ce type de question voilà »

P10 « [...] donc elle était là à chaque fois et moi j'étais pas à l'aise forcément »

Deux patientes pensaient que les mineures devaient obligatoirement être accompagnées d'une personne majeure pour toute consultation :

P2 « Oui oui il y avait encore ma mère avec moi vu que je suis mineure »

P19 « Je crois que c'est obligatoire de tout façon d'être accompagnée quand on est mineure »

Pour 13 jeunes filles, ce sont les mères qui ont appelé pour prendre le rendez-vous. Quatre participantes ont pris rendez-vous par elles-mêmes et sont restées seules durant la consultation :

MP « Est-ce toi qui as appelé pour prendre rendez-vous ? » P5 « Oui oui »

P15 « Euh... c'était moi qui voulais, c'était moi qui avais appelé »

P17 « Oui j'étais seule [...] avec ma mère on a convenu que c'était mieux »

Une patiente ne connaissait pas le rôle de la pilule contraceptive :

P10 « [...] en fait je savais pas à quoi ça servait la pilule »

Une patiente ne connaissait pas les autres moyens de contraception :

MP « Est-ce que tu en avais déjà entendu parler ? » P13 « Euh... non »

9.2 PLACE DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Trois patientes ont fait remarquer l'importance de la pharmacienne qui leur a délivré des informations supplémentaires sur l'utilisation de la pilule lors de leur passage à la pharmacie :

P12 « [...] la pharmacienne m'a réexpliqué donc voilà et puis au pire y'avait ma mère »

P18 « Alors oui mais c'est plus la pharmacienne après surtout qui me l'a expliqué »

P19 « [...] j'ai dû redemander à la pharmacienne comment il fallait faire et puis voilà »

Quatre patientes ont trouvé les interventions des infirmières scolaires intéressantes et ont retenu plusieurs informations notamment sur les moyens de contraception et la manière de les utiliser. Une patiente parle de dépistage organisé au lycée. Une autre patiente contactait l'infirmière scolaire pour lui poser des questions sur sa pilule :

P8 « Ah si en seconde on a eu des interventions au collège on en a eu deux fois »

P19 « Oui oui on a des infirmières au collège qui venaient nous voir pour faire des interventions par rapport à la pilule »

P19 « [...] oui c'est ça et dans mon lycée on peut faire des dépistages gratuits et tout, y'a des journées ou on peut faire des dépistages à l'infirmerie donc c'est pour ça »

MP « Donc si tu avais une question par rapport à la pilule tu appellerais d'abord l'infirmière scolaire ? » P8 « Oui parce que je la connais bien, j'allais souvent la voir pour lui poser des questions et aussi sur la pilule justement »

Parmi notre panel, quatre jeunes filles ont été orientées vers le médecin généraliste par un gynécologue. Trois patientes sur les quatre ont été orientées par le gynécologue de leur mère qui n'avait pas vu les jeunes filles en consultation :

P12 « Alors euh... non ma mère avait appelé la gynéco qui lui avait dit de prendre rendez-vous avec le médecin traitant »

P13 « [...] enfin ma mère en a parlé à sa gynécologue et elle lui a dit que ça serait peut-être bien euh... après on est venu ici [...] »

P14 « C'était la gynéco de ma mère que m'avait conseillé de la prendre [...] »

Une patiente sur les quatre avait vu le gynécologue en consultation mais pour un autre motif et celui-ci l'avait orienté vers le médecin généraliste pour la prescription de contraception :

P7 « Alors euh... j'avais déjà pris rendez-vous avec un gynécologue pour ça je sais plus pourquoi »

Seulement quatre patientes connaissaient le rôle des sages-femmes et une patiente ne connaissait pas le rôle du gynécologue :

P7 « Euh... sagefemme je sais pas ce que c'est [...] »

P18 « Ah non pas du tout je pensais que c'était pour les bébés [...] »

P18 « Euh... bah je sais même pas à quoi il sert le gynécologue [...] »

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

Il existe un biais lié à la méthode **d'investigation**. Le manque d'expérience dans la réalisation d'entretien a pu être responsable d'un manque de pertinence de l'étude. En effet, il aurait peut-être été intéressant de développer davantage certaines idées exprimées. Parfois, les patientes développaient très peu leur réponse et répondaient simplement par « oui » ou « non ». Mais ce genre de réponse binaire pouvait-il être influencé par le jeune âge des participantes ?

Il existe des biais inhérents à la **méthodologie**. En effet, la recherche qualitative implique une part de subjectivité dans l'interprétation du verbatim. Ce biais aurait pu être limité par l'utilisation d'un logiciel de codage. La triangulation des données a été faite par deux chercheuses novices en la matière. Bien que l'enquêtrice ait noté le non-verbal, celui-ci n'a pas été utilisé lors de l'analyse du verbatim. L'atteinte de la saturation des données a été soumise à la **subjectivité** de l'enquêtrice.

L'étude présentait un biais de **recrutement** puisque l'échantillon était majoritairement composé de patientes croisées lors de remplacements réguliers au sein de cabinets où l'enquêtrice connaissait les médecins. Il était plus facile d'obtenir une réponse positive de la part des patientes dans la mesure où, pour certaines, le médecin avait parlé de notre étude au préalable. Un médecin sur seize pratiquait beaucoup de gynécologie. Les trois internes en Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) avaient moins l'habitude de ce genre de consultation. Les propos des patientes interrogées pouvaient refléter le type de pratique du médecin. Certains points de vue pouvaient paraître particulièrement tranchés dans le verbatim.

Il existe un biais **géographique** puisque l'étude a été réalisée uniquement dans le département de la Charente-Maritime. Ce département est relativement pourvu en médecins généralistes en comparaison avec d'autres régions de France. D'autres difficultés auraient pu être exprimées par les patientes si elles vivaient dans des régions moins pourvues en médecins généralistes.

L'étude présente un biais de **mémoire**. En effet certaines jeunes filles ne se souvenaient pas ou peu de leur première consultation de contraception, des questions posées par le médecin et des informations données lors de cette consultation.

L'étude présente probablement des biais de **prévarication**, notamment sur certains sujets pouvant toucher à la vie privée. Il pouvait exister des omissions volontaires de la part des jeunes filles. Enfin, il peut exister un **biais cognitif inconscient** provenant de l'investigatrice et des participantes. Les jeunes filles de 17 ans communiquaient plus facilement que celles de 15 ans.

Des défauts d'interprétation et des pertes d'information lors de l'analyse du verbatim ont pu engendrer des **biais d'interprétation** du fait de la réalisation des entretiens par une seule investigatrice. Ce biais a été minimisé par une supervision en codage double.

2. LES FORCES DE L'ETUDE

Cette étude apporte **une perspective supplémentaire** par rapport aux autres études présentes dans la littérature. Les études réalisées sur le thème de la contraception ou de la CCP étaient pour la plupart de types quantitatives. Parmi les études qualitatives, beaucoup s'attachaient à évaluer les attentes des jeunes filles face à cette CCP [11]. D'autres s'intéressaient à la disposition des femmes à confier leur suivi gynécologique aux MG [12]. Certaines analysaient les attentes des adolescentes vis-à-vis du MG en matière d'éducation à la sexualité [13]. D'autres étudiaient le point de vue des médecins généralistes sur leur propre pratique lors de la CCP [14]. Mais peu d'études s'intéressaient aux critères de choix du médecin généraliste par les patientes mineures pour la première prescription de contraception.

Le choix **d'entretiens individuels** a permis de favoriser un discours plus aisé et de diminuer la peur d'être jugée mais également de diminuer les biais de prévarication qui auraient pu exister si elles avaient été accompagnées lors des entretiens.

Le choix de la **méthode qualitative** nous a semblé approprié. Elle a permis d'explorer les émotions, les sentiments des patientes ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle a contribué à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et de leurs interactions. L'entretien semi-dirigé a permis d'interroger chaque sujet de manière individuelle en le guidant à l'aide de questions ouvertes ou semi-ouvertes tout en lui laissant la liberté d'expliquer ses comportements et ses représentations.

La redondance des réponses nous a permis de conclure à la **saturation des données**, renforçant ainsi la **validité interne** de notre étude. La saturation des données a été obtenue au seizième entretien et a été confirmée par les suivants jusqu'au dix-neuvième. Cela a apporté une fiabilité des données recueillies. La triangulation de l'analyse des données a permis **une bonne validité externe**.

L'échantillon est resté assez **représentatif** de la population puisque nous avons veillé à ce que tous les âges soient représentés (de 15 ans et 17 ans révolus) ainsi que les différents lieux d'exercices de la médecine générale (semi-rural, rural, urbain).

Entre force et faiblesse de l'étude, certains éléments de réponse aux entretiens n'ont pas été analysés car ils n'apportaient pas de plus-value aux résultats et s'éloignaient de notre sujet d'étude.

3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE

3.1 CHOIX DU MEDECIN GENERALISTE EN FONCTION DE SON SEXE ET DE SA FORMATION :

Lors de nos entretiens, un peu plus de la moitié des patientes (10/19) ont découvert que **le médecin généraliste pouvait prescrire la pilule**, le relayant auparavant aux autres pathologies. En effet, certaines patientes interrogées voyaient le médecin généraliste comme un « bobologue » et décrivaient le gynécologue comme un « vrai médecin », s'occupant des maladies gynécologiques. Celles qui étaient au courant l'avaient appris via leur proches ou à l'école. Dans notre étude, un peu moins de la moitié (8/19) choisissait le gynécologue pour leur futur suivi. Les jeunes filles pensaient que le médecin généraliste n'avait pas assez de qualification en la matière pour pouvoir répondre à toutes leurs questions. Il serait peut-être nécessaire que les médecins généralistes informent les adolescentes de leurs compétences en gynécologie. Dans l'étude de TERRIS C., la plupart des patientes présentait une véritable méconnaissance au sujet des modalités de leur suivi gynécologique et sur les professionnels de santé capables d'en assurer la prise en charge [11]. Des résultats similaires ont été mis en évidence dans plusieurs études où les patientes s'adressaient d'abord au gynécologue par défaut de connaissance des compétences du MG notamment au sujet de la contraception [5] [14]. Pourtant, la contraception est un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine générale, il est au quinzième rang des 50 motifs les plus fréquents [15]. Dans l'étude de CHAMPEAUX R., les patientes préféraient par pudeur consulter un gynécologue qu'elles considéraient plus compétent et qui restait plus anonyme que leur médecin traitant [16].

Dans notre étude, certaines patientes semblaient être rassurées par un supplément de formation de leur médecin, comme un D.U. par exemple. Il est interdit d'afficher l'existence du D.U. de gynécologie dans les cabinets médicaux ou sur la plaque du médecin. Elles en avaient entendu parler par leurs proches ou à l'école. Aucun des cabinets n'affichaient les actes de gynécologie réalisés par les praticiens. Pourtant, tous les praticiens rencontrés pratiquaient des actes de gynécologie même si ces derniers n'étaient pas mentionnés. GUYOMARD H. a identifié les raisons du manque de connaissance des patientes sur les compétences du MG [17] : le défaut de proposition par le MG de suivre les patientes dans ce domaine [14] [15] [18], l'ignorance de cette compétence par les jeunes filles [11] [14] [15] [18] et l'incompétence du MG supposée par les jeunes filles dans le domaine de la gynécologie [11].

La quasi-totalité des participantes (18/19) auraient préféré un **médecin de sexe féminin** qu'un médecin de sexe masculin pour cette consultation de contraception. Cela a pu être expliqué par deux arguments cités dans les entretiens. Selon les patientes, une femme médecin donnerait de meilleures explications qu'un homme du fait qu'elle puisse prendre la pilule. D'autre part, ce choix était inhérent aux jeunes patientes, elles pouvaient éprouver un sentiment de gêne face à un médecin de sexe masculin. Dans l'étude de CHAMPEAUX R., les patientes se confiaient moins aux hommes et étaient plus à l'aise pour expliquer leurs préoccupations intimes à une femme qui avait pu rencontrer les mêmes problèmes [15]. D'autres études corroboraient ce constat [5] [11] [19] [20]. Nous pouvons conclure suite à notre

étude et à nos recherches, que ces préférences et ces choix de praticiens sont propres à chaque fille, à son caractère, à ses représentations personnelles de l'intimité. Il serait extrêmement réducteur de penser qu'un genre serait plus compétent qu'un autre, même si nous entendons tout à fait l'argument d'être plus à l'aise avec l'un ou l'autre genre.

3.2 CONDITIONS DE LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

La consultation de première contraception orale est une consultation longue avec des étapes à respecter. Pourtant, certaines patientes de notre étude avaient **plusieurs motifs** ce qui rendait la consultation plus longue. Cette consultation était souvent le seul contact médical annuel chez les jeunes filles, profitant ainsi de voir leur médecin pour aborder plusieurs motifs et cela au détriment de la contraception. Dans l'étude de LEVASSEUR G., cette consultation à motifs multiples mettait 64% des MG en difficulté [21].

Dans certains entretiens, nous avons pu remarquer que les patientes ne semblaient pas satisfaites **des informations délivrées**. Nous n'avons pas étudié l'organisation de la prise de rendez-vous dans chacun des cabinets. Les patientes donnaient-elles le motif de la prise de rendez-vous à la secrétaire au préalable ? Nous pouvons nous demander alors si les patientes ne choisissaient pas le médecin généraliste car il était capable de répondre à d'autres motifs et cela sur un temps de consultation limité. La consultation de courte durée (en moyenne 15-20 minutes) plaisait à certaines jeunes filles (13/19) et ce temps semblait suffisant pour qu'elles posent toutes leurs questions. D'autres (4/19) exprimaient un temps insuffisant. Le manque de temps a également été cité par les patientes dans l'étude de TERRIS C. et pouvait s'expliquer par le fait que les demandes se faisaient à la fin d'une consultation. Les patientes pensaient peut-être qu'il n'était pas nécessaire de réaliser un examen clinique et un interrogatoire pour ce motif [17]. Pour les consultations d'adolescentes, il serait peut-être intéressant de demander le motif afin de consacrer un temps nécessaire. Il pourrait être utile que les médecins généralistes bloquent un créneau de 30 minutes, comme beaucoup de médecins le font pour les nourrissons. Le manque de temps ne serait alors plus un frein à une information de qualité.

Dans le déroulement des consultations, nous avons pu noter des **oublis dans les informations données** par les médecins généralistes (18/19). A présent, nous pouvons demander si ces oublis provenaient véritablement du médecin lors de la consultation ou de la patiente lors des entretiens. La consultation avait été souvent faite il y a plusieurs mois ou années avant l'entretien ce qui pouvait engendrer des oublis de la part des patientes. Un point important : les médecins consultés ne posaient pas de DIU ou d'implant. Les autres moyens de contraception n'étaient pas ou peu présentés et n'étaient jamais conseillés en première intention. La qualité de l'information donnée variait d'un médecin à l'autre, cette différence était-elle liée à leur pratique ? Nous avons pu remarquer dans les entretiens que des idées fausses persistaient chez les médecins généralistes comme l'impossibilité de poser un DIU chez une nullipare mais aussi le non-usage de la méthode « Quick Start ». La présence de ces idées chez les médecins représente des barrières à une bonne information des patientes [22]. Concernant la pose de DIU chez la nullipare, la HAS déclare dans ses recommandations, que celui-ci est une contraception de première intention qui peut être proposée à toutes les femmes, quelle que soit la parité ou l'âge [3]. Nous pouvons nous demander si les patientes auraient choisi ces mêmes médecins généralistes si elles

avaient voulu une Contraception Réversible de Longue Durée d'Action (Long Acting Reversible Contraceptive ou LARC) ?

Peu de patientes **étaient seules** lors des consultations mais quelques-unes (5/19) en ont ressenti le besoin. Faire sortir l'accompagnant aurait peut-être retiré la pudeur envers le médecin et inversement le médecin aurait peut-être pu poser toutes ses questions. Il faudrait comparer des consultations avec et sans accompagnant pour voir si cela freine ou au contraire aide au déroulement de la consultation. Cette consultation doit être menée en suivant autant que possible le modèle « Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour » (BERCER), proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2004. L'OMS recommande de réserver un temps spécifique et si cela n'est pas possible par la présence d'autres motifs, il est conseillé de reprogrammer une consultation entièrement dédiée. L'examen clinique, l'interrogatoire recherchant les antécédents personnels et familiaux, les explications concernant la prise et les oublis de pilule, ainsi que la contraception d'urgence en font partie intégrante. Il est recommandé de faire sortir l'accompagnant [23].

3.3 RAPIDITE ACCES AUX SOINS ET MOINDRE COUT

Quelques patientes (6/19) ont fait remarquer **la rapidité d'accès aux soins** chez le médecin généraliste. Une patiente a parlé du **moindre coût** d'une consultation puisque remboursée intégralement par la sécurité sociale, contrairement à certaines consultations chez le gynécologue. Une revue de la littérature réalisée par GUYOMARD H. a fait état du suivi gynécologique en médecine générale et a identifié plusieurs avantages [17] : l'accessibilité géographique, temporelle [11] [14] [15] et financière [11]. D'après GAMBIEZ A. et VALLEE J., le médecin généraliste semblait être l'un des mieux placés pour pratiquer le suivi gynécologique par sa proximité et son accessibilité [14]. Dans l'étude de CHAMPEAUX R., les patientes déclaraient à 89% que le manque d'accessibilité était un frein à être suivies par un gynécologue [15].

La majorité des patientes s'est rendue chez son médecin traitant ou chez un médecin exerçant dans le même cabinet que son médecin traitant, ce dernier ne pratiquant pas de gynécologie. Seule une patiente s'est rendue chez un médecin exerçant dans un autre cabinet que son médecin traitant, mais elle l'avait déjà vu lors d'une ancienne consultation. Elle est allée voir ce médecin étant donné que son médecin traitant était un médecin du sport et ne pratiquait pas de gynécologie. Nous pouvons nous demander quel serait le délai d'attente pour obtenir d'un rendez-vous avec un généraliste jamais consulté. Le recours au médecin généraliste pour un motif gynécologique apparaissait parfois dans notre étude comme un premier recours « par défaut » du fait de l'indisponibilité des gynécologues.

Les médecins des cabinets recrutés n'exerçaient qu'entre généralistes, il n'y avait pas de sages-femmes ou de gynécologues dans leur établissement de santé. Une autre question pourrait être soulevée : les patientes auraient-elles choisi le généraliste s'il exerçait auprès de gynécologues ? Une étude a montré que plus le généraliste était installé à proximité d'un gynécologue, moins il pratiquait de gynécologie. Le médecin généraliste qui ne porte pas d'intérêt pour cette discipline, serait tenté d'orienter plus facilement ses patientes vers un confrère [15]. Dans l'étude de VANDERSTRAETEN M., la moitié des médecins déclarait être à proximité immédiate d'un gynécologue. Les médecins généralistes

exerçant en milieu rural ont répondu avoir plus difficilement accès à un gynécologue que leurs confrères exerçant en milieu urbain. Cela laissait supposer que les gynécologues étaient préférentiellement installés en milieu urbain et que les médecins qui exerçaient loin d'un gynécologue avaient une activité gynécologique plus développée [24].

3.4 RELATION AVEC LE MEDECIN « TRAITANT »

Dans notre étude, nous avons observé qu'une majorité des patientes interrogées (11/19) préférait voir leur **médecin traitant** pour plusieurs raisons : il connaissait bien leur **dossier médical**, elles avaient **confiance** en lui et l'obtention d'un **rendez-vous était rapide**. Comme dans notre étude, l'étude réalisée par GUYOMARD H. a mis en évidence les atouts du MG du point de vue des patientes [17] : la confiance et la qualité de la relation médecin-malade [11] [15], la connaissance du dossier médical et des antécédents [14], la compétence [11] [15], les possibilités de « relance » [14]. La confiance envers le médecin généraliste a été évoquée dans l'étude de CHAMPEAUX R., les patientes faisaient confiance à leur médecin car elles savaient qu'en cas de pathologies complexes, il les orienterait vers un gynécologue. La relation médecin généraliste-patiente était caractérisée par des entrevues plus nombreuses, le gynécologue étant souvent plus anonyme car vu moins de fois [15].

GUYOMARD H. a mis également en évidence plusieurs freins à consulter le médecin traitant [17] : la **pudeur** [11] [15] et l'impression de **jugement** [11]. Dans notre étude, peu de patientes étaient mal à l'aise d'en parler avec leur médecin traitant et auraient préféré un autre médecin pour plusieurs raisons : la relation avec leur médecin semblait médiocre et elles semblaient avoir peur du jugement de leur médecin de « famille ». Dans la thèse de TERRIS C., certaines patientes ne se sentaient pas suffisamment à l'aise avec leur médecin traitant par manque de confiance et impression de jugement [11]. La faible proportion des jeunes filles qui ne voulaient pas être suivies par le MG pouvait s'expliquer par la représentation que ces dernières avaient de leur médecin. En effet, comme cité dans une revue de Santé Publique, le médecin généraliste traitant n'était pas forcément le meilleur interlocuteur pour aborder la sphère intime et privée [5].

En cas de soucis ou de questions sur la pilule, le médecin généraliste n'était **pas le premier interlocuteur** dans la majorité des cas (16/19), le plus souvent par peur de le déranger à la moindre question. Cela semblait plus facile pour elles de regarder sur INTERNET, sur les réseaux sociaux (RS) ou de demander à leur entourage. Pourquoi les jeunes filles ressentaient-elles le besoin de solliciter leur entourage ou INTERNET lorsqu'elles avaient un doute sur la pilule ? Les informations obtenues par l'intermédiaire du généraliste ne leur paraissaient-elles pas claires ? Ne savaient-elles pas où rechercher les informations ? Il conviendrait donc d'interroger les jeunes filles à ce sujet pour comprendre leur attitude et apporter, si besoin, des mesures d'amélioration. Pourtant, plusieurs sites ont été créés pour que les patientes aient accès à des informations fiables et complètes. Santé Publique France a par exemple développé le site « choisirscontraception.fr » qui regroupe des informations sur les différentes méthodes contraceptives disponibles et rappelle les recommandations de la HAS sur les différentes conduites à tenir en cas de problèmes. D'après l'étude de BRIAND P. et LOCTIN M., les utilisatrices de RS pour la contraception semblaient être majoritairement plutôt satisfaites par l'information trouvée. L'information contraceptive trouvée sur les RS était souvent fortuite. Ces données étaient donc essentiellement

obtenues par une navigation aléatoire et non par une recherche motivée. Les raisons principales étaient qu'elles trouvaient des informations claires permettant d'améliorer leurs connaissances et aimaient échanger avec d'autres personnes sur ces différents sujets [25]. Selon Le Healthcare Data Institute, les RS étaient principalement utilisés pour des partages d'informations ou d'expériences sur un même sujet [26].

3.5 PLACE DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE

Nous avons pu remarquer que quelques patientes (3/19) déclaraient avoir reçu des explications de la part de la **pharmacienne** lors de leur premier passage en pharmacie pour la délivrance de leur pilule. Cela leur avait permis de mieux retenir les informations préalablement délivrées lors de la consultation avec leur médecin. Dans l'étude de FRERE M., 34% des pharmaciens interrogés ne transmettaient aucun support d'information et 11% n'expliquaient pas quoi faire en cas d'oubli lors d'une première délivrance [27]. Dans cette même étude, 70% des pharmaciens orientaient les adolescentes de plus de 15 ans vers le médecin généraliste en premier lieu [27]. Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible, dans le sens où il n'y a pas besoin de prendre de rendez-vous pour le consulter. Il dispose d'un important capital de confiance de la part des patients. Sa position lui permet d'apporter des conseils pour la bonne compréhension du traitement.

Les **Infirmières Diplômées d'État (IDE)** en milieu scolaire participent également à l'éducation des jeunes filles en matière de sexualité et de contraception. Quelques patientes (5/19) ont parlé de leurs interventions. Ces interventions ont été utiles et leur ont permis d'en apprendre davantage, notamment en plus des cours de Sciences et Vie de la Terre (SVT). Une patiente était particulièrement proche de son IDE scolaire puisque c'est à elle qu'elle s'était adressée en premier lieu pour poser des questions sur sa pilule. Une patiente a déclaré que l'école lui avait appris que le médecin généraliste pouvait délivrer la pilule. Depuis la loi de 2001 relative à l'IVG et sa circulaire d'application dans l'Éducation Nationale de 2003, l'institution a pour obligation de mettre en place « une information et une éducation à la sexualité dispensées dans les écoles, dans les collèges et dans les lycées, à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âges homogènes de la maternelle à la terminale par du personnel volontaire et formé ». L'infirmière scolaire doit participer à la mise en place de ces séances d'éducation à la sexualité [28].

Les **gynécologues** sont définis comme des acteurs de premiers recours du suivi gynécologique. Ils font partie des spécialités en accès direct pour les patientes [29]. Pourtant dans notre étude, il semblait que les patientes le relayaient à des pathologies gynécologiques plus complexes donc plutôt en seconde ligne. Plusieurs gynécologues ont également conseillé aux patientes de consulter leur médecin généraliste pour leur CCP, probablement par manque de disponibilité et de temps. Aussi, les syndicats étudiants de sages-femmes et d'internes de médecine générale dans leurs contributions sur le thème de la santé de la femme, ont défini les gynécologues comme des acteurs de seconde ligne de recours aux soins [30].

4. OUVERTURES

Durant l'un des entretiens, une patiente a émis l'idée de **présenter un dépliant** mentionnant des **rappels concernant la contraception** (les oublis, les effets secondaires, les contre-indications), une sorte de « condensé » par rapport à la notice. Les informations ne sont pas toujours retenues comme nous avons pu le remarquer dans notre étude. Ce dépliant permettrait à la patiente de consulter à nouveau les informations sans allonger la durée de consultation. Une étude avait déjà été faite sur la proposition de fiches-conseils par LACHOR A. à travers son site INTERNET pour informer ses patients et plus d'un patient sur sept lisaient les fiches conseils créées. La fiche-conseil sur la contraception était une des plus consultées [31]. SUSTERSIC M. a élaboré 125 fiches de médecine générale et a constaté qu'elles amélioraient la compréhension et la connaissance des patients sur les pathologies [32]. Afin de s'adapter à cette nouvelle génération, il serait intéressant de créer un site avec des fiches-conseils sur la contraception orale ou encore que chaque médecin crée son site avec ses propres fiches-conseils mais cela semble fastidieux à réaliser.

Les cabinets étudiés étaient tous dotés d'une secrétaire sur place. Mais beaucoup de cabinets sont maintenant dotés de plateformes de prise de rendez-vous à distance ou en ligne. La plupart de ces plateformes est programmée pour que le patient sélectionne le type de consultation souhaité lors de la prise du rendez-vous. Le fait de stipuler au sein de cette liste les différents motifs de consultation tels que « frottis », « pose de stérilet » ou « pose d'implant » pourrait être une façon d'**informer la patientèle quant aux capacités du médecin généraliste**. Cela permettrait au médecin d'avoir un temps suffisant pour chaque type de demande. D'autre part, le fait d'avoir un secrétariat médical sur place, lui-même informé de la compétence du médecin généraliste en gynécologie, permettrait de communiquer aux patientes cette aptitude. Aucune salle d'attente des cabinets de l'étude n'était pourvue de fiches d'informations sur les compétences des médecins généralistes exerçant dans le cabinet. Pourtant, ce type d'affichage me paraît utile pour communiquer sur les pratiques des médecins généralistes.

Une patiente avait mentionné, durant son entretien, sa connaissance sur la possibilité de **spécialisation du médecin généraliste en gynécologie**. Il n'avait pas semblé que le fait d'avoir obtenu le D.U. de gynécologie influençait le choix du médecin sauf pour cette patiente. Mais cela pourrait être important d'informer la patientèle du médecin de ses compétences dans un domaine, autrement que par le secrétariat et la salle d'attente. Cependant, cette spécialisation étant un D.U. et non un diplôme national, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en interdit sa stipulation sur les ordonnances et les plaques professionnelles. Ainsi, ces dernières ne pourraient pas être utilisées comme support [33]. Il serait donc intéressant d'élaborer une étude auprès des patientes sur l'impact réel d'un D.U. sur le choix du médecin. D'après nos recherches, il ne nous a pas semblé que ce type d'étude existait déjà. Nous pourrions également nous intéresser aux critères qui pourraient inciter les MG à faire davantage de gynécologie. Des études se sont déjà intéressées à ce sujet et ont relevé un critère principal : les actes de gynécologie devaient être revalorisés financièrement [20]. Cette revalorisation financière est déjà présente dans les cotations actuelles pour des actes tels que le frottis, la pose de DIU etc.

Une jeune patiente lors des entretiens parlait de mettre en place une **consultation lors de la période de pré-adolescente**, autour de 10 ans, consultation qui serait dédiée uniquement à délivrer des informations sur la sexualité et la contraception. Selon cette patiente, les jeunes filles étaient insuffisamment informées sur la contraception et cette information arrivait trop tard dans la vie sexuelle. Le but de cette consultation serait d'informer les patientes qui n'oseraient pas en parler à leurs parents. Il existe déjà la CCP qui est réservée aux jeunes de plus de 15 ans et qui s'étend jusqu'à 26 ans révolus. Mais à quel âge peut-on réellement commencer à parler de sexualité ? Pour cette CCP, la patiente prend rendez-vous avec son médecin pour une contraception ou toute autre question sur la sexualité. Elle décide de l'âge auquel elle souhaite en parler. Mais ne serait-il pas intéressant de promouvoir l'existence de cette consultation et de la recommander à toutes ? Certaines structures, comme la Mutualité Sociale Agricole (MSA), proposent déjà cette consultation de prévention, appelée « Instants Santé Jeunes ». Il s'agit d'une consultation également prise en charge à 100% par la MSA, avec invitation systématique à tous ses adhérents de 16 à 24 ans, par envoi d'un courrier postal. Les patients peuvent préparer la consultation avec un questionnaire en ligne [34]. Il existe également des lignes téléphoniques d'informations et d'écoute comme « Fil Santé Jeunes », qui est un service d'aide à distance anonyme à destination des jeunes de 12 à 25 ans. Le site internet « filsantejeunes.com » regroupe des rubriques et des forums au sujet de la santé physique, sexuelle et psychologique [35]. Il est également possible de commander gratuitement des brochures sur des thèmes spécifiques : contraception et IST via un lien (<https://selfservice.santepubliquefrance.fr/>) où il suffit de créer un compte.

Dans notre étude, certaines patientes préféraient que **leur mère soit présente** durant la consultation, d'autres non. En matière de santé, nous avons remarqué une difficulté d'autonomisation des jeunes filles. La prise de rendez-vous était très souvent réalisée par la mère, parfois même à l'initiative de cette dernière et non de l'adolescente. Nous avons donc ressenti un tiraillement entre une volonté d'autonomisation et un souhait d'accompagnement lors de la consultation. C'est pourquoi le modèle BERGER recommande de faire sortir l'accompagnant durant cette CCP. Sa présence pourrait influencer les réponses aux questions de la patiente mais également agir sur l'attitude du médecin face à sa patiente. Parfois rassurante pour l'adolescente car aidante sur le choix du mode de contraception, cette présence limite l'autonomisation. La HAS recommande d'impliquer davantage les hommes dans la contraception. Peu d'études se penchent sur la place des pères dans la contraception de leurs filles. Il serait peut-être intéressant d'étudier son rôle dans une nouvelle étude.

Les réseaux sociaux et INTERNET prennent une place importante chez les jeunes à l'heure actuelle. Nous avons pu voir dans notre étude que les jeunes filles allaient souvent les consulter plutôt que de prendre contact avec leur médecin généraliste, principalement par facilité. L'étude de BRIAND P. et LOCTIN M. montrait que les expériences de tiers primaient sur le discours médical. Le médecin généraliste semblait avoir du mal à trouver sa place dans le parcours contraceptif des patientes. 43% des participantes utilisaient les réseaux sociaux pour la contraception et surtout dans la tranche d'âge 18-19 ans. Les plus utilisés étaient FACEBOOK, YOUTUBE et INSTAGRAM. L'une des justifications à la consultation des RS pour la contraception était de ne pas être confrontée à un professionnel de santé [25]. En 2013, la HAS décrivait certains freins à la consultation de professionnels de santé pour la contraception comme la réticence d'un examen gynécologique ou la peur de questions intimes [4]. Sur INTERNET, il existe des sites très critiques à l'égard de la contraception orale comme « jarretelapilule.fr »

[36]. Il existe un mouvement sur INSTAGRAM « #PayeTaContraception », comportant des témoignages parfois accablants autour de la contraception.

Mettre à disposition des jeunes des supports numériques validés comme complément à leur consultation est donc une bonne idée. Les sites fiables existants sur ce sujet sont par exemple : « www.choisirsacontraception.fr », « www.planning-familial.org » et « www.monurgencepilule.fr ». Dans le but de faciliter l'accès des adolescents à des informations de santé crédibles, des sites spécialisés (*onsexprime.fr*, *filmsantejeunes.com*, etc.) se sont développés en France. Ils traitent de sujets qui les concernent, avec un vocabulaire adapté et sont contrôlés par des professionnels de santé. De nos jours, les jeunes utilisent plus souvent les réseaux sociaux tels que INSTAGRAM, TIKTOK plutôt que des sites INTERNET. Il semblerait intéressant de créer un RS spécialement dédié à la contraception et tenu par des professionnels de santé.

Nous avons vu dans notre étude que les patientes ne savaient pas en quoi consistait **le suivi gynécologique futur** : les frottis, les examens gynécologiques et l'âge à partir duquel il convient de prendre rendez-vous. Selon l'étude de GAMBIEZ A. et VALLEE J., le rôle et les enjeux du frottis cervico utérin (FCU) semblaient obscurs à une majorité de femmes [14]. Pareillement, dans l'étude de BERNARD E. et SAINT-LARY O. qui ont interrogé 117 femmes de 25 à 65 ans, 64% des femmes déclaraient qu'aucun MG n'avait abordé la question du frottis [18]. Pourtant, le médecin généraliste a toute sa place dans l'information. Il serait intéressant de savoir pour quelles raisons les médecins généralistes ne parlent pas du suivi gynécologique lors de la première consultation de contraception. Après plusieurs recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de réponse à ce sujet.

Notre étude s'intéressait aux critères de choix du médecin généraliste par les jeunes filles mineures de 15 ans à 17 ans révolus pour leur première prescription de contraception. Nous avons relevé plusieurs critères favorisant ce choix mais également d'autres critères allant à l'encontre de ce choix. Ainsi, ces quelques freins mis en évidence pourraient peut-être améliorer la pratique des médecins généralistes lors de la CCP et permettraient de mieux comprendre le ressenti des jeunes filles de cette tranche d'âge.

Les patientes appréciaient la rapidité avec laquelle elles pouvaient obtenir un rendez-vous avec leur MG et cette rapidité était la même qu'elles habitent en ville ou à la campagne. Nous n'avons pas remarqué de différence dans les critères de choix entre les jeunes filles habitant en milieu rural, semi-rural et urbain en Charente-Maritime. La pratique de la gynécologie par les MG consultés n'était pas différente entre la campagne et la ville quel que soit leur âge.

Les patientes choisissaient le plus souvent leur médecin traitant (MT) qu'elles connaissaient depuis l'enfance et à qui elles faisaient confiance. Bien souvent, c'était les mères qui prenaient rendez-vous pour leurs filles et les jeunes ne se posaient pas la question de savoir si d'autres professionnels de santé étaient habilités à prescrire la pilule. Enfin, cette consultation présentait parfois d'autres motifs n'ayant rien à voir avec la gynécologie, ce qui pouvait engendrer une moins bonne délivrance de l'information.

Nous avons vu que les jeunes filles préféraient consulter un médecin de sexe féminin. Le fait que le médecin soit un homme pouvait créer un sentiment de pudeur plus important.

Dans la majorité des cas, les patientes étaient à l'aise durant la consultation. Dans de rares cas, quelques freins ont été évoqués : la gêne de la patiente envers son médecin, la non instauration d'un climat de confiance avec le médecin et la présence d'un accompagnant.

Nous avons pu également remarquer que les jeunes semblaient avoir peur du gynécologue, principalement par peur de l'examen gynécologique. La plupart était consciente du temps pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue, avait connaissance de son rôle et le relayait surtout aux maladies gynécologiques. La grande majorité des patientes ne connaissait pas le rôle des sages-femmes. Une meilleure information sur les compétences de chacun des professionnels de santé et une meilleure explication sur le déroulement de la première consultation de contraception permettraient aux jeunes filles de mieux choisir par qui elles souhaiteraient être suivies.

Le médecin généraliste peut tout à fait assurer, selon son souhait et sa formation, le suivi gynécologique de premier recours. Une meilleure diffusion auprès des jeunes sur la compétence du MG à réaliser des actes de gynécologies, notamment à travers les RS, pourrait faire évoluer les mentalités des patientes et de leurs proches sur cette compétence.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, la recherche d'information sur INTERNET pouvait engendrer une certaine anxiété et une peur de prendre la pilule à la lecture des effets secondaires, mais aussi, une peur des LARC. La diversité des réponses trouvées sur INTERNET et sur les RS peut donc induire une confusion voire même une méfiance globale envers la contraception.

Pour conclure, les jeunes filles mineures attendent de la part du médecin généraliste qu'il prenne davantage de temps pour les informer, leur expliquer le fonctionnement ainsi que les contre-indications de la contraception et qu'il puisse les orienter vers des sites médicaux fiables. Les attentes de cette première prescription de contraception sont-elles les mêmes chez les jeunes femmes majeures ? Une étude pourrait être menée sur cette tranche d'âge. Il serait également intéressant de mener cette étude dans d'autres régions de France. Notre recherche s'est réduite à la contraception orale, il serait intéressant de mener cette étude sur toutes les contraceptions à disposition des jeunes filles mineures.

Annexe 1 : Accord du délégué de protection des personnes

Monsieur MARTIN Pascal :

« En l'absence de données directement identifiantes et de croisement de données qui permettrait d'identifier une personne, nous pouvons considérer ce traitement anonyme. Vous devez bien informer les patientes du caractère anonyme de l'entretien et que leurs réponses ne permettront pas de les retrouver nominativement. Vous préciserez également que votre thèse ne comportera que des données anonymes. Article 70 de la loi informatique et libertés sur les mineurs de plus de 15 ans :

'Par dérogation au premier alinéa du présent article, pour les traitements de données à caractère personnel réalisés dans le cadre de recherches mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique ou d'études ou d'évaluons dans le domaine de la santé, ayant une finalité d'intérêt public et incluant des personnes mineures, l'information peut être effectuée auprès d'un seul des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale s'il est impossible d'informer l'autre titulaire ou s'il ne peut être consulté dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation au regard de ses finalités. Le présent alinéa ne fait pas obstacle à l'exercice ultérieur, par chaque titulaire de l'exercice de l'autorité parentale, des droits mentionnés au premier alinéa. Pour ces traitements, le mineur âgé de quinze ans ou plus peut s'opposer à ce que les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale aient accès aux données le concernant recueillies au cours de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation. Le mineur reçoit alors l'information et exerce seul ses droits. Pour ces mêmes traitements, le mineur âgé de quinze ans ou plus peut s'opposer à ce que les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale soient informés du traitement de données si le fait d'y participer conduit à révéler une information sur une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une intervention pour laquelle le mineur s'est expressément opposé à la consultation des titulaires de l'autorité parentale, en application des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, ou si les liens de famille sont rompus et que le mineur bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Il exerce alors seul ses droits.'

Même si la loi ne s'applique pas parce que le traitement est anonyme, demandez-leur un consentement oral pour la forme. Elles doivent pouvoir, sur simple expression orale, quitter l'étude sans préjudice ou pression. Si les parents sont présents, expliquez également la démarche et demandez une approbation orale pour la forme. »

Annexe 2 : Caractéristiques des participantes et des médecins consultés

	Age de la patiente (années, mois)	Lieu de vie de la patiente	Age du médecin	Lieu d'exercice	Sexe du médecin	MT ou autre médecin
P1	16,11	Urbain	38	Urbain	F	MT
P2	17,10	Urbain	45	Urbain	H	MT
P3	16,6	Rural chez ses parents, urbain à l'internat	57	Rural	F	MT
P4	17	Rural chez ses parents, urbain à l'internat	37	Rural	F	MG exerçant dans même cabinet que le MT
P5	16,6	Rural	30	Rural	F	SASPAS du MT
P6	15	Rural	57	Rural	F	MT
P7	16,3	Semi-rural	30	Semi-rural	F	SASPAS du MT
P8	17,3	Rural chez ses parents, urbain à l'internat	55	Rural	F	MT
P9	17	Rural	60	Rural	H	MT
P10	17,6	Rural	57	Rural	F	MT
P11	17,2	Rural	35	Rural	F	MG exerçant dans même cabinet que le MT
P12	17,1	Rural chez ses parents, urbain à l'internat	61	Rural	H	MT
P13	16	Rural chez ses parents, urbain à l'internat	37	Rural	F	MG exerçant dans même cabinet que le MT
P14	17	Rural	30	Rural	H	SASPAS du MT
P15	17	Urbain	60	Urbain	H	MG n'exerçant pas dans même cabinet que MT
P16	17	Urbain	35	Urbain	F	MT
P17	17,10	Semi-rural	60	Semi-rural	H	MT
P18	17,3	Rural	63	Rural	H	MT
P19	16	Semi-rural chez ses parents, urbain à l'internat	40	Semi-rural	F	MT

Annexe 3 : Consentement parental et consentement des adolescentes (par téléphone)

« La question de recherche de ma thèse est la suivante : sur quels critères les jeunes filles de 15 ans à 17 ans révolus choisissent le médecin généraliste pour leur première prescription de contraception orale ?

Cette thèse est réalisée par moi-même, Mélina PECCOLO, actuellement médecin généraliste remplaçant.

Plusieurs études ont déjà été faites sur la 1^{ère} consultation de contraception orale, son déroulement, les connaissances des jeunes filles, mais peu sur les raisons qui les ont amenées à consulter un médecin généraliste.

Le questionnaire va se faire sous la forme de questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées. L'entretien sera individuel et anonyme, respectant le secret médical. Il sera réalisé par moi-même. L'entretien durera 45 min au maximum. Il sera enregistré à l'aide de mon smartphone. Ton nom et prénom ne seront jamais cités. Ils se dérouleront dans le cabinet de ton médecin. Ces entretiens ne sont pas des consultations, il n'y aura donc pas d'examen clinique, pas d'ordonnances délivrées, pas de paiement requis. Tu pourras à tout moment quitter l'entretien. »

Annexe 4 : Guide d'entretien 1

Je m'appelle Mélina PECCOLO. Je te remercie d'accepter de participer à cette étude pour la réalisation de ma thèse de Docteur en médecine. Mon objectif est de mieux comprendre les critères qui t'ont incité à choisir le médecin généraliste pour ta première prescription de pilule. L'entretien va durer environ 30-45 minutes et il sera enregistré. Dans tous les cas, ces entretiens restent anonymes et je suis tenue au secret professionnel. Tout d'abord, peux-tu me donner quelques renseignements :

- **Te concernant** : Age, lieu de vie (milieu urbain, rural, semi-rural)
- **Concernant le médecin généraliste** : Sexe et âge du médecin concerné (celui qui a prescrit la contraception), son lieu d'exercice (milieu rural, urbain, semi-rural), le médecin était-il le médecin traitant ?

Les questions n'ont pas forcément été posées dans cet ordre au cours des différents entretiens et en fonction des sujets ou du profil des participantes, certaines questions n'ont pas été posées ou n'ont pas été tournées de la même façon que dans le guide d'entretien.

1. La question « brise-glace » : « Parle-moi de ta première consultation de contraception », « Décris-moi ta première consultation de contraception »

Relances :

- *« Peux-tu me décrire l'interrogatoire et, s'il a eu lieu, l'examen clinique ? »*
- *« Est-ce que tu étais accompagnée ou seule pendant la consultation ? Si oui, l'accompagnant était-il présent au début / au milieu / à la fin / tout au long de la consultation ? »*
- *« Est-ce que c'est ce même tiers qui a pris le rendez-vous pour toi ou t'a conseillé de prendre une contraception ? »*
- *« Est-ce que le médecin a proposé que ta mère sorte ? »*
- *« Y-avait-il d'autres motifs de consultation pour toi lors de cette consultation ou étais-tu venu consulter uniquement pour la prise d'une contraception ? »*

2. « Quels sont les autres moyens de contraception que l'on t'a présenté ? »

3. « Que connaissais-tu de la pilule avant cette consultation ? »

Relances : « Est-ce que des proches (amis, famille) t'avaient déjà parlé de la contraception avant cette consultation ? »

4. « Où as-tu trouvé les informations avant la consultation ? »

Relances : « Quels sont les sites que tu as consulté si tu en as consulté avant de venir en consultation ? »

5. « Est-ce que l'on t'a expliqué son fonctionnement et comment on te l'a expliqué ? »

Relances : « Quels sont les sites que le médecin t'a montré / conseillé lors de la consultation s'il t'en a montré ? »

6. « Qu'est-ce que le médecin t'a conseillé de faire à la suite de cette consultation ? »

7. « Pourquoi as-tu pris rendez-vous avec ce médecin généraliste en particulier ? »

Relances : « Est-ce que c'est toi qui as pris rendez-vous ? Si c'est toi, est-ce que tes parents étaient au courant ? »

- 8. « Si tu devais reprendre une consultation pour ce même motif le ferais-tu avec ce même médecin ou un autre médecin généraliste ou bien un gynécologue ou une sagefemme ? Pour quelles raisons ? »**

Annexe 5 : Guide d'entretien 2 :

Je m'appelle Mélina PECCOLO. Je te remercie d'accepter de participer à cette étude pour la réalisation de ma thèse de Docteur en médecine. Mon objectif est de mieux comprendre les critères qui t'ont incité à choisir le médecin généraliste pour ta première prescription de pilule. L'entretien va durer environ 30-45 minutes et il sera enregistré. Dans tous les cas, ces entretiens restent anonymes et je suis tenue au secret professionnel. Tout d'abord, peux-tu me donner quelques renseignements :

- **Te concernant** : Age, lieu de vie : milieu urbain, rural, semi-rural
- **Concernant le médecin généraliste** : Sexe et âge du médecin concerné (celui qui a prescrit la contraception), son lieu d'exercice (milieu rural, urbain, semi-rural), le médecin était-il le médecin traitant ?

Les questions n'ont pas forcément été posées dans cet ordre au cours des différents entretiens et en fonction des sujets ou du profil des participantes, certaines questions n'ont pas été posées ou n'ont pas été tournées de la même façon que dans le guide d'entretien.

1. La question « brise-glace » : « Parle-moi de ta première consultation de contraception », « Décris-moi ta première consultation de contraception »

Relances :

- *« Peux-tu me décrire l'interrogatoire et, s'il a eu lieu, l'examen clinique ? »*
- *« Pour quelles raisons as-tu voulu prendre la pilule ? »*
- *« Est-ce que tu étais accompagnée ou seule pendant la consultation ? Si oui, l'accompagnant était-il présent au début / au milieu / à la fin / tout au long de la consultation ? »*
- *« Est-ce que le médecin t'a proposé que ton accompagnant sorte lors de la consultation ? »*
- *« Y-avait-il d'autres motifs de consultation ou étais-tu venu consulter uniquement pour la prise d'une contraception ? »*
- *« Quelles questions t'a-t-il posé ? tabac ? antécédents familiaux ? Bilan biologique prévu à la suite de cette consultation ? »*

2. « Quels sont les autres moyens de contraception que l'on t'a présenté ? »

3. « Que connaissais-tu de la pilule avant cette consultation ? »

Relances :

- *« Est-ce que des proches (amis, famille) t'avaient déjà parlé de la contraception avant cette consultation ? »*
- *« Est-ce que ces mêmes proches prennent également la contraception orale ? Y-a-t-il des mineures parmi elles ? Sont-elles également suivies par le médecin généraliste ? »*

4. « Où as-tu trouvé les informations avant la consultation ? »

Relances : « Quels sont les sites que tu as consulté si tu en as consulté avant de venir en consultation ? »

5. « Est-ce que l'on t'a expliqué son fonctionnement, la façon de la prendre, comment faire en cas d'oublis et de quelle façon on te l'a expliqué ? »

Relances : « Quels sont les sites que le médecin t'a montré / conseillé lors de la consultation s'il t'en a montré ? »

6. « Qu'est-ce que le médecin t'a conseillé de faire à la suite de cette consultation ? »

Relances :

- « T'a-t-il conseillé de mettre une alarme à l'heure de la prise, d'utiliser une application sur ton téléphone ? »
- « T'a-t-il conseillé un horaire de prise ? »
- « T'a-t-il conseillé de la prendre tout de suite ou plus tard après la consultation ? »

7. « Pourquoi as-tu pris rendez-vous avec ce médecin généraliste en particulier ? »

Relances : « Est-ce que c'est toi qui as pris rendez-vous ? Si c'est toi, est-ce que tes parents étaient au courant ? Si ce n'est pas toi, étais-tu d'accord avec la prise de ce rendez-vous et avec le fait de prendre une pilule ? »

8. « Si tu devais reprendre une consultation pour ce même motif le ferais-tu avec ce même médecin ou un autre médecin généraliste ou bien un gynécologue ou une sagefemme ? Pour quelles raisons ? »

9. « Si tu avais eu une question sur ta contraception après le début de la prise, aurais-tu appelé ce médecin ? Ou aurais-tu regardé la notice ou sur INTERNET ? Ou d'autres choses ? »

10. « Savais-tu, avant que des personnes ne t'en parlent, que le MG pouvait faire ce type de consultation et prescrire ce type de médicament ? »

Relances : « Si non, tu pensais qu'il faisait quoi ? »

11. « Que penses-tu du rôle du MG dans ce type de consultation ? A-t-il son rôle pour toi et pourquoi ? »

12. « T'es-tu sentie à l'aise lors de cette consultation ? Si non, quelle question a pu causer une certaine émotion chez toi et pourquoi ? »

13. « Pour toi, la consultation a-t-elle duré suffisamment longtemps ? Si non, pourquoi ? »

14. « En sortant de cette consultation, comment te sentais-tu face à ta prescription de contraception orale ? A l'aise ou pas ? »

15. « Comment te sens-tu avec ta contraception actuelle ? »

16. « Qui effectue les renouvellements maintenant ? »

17. « Est-ce que le médecin généraliste t'avait parlé de la suite, c'est-à-dire des frottis, l'examen gynécologique ? »

18. « Plus tard, voudras-tu être suivie par un médecin généraliste pour les problèmes d'ordre gynécologiques ? »

19. « Aurais-tu des choses à ajouter à cette consultation afin de l'améliorer ? »

20. « As-tu d'autres choses à ajouter à notre entretien ? »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. [RAHID D., LE GUEN M., LYDIE N. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Baromètre Santé 2016. 2017 ;8.](#)
2. BAJOS N., LE GUEN M., MOREAU C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population et Sociétés. Septembre 2012;(492) :4.
3. Haute Autorité de Santé - Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors postpartum et post-IVG) [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-ladolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
4. HAS. Haute Autorité de Santé - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1545927/fr/etat-des-lieux-despratiques-contraceptives-et-des-freins-a-l-acces-et-au-choix-d-une-contraception-adaptee
5. AMSELLEM-MAINGUY Y. (2011). Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique, 23, 77- 87. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.112.0077>
6. GAUTIER A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. 2011 ;258.
7. Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir ? Sommaire [Internet]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut
8. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.hassante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
9. BOZON M., LA ROCHEBROCHARD E. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. INED - Institut national d'études démographiques. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
10. LEBEAU J., AUBIN-AUGER I., CADWALLADER J., & DE LA LONDE J-G. (2021). Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire.
11. TERRIS C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Étude qualitative auprès des patientes. [Lyon] : Bibliothèque Lyon 1 ; 2017.

12. LECHEVALLIER P. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964742
13. WAYMEL M. Adolescente, sexualité, médecin généraliste, attentes et besoins : quelle place pour le médecin généraliste ? Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02887772
14. GAMBIEZ-JOUMARD A., VALLEE J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. [Thèse d'exercice : Médecine] Saint-Etienne ; 2010. Disponible sur : <https://www.urps-med-aura.fr/publications/approche-de-la-vision-des-femmes-sur-le-suivi-gynecologique-systematique-et-les-difficultes-eprouvees-pour-le-frottis-cervico-uterin/>
15. OMG - Top 50 des RC [Internet]. Disponible sur : <http://omg.sfmq.org/content/donnees/top25.php>
16. 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 d'Exercice : Médecine]. Poitiers ; 2013. Disponible sur : <http://nuxeo.edel.univpoitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
17. GUYOMARD H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. [Thèse d'exercice : Médecine]. Angers ; 2018. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
18. BERNARD E., SAINT-LARY O., HABOUBI L., LE BRETON J. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique. 2013 Juillet 22 ;25(3) :255-62.
19. JOSEPH J-P., TURLIN X., KINOUBI S., MAGOT L., DEMEAUX J-L., QUINTARD B. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentations des patientes et de leur médecin généraliste. Médecine. 23 décembre 2014 ;10(10) :472-7.
20. FAYOLLE E., VALLEE J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer Revue Francophone Médecine Générale. Mai-Juin 2013;(107) :114-20.
21. LEVASSEUR G., BAGOT C., HONNORAT C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique 2005 ;1 :109-19.

22. BERTIN-STEUNOU V., BOUQUET E., CAILLIEZ E. and al. Le médecin généraliste et l'oubli de pilule. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2010 ; 39 : 208-217.
23. AFSSAPS, ANAES, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES ; 2004. 47 p.
24. VANDERSTRAETEN M. Analyse de la pratique gynécologique des médecins généralistes du département des Landes : une étude quantitative descriptive. *Médecine humaine et pathologie*. 2022. dumas-03779317
25. BRIAND P., LOCTIN M. Les réseaux sociaux comme source d'information sur la contraception chez les sujets de 18 à 25 ans en Haute-Savoie. *Médecine humaine et pathologie*. 2020. dumas03039958
26. AUTELITANO L., HENRY C., MEBARKI A., OLIVIER P., ORCHARD F., FANTUN J-B. Healthcare Data Institute, Les réseaux sociaux et la santé: un enjeu pour le suivi des patients et la recherche scientifique. 2018.
27. FRERE M. Rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des adolescentes et de leurs contraceptions, avec un état des lieux sur Poitiers. [Thèse d'exercice : Médecine]. Poitiers ; 2022. Disponible sur : <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/67936>
28. Circulaire n° 2001-014 du 12/01/2001 relative aux missions des infirmiers(ères) scolaires. BO n°1 du 25/01/2001. En ligne : <http://www.education.gouv.fr/bo/2001/special1/texte.htm#5>
29. Portail documentaire en santé – Soins de premier recours [Internet]. IREPS ORS Pays de la Loire. Disponible sur : https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=165
30. 100612 - Interprofessionnalité et Santé de la femme – Contribution commune ANESF – ISNAR -IMG [Internet]. ISNAR-IMG. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/contributions-et-propositions/100612-interprofessionnalite-et-sante-de-la-femme-contribution-commune-anesf-isnar-img-1/>
31. LACHOR A. Le site internet du médecin généraliste et ses fiches-conseils, vecteurs d'information médicale ? [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé ; 2016
32. SUSTERSIC M. Fiches d'Information pour les Patients (FIP), un outil au service de la communication médecin patient : Proposition et validation de méthodes pour la construction et l'évaluation clinique. *Ethique*. Université Grenoble Alpes, 2017. Français. (NNT : 2017GREAS037). (tel-01958846)
33. Ordre National des Médecins, Titres et mentions autorisées. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/titres.pdf>

34. MSA - Les Instants Santé Jeunes - MSA_FR [Internet]. Disponible sur : <https://www.msa.fr/lfp/sante/isjeunes>
35. Fil Santé Jeunes – accueil – le lien qui te libère [Internet]. Disponible sur : <https://www.filsantejeunes.com>
36. J'arrête la pilule – Tout sur la vie sans pilule [Internet]. Disponible sur : <https://jarretelapilule.fr/>

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS	2
REMERCIEMENTS	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
LISTE DES ANNEXES	8
SOMMAIRE	9
INTRODUCTION.....	10
METHODES	12
1. CHOIX DE LA METHODE :.....	12
2. PARTICIPANTES	12
3. LE MODE DE RECRUTEMENT.....	13
4. DEROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	14
5. SATURATION DES DONNEES	14
6. ÉVALUATION ET RECUEIL DES DONNEES.....	14
RESULTATS.....	15
1. CHOIX DU MEDECIN EN FONCTION DE SON SEXE OU DE SA FORMATION.....	15
2. CONDITIONS DE LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE.....	16
3. ADAPTATION DU MEDECIN A SA PATIENTE	17
4. RAPIDITE D'ACCES AUX SOINS ET MOINDRE COUT.....	17
5. PREFERENCE POUR LE MEDECIN « TRAITANT »	18
6. RELATION DE CONFIANCE MEDECIN – PATIENTE.....	18
7. BON VECU DE LA CONSULTATION	19
8. PLACE DES AUTRES INTERLOCUTEURS.....	19
9. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :	20
9.1 <i>Influence de l'entourage</i>	20
9.2 <i>Place des autres professionnels de santé</i>	21
ANALYSE ET DISCUSSION :	23
1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE	23
2. LES FORCES DE L'ÉTUDE	24
3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON A LA LITTERATURE	25
3.1 <i>Choix du médecin généraliste en fonction de son sexe et de sa formation :</i>	<i>25</i>
3.2 <i>Conditions de la consultation en médecine générale.....</i>	<i>26</i>
3.3 <i>Rapidité accès aux soins et moindre coût.....</i>	<i>27</i>
3.4 <i>Relation avec le médecin « traitant ».....</i>	<i>28</i>
3.5 <i>Place des autres professionnels de santé</i>	<i>29</i>
4. OUVERTURES	30
CONCLUSION.....	33
ANNEXES.....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	43
TABLE DES MATIERES	47
RESUME ET MOTS CLES	48
SUMMARY AND KEY WORDS.....	49
SERMENT	50

Titre : Sur quels critères les jeunes filles choisissent le médecin généraliste pour leur première prescription de contraception ?

Introduction : La première contraception est une étape majeure dans la vie d'une jeune fille. Il s'agit bien souvent du premier contact avec un praticien en relation avec sa sexualité. Cette première consultation est réalisée le plus souvent chez des jeunes filles de 15 ans à 19 ans, c'est également dans cette tranche d'âge que survient le premier rapport sexuel. La pilule est la contraception la plus utilisée dans cette tranche d'âge. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier des jeunes filles de 15 à 17 ans révolus en cabinet libéral de médecine générale.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée pour recueillir les critères de choix des jeunes filles. Une analyse de contenu a été réalisée avec triangulation des données par une autre chercheuse. Une approche s'apparentant à la théorisation ancrée a été choisie. Un recrutement des patientes à partir d'une liste de patientes donnée par 16 médecins généralistes de quatre cabinets différents dans le département de la Charente-Maritime a été réalisé. Ce recrutement des patientes a été fait jusqu'à saturation des données.

Résultats : 19 jeunes filles ont répondu aux entretiens. Des critères de choix ont été identifiés : le remboursement de la consultation, le choix du médecin « traitant », l'obtention d'un rendez-vous rapidement, la durée de consultation relativement courte et le choix d'un médecin « femme ». Certains freins ont été retenus : l'absence de formation spécifique en gynécologie, la méconnaissance des jeunes filles de la possibilité de réaliser ce type de consultation chez le médecin généraliste et le médecin « homme ».

Conclusion : Les critères de choix du médecin généraliste se portaient sur : le sexe féminin du praticien, la rapidité d'accès et le moindre coût de la consultation, la disponibilité et la confiance attribuée au médecin généraliste. Une meilleure diffusion auprès des jeunes filles des compétences du médecin généraliste à prendre en charge les problèmes gynécologiques les plus fréquents s'avère nécessaire. Des sources d'informations fiables doivent être présentées par les médecins aux jeunes filles afin d'éviter les fausses croyances.

Mots clés : Contraception orale, choix, médecin généraliste, relation médecin – patiente, adolescente, prévention, promotion de la santé, information, gynécologue, réseaux sociaux

SUMMARY AND KEY WORDS

Title: On what criteria do young girls choose their general practitioner for their first contraceptive prescription?

Introduction: The first contraception is a major step in a young girl's life. It is often the first contact with a practitioner in relation to her sexuality. This first consultation is most often carried out with girls between 15 and 19 years old, and it is also in this age group that the first sexual intercourse occurs. The pill is the most commonly used contraceptive in this age group. For this reason we chose to study young girls from 15 to 17 years old in a general practice.

Method: A qualitative study using semi-structured interviews was carried out to collect the criteria for the choice of young girls. A content analysis was carried out with triangulation of the data by another researcher. An approach similar to grounded theory was chosen. Patients were recruited from a list of patients provided by 16 general practitioners from four different practices in the Charente-Maritime department. This patient recruitment was done until the data saturation.

Results: 19 girls responded to the interviews. Choice criteria were identified: reimbursement of the consultation, choice of the "treating" doctor, obtaining an appointment quickly, relatively short consultation time and the choice of a "female" doctor. Some obstacles have been retained: the lack of specific training in gynecology, the ignorance of young girls of the possibility of carrying out this type of consultation with the general practitioner and the "male" doctor.

Conclusion: The criteria to choose a general practitioner were: the practitioner gender, the accessibility and the lower cost of the consultation, the availability and the trust attributed to the general practitioner. Better diffusion to young girls of the general practitioner's knowledges in managing the most common gynecologic problems. Reliable sources of information should be presented by physicians to young women to avoid false beliefs.

Keywords: Oral contraception, choice, general practitioner, doctor-patient relationship, adolescent, prevention, health promotion, information, gynecologist, social networks

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 !