



**HAL**  
open science

# Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde

Anne Wojtarkowski

## ► To cite this version:

Anne Wojtarkowski. Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans ; étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01741654

**HAL Id: dumas-01741654**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01741654>**

Submitted on 23 Mar 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2016

Thèse n° 162

THÈSE pour l'obtention du  
DIPLÔME D'ÉTAT de Docteur en MÉDECINE

**Discipline : Médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement par

**Anne WOJTARKOWSKI**

Née le 15 octobre 1986 à Paris

Le 4 novembre 2016 à Bordeaux

**LE SECRET MÉDICAL DE L'ADOLESCENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE :  
REPRÉSENTATIONS, EXPÉRIENCES ET OPINIONS  
DES MINEURS DE 14 À 18 ANS**

Étude qualitative par focus group auprès de 6 établissements scolaires en Gironde

**Composition du Jury**

Président du jury : Monsieur le Professeur Yves PÉREL

Juge : Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Juge : Monsieur le Professeur François PETREGNE

Juge : Madame le Docteur Carole AZOULAI

Juge et Rapporteur : Madame le Docteur Mélanie AFONSO

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Gérard DUCOS

## **REMERCIEMENTS**

### **À Monsieur le Professeur Yves Pérel,**

Professeur des Universités – Praticien hospitalier,  
Responsable de l'Unité d'onco-hématologie pédiatrique et de l'hôpital de jour pédiatrique, hôpital des enfants, Centre hospitalier universitaire Pellegrin.

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.*

*Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

### **À Monsieur le Professeur Manuel Bouvard,**

Professeur des Universités – Praticien hospitalier,  
Responsable du Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier universitaire Charles Perrens.

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.*

### **À Monsieur le Professeur François Petregne,**

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste,

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.*

**À Madame le Docteur Carole Azoulai,**

Docteur en Gynécologie Médicale, Médecin au centre de planification et d'éducation familiale de Blaye,

*Tu m'accordes l'honneur de juger ce travail et je t'en remercie. Sache, ma chère Carole, que je suis ravie de te savoir à mes côtés pour ce jour si important à mes yeux ; ta sympathie et ta bonne humeur seront, je l'espère, me mettre en confiance.*

**À Madame le Docteur Mélanie Afonso,**

Chef de Clinique, Médecin Généraliste,

*Tu me fais l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse, trouve ici l'expression de mon entière gratitude. Je te remercie sincèrement pour tes précieux conseils et toute l'attention que tu as portée à ce travail.*

**À Monsieur le Professeur Gérard Ducos,**

Professeur des Universités de Médecine Générale associé, Médecin Généraliste,

*Vous avez accepté de m'accorder votre confiance et de me guider dans ce projet qui m'était si cher. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour l'aide que vous m'avez apportée. Sachez que j'ai été honorée de travailler avec vous et vous remercie pour vos conseils et votre bienveillance.*

## **REMERCIEMENTS PARTICULIERS**

### **À ma famille bien aimée,**

#### **À mon frère, ce héros,**

La personne la plus chère à mes yeux parmi toutes.

Tu as toujours su tracer le chemin qu'il semble bon de suivre et grâce à toi, je ne me suis jamais égarée.

Merci de m'avoir toujours ouvert ta maison et d'être un exemple pour moi.

Sache que je t'admire autant que je t'aime...c'est pour dire !

#### **À mon père,**

Mon pilier, mon indéfectible soutien, ma roue de secours, mon correcteur d'orthographe !

Que ferais-je sans toi ?

Merci mon papa d'avoir toujours été présent pour Juju et pour moi, de nous avoir aimés et protégés de toutes tes forces. Je ne t'en serai jamais assez reconnaissante.

#### **À ma grand-mère Éliane,**

Sache que te ressembler aux yeux de tous est un incroyable honneur pour moi !

Merci d'être ma confidente, celle qui me comprend probablement le mieux.

#### **À Claire,**

Ma splendide belle-sœur !

En plus d'être en tout point parfaite, tu m'as donné trois adorables neveux et nièces :

#### **À mes trois petits amours,**

Victorine, ma filleule adorée, Augustin et Camille, mes deux petits anges. Tata vous aime !

#### **À la famille Quinard,**

Tonton « Oiseau », Tata Christiane, Gillou, Cécile, Xavier et Lola.

#### **À ceux qui occuperont à jamais mes pensées,**

Mon « Amatchie », Papy Richard, Tata Victorine et « Kiki ».

## **À mes « incroyables » amis,**

(par ordre d'apparition dans ma vie)

### **À Rima,**

La plus ancienne de mes amies.

À ces innombrables heures passées avec toi à jouer à la Barbie dans les patinoires.

Merci pour ton amitié si fidèle depuis 25 ans et pour ta générosité.

### **À Lea R. ,**

Mon amie depuis les cours de modelage.

Mon « mentor » à l'adolescence, celle qui m'a tout appris.

### **À Juliette B. ,**

MA MEILLEURE AMIE !

Toute petite en taille...et si grande à mes yeux.

Merci pour cette fabuleuse amitié que tu m'accordes, ton soutien à toute épreuve et les merveilleux souvenirs qui nous unissent.

### **À Aurore,**

MON AUTRE MEILLEURE AMIE !

Merci mon « Bibounours » pour ta gentillesse, ton intelligence et ta sensibilité. Sache que ton amitié m'est très chère.

### **À Juliette L. ,**

La plus génialissime co-externe que l'on puisse rêver d'avoir. Six ans de fac de médecine, ce n'est pas de tout repos, mais en ta compagnie...c'est juste tellement plus fun !

### **À Didine,**

Tout d'abord, merci pour la Corse !

Mais surtout, merci pour ton état d'esprit que j'admire tant : volonté, persévérance, festivité, démesure, organisation...sacrée Didine va !

### **À Léa L.**

Ma saleté !

Merci pour « tu sais quoi » juste avant l'internat, jamais je n'oublierai ce que tu as fait pour moi.

Et merci pour tes « moitié-moitié », ta combi squelette et ton amour des pagodes !

### **À Adèle,**

Merci pour ta gentillesse, ta générosité, ta spontanéité et ton sens de la justice bien sûr !

### **À Mél et Marion,**

Je vous adore les filles. Aux belles années à venir...

### **À mon Dindon,**

Merci de partager avec moi le goût si savoureux des « belles choses » que nous offre cette douce existence : les cosmo, la fausse fourrure et Céline Dion !

### **À Julien et Thibault**

Merci pour : l'internat, le Wilden Renate, le Wato Sita, le Dick, l'Opium, le Watergate, la rue de Lacanau et le Razzmatazz !

### **À Popo,**

La meilleure co-interne du monde !

Merci pour cet incroyable semestre passé en ta compagnie à la maternité de Bayonne.

### **...et aux autres bordelais,**

Héloïse, Lila, Jean-Pascal, Fred, Bastien, Carole, Anne et Isma.

### **...et autres amiénois,**

Simon (et sa Solène), Max (et son Esther), Kichon, Georges, Keumar, Jean, Rody et... ma Chachi bien sûr !  
(toujours garder le meilleur pour la fin !).

**Et un remerciement tout particulier à tous mes « patients adolescents » qui m'ont donné l'idée de ce sujet.**

# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	15
<b>LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES</b> .....	16
<b>INTRODUCTION</b> .....	17
<b>JUSTIFICATION</b> .....	19
<b>1- <u>JUSTIFICATION HISTORIQUE</u></b> .....	19
<b>1-1- L'Antiquité : un devoir de discrétion</b>	
1-1-1- Hippocrate et les Asclépiades	
1-1-2- Le serment d'Hippocrate	
<b>1-2- Le Moyen Âge : secret sacré et intérêt public</b>	
1-2-1- La médecine au Moyen Âge	
1-2-2- Le secret médical et le secret de la confession	
1-2-3- Les grandes épidémies	
<b>1-3- La Renaissance : un secret absolu au service de l'individu</b>	
1-3-1- Le renouveau médical	
1-3-2- Un secret absolu	
<b>1-4- XIX<sup>e</sup> siècle : législation du secret médical</b>	
1-4-1- Le Code pénal	
1-4-2- Politique sanitaire	
<b>2- <u>JUSTIFICATION LÉGALE</u></b> .....	23
<b>2-1- Le secret médical</b>	
2-1-1- Énoncé des codes et des lois	
2-1-2- La jurisprudence	
2-1-3- Les dérogations au secret médical	
<b>2-2- La loi pour les mineurs</b>	

2-2-1-	Définitions	
2-2-2-	Législation concernant le secret médical des mineurs	
<b>3-</b>	<b><u>JUSTIFICATION EN TERMES DE SOINS PRIMAIRES ET DE SANTÉ PUBLIQUE</u></b>	<b>28</b>
<b>3-1-</b>	<b>L'adolescence</b>	
3-1-1-	Définition de l'adolescent	
3-1-2-	La puberté	
3-1-3-	Le travail psychique	
3-1-4-	Un nouveau corps	
3-1-5-	Le lien parental	
3-1-6-	La société	
3-1-7-	Une période à risque	
<b>3-2-</b>	<b>La santé des adolescents</b>	
3-2-1-	Généralités sur la santé des adolescents	
3-2-2-	Épidémiologie	
<b>3-3-</b>	<b>Le médecin généraliste et la médecine de l'adolescent</b>	
3-3-1-	La relation médecin adolescent	
3-3-2-	La place des parents	
<b>4-</b>	<b><u>SYNTHÈSE</u></b>	<b>36</b>
<b>4-1-</b>	<b>Contexte</b>	
<b>4-2-</b>	<b>Question de recherche</b>	
<b>4-3-</b>	<b>Hypothèses</b>	
<b>4-4-</b>	<b>Objectifs</b>	
	<b><u>MATERIEL ET METHODE</u></b>	<b>38</b>
<b>1-</b>	<b><u>TYPE D'ÉTUDE</u></b>	<b>38</b>
<b>2-</b>	<b><u>POPULATION</u></b>	<b>38</b>
<b>2-1-</b>	<b>Les établissements scolaires</b>	
2-1-1-	Échantillonnage des établissements scolaires	
2-1-2-	Modalités pratiques	

<b>2-2- Les élèves</b>	
2-2-1- Critères d'inclusion et d'exclusion	
2-2-2- Règles de recrutement	
<b>3- <u>MATÉRIEL</u></b> .....	40
<b>3-1- Les focus groups</b>	
3-1-1- Définition	
3-1-2- Le modérateur	
3-1-3- L'observateur	
<b>3-2- La grille d'entretien</b>	
<b>3-3- Le questionnaire quantitatif</b>	
<b>3-4- Support pédagogique : le texte de loi</b>	
<b>3-5- Le matériel d'enregistrement</b>	
<b>4- <u>DÉROULÉ DE L'ÉTUDE</u></b> .....	42
<b>4-1- Organisation logistique des focus groups</b>	
4-1-1- Prise de contact avec les établissements scolaires	
4-1-2- Lieu, date, heure et durée des focus groups	
4-1-3- Accueil des participants	
4-1-4- Personnes présentes	
4-1-5- Anonymat des participants	
<b>4-2- Déroulé des focus groups</b>	
4-2-1- La séance	
4-2-2- Le débriefing	
4-2-3- Focus group test	
<b>5- <u>ANALYSE DES DONNÉES</u></b> .....	45
<b>5-1- La retranscription des discussions</b>	
<b>5-2- L'analyse des discussions</b>	
5-2-1- Le logiciel	
5-2-2- Analyse prospective	
5-2-3- Saturation des données	
5-2-4- Codage des données	

5-2-5- Objectif de l'analyse

6- **ÉTHIQUE ET PROCÉDURES RÉGLEMENTAIRES**.....49

6-1- Département de médecine générale

6-2- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

6-3- Autorisation parentale

**RÉSULTATS**.....50

1- **GÉNÉRALITÉS**.....50

1-1- Le contenu des résultats

1-2- La présentation des résultats

2- **POPULATION**.....51

2-1- Les établissements scolaires

2-1-1- Recrutement des établissements scolaires

2-1-2- Caractéristiques des établissements scolaires

2-2- Les élèves

2-2-1- Caractéristiques des élèves

2-3- Les focus groups

2-3-1- Répartition des élèves dans les focus groups

2-3-2- Caractéristiques des focus groups

3- **ANALYSE THÉMATIQUE : PAR FRÉQUENCE DE MOTS**.....59

4- **ANALYSE THÉMATIQUE : PAR ENCODAGE**.....60

4-1- Les représentations

➤ Les représentations du secret médical

4-1-1- Le contenu du secret médical

4-1-2- Personnes impliquées dans le secret médical

4-1-3- Les dérogations au secret médical

➤ Les représentations du droit au secret médical

- 4-1-4- Droit au secret des mineurs
- 4-1-5- Âge fixé pour le droit au secret médical chez les mineurs
- 4-1-6- Éléments qui conditionnent le secret médical pour les mineurs
- 4-1-7- Réglementation du secret médical
- 4-1-8- La personne qui décide du secret médical
  - **Les représentations vis-à-vis du médecin généraliste**
- 4-1-9- Les représentations favorables à la confiance
- 4-1-10- Les représentations non favorables à la confiance

#### **4-2- Les expériences**

- **Les expériences en consultation**
- 4-2-1- Type de médecin consulté
- 4-2-2- Motifs et fréquence des consultations
- 4-2-3- Accompagnants en consultation
  - **Les expériences dans les relations avec les adultes**
- 4-2-4- Relation adolescent parents
- 4-2-5- Ressources dans l'entourage
  - **Les expériences du secret médical**
- 4-2-6- Le recours au secret médical
- 4-2-7- Information sur le secret médical pour les mineurs

#### **4-3- Les opinions.**

- **Les opinions des adolescents mineurs**
- 4-3-1- Les raisons de la présence d'un accompagnant consultation
- 4-3-2- Choix d'une personne ressource
- 4-3-3- Motifs de consultation nécessitant le secret médical
- 4-3-4- Raisons du besoin de confidentialité
- 4-3-5- Bénéfices du secret médical pour les mineurs
- 4-3-6- Risques du secret médical pour les mineurs
- 4-3-7- Opinions sur le secret médical pour les mineurs
  - **Les opinions supposées des parents**
- 4-3-8- Opinions supposées des parents sur le secret médical pour les mineurs
  - **Les opinions sur l'information du secret médical**
- 4-3-9- Abord de la question du secret médical chez le médecin
- 4-3-10- Propositions de diffusion de l'information aux adolescents mineurs

#### **4-4- Synthèse des résultats**

<b>5- <u>ANALYSE CROISÉE DES DONNÉES</u></b> .....	91
--	----

- 5-1- Analyse croisée en fonction des caractéristiques des élèves**
  - 5-1-1- En fonction de l'âge
  - 5-1-2- En fonction du sexe
- 5-2- Analyse croisée en fonction des caractéristiques des établissements scolaires**
  - 5-2-1- En fonction de la filière suivie
  - 5-2-2- En fonction de la localisation de l'établissement scolaire
  - 5-2-3- En fonction des critères socioéconomiques : établissement REP ou non REP
  - 5-2-4- En fonction du type d'établissement scolaire : collège ou lycée
- 5-3- Analyse croisée en fonction des focus groups**

**DISCUSSION.....96**

**1- DISCUSSION DE LA MÉTHODE .....96**

- 1-1- Étude qualitative**
- 1-2- Focus groups**
  - 1-2-1- Les entretiens collectifs
  - 1-2-2- Le modérateur
- 1-3- La population théorique**
  - 1-3-1- Échantillonnage
  - 1-3-2- Recrutement des établissements scolaires
  - 1-3-3- Recrutement des élèves
  - 1-3-4- Biais
- 1-4- Discussion du matériel**
  - 1-4-1- Grille d'entretien
  - 1-4-2- Support pédagogique : texte de loi
- 1-5- Déroulé des focus groups**
  - 1-5-1- Atmosphère propice à la discussion
  - 1-5-2- Focus group test
  - 1-5-3- Le débriefing après chaque focus group
- 1-6- Triangulation du codage**

**2- DISCUSSION DES RÉSULTATS : LA POPULATION .....104**

- 2-1- La population**

2-1-1-	Les établissements scolaires	
2-1-2-	Les élèves	
2-1-3-	Les focus groups	
<b>2-2-</b>	<b>La saturation des données</b>	
2-2-1-	Obtention d'une saturation des données	
2-2-2-	Le nombre de focus groups	
<b>2-3-</b>	<b>Réponse à la question fermée du questionnaire quantitatif</b>	
<b>3-</b>	<b><u>DISCUSSION DES RÉSULTATS : OBJECTIF PRINCIPAL</u></b>	107
<b>3-1-</b>	<b>Analyse par fréquence de mots</b>	
<b>3-2-</b>	<b>Analyse thématique : résultats attendus</b>	
3-2-1-	Représentations	
3-2-2-	Expériences	
3-2-3-	Opinions	
<b>3-3-</b>	<b>Analyse thématique : résultats inattendus</b>	
3-3-1-	Diffusion de l'information	
3-3-2-	Thèmes n'ayant pas été abordés par les élèves	
3-3-3-	Fausses idées et préjugés	
<b>4-</b>	<b><u>DISCUSSION DES RÉSULTATS : OBJECTIF SECONDAIRE</u></b>	114
<b>4-1-</b>	<b>Analyse croisée</b>	
4-1-1-	Les thèmes abordés dans le focus group 3	
4-1-2-	Les thèmes abordés en fonction du sexe	
4-1-3-	Les thèmes abordés en fonction de l'âge	
<b>5-</b>	<b><u>PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES</u></b>	116
<b>5-1-</b>	<b>Nouvelles études</b>	
<b>5-2-</b>	<b>Promouvoir l'information sur le secret médical des mineurs</b>	
5-2-1-	Par le médecin généraliste, dès la puberté	
5-2-2-	Diffusion de l'information à l'échelle nationale	
<b>5-3-</b>	<b>Améliorer la formation des médecins</b>	
<b>5-4-</b>	<b>Secret administratif et aspects financiers</b>	
5-4-1-	Tiers payant	

5-4-2- Majoration

5-4-3- Démographie médicale et revalorisation du statut de médecin généraliste

<b>CONCLUSION</b> .....	121
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	123
<b>ANNEXES</b> .....	128
ANNEXE 1 : Serment d’Hippocrate.....	128
ANNEXE 2 : Article L1110-4 du Code de la santé publique.....	129
ANNEXE 3 : Article L1111-2 du Code de la santé publique.....	130
ANNEXE 4 : Classification de Tanner.....	131
ANNEXE 5 : Grille d’entretien.....	131
ANNEXE 6 : Questionnaire quantitatif.....	136
ANNEXE 7 : Support pédagogique, le texte de loi.....	137
ANNEXE 8 : Premier mail, prise de contact avec les chefs d’établissement.....	138
ANNEXE 9 : Second mail, recrutement des élèves.....	139
ANNEXE 10 : Avis favorable du CCTIRS.....	140
ANNEXE 11 : Demande d’autorisation à la CNIL.....	141
ANNEXE 12 : Notice d’information des parents.....	142
ANNEXE 13 : Autorisation parentale.....	144
ANNEXE 14 : Caractéristiques des élèves.....	146
ANNEXE 15 : Nuage de mots clés.....	147
ANNEXE 16 : Document d’information.....	148
ANNEXE 17 : Campagnes de communication de sensibilisation.....	149
ANNEXE 18 : Page 70 du carnet de santé .....	150
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE</b> .....	151
<b>SUMMARY</b> .....	152
<b>RÉSUMÉ</b> .....	153

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**IVG** : Interruption volontaire de grossesse

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**ESCAPAD** : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense

**INSERM** : *Institut national de la santé et de la recherche médicale*

**CSF** : Contexte de la sexualité en France

**HAS** : Haute autorité de santé

**REP** : Réseau d'éducation prioritaire

**CDI** : Centre de documentation et d'information

**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise

**CPE** : Conseiller principal d'éducation

**BCS** : Base centrale Scolarité

**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

**CPEF** : Centre de planification et d'éducation familiale

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

### Figures

<b>Figure 1</b> : Dérogations au secret médical.....	25
<b>Figure 2</b> : Mise en place d'un focus group.....	44
<b>Figure 3</b> : Schéma du codage des données par le logiciel NVivo.....	47
<b>Figure 4</b> : Diagramme de flux des établissements scolaires.....	51
<b>Figure 5</b> : Carte des établissements scolaires.....	53
<b>Figure 6</b> : Âge des élèves.....	54
<b>Figure 7</b> : Catégorie socioprofessionnelle des parents d'élèves.....	55
<b>Figure 8</b> : Carte, lieu de domicile des élèves.....	56

### Tableaux

<b>Tableau 1</b> : Morbi-mortalité des adolescents.....	33
<b>Tableau 2</b> : Caractéristiques des établissements scolaires.....	52
<b>Tableau 3</b> : Durée des focus groups.....	58
<b>Tableau 4</b> : Autres mots fréquemment employés par les élèves.....	59
<b>Tableau 5</b> : Synthèse de l'analyse croisée des données.....	95

# INTRODUCTION

---

L'adolescence est une période charnière de la vie, entre l'enfance et l'âge adulte, aboutissant à l'édification d'un être doté d'une identité propre. [1] C'est aussi une étape « à risque » pour la santé du mineur à travers laquelle l'adolescent découvre sa sexualité, s'expose aux premières consommations d'alcool et de drogue, entrant parfois en conflit avec l'autorité parentale. Il s'agit d'une tranche d'âge où la morbi-mortalité reste élevée et modifiable, la médecine de l'adolescent constituant un véritable enjeu de santé publique.

En France, les soins accordés aux adolescents sont assurés en majorité par les médecins généralistes qui, par leur proximité et leur statut, semblent être les plus à même de considérer la dimension de « globalité » nécessaire à leur prise en charge. En effet, la médecine de l'adolescent est une discipline médico-psycho-sociale différente de la pédiatrie et de la médecine adulte. [1] Sur le plan relationnel, elle est marquée par une scène triangulaire où chacun des protagonistes semble avoir du mal à délimiter sa place. Favoriser la confiance de l'adolescent concernant les aspects intimes de sa santé nécessite l'instauration d'un climat de confiance.

Le secret médical constitue l'un des piliers essentiels de ce sentiment de confiance. Sans ce principe déontologique à jamais proclamé dans le serment d'Hippocrate, comment peut-on envisager la relation médecin malade ? L'histoire nous montre que le secret professionnel a été modelé par les siècles, sa portée éthique et son cadre légal façonnés par les besoins individuels et collectifs de la société française.

Chez l'adulte, les différents textes de loi sont clairs à ce sujet : il s'agit d'un droit fondamental du patient, mais aussi d'un devoir du médecin envers le malade. Ainsi, le soignant est le garant d'une histoire, d'un secret qui ne lui appartient pas, qu'il se doit de protéger à tout prix du regard d'autrui.

Concernant les mineurs, s'il paraît évident que les parents ont un rôle essentiel dans la santé de leurs enfants, il existe désormais une dérogation légale au principe d'autorité parentale. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », introduit le secret de la consultation et des soins demandé par le mineur.

Mais qu'en est-il des principaux concernés, les adolescents eux-mêmes ont-ils pleinement conscience de leur droit en la matière ? Que représente ce secret médical pour eux ? Quel est leur opinion à ce sujet ? Ont-ils recours à cette confidentialité ?

Si la prise en charge de l'adolescent s'avère souvent complexe pour le médecin, elle n'en reste pas moins passionnante. Le colloque singulier réunissant le médecin, l'adolescent et l'accompagnant est l'occasion d'une consultation dynamique, riche et imprévisible à la fois. L'idée de ce travail est née de l'intérêt particulier porté par l'auteur de cette thèse aux problématiques posées par ce type de consultations, cette réflexion relevant d'un choix personnel.

L'objet de cette thèse est donc le secret médical des adolescents en consultation de médecine générale, l'étude menée s'articulant autour de la question de recherche suivante : **Quelles sont les représentations, les expériences et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical en consultation de médecine générale?**

Pour justifier l'intérêt de ce travail, nous aborderons dans un premier temps, l'histoire du secret médical et de sa législation, pour nous intéresser ensuite aux particularités de la santé des adolescents et de leur prise en charge en médecine générale.

# JUSTIFICATION

---

## 1- JUSTIFICATION HISTORIQUE

Le secret médical est une notion qui tire ses origines de l'Antiquité. De très ancienne tradition, elle constitue l'un des piliers moraux de l'exercice de la médecine contemporaine. [2]

Ce chapitre a pour but de proposer une réflexion historique sur la question du secret médical afin de justifier la place incontournable qu'occupe la confidentialité dans l'univers du soin et de la médecine.

### 1-1- L'Antiquité : un devoir de discrétion

#### 1-1-1- Hippocrate et les Asclépiades

Dans la Grèce antique, les guérisseurs de toutes sortes exercent une médecine magique et sacramentale. L'activité de soins se veut religieuse, la guérison apportée par les dieux. [3] Les médecins sont regroupés en corporations, dont la plus célèbre est celle des Asclépiades.

Au V<sup>e</sup> siècle av. J.-C., Hippocrate, qui appartient à la confrérie de Cos, se distingue de ses prédécesseurs à travers un ouvrage, le Corpus Hippocraticum, qui constitue l'un des plus anciens témoignages professionnels de la médecine dans le monde grec. La médecine décrite dans ces textes s'avère révolutionnaire pour l'époque. Jusqu'à présent fondée sur des pratiques aléatoires telles que l'interprétation de signes astrologiques ou l'observation des viscères d'animaux sacrifiés, elle prône désormais l'examen du malade. Les effets des « causes naturelles » comme le climat ou l'insalubrité sont maintenant recherchés pour expliquer le déclenchement des maladies. [4]

L'observation se fait à travers la clinique, conduisant les médecins à l'interrogatoire et à l'examen du corps au domicile des malades. Le médecin s'introduit à présent dans l'intimité et dans la vie privée de ses patients. En contre partie, il doit s'abstenir de divulguer ce qu'il a appris indiscrètement. [5]

Cette science de l'observation pose donc le fondement déontologique du secret médical dont la plus célèbre expression est contenue dans le serment d'Hippocrate.

#### 1-1-2- Le serment d'Hippocrate

À partir du VI<sup>e</sup> siècle av. J.-C., les corporations de médecins, jusqu'alors familiales,

commencent à accueillir des élèves extérieurs : c'est le début de véritables « écoles » de médecine. [6] N'étant pas d'origine sacrée comme leurs maîtres, ces élèves scellent leur entrée dans les Asclépiades par un serment invoquant les dieux comme témoins. Ce serment est le garant de la transmission de l'art médical à travers un contrat moral. [2] [7]

Le serment d'Hippocrate comporte neuf articles annonçant les grandes règles éthiques de la médecine. (ANNEXE 1)

L'article 9 est sans doute celui qui se réfère le plus au secret médical : « *Quoi que je vois ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas.* »

Le serment d'Hippocrate soumet ainsi une première définition du secret médical comme un devoir de discrétion du médecin envers son patient : il tait ce qui n'a pas besoin d'être divulgué.

L'histoire de la médecine a préservé dans ses plus anciennes traditions les règles morales de ce serment, réinterprété en 1970 par la faculté de Montpellier. Elle est la première à rédiger un serment dit « de Montpellier » qui s'imprime dans les thèses de doctorat et qui est proclamé par les médecins avant d'accéder au rang de docteur.

## **1-2- Le Moyen Âge : secret sacré et intérêt public**

### **1-2-1- La médecine au Moyen Âge**

Les grandes invasions barbares qui ont conduit à la chute de l'Empire romain au V<sup>e</sup> siècle, inaugurent une longue période de stagnation : dans l'Occident chrétien, la médecine est entre les mains des clercs. La formation est sommaire, la dissection est interdite. Les grandes épidémies causent des ravages considérables et sont attribuées à des forces maléfiques. [6] [8].

Dans ce contexte, la place de la religion dans la société est omniprésente et éclipse le monde médical. Il existe une confusion entre courant hippocratique et morale chrétienne vis-à-vis du secret. [9]

### **1-2-2- Le secret médical et le secret de la confession**

Au XI<sup>e</sup> siècle, un bon médecin est aussi bon théologien : il apporte des conseils sur la santé corporelle mais aussi spirituelle. Il doit se doter d'une vision globale intégrant connaissances médicales et croyances religieuses. [2]. Les prêtres sont, quant à eux, considérés comme les médecins de l'âme. Ainsi, le Quatrième concile de Latran (1215) compare le prêtre et le médecin dans leur conduite à l'égard des malades : « *les deux doivent être délicats et circonspects, prompts et appliqués à poser un*

*diagnostic, prudents dans leur traitement et respectueux du secret lié à leur fonction respective. »*

Le médecin du Moyen Âge vit donc dans une société profondément religieuse et l'enseignement moral du christianisme le pousse vers la discrétion envers son prochain. Le secret médical et le secret de la confession sont comparés l'un à l'autre à travers une déontologie commune qui lie l'activité religieuse et l'activité de soins. [9]

### **1-2-3- Les grandes épidémies**

Le Moyen Âge est aussi marqué par les grandes épidémies de peste, de lèpre et de variole. Les pouvoirs politiques rendent obligatoire la prise en charge des lépreux par les évêques : Pépin Le Bref puis Charlemagne ordonnent leur isolement pour contenir les épidémies.

Les médecins sont contraints de déroger au secret médical en signalant aux autorités politiques les malades contagieux : l'intérêt supérieur prime sur le secret professionnel des prêtres et des médecins. [5] [3]. C'est à cette période que les premières lois interfèrent avec l'éthique, exigeant des médecins et des chirurgiens la dénonciation des malades contagieux et des blessés par arme pour des fins sanitaires (épidémies) ou sécuritaires (police). [2]

### **1-3- La Renaissance : un secret absolu au service de l'individu**

#### **1-3-1- Le renouveau médical**

Un renouveau sans précédent éclate au XV<sup>e</sup> siècle faisant retour à la culture gréco-romaine masquée jusqu'alors par l'influence chrétienne. C'est l'avènement de l'humanisme et de la laïcité, une période propice au développement des sciences, des arts et de la pensée philosophique. La médecine fait un bond prodigieux grâce à l'exploration de l'anatomie et de la chirurgie. [2]

#### **1-3-2- Un secret absolu**

C'est à la Renaissance que la définition du secret médical évolue en des termes juridiques. Le caractère absolu de celui-ci est alors discuté tout comme les éventuelles dérogations.

En 1598, la faculté de médecine de Paris impose aux médecins : « *Que personne ne divulgue les secrets des malades, ni ce qu'il a vu, entendu ou compris. »*

Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, il est clairement énoncé ce que couvre le secret médical : il s'agit pour le médecin de garder secret, non seulement ce qui lui a été confié par le patient, mais aussi tout ce qui est venu à sa connaissance dans l'exercice de sa profession.

Pour Jean Verdier (1735-1820), médecin et juriste, le secret médical est un droit par nature ; il est donc absolu, aucune dérogation n'étant justifiable, même commandée par une autorité supérieure. Il est par ailleurs le premier à considérer que le secret appartient au patient lui-même, le médecin n'étant que son dépositaire : « *Les secret qui sont confiés aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent point* ». [10]

Pour Jean Bernier (1622-1695), médecin parisien, le secret médical est le fondement éthique de l'art médical : « *Voici l'âme de la médecine* ». Selon lui, les autorités juridiques ne peuvent contraindre le médecin à lever le secret, même pour un témoignage en justice. [11]

#### **1-4- XIX<sup>e</sup> siècle : législation du secret médical**

##### **1-4-1- Le Code pénal**

La philosophie des Lumières et la Révolution française (1789) conduisent à la reconnaissance des droits des individus et du respect de la vie privée vis-à-vis de la collectivité.

Dans ce contexte, le Code pénal est publié en 1810, pendant le règne de Napoléon. L'article 378 constitue le fondement légal du secret médical dont la violation constitue désormais un délit pénal : [9] « *Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou par profession, ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas ou la loi les oblige à se porter dénonciateur, auront révélé ces secrets seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs.* »

L'article 378 du Code pénal défend non seulement un intérêt privé, l'intimité de chaque malade devant être respectée, mais aussi un intérêt public, que nul n'ait à craindre de recevoir des soins de peur d'être trahi.

##### **1-4-2- Politique sanitaire**

La conception absolue du secret médical vient, dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, se heurter à l'intérêt général dans le cadre de la mise en place d'une politique sanitaire et sociale se voulant salutaire pour la communauté. Afin de juguler d'éventuelles épidémies débutantes, les médecins doivent pouvoir transmettre des informations médicales concernant les maladies infectieuses contractées par certains de leurs patients. C'est le début des maladies à déclaration obligatoire qui constituent une dérogation officielle à l'article 378 du Code pénal : désormais leur « *divulgation n'engage pas le secret*

*professionnel* ». [9]

## 2- JUSTIFICATION LÉGALE

Le secret médical a été marqué par une évolution constante au cours de l'histoire et les lois qui le régissent n'ont cessé d'être remaniées à travers les siècles, en fonction des problématiques médicales et publiques rencontrées dans la société.

Ces vingt dernières années ont été caractérisées par un bouleversement sans précédent de la législation sur le sujet, le secret professionnel se tournant peu à peu vers une conception d'intérêt privé : il ne s'agit plus uniquement d'un devoir qui incombe au médecin, mais d'un véritable droit accordé au malade.

Le secret médical est garanti en France par de nombreuses lois. Ce chapitre a pour objectif de rappeler le cadre légal du secret professionnel et de justifier la place accordée aux mineurs par le législateur en matière de confidentialité.

### 2-1- Le secret médical

#### 2-1-1- Énoncé des codes et des lois

##### Déclaration universelle des droits de l'Homme

Article 12 : « *Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée (...)* » [12]

##### Code civil

Article 4 : « *Chacun a le droit au respect de sa vie privée* ». [13]

##### Code pénal

Le nouveau Code pénal du 1<sup>er</sup> mars 1994 remplace l'article 378 étudié dans le chapitre précédent par l'article 226-13 : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* ». [14]

Depuis l'article 378 du premier Code pénal, l'expression « *secret qu'on leur confie* » est remplacée par « *information à caractère secret* » qui permet de lever l'ambiguïté sur ce que couvre le secret. Il ne s'agit plus des seules confidences émises par le patient, mais de toutes les constatations faites par le médecin. [9]

### Code de la santé publique

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », constitue une avancée prodigieuse dans le domaine du droit médical et apporte de nombreuses clarifications sur la problématique du secret médical.

Ainsi l'article L1110-4 (ANNEXE 2) du Code de la santé publique précise que : « *Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé (...) un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social (...) a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant.* » [15] La définition du secret professionnel est présentée une fois de plus au sens large et concerne tous les professionnels liés à l'activité de soin : la discrétion doit être totale de façon à garantir une confiance absolue.

L'article L1110-4 précise d'autre part la notion de « secret partagé » et en fixe les limites. La règle générale est que le partage des informations médicales n'intervient qu'entre professionnels de santé, pour la prise en charge et la continuité des soins et sauf opposition du patient dûment averti. [16] Il est aussi mentionné dans l'article L1111-2 que le secret médical n'est pas opposable au patient : « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (...)* ». (ANNEXE 3)

### Code de déontologie médicale

Adopté le 6 septembre 1995, le Code de déontologie médicale place le secret médical dans les « *devoirs généraux* » des médecins, il y est formulé dès son article 4 pour en montrer l'importance : « *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous les médecins dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.* »

Ce code rappelle d'autre part que le secret médical, en tant que fondement déontologique de l'activité de soin, est à la fois d'intérêt privé et d'intérêt public : [16]

- d'intérêt privé : le patient doit être assuré que le médecin garantit le secret et sa confiance doit être sans faille, notamment s'il doit révéler des informations intimes nécessaires au soin. Respecter ce secret c'est protéger la réputation et l'intimité de la

personne qui s'est confiée au médecin.

- d'intérêt public : l'intérêt général veut que chacun puisse être convenablement soigné et ait la garanti de pouvoir se confier au médecin, même s'il est en situation irrégulière ou marginale, pour bénéficier des soins, sans crainte d'être trahi ou dénoncé.

### 2-1-2- La jurisprudence

De nombreuses jurisprudences telles que « l'affaire Watelet » ou « l'affaire du Grand secret » ont contribué à clarifier le cadre légal du secret médical à travers des décisions prises par la Cour civile, la Cour de cassation ou encore le Conseil d'état. Ces dispositions reconnues désormais sur le plan légal sont les suivantes : [9] [16]

- le patient ne peut délier le médecin de son obligation de secret
- cette obligation ne cesse pas après la mort de la personne malade
- le secret s'impose même devant le juge
- le secret s'impose à l'égard d'autres médecins dès lors qu'ils ne concourent pas à un acte de soins
- le secret couvre non seulement l'état de santé du patient mais également son nom : le médecin ne peut faire connaître à des tiers le nom des personnes qui ont (eu) recours à ses services.

### 2-1-3- Les dérogations au secret médical

DEROGATIONS LEGALES		JURISPRUDENCE
Déclarations obligatoires	Permissions de la loi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- naissances</li> <li>- décès</li> <li>- maladies contagieuses</li> <li>- soins psychiatriques : sur demande d'un tiers, du représentant de l'Etat</li> <li>- sauvegarde de justice</li> <li>- accidents du travail et maladies professionnelles</li> <li>- pensions civiles et militaires de retraite</li> <li>- indemnisation de personnes victimes d'un dommage, VIH, amiante...</li> <li>- dopage</li> <li>- sécurité, veille, alerte sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sévices ou privations infligés à un mineur ou à une personne incapable de se protéger</li> <li>- sévices permettant de présumer de violences sexuelles etc.</li> <li>- recherches dans le domaine de la santé</li> <li>- évaluation de l'activité des établissements de santé</li> <li>- dangerosité d'un patient détenteur d'une arme à feu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rentes viagères</li> <li>- testaments</li> </ul>

Figure 1 : Dérogations au secret médical

## **2-2- La loi pour les mineurs**

### **2-2-1- Définitions**

#### Mineur

Selon l'article 388 du Code civil « *le mineur est l'individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de 18 ans accomplis* ». [17]

En France, le droit civil n'opère pas de véritable distinction au sein de la catégorie des mineurs entre les enfants les plus jeunes et les adolescents, tous sont réputés « incapables » et soumis à l'autorité parentale.

#### Autorité parentale

Selon l'article 371-1 du Code civil : « *L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.* » [18]

L'autorité parentale ne constitue donc pas un droit mais une fonction qui a pour vocation « *l'intérêt supérieur de l'enfant* », principe juridique introduit en 1989 par la Convention internationale des droits de l'enfant. [9]

### **2-2-2- Législation concernant le secret médical des mineurs**

#### Une contradiction au principe d'autorité parentale

De manière générale, les soins médicaux accordés aux mineurs relèvent de l'autorité parentale puisque la protection de la santé du mineur fait partie des devoirs des parents, comme le rappelle l'article 42 du Code de déontologie médicale : « *Un médecin appelé à donner des soins à un mineur (...) doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.* » [16]

Le secret médical pour les mineurs constitue donc une contradiction au principe même d'autorité parentale. La question qui se pose alors est la suivante : le médecin doit-il privilégier le droit au secret

pour le mineur ou le devoir de protection qui incombe aux parents ? [9]

La réponse à cette question déontologique s'est modelée avec le temps et les solutions données par le législateur sont apparues progressivement dans le paysage juridique.

### Avant la « loi Kouchner »

Avant la loi du 4 mars 2002, la question relative au droit des mineurs de bénéficier ou non du secret médical a longtemps divisé le monde de la médecine.

En l'absence de cadre légal clairement établi jusque là en France, l'Ordre national des médecins a malgré tout pris position dès 1998 dans un commentaire du Code de déontologie médicale : « *le médecin plaidera toujours pour que les parents soient avertis, ce qui en général est préférable. Il offrira de servir d'intermédiaire. Mais, devant le refus de l'adolescent, il se sentira tenu à la discrétion. Le jeune malade est venu le consulter comptant sur le silence du médecin parce qu'il est médecin. Il ne serait pas venu s'il avait craint d'être trahi. Bien qu'il soit mineur, son secret doit être respecté, même si le médecin se trouve mis dans une position délicate* ». [16]

Sur un plan strictement légal, la reconnaissance du droit au secret médical pour les mineurs s'est établie à travers des étapes successives s'organisant autour de sujets réputés comme sensibles en lien avec la santé des adolescents :

- la contraception est délivrée de manière anonyme et gratuite aux mineurs dans les centres de planification familiale depuis 1974.
- la contraception d'urgence est accessible sans prescription médicale pour les mineurs depuis 2000.
- l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est possible sans autorisation parentale (à condition que la personne mineure soit accompagnée par une personne majeure de son choix) depuis 2001.

### La loi du 4 mars 2002

La loi Kouchner consacre une place essentielle à la parole du mineur : celui-ci doit désormais bénéficier d'une information sur son état de santé adaptée à son âge et à sa capacité de compréhension, son consentement aux soins devant être systématiquement recherché.

Elle autorise d'autre part, pour la première fois dans l'histoire du droit français, le secret de la consultation et des soins demandé par le mineur.

La loi du 4 mars 2002 reprise à travers l'article L.1111-5 du Code de la santé publique (modifiée cette année même par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dans son article 7) l'exprime ainsi : « *Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.* » [19]

La loi du 4 mars 2002 ouvre donc le droit au secret médical pour les mineurs instituant, de ce fait, une dérogation au principe même d'autorité parentale. Il s'agit d'une avancée exceptionnelle pour les mineurs ayant pour but de promouvoir la santé des adolescents, population tout à fait singulière en matière de soins médicaux.

Les chapitres suivants ont pour objectifs d'exposer les caractéristiques de cette population afin de justifier l'importance de la confidentialité dans la prise en charge médicale des adolescents en consultation de médecine générale.

### **3- JUSTIFICATION EN TERMES DE SOINS PRIMAIRES ET DE SANTÉ PUBLIQUE**

#### **3-1- L'adolescence**

##### **3-1-1- Définition de l'adolescent**

Le terme « adolescent » tire ses origines du latin « adolescere » qui signifie grandir, croître. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *est adolescent tout individu âgé de 10 à 19 ans* », mais cette définition, reposant uniquement sur des critères d'âges, semble un peu restrictive.

Même si l'adolescence ne connaît pas de définition consensuelle, elle reste considérée comme une période de transition permettant le passage du monde de l'enfance vers celui des adultes. [1]

L'adolescence, dont le début est marqué par la puberté, ne se résume pas en une simple mutation physique ; il s'agit par ailleurs d'une phase de développement de l'individu, tant sur le plan psycho affectif que social, le tout sous l'influence d'un contexte socioculturel donné. [20]

### **3-1-2- La puberté**

La puberté est l'ensemble des phénomènes de maturation physiologique et somatique qui permet l'apparition des caractères sexuels secondaires, conduisant à la transformation du corps infantile en corps sexué adulte. [1] Elle débute en moyenne chez les filles entre 8 et 13 ans et entre 10 et 14 ans chez les garçons.

Sur le plan biologique, la puberté est marquée par l'activation d'une sécrétion neuroendocrine d'origine hypothalamo-hypophysaire ayant pour cible les gonades : les testicules chez le garçon et les ovaires chez la fille (à l'origine de la testostérone et des œstrogènes). [21]

Ces hormones sexuelles vont être responsables de l'acquisition des caractères sexuels secondaires (pilosité, développement des organes génitaux externes, développement mammaire, ...) permettant à la puberté de s'exprimer sur le plan clinique et de différencier le genre masculin du genre féminin en divers stades, décrits par la classification de Tanner. [21] (ANNEXE 4)

Sur le plan fonctionnel, la puberté permet l'acquisition de la capacité de reproduction avec l'apparition des cycles ovulatoires chez la fille et de la spermatogénèse chez le garçon.

### **3-1-3- Le travail psychique**

L'importance des mutations corporelles subies par l'adolescent n'a d'égale que la profondeur du bouleversement psychique qui en découle.

Phase de grands changements sur le plan psychique, l'adolescence est une période charnière de la constitution de la personnalité d'un individu. Il s'agit d'un véritable « travail psychique de l'adolescence » [22] dont l'aboutissement permet à l'enfant de devenir adulte et de pouvoir s'assumer dans les domaines affectifs, sexuels, socio-économiques et civiques. [21]

Selon A. Braconnier et P. Jeammet, il existe quatre objectifs que ce travail psychique doit s'efforcer d'atteindre : [23]

- assumer un corps sexué et définir une identité sexuelle.
- rompre les liens de dépendance vis-à-vis des parents et achever un processus d'individualisation conduisant le sujet à la constitution d'un sentiment d'identité le différenciant d'autrui.

- se projeter dans l'avenir et s'efforcer de tendre vers un compromis entre ce que l'on croit être et ce que l'on souhaite être.
- faire face aux émotions et aux affects qui surgissent dans les situations difficiles.

### **3-1-4- Un nouveau corps**

Le premier enjeu concerne l'appropriation de ce nouveau corps, l'adolescent voyant son physique se métamorphoser sans pouvoir exercer la moindre maîtrise sur ce processus. Ainsi, il doit se confronter au paradoxe de changer tout en restant le même, contradiction souvent source de questions identitaires et d'affects anxieux d'allure dysmorphophobique.

Le deuxième enjeu est celui de l'intégration de la transformation pubertaire qui impose à l'adolescent un sexe spécifique et soulève la problématique de l'identité sexuelle mais aussi la capacité de reproduction. [1]

La question de la sexualité à l'adolescence est centrale du fait des nouvelles possibilités offertes par le corps pubertaire. Dans ce processus maturatif, la masturbation, les fantasmes sexuels, les premières relations sexuelles (hétéro- ou homosexuelles) et les questions relatives à la contraception vont devenir des sujets extrêmement importants dans la vie psychique de l'adolescent et dans ses comportements. [20]

### **3-1-5- Le lien parental**

Un autre enjeu psychique de l'adolescence est la quête de l'autonomie par l'éloignement des parents. L'adolescent, par un processus de « séparation-individuation », doit apprendre à se séparer de ses parents, ou tout du moins à rechercher la bonne distance relationnelle vis-à-vis de ces derniers. Ce concept de séparation-individuation a été introduit par P. Blos et fait référence, au stade de l'adolescence, à deux processus concomitants : [20] [24]

- le processus de deuil de l'enfance et des parents idéaux : l'adolescent doit se dégager du cocon de l'enfance et doit progressivement renoncer à la relation infantile qu'il avait avec ses parents, ce processus pouvant le conduire au sentiment d'abandon voire de souffrance dépressive.
- le processus d'identification à travers lequel l'adolescent recherche des sources d'identification extérieures à la famille : le groupe d'amis, la bande, l'adulte « mentor », voire la star.

Cependant, si l'adolescent arrive à se détacher des parents, ces derniers doivent aussi accepter de le laisser partir peu à peu. Ainsi, le professeur Xavier Pommereau, chef du pôle aquitain de l'adolescent au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux nous rappelle que : « *La chosification de l'enfant en tant qu' « objet d'amour » oblige ce dernier, devenu adolescent, à continuer à épouser les désirs de ses parents pour garder leur amour, tandis que sa propre métamorphose le conduit, au contraire, vers la voie naturelle de l'émancipation et de l'exploration. L'écartèlement qui en résulte est d'autant plus critique que les parents se révèlent dans l'impossibilité de reconnaître l'enfant comme un sujet à part entière et d'accepter la nécessaire distance du « ni trop près, ni trop loin » qui doit présider aux réaménagements relationnels imposés par l'adolescence* ». [25]

### **3-1-6- La société**

L'adolescent ne retrouvant plus dans le milieu familial l'ensemble des satisfactions qu'il pouvait y recevoir du temps de son enfance, projette ses désirs insatisfaits vers les autres et vers la société. Il noue des relations sociales au sein de « bandes », qui sont généralement des groupes de pairs de même sexe et développe ses affects par le biais des premières relations amoureuses.

Il s'épanouit par ailleurs à travers les liens sociaux dans les domaines artistiques, sportifs, culturels, éducatifs voire politiques, lui permettant d'affirmer sa personnalité et sa capacité de choix ; l'adolescent est à la recherche d'un idéal, d'une projection satisfaisante de lui-même dans l'avenir.

### **3-1-7- Une période à risque**

L'intensité de ce travail psychique résulte des changements immenses dont l'adolescent est lui-même l'objet. Parfois perçus comme bouleversants, ces changements peuvent être source de crise identitaire, de doute et d'angoisses. À ce titre, l'adolescence constitue une période de vulnérabilité, débouchant sur un certain nombre de fragilités voire de décompensation possible dans cette trajectoire existentielle. [26] C'est une période à risque sur le plan psychiatrique, marquée par la menace anxio-dépressive et suicidaire.

Enfin, l'ouverture de l'individu vers le monde extérieur le pousse à l'expérimentation, à la découverte de sensations nouvelles lui permettant de tester ses propres limites. Dans les processus d'identification au groupe de pairs ou à la bande, l'adolescent consomme de l'alcool ou des drogues comme une sorte de « rite de passage » pour se sentir accepté au sein du groupe auquel il s'identifie.

## **3-2- La santé des adolescents**

### **3-2-1- Généralités sur la santé des adolescents**

Selon l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition de la santé au sens large, dépassant la simple dimension somatique, est particulièrement vraie en ce qui concerne la santé des adolescents.

Globalement, les adolescents se considèrent en bonne santé. Entre 12 et 17 ans, neuf adolescents sur dix se disent bien-portants [27]. Selon le Baromètre santé Jeunes 1997-1998, ils sont 95% à déclarer que leur santé est « plutôt » ou « très » satisfaisante. [28]

Bien que les adolescents semblent à maints égards en meilleure santé que les adultes, ils sont également sujets à certains risques spécifiques. Les consommations de produits addictogènes, les manquements en matière de sécurité routière ou les relations sexuelles non protégées sont autant de conduites à risque que le médecin se doit de dépister. Au delà de la dangerosité immédiate, leur répétition témoigne souvent d'une souffrance psychique : difficulté « développementale » de l'adolescent ou encore défaillance familiale ou sociétale dans son environnement. [20]

D'autre part, les habitudes de vie adoptées durant l'adolescence peuvent conditionner l'état de santé des individus à l'âge adulte comme l'illustre si bien l'exemple du tabagisme. [29]

### **3-2-2- Épidémiologie**

L'évaluation du niveau de santé des adolescents montre à quel point cette tranche d'âge est marquée par une morbi-mortalité encore trop importante mais qui reste néanmoins modifiable : c'est pourquoi la santé des adolescents est désormais un véritable enjeu de santé publique.

Tableau 1 : Morbi-mortalité des adolescents

Risques	Chiffres	Études
<b>Maladies</b>	À l'adolescence, les maladies représentent le quart de la mortalité.	INSEE 2013
<b>Morts violentes</b>	À l'adolescence, la majorité des décès est liée à des morts violentes : - 1 <sup>ière</sup> cause de mortalité par mort violente : accidents - 2 <sup>ème</sup> cause de mortalité par mort violente : suicides	INSEE 2013
<b>Suicides</b>	17,1% des décès chez les 15-24 ans sont liés aux suicides. Il y a 3 fois plus de garçons qui décèdent par suicide.  4,4% des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires dans l'année, 2% avoir tenté de se suicider.	INSEE 2013  Baromètre santé 2010
<b>Alcool</b>	Substance psychoactive la plus consommée des adolescents. 8 adolescents de 17 ans sur 10 déclarent avoir consommé de l'alcool dans le mois. 1 jeune sur 2 déclare s'être adonné au « binge drinking » dans le mois.	ESCAPAD 2014
<b>Tabac</b>	1 adolescent de 17 ans sur 3 fume quotidiennement et 42% consomment au moins une fois du tabac dans le mois.	ESCAPAD 2011
<b>Cannabis</b>	Substance illicite la plus consommée par les adolescents. 48% des adolescents de 17 ans ont déjà fumé du cannabis.	ESCAPAD 2014
<b>Autres drogues</b>	3% des adolescents de 17 ans ont testé la cocaïne, 1,9% l'ecstasy et 0,9% l'héroïne.	ESCAPAD 2011
<b>Contraception</b>	10% des jeunes de 15 à 24 ans déclarent ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel.  42% des adolescentes de 15-19 ans déclarent avoir déjà eu recours à la pilule du lendemain dans leur vie.	Baromètre santé 2010  Enquête « Fécond » 2010 (INSERM, INED)
<b>IVG</b>	6,3% des adolescentes de 15-19 ans déclarent avoir déjà eu recours à l'IVG dans leur vie.	DREES 2007
<b>Violences</b>	15% des adolescents de 11-19 ans scolarisés déclarent avoir été victime de violences physiques, et 3,8% de violences sexuelles au cours de leur vie.	Enquête « CSF » 2006
<b>Trouble du comportement alimentaire</b>	L'anorexie mentale débute le plus souvent à l'adolescence, en moyenne à 17 ans (pic de fréquence à 14 et 18 ans).	[30]

### **3-3- Le médecin généraliste et la médecine de l'adolescent**

L'adolescence est une période charnière de la vie où les besoins en matière de santé sont complexes. L'investigation de la santé d'un adolescent au cours d'une consultation de médecine générale répond à des particularités bien différentes de celles utilisées en pédiatrie ou chez l'adulte.

La médecine de l'adolescent ne se résume pas à une simple médecine d'organe ; elle réside plutôt en une approche globale des jeunes, intégrant la dimension de leur développement physique et psychosocial ainsi que l'analyse de leur cadre de vie. [1]

Cette prise en charge du patient dans sa globalité positionne le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié grâce à son approche multidisciplinaire et son statut de « médecin de famille ». De même, sa disponibilité lui permet de proposer une consultation souvent le jour même, élément essentiel à un âge où la projection dans l'avenir n'est jamais simple.

#### **3-3-1- La relation médecin adolescent**

La relation que le médecin noue avec l'adolescent est essentielle au bon déroulement de la consultation mais aussi à la prise en charge au long cours. L'adolescent est très sensible à l'attitude et aux comportements adoptés par le médecin qui doit réussir à gagner sa confiance.

La Haute autorité de santé (HAS) recommande à ce propos « *de garder une approche empathique, soutenant et collaborative centrée sur l'adolescent. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier (...) Il ne doit pas être réduit au seul point de vue de sa symptomatologie.* » [31]

Du reste, trouver la bonne distance relationnelle n'est pas chose facile. Toute la complexité de la prise en charge d'un adolescent réside dans la capacité du médecin à reconnaître chez ce jeune patient son statut particulier : ni enfant, ni adulte. Il doit savoir se placer à la portée de l'adolescent en s'exprimant avec un vocabulaire adapté à son âge sans pour autant tomber dans le piège du copinage qui pourrait faire supposer au patient que sa plainte n'est pas prise au sérieux. [1]

À cet égard, le choix du tutoiement ou du vouvoiement n'est jamais anodin ; il n'existe cependant pas de règle en la matière, si ce n'est celle d'en convenir avec l'intéressé. [32]

La consultation de l'adolescent est aussi marquée par une problématique relationnelle centrée sur le motif de la consultation. En effet, l'adolescent a souvent du mal à exprimer sa demande de soin : souvent floue, la plainte initiale n'est parfois qu'une façade dissimulant un problème plus complexe. Les plaintes fonctionnelles et le phénomène de somatisation sont fréquents et peuvent constituer un langage codé du jeune en difficulté qui essaie d'exprimer son mal-être.

C'est au médecin généraliste, par sa capacité d'écoute et son sens du dialogue, de créer un climat favorable à la confiance afin de démasquer une éventuelle souffrance psychique souvent exprimée de manière détournée. Dans ce sens, même si le médecin généraliste n'a que peu de temps lors d'une consultation, il bénéficie de la durée pour instaurer la confiance : l'ancienneté du suivi et la fréquence des consultations favorisent le sentiment de confort et de sécurité chez l'adolescent. [1]

L'examen physique constitue par ailleurs un enjeu relationnel particulier dans la consultation de l'adolescent. Les changements morphologiques propres à la puberté peuvent être à l'origine d'angoisses autour de la question de la « normalité » du corps.

L'examen physique, souvent source d'appréhension, doit être pratiqué avec tact en respectant la pudeur du jeune patient. Le médecin doit se montrer généreux en explications afin de rassurer l'adolescent, favoriser la représentation du corps et promouvoir l'estime de soi. [32]

### **3-3-2- La place des parents**

Le médecin généraliste reste malgré tout le médecin de la famille aux yeux de l'adolescent ; se pose alors le problème de la confidentialité, notamment vis-à-vis des parents. La grande particularité de la consultation de l'adolescent réside en une scène triangulaire où les protagonistes sont au nombre de trois : l'adolescent, l'accompagnant et le médecin.

L'établissement d'une relation de soin profitable entre le médecin et l'adolescent est facilité par une atmosphère d'intimité et de confidentialité au cours de la consultation. [33] Tous les professionnels sont unanimes : l'adolescent doit être vu seul par le médecin au moins lors d'une partie de la consultation. C'est le moment propice pour discuter de sujets perçus comme « délicats » et pour pratiquer l'examen physique à l'abri des regards.

Cependant, intimité de l'adolescent ne rime pas avec exclusion des parents qui doivent être intégrés dans la relation de soin. Ils constituent une ressource essentielle dans la santé du mineur en apportant des informations précieuses sur l'anamnèse, mais aussi dans le suivi au long cours ainsi que dans l'observance des traitements. Il incombe au médecin de valoriser le rôle des parents pour obtenir des renseignements sur la vie scolaire, relationnelle et affective de l'adolescent.

De ce point de vue, le « médecin de famille » bénéficie d'un statut avantageux pour ce qui est de positionner l'adolescent dans son histoire familiale ainsi que dans son environnement socioculturel et éducatif.

La difficulté relationnelle vis-à-vis des parents réside plus dans le fait de modifier le cadre habituel de la consultation arrivé à l'adolescence. La relation triangulaire « médecin-enfant-parent » propre à la pédiatrie n'est plus entièrement valable. Le médecin généraliste doit désormais aménager un temps où il peut se retrouver seul avec son jeune patient et changer les règles du jeu n'est pas toujours chose facile.

## 4- SYNTHÈSE

### 4-1- Contexte

Les adolescents constituent une population à risque sur le plan médical et leur prise en charge, un véritable enjeu de santé publique.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour cette population. La consultation de l'adolescent implique le mineur mais aussi les parents qui ont un rôle essentiel dans la santé de leur enfant.

La loi du 4 mars 2002 accorde aux mineurs le secret de la consultation et des soins. Cependant, sa mise en pratique est limitée par la méfiance des médecins vis-à-vis des éventuelles réticences que pourraient émettre les parents.

Pourtant, l'histoire de la médecine rappelle à quel point le secret médical constitue un fondement déontologique de la relation médecin malade : l'assurance de la confidentialité garantit la confiance nécessaire aux confidences et donc aux soins. Pourquoi en serait-il autrement pour les adolescents mineurs ?

Si le secret médical de l'adolescent est déjà un sujet d'étude dans de nombreux pays où la législation est parfois bien différente, les données bibliographiques disponibles en France sont quant à elles quasi inexistantes. Une seule thèse a été menée sur le sujet, explorant les difficultés des médecins à respecter cette confidentialité chez les mineurs. [34]

En Espagne, Pérez-Càrceles et ses collaborateurs mentionnent dans leur étude que la proportion de médecins généralistes favorables au secret médical pour les adolescents augmente avec l'âge et le degré de maturité de leurs patients mineurs. [35]

Aux États-Unis, Carlisle et ses collaborateurs constatent quant à eux que les adolescents sont peu disposés à consulter un médecin s'ils présument ou estiment que ce dernier ne respectera pas le principe du secret médical, en particulier pour des motifs de consultation qu'ils jugent comme

sensibles. [36] De même, une étude menée en Californie auprès d'adolescents recrutés en milieu scolaire montre que la garantie du secret médical par le médecin augmente le nombre d'adolescents désirant divulguer des informations sur des sujets tels que la sexualité, les consommations de substance et la santé mentale. [37]

Le secret médical semble donc être un outil précieux dans la prise en charge des adolescents en consultation de médecine générale. Le manque de données bibliographiques disponibles en France nous a conduit à engager ce travail de recherche : aucune étude française n'a été retrouvée dans la littérature interrogeant la population des adolescents mineurs sur la question de la confidentialité.

#### **4-2- Question de recherche**

Dans ce contexte, la question de recherche était la suivante :

**Quelles sont les représentations, les expériences et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical en consultation de médecine générale?**

#### **4-3- Hypothèses**

Les hypothèses que nous avons émises étaient les suivantes :

- Les adolescents ne sont pas suffisamment informés de leur droit au secret médical.
- Ils ont du mal à aborder certains sujets jugés comme « délicats » en présence de leurs parents.
- L'assurance du secret médical favorise les confidences des adolescents à leur médecin.
- Les adolescents sont favorables au secret médical.

#### **4-4- Objectifs**

**Objectif principal : explorer les représentations, les expériences et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical en médecine générale.**

Objectif secondaire : explorer la possibilité que certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques influencent les thèmes abordés par les élèves concernant le secret médical.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

## 1- TYPE D'ÉTUDE

Afin de répondre aux objectifs, une étude qualitative par focus group a été réalisée.

## 2- POPULATION

La population ciblée était les adolescents mineurs en Gironde.

Pour sélectionner les participants à cette étude et ainsi constituer les différents focus groups, le recrutement a été réalisé auprès d'élèves scolarisés au sein d'établissements scolaires de la Gironde.

Cette méthodologie a nécessité un échantillonnage à deux niveaux :

- 1<sup>er</sup> niveau : recrutement des établissements scolaires
- 2<sup>nd</sup> niveau : recrutement des élèves au sein de chaque établissement scolaire

### 2-1- Les établissements scolaires

#### 2-1-1- Échantillonnage des établissements scolaires

Le recrutement a concerné, dans un premier temps, les collèges et lycées de la Gironde.

Un échantillonnage raisonné, non probabiliste a été réalisé afin de favoriser la variation des caractéristiques suivantes :

- type d'établissement scolaire : collège ou lycée
- localisation de l'établissement scolaire : urbain, semi-rural ou rural
- répartition géographique des établissements scolaires en Gironde
- type de formation proposée par l'établissement : générale ou professionnelle
- financement de l'établissement : public ou privé
- critère socio-économique : Réseau d'éducation prioritaire (REP) ou non REP.

## **2-1-2- Modalités pratiques**

La liste de tous les collèges et lycées en Gironde a été dressée à partir du site : <http://www.education.gouv.fr> couplé au site <http://www.pagesjaunes.fr/>. Le choix des établissements contactés a été orienté en fonction des critères cités précédemment afin d'obtenir un échantillon d'établissements le plus diversifié possible.

Un minimum de six établissements à recruter a été fixé afin d'obtenir, en théorie, la saturation des données. [37]

## **2-2- Les élèves**

Le recrutement a concerné dans un second temps les élèves, afin de constituer un unique focus group d'adolescents par établissement scolaire.

Il était demandé au chef d'établissement de sélectionner des élèves répondant obligatoirement aux critères d'inclusion et ne présentant aucun critère d'exclusion.

### **2-2-1- Critères d'inclusion et d'exclusion**

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

- adolescents mineurs compris entre 14 et 18 ans (le jour de réalisation du focus group)
- scolarisés dans un établissement en Gironde
- volontaires

Les critères d'exclusion à l'étude étaient les suivants :

- élèves incapables de communiquer verbalement en français
- parent(s) ou détenteur(s) de l'autorité parentale opposé(s) à la participation du mineur à l'étude

### **2-2-2- Règles de recrutement**

Le choix des élèves était laissé au chef d'établissement qui devait, autant que possible, respecter les règles de recrutement.

Ainsi, le thème exposé aux élèves ne devait pas comprendre les termes « secret médical » ou « confidentialité » pour éviter que les participants ne se renseignent sur le sujet au préalable. [37] Il

était préférable de parler de « santé de l'adolescent » ou de la « consultation de l'adolescent en médecine générale ».

La personne en charge du recrutement devait réunir un panel d'élèves qui, selon lui, était représentatif des élèves scolarisés dans l'établissement, sur des critères socioculturels, de sexe et de niveau scolaire.

Enfin, les participants devaient si possible être issus de classes différentes et ne pas se connaître entre eux.

Un groupe compris entre 6 et 8 élèves devait ainsi être constitué ; un « sur recrutement » était par ailleurs conseillé afin de faire face aux désistements de dernière minute (absentéisme, maladie, grève...). [37]

### **3- MATÉRIEL**

#### **3-1- Les focus groups**

##### **3-1-1- Définition**

Un focus group est un groupe de discussion animé par un modérateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour but de collecter des informations sur un nombre limité de questions définies à l'avance grâce à une grille d'entretien.

##### **3-1-2- Le modérateur**

Le docteur Ducos, directeur de cette thèse, a été choisi comme modérateur. Son objectif était le recueil de données à travers la dynamique du groupe en amenant tous les participants à s'exprimer au cours de la discussion. [37]

##### **3-1-3- L'observateur**

L'auteur de cette thèse a été choisi comme observateur. Il était responsable du bon fonctionnement du matériel d'enregistrement ainsi que de la prise de notes nécessaire à une retranscription de qualité. Ces notes comprenaient : [37]

- les phrases ou idées clés de la conversation

- l'ordre d'intervention des participants
- la communication non verbale présentant un intérêt à la compréhension de la discussion (sensation de gêne, rires, chuchotements, regards, pauses, etc., ...)

### **3-2- La grille d'entretien**

La grille d'entretien permettait d'orienter le déroulement de la séance à partir d'un scénario défini préalablement. Elle était constituée de questions ouvertes, neutres et faciles à comprendre. [37] (ANNEXE 5)

Elle comprenait des questions dites « principales » complétées par d'éventuelles questions « de relance » explorant les thèmes suivants :

- la consultation chez le médecin
- la représentation du secret médical
- le droit au secret médical pour les mineurs
- le besoin de confidentialité
- les expériences vis-à-vis du secret médical
- la place des adultes dans la santé des adolescents
- les bénéfices et les risques de la confidentialité pour les mineurs

L'ordre des questions était prévu à l'avance mais pouvait être modifié à tout moment en fonction de la dynamique du débat. La grille d'entretien était dite en ce sens semi structurée.

Elle était d'autre part modulable, c'est-à-dire qu'il était possible de changer la nature et l'ordre des questions ou d'en rajouter de nouvelles, au fur et à mesure de la réalisation des focus groups. En annexe, se trouve la version finale de cette grille utilisée lors du dernier focus group.

La grille d'entretien a été élaborée en janvier 2016 à partir des données de la littérature et après avoir déterminé une liste de thèmes à aborder en rapport avec la question de recherche, afin de répondre à l'objectif principal de l'étude. Cette grille a été soumise à Madame Béatrice Jacques, maître de conférences au département de sociologie de l'Université de Bordeaux.

Elle a été testée une première fois auprès d'un « focus group test » avant sa validation définitive.

### **3-3- Le questionnaire quantitatif**

Le questionnaire quantitatif (ANNEXE 6) permettait de recueillir les caractéristiques démographiques des participants et avait pour objectif de démontrer la pertinence de l'échantillon

choisi. [37] Il a été lui aussi réalisé avec l'aide de Madame Béatrice Jacques. Distribué en début de séance, il recueillait les informations suivantes, en respectant l'anonymat des élèves :

- âge
- sexe
- lieu du domicile
- profession des parents
- une question fermée : partages-tu le même médecin traitant que l'un de tes parents ?

### **3-4- Support pédagogique : le texte de loi**

En fin de séance, une fiche d'information sur la loi concernant le secret médical des mineurs était distribuée aux élèves, afin de les informer sur la législation en vigueur. (ANNEXE 7) Une lecture de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique était proposée par l'observateur, complétée par un commentaire visant à expliquer aux participants les termes juridiques employés dans la loi.

### **3-5- Le matériel d'enregistrement**

Il s'agissait d'un dictaphone numérique (Philips DVT1150 Voice Tracer enregistreur vocal) placé au milieu de la table, accessible à toutes les voix.

## **4- DÉROULÉ DE L'ÉTUDE**

### **4-1- Organisation logistique des focus groups**

#### **4-1-1- Prise de contact avec les établissements scolaires**

Les directions des établissements ont été contactées à partir de Janvier 2016 par téléphone, en complément d'un mail envoyé au proviseur ou au principal, exposant brièvement le thème et l'objectif de l'étude. (ANNEXE 8) Les chefs d'établissement répondant favorablement se sont vus adressés un second mail décrivant le protocole simplifié de l'étude. (ANNEXE 9)

Trois semaines avant la réalisation de chacun des focus groups, le proviseur ou le principal était de nouveau contacté pour fixer la date définitive et exposer les règles de recrutement des élèves. Les

autorisations parentales étaient alors envoyées par mail et devaient être distribuées aux élèves participant à l'étude.

#### **4-1-2- Lieu, date, heure et durée du focus group**

Le focus group devait avoir lieu en dehors des heures de cours : l'horaire habituellement proposé était entre 12h00 et 14h00, pendant la pause déjeuner des élèves.

Les focus groups avaient lieu au sein de l'établissement scolaire, dans une salle prêtée par le chef d'établissement.

La durée de la séance devait être relativement courte, entre 30 et 40 minutes ; la grille d'entretien avait été réalisée pour respecter ce critère.

#### **4-1-3- Accueil des participants**

L'accueil des participants se voulait convivial et chaleureux, le tutoiement des élèves a ainsi été choisi. En début de séance, une mise à disposition de rafraîchissements et une collation étaient proposés aux élèves.

#### **4-1-4- Personnes présentes**

Seuls les élèves participant à l'étude, l'observateur et le modérateur étaient présents pendant la séance. Aucun personnel de l'établissement n'était autorisé à assister à la discussion, afin de garantir la confidentialité des échanges.

#### **4-1-5- Anonymat des participants**

À chaque élève était attribué de manière aléatoire un numéro. Celui-ci était inscrit sur le questionnaire quantitatif distribué au début de chaque séance et sur un support en papier placé devant l'élève pour permettre son identification par l'observateur lors de la prise de note.



Figure 2 : Mise en place d'un focus group

## **4-2- Déroulé des focus groups**

### **4-2-1- La séance**

Après l'accueil des participants, les autorisations parentales étaient recueillies. La fiche de renseignement quantitative anonyme était distribuée puis remplie par les élèves.

L'enregistrement par dictaphone marquait le début de la séance.

L'observateur était chargé de présenter le contexte et le thème de l'étude. Le modérateur exposait quant à lui les « règles du jeu » aux élèves. Il était d'autre part rappelé aux participants le caractère anonyme de l'étude.

Le modérateur animait alors le débat en posant les questions présentes sur la grille d'entretien. En fin de discussion, le texte de loi concernant le secret médical des mineurs était distribué aux élèves, lu à voix haute par l'observateur puis expliqué.

### **4-2-2- Le débriefing**

Après le départ des élèves, le modérateur et l'observateur effectuaient une synthèse et une analyse de la séance en échangeant leurs réactions « à chaud », notamment sur les difficultés

rencontrées lors de la discussion. Cela permettait d'adapter la grille d'entretien pour le focus group suivant, les données inattendues ou non anticipées recueillies pouvant être l'objet de nouvelles questions ajoutées dans la grille.

#### **4-2-3- Focus group test**

Un premier focus group test a été réalisé lors de cette étude afin de tester la grille d'entretien en condition réelle ainsi que le bon fonctionnement du matériel d'enregistrement.

### **5- ANALYSE DES DONNÉES**

#### **5-1- La retranscription des discussions**

Le recueil des données reposait sur l'enregistrement des discussions et leur retranscription en verbatim, c'est-à-dire mot à mot, en respectant l'expression orale des participants.

L'exploitation des données était strictement anonyme, le discours de chaque participant étant associé au numéro d'identification de l'élève. En cas de donnée trop personnelle citée par un élève (prénom, nom, lieu, etc., ...), une anonymisation était assurée lors de la retranscription par l'observateur en utilisant le sigle « \*\*\*\* ».

#### **5-2- L'analyse des discussions**

##### **5-2-1- Le logiciel**

L'analyse des données a été réalisée à partir du logiciel NVivo 11 Pro for Windows (QRS International).

##### **5-2-2- Analyse prospective**

Les différentes réponses obtenues auprès des élèves lors des focus groups étaient codées au cours de l'analyse prospective des données.

Il s'agit d'un processus évolutif et continu qui démarre après le premier focus group. Cela permet non seulement d'adapter le guide d'entretien si nécessaire entre deux groupes, mais aussi de déterminer le moment où l'on arrive à « saturation des données ». [37]

### **5-2-3- Saturation des données**

Le codage prospectif des données devait prendre fin arrivé à saturation.

La saturation des données est définie par le moment où il n'y a plus d'émergence de nouvelles idées au sein des discussions : le recueil s'arrête alors. [37]

### **5-2-4- Codage des données**

#### Définition et principe du codage

La source correspond au verbatim. Il existe donc plusieurs sources correspondant aux verbatim des différents focus groups.

Un nœud de thème est une collection de références issue de différentes sources sur un thème spécifique, une opinion, une représentation, une expérience.

« Coder » c'est attribuer une référence de la source en fonction de son thème au nœud correspondant. Ainsi, chaque partie du verbatim est classée dans une (ou plusieurs) catégorie(s) représentant les idées qu'elle véhicule. Ces catégories sont ensuite regroupées en thèmes plus généraux.

**Nœuds**

Nom	Sources	Références
Définition du secret médical	6	14
Dérogation au secret médical	2	4
Droit des mineurs au secret médical	0	0
Ca dépend	5	10
Les mineurs n'ont pas le droit au secret médical	4	16
Les mineurs ont le droit au secret médical	6	43
Éléments qui conditionnent le secret médical pour les mineurs	0	0
Expérience du secret médical	0	0
Fréquence de consultation	0	0
Information sur le secret médical	0	0
Motif de consultation	0	0
Motifs de consultation nécessitant le secret médical	0	0
Addictions	3	6
Contraception	4	8
<b>IVG</b>	5	7
Problèmes de fille, problèmes gynécologiques	3	4
Problèmes non médicaux	1	1
Problèmes urologiques	2	2
Psychiatrie, problèmes psychologiques	4	5
Sexualité	5	5
Violences	4	4
Opinion sur le secret médical pour les mineurs	0	0
Opinions des parents sur le secret médical pour les mineurs	0	0
Personnes ressource dans l'entourage	0	0

**Nœuds de thème**

**Codage des données dans les nœuds de thème correspondants**

**Verbatim = focus group 2**

Vous êtes d'accord avec ça ?

Élève 1 :  
Heu ouais, mais après je sais pas, non ? Comme c'est les parents, ils ont le droit de tout dire aux parents...

Élèves 2, 3, 4, 5 et 6 :  
Non !

**Idée forte : les jeunes filles ont le droit au secret médical dans le cadre d'une IVG**

Élève 6 :  
Si tu dis que tu veux pas, par exemple si une fille, par exemple elle tombe enceinte, qu'elle va voir son médecin pour lui demander des renseignements pour comment avorter et qu'elle dit : "moi je veux pas que les parents soient au courant " et bah les médecins ils ont pas le droit de désobéir à ce qu'a demandé le patient.

**Idée forte : exemple de motif de consultation nécessitant le recours au secret médical**

Docteur Ducos :  
Et tout le monde est d'accord avec ça ? Et à partir de quand ? Ce secret, cette confidentialité qui a le droit ? À partir de quand on peut y avoir droit ?

Figure 3 : Schéma du codage des données par le logiciel NVivo

### Caractérisation des verbatim et des individus

Ce logiciel permettait d'autre part d'associer des attributs aux différentes sources. Ces attributs correspondaient aux caractéristiques démographiques et socioéconomiques des établissements scolaires inclus dans l'étude (collège ou lycée, public ou privé, REP ou non REP, ...).

De même, à chaque élève étaient attribuées ses caractéristiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle des parents, partage ou non du même médecin traitant que les parents).

### Double codage

Une triangulation a été appliquée lors de l'étape du codage : un double codage a ainsi été réalisé par l'auteur et par le directeur de cette thèse de manière indépendante.

### **5-2-5- Objectif de l'analyse**

L'analyse du codage ainsi réalisé avait pour but de répondre à l'objectif principal de l'étude ainsi qu'à son objectif secondaire.

#### Objectif principal

Une analyse thématique par fréquence de mots a tout d'abord été réalisée afin d'identifier les mots-clés les plus couramment utilisés par les élèves lors des focus groups.

Ont ainsi été pris en compte par le logiciel NVivo les 300 mots de plus de 3 lettres les plus fréquemment retrouvés dans le verbatim des élèves. Les mots de liaison (« mais », « aussi », « parce que » ...) et les verbes utilisés de manière courante (« être », « avoir », « dire », « faire », ...) ont été exclus de l'analyse.

Une seconde analyse a été réalisée à partir de l'encodage par thème. Elle consistait à extraire et à classer les différents thèmes abordés par les élèves afin d'explorer leurs représentations, leurs expériences et de leurs opinions sur la question du secret médical.

#### Objectif secondaire

Une analyse croisée des données a été réalisée en fonction :

- des caractéristiques des élèves (sexe ; âge ; catégorie socioprofessionnelle des parents ; filière générale ou professionnelle ; partage ou non du même médecin généraliste que les parents)
- des caractéristiques des établissements scolaires (collège ou lycée ; public ou privé ; général ou professionnel ; REP ou non REP ; rural, semi-rural ou urbain)
- de l'appartenance à un focus group

Le but était d'explorer la possibilité que ces caractéristiques interviennent sur les thèmes abordés par les élèves.

## **6- ÉTHIQUE ET PROCÉDURES RÉGLEMENTAIRES**

### **6-1- Département de médecine générale**

La fiche de projet de thèse a été rédigée à l'aide du docteur Ducos, directeur de cette thèse et soumise au Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux qui a accordé son autorisation préalable aux travaux.

### **6-2- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche**

Une demande d'avis à été déposée auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS), puis auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) afin de respecter les règles éthiques et légales dans ce travail de recherche. (ANNEXE 10 et 11)

### **6-3- Autorisation parentale**

Les participants à l'étude étant mineurs, une notice d'information ainsi qu'une fiche de consentement de participation étaient adressées aux parents des élèves ou au(x) titulaire(s) de l'autorité parentale. (ANNEXE 12 et 13).

Ces documents ont été rédigés en se référant au guide de rédaction disponible sur le site du CCTIRS : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/cctirs.html>

# RÉSULTATS

---

## 1- GÉNÉRALITÉS

### 1-1- Le contenu des résultats

Les résultats de l'étude sont proposés à travers trois chapitres :

- Un premier chapitre a pour objectif de présenter la population (caractéristiques des établissements scolaires, des élèves et des focus groups).
- Un second chapitre a pour but de répondre à l'objectif principal par l'analyse des thèmes abordés par les élèves lors des différents focus groups.
- Un dernier chapitre est dédié à l'analyse croisée des données afin de mettre en relation les thèmes abordés en fonction des caractéristiques sociodémographiques des élèves et des établissements scolaires.

### 1-2- La présentation des résultats

Afin de faciliter la lecture du second chapitre, les résultats sont présentés de la façon suivante :

- les thèmes abordés par les élèves sont **en gras**
- les sous-thèmes sont soulignés
- les exemples de verbatim choisis pour illustrer les thèmes sont « *en italique et entre guillemets* ».

Une synthèse des principaux résultats est proposée au fur et à mesure de l'exposé des thèmes à travers les encadrés suivants :

Synthèse (...)

## 2- POPULATION

### 2-2- Les établissements scolaires

#### 2-1-1- Recrutement des établissements scolaires

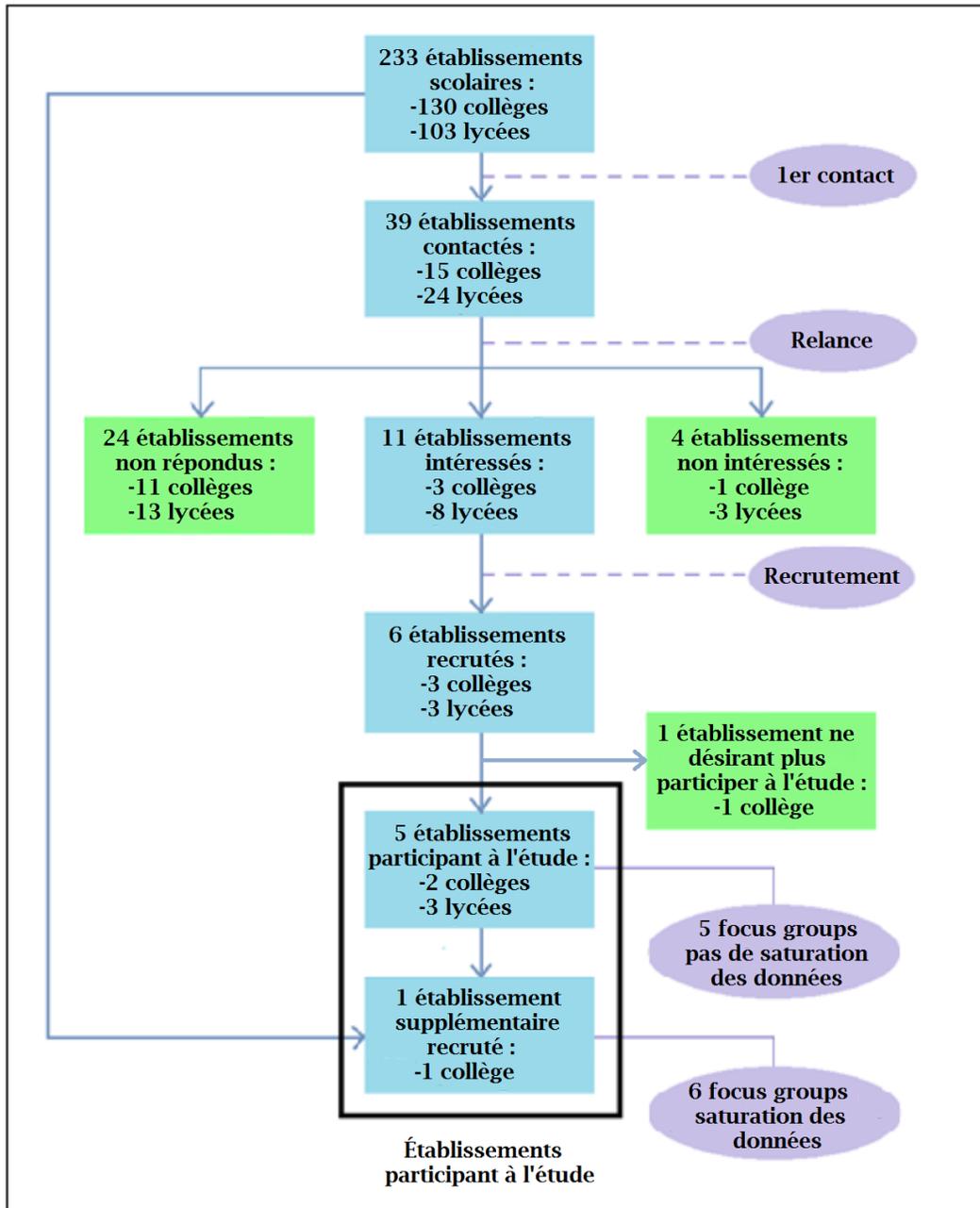


Figure 4 : Diagramme de flux des établissements scolaires

Parmi les 233 collèges et lycées de la Gironde, 11 des 39 établissements scolaires contactés se disaient intéressés et prêts à participer à l'étude. Au sein de ces derniers, 6 ont été recrutés en fonction des caractéristiques sociodémographiques nécessaires pour obtenir un échantillon d'établissements scolaires diversifiés.

Un des collèges recrutés a finalement changé d'avis alors qu'il devait accueillir le 5<sup>ème</sup> focus group et a décidé de ne pas participer à l'étude. Le 5<sup>ème</sup> focus group a dû être réalisé dans le dernier établissement et n'a pas permis d'arriver à saturation des données.

Un nouveau collège a donc été sélectionné afin d'accueillir le 6<sup>ème</sup> focus group. Il ne faisait pas partie des 39 établissements contactés initialement, ces derniers ayant tous refusé de participer à l'étude du fait de l'approche de la fin de l'année scolaire.

La saturation des données a finalement été obtenue au bout du 6<sup>ème</sup> focus group. 6 établissements scolaires ont donc participé à l'étude : 3 collèges et 3 lycées.

### 2-1-2- Caractéristiques des établissements scolaires

Tableau 2 : Caractéristiques des établissements scolaires

	Type	Financement	Secteur	REP/non REP
<b>Établissement 1</b> (focus group 1)	lycée	privé	urbain	non REP
<b>Établissement 2</b> (focus group 2)	lycée	public	semi-rural	non REP
<b>Établissement 3</b> (focus group 3)	collège	public	rural	REP
<b>Établissement 4</b> (focus group 4)	lycée	public	rural	non REP
<b>Établissement 5</b> (focus group 5)	collège	public	semi-rural	non REP
<b>Établissement 6</b> (focus group 6)	collège	public	urbain	non REP

Répartition géographique des établissements scolaires



Figure 5 : Carte des établissements scolaires

## 2-2- Les élèves

### 2-2-1- Caractéristiques des élèves

#### Sexe

17 filles et 20 garçons ont participé à l'étude, soit 37 élèves au total.

#### Âge

L'âge moyen des élèves était de 15,41 ans, le plus jeune avait 14 ans et le plus âgé, 18 ans.

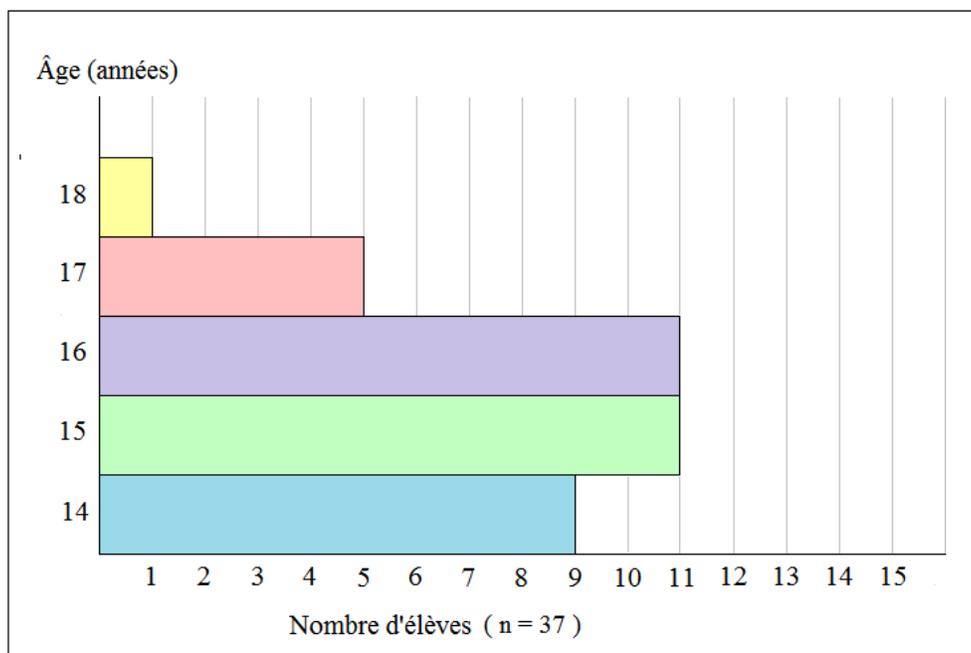


Figure 6 : Âge des élèves

#### Concordance du médecin généraliste avec les parents

À la question : « partages-tu le même médecin généraliste que l'un de tes parents », seuls 2 des 37 élèves ont répondu non. Ils étaient donc 94,59% à consulter le même médecin généraliste qu'au moins l'un de leurs parents.

## Catégorie socioprofessionnelle des parents

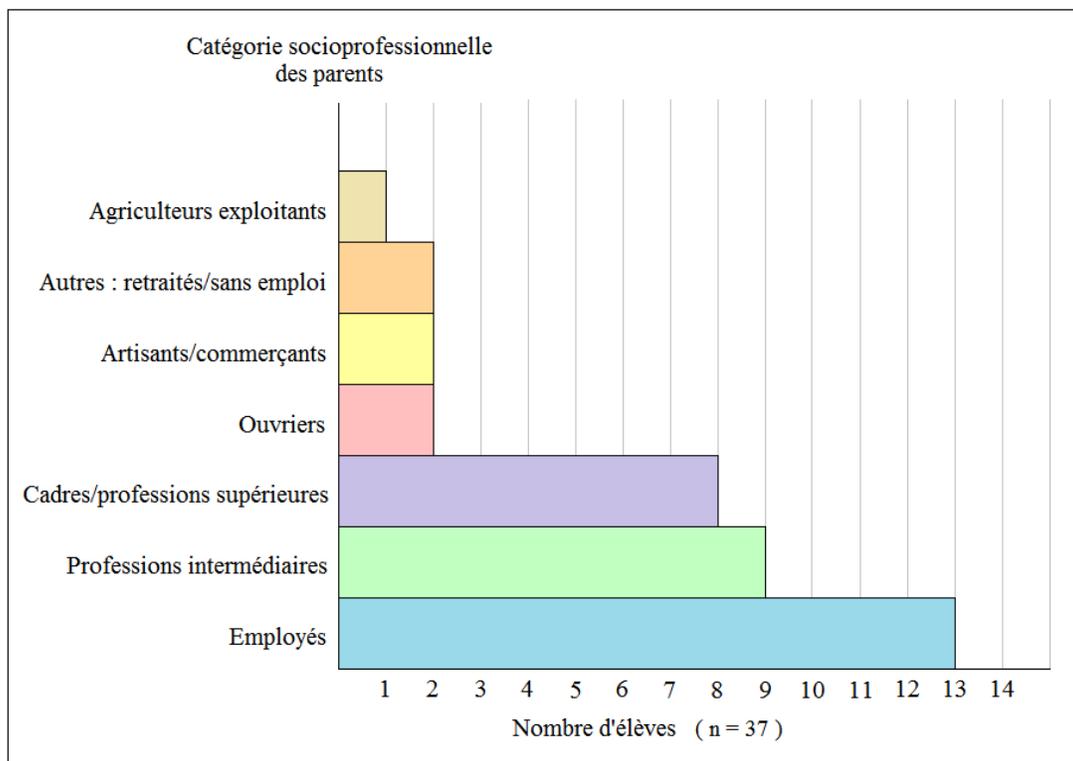


Figure 7 : Catégorie socioprofessionnelle des parents d'élèves

## Filière générale ou professionnelle

Ils étaient 14 élèves à être inscrits en filière professionnelle contre 23 en filière générale.

## Lieu de domicile des élèves

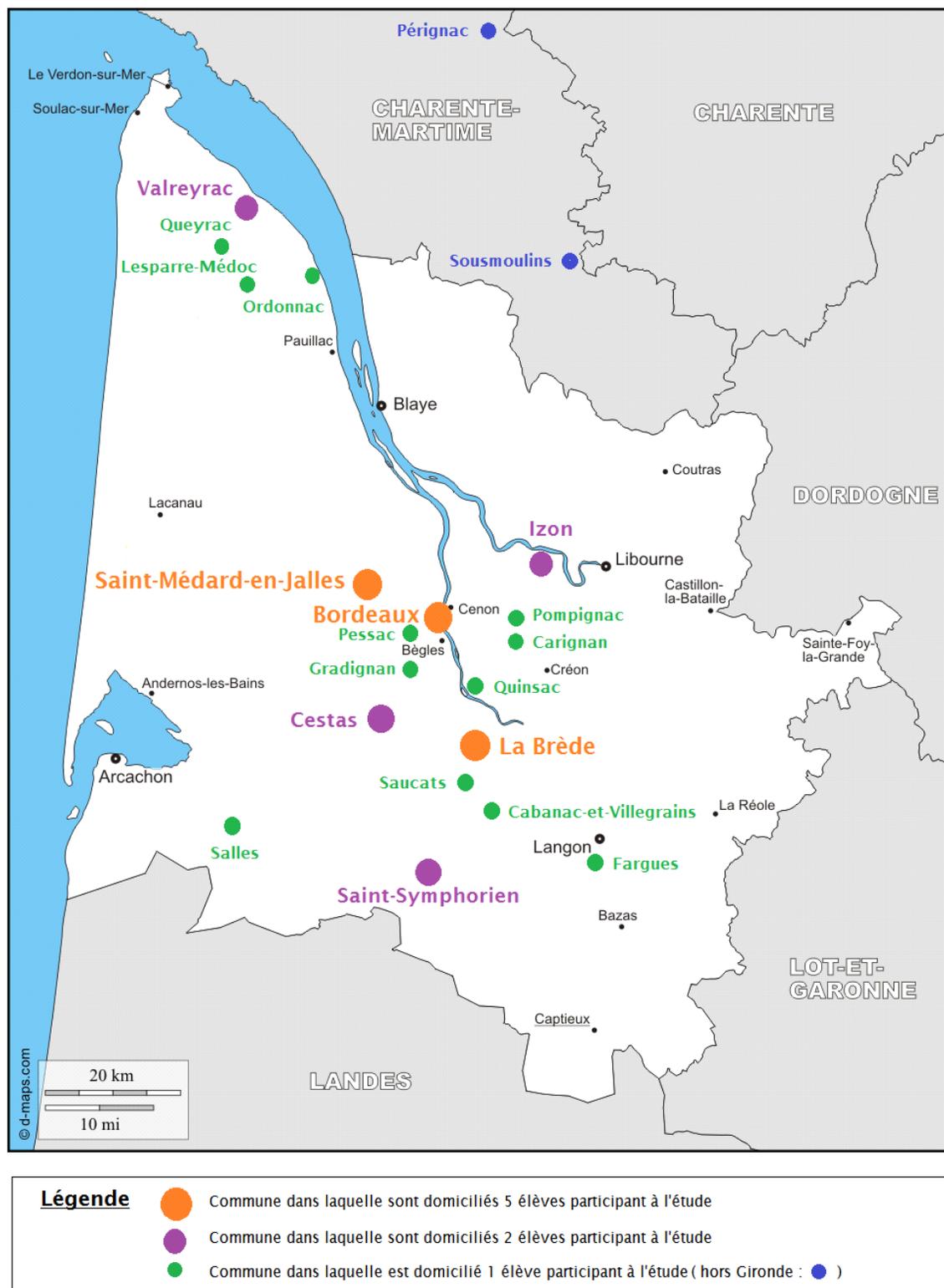


Figure 8 : Carte, lieu de domicile des élèves

## **2-3- Les focus groups**

### **2-3-1- Répartition des élèves dans les focus groups**

Les 37 élèves étaient répartis dans les 6 focus groups de la façon suivante :

- 8 élèves dans le focus group 1
- 6 élèves dans les focus groups 2, 4, 5 et 6
- 5 élèves dans le focus group 3

### **2-3-2- Caractéristiques des focus groups**

#### Caractéristiques sociodémographiques

Les focus groups avaient des caractéristiques très différentes les uns des autres de part la constitution de leur échantillon d'élèves.

Concernant le sexe, les focus groups 2 et 4 présentaient une parité stricte. Le focus group 3 avait la particularité de n'inclure qu'un seul garçon dans son effectif par opposition au focus group 6 dans lequel il n'y avait qu'une fille.

Le focus group 1 avait la spécificité d'être représenté par des élèves scolarisés dans le seul établissement scolaire privé participant à l'étude et dont les parents appartenaient à des catégories socioprofessionnelles élevées (cadres et professions intellectuelles supérieures, chefs d'entreprise,...). À contrario, le focus group 3 était composé d'élèves dont les parents étaient associés à des catégories socioprofessionnelles plus défavorisées (un ouvrier et des employés) ; l'établissement scolaire était situé à Lesparre-Médoc.

Seul le focus group 1 réunissait des élèves à la fois issus des filières générales et professionnelles. Les focus groups 3, 5 et 6 étaient composés uniquement par des élèves inscrits en filière générale, tandis que les focus group 2 et 4 ont été réalisés dans des établissements professionnalisants.

Les plus jeunes participants à l'étude se trouvaient dans les focus groups 5 et 6, le dernier ayant la particularité de ne réunir que des élèves de 14 ans. Le focus group 1 était celui qui présentait la plus grande diversité en matière d'âge : de 15 à 18 ans.

L'ensemble des caractéristiques des élèves participant aux différents focus groups sont présentés dans un tableau en ANNEXE 14.

### Période et lieu de réalisation des focus groups

Les focus groups se sont déroulés entre le 24 mars 2016 et le 20 juin 2016, soit sur une période de 3 mois.

Tous les focus groups ont eu lieu dans l'enceinte des établissements scolaires :

- 4 focus groups dans des salles de cours
- 1 focus group dans une salle de réunion
- 1 focus group dans un centre de documentation et d'information (CDI)

### Durée des focus groups

La durée moyenne des focus groups était de 34 minutes et 51 secondes.

Tableau 3 : Durée des focus groups

	<b>Durée</b>
<b>Focus group 1</b>	41 minutes 57 secondes
<b>Focus group 2</b>	36 minutes 12 secondes
<b>Focus group 3</b>	27 minutes 40 secondes
<b>Focus group 4</b>	34 minutes 21 secondes
<b>Focus group 5</b>	37 minutes 06 secondes
<b>Focus group 6</b>	31 minutes 53 secondes

### 3- ANALYSE THÉMATIQUE : PAR FRÉQUENCE DE MOTS

Les 3 mots les plus utilisés par les élèves étaient « *parent(s)* » (n=209), « *médecin(s)* » (n=175) et « *mère* » (n=57). Ils correspondaient aux protagonistes en lien avec la question de recherche.

Les expressions « *secret* », « *secret médical* » ou « *secret professionnel* » étaient cités 43 fois.

La « *confiance* » (n=26) faisait partie des noms communs les plus couramment employés.

Les types de médecin les plus fréquemment cités étaient les « *généraliste(s)* » (n =27), les « *psychiatre(s)* » (n=8) et les « *gynécologue(s)* » (n=7). Les « *psychologue(s)* » était cités 7 fois.

L'adjectif « *enceinte(s)* » était autant utilisé dans les discussions des élèves que l'adjectif « *malade* », c'est-à-dire 17 fois.

D'autres termes ont été particulièrement utilisés par les élèves :

Tableau 4 : Autres mots fréquemment employés par les élèves

Noms communs	Adjectifs qualificatifs	Verbes
droit(s) (n=22)	grave(s) (n=16)	divulguer (n=32)
besoin(s) (n=22)	gênant(s) (n=14)	confier (n=12)
famille (n=21)	inquiet(s) (n=13)	respecter (n=7)
ami(s) (n=18)		
danger(s) (n=17)		
contraception (n=12)		
adolescent(e)(s) (n=10)		
maturité (n=9)		
suicide(s) (n=6)		

Un nuage de mots-clés a ainsi été obtenu : il s'agit d'une représentation visuelle des mots les plus couramment utilisés par les élèves, la police de caractère étant d'autant plus grande que l'apparition du mot est fréquente dans les verbatim. (ANNEXE 15)

## 4- ANALYSE THÉMATIQUE : PAR ENCODAGE

### 4-1- Les représentations

#### ➤ Les représentations du secret médical

##### 4-1-1- Le contenu du secret médical

###### Ce que le patient dit au médecin

Dans la plupart des focus groups, les élèves étaient d'accord pour dire que le secret médical couvrait ce que le patient confiait à son médecin.

-FG4/E5 : « *le médecin il doit garder secret tout ce que le patient lui dit, il ne doit pas divulguer* »

-FG5/E3 : « *on peut dire des choses au médecin et il ne doit pas les répéter* »

###### Les problèmes personnels

Ils étaient deux élèves à considérer que le secret médical couvrait aussi les problèmes personnels des patients.

-FG2/E4 : « *il doit s'engager à ne jamais répéter les problèmes personnels des autres* »

-FG2/E6 : « *une fille elle peut venir vous voir pour un peu n'importe quoi et si c'est très personnel en théorie le médecin...doit garder le secret* »

###### Le motif de la consultation et l'identité du patient

Un seul élève a déclaré que le motif de consultation et l'identité du patient devaient être couverts par le secret médical.

-FG1/E4 : « *il ne doit pas divulguer l'identité ou ce qu'a le patient* »

###### « Tout »

Ils étaient plusieurs à penser que le secret médical couvrait finalement « tout ».

-FG3/E4 : « *tout ce qui se passe dans son bureau, il a pas le droit d'en parler en dehors* »

-FG6/E1 : « *bah tout ! Tout ce qu'ils peuvent savoir sur nous, ou ce qu'on leur raconte, ils doivent absolument le garder pour eux, ils n'ont pas le droit de le dire à quelqu'un* »

##### 4-1-2- Personnes impliquées dans le secret médical

### Le médecin et le patient

Les élèves des différents focus groups étaient d'accord pour dire que le secret médical concernait le médecin et le patient.

-FG1/E3 : « *c'est entre le patient et son médecin* »

-FG3/E2 : « *c'est le secret médical du coup ça reste entre lui, heu entre le patient et le médecin* »

### Secret partagé à d'autres médecins

Certains élèves pensaient que le médecin pouvait partager des informations médicales concernant un patient à d'autres médecins.

-FG1/E3 : « *quand le médecin généraliste détecte une maladie et demande un avis à un spécialiste, après il y a forcément une relation entre les spécialistes, les médecins traitants* »

-FG5/E6 : « *il peut parler à d'autres médecins, savoir s'ils ont eu un même cas, par exemple, si c'est pas quelque chose qu'il a déjà vu* »

### Secret partagé à d'autres professionnels de santé

Ils étaient quatre élèves, tous issus de focus groups différents, à dire que le secret médical pouvait être partagé par le médecin avec des professionnels de santé autres que les médecins.

-FG4/E4 : « *et puis tous les médecins, les infirmiers, les aides soignants* »

-FG5/E5 : « *quand il doit confier notre cas à un psychologue* »

-FG6/E4 : « *c'est avec tous ceux qui travaillent dans le milieu médical* »

### Pas de secret partagé

Cependant, tous les élèves n'étaient pas d'accord avec la possibilité du secret partagé. En effet, un élève a déclaré que le secret médical excluait les autres médecins.

-FG1/E4 : « *C'est un médecin qui voit par exemple un patient, il se doit de respecter le patient et de ne pas divulguer à d'autres personnes ou à d'autres médecins* »

## **4-1-3- Les dérogations au secret médical**

### Les maladies

Concernant les éventuelles dérogations au secret médical, ils étaient quatre élèves à citer les maladies suivantes : le cancer, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les maladies génétiques.

-FG4/E1 : « *le SIDA par exemple* »

-FG4/E4 : « *les cancers* »

-FG5/E6 : « *ça peut être aussi une malformation génétique* »

### Dérogations au secret médical pour les mineurs :

#### -Maltraitance

Les élèves du focus group 5 considéraient que la maltraitance représentait une dérogation au secret médical pour les mineurs ; si elle était le fait des parents, le médecin pouvait prévenir les services sociaux ou les services de police.

-FG5/E5 : « *s'il est maltraité par les parents* »

-FG5/E6 : « *Oui à l'assistante sociale.* »

-FG5/E2 : « *Prévenir la police.* »

-FG5/E3 : « *Les services sociaux.* »

-FG5/E4 : « *L'aide à l'enfance.* »

#### -Risque suicidaire et mise en danger

En cas de risque suicidaire ou de mise en danger, plusieurs élèves ont déclaré que le médecin devait déroger au secret médical et prévenir les parents.

FG1/E2 : « *Oui, par exemple au niveau de la psychiatrie, quand un adolescent se confie sur des envies suicidaires, le psychologue ou le médecin va dire aux parents : « faites attention, y a ça qui se passe dans sa vie, il faut faire très attention à votre enfant parce qu'il est en danger »*

FG1/E4 : « *Quand ça porte atteinte à la santé, à la vie du patient. Si par exemple il a des envies suicidaires, c'est là où il faudra en parler...* »

#### -Harcèlement scolaire

Ils étaient deux élèves issus de focus groups différents à déclarer que le harcèlement scolaire constituait une dérogation au secret médical pour les mineurs.

-FG1/E2 : « *harcèlement scolaire* »

-FG/E4 : « *le harcèlement oui* »

Pour la plupart des élèves, le secret médical couvrait les confidences faites par les patients à leur médecin. Il concernait le patient et son médecin, le secret pouvant être aussi partagé à d'autres professionnels de santé. Les principales dérogations pour le mineur étaient la maltraitance, le harcèlement scolaire et le risque suicidaire.

## ➤ Les représentations du droit au secret médical

### 4-1-4- Droit au secret médical des mineurs

#### Les mineurs ont le droit au secret médical

Les élèves avaient un avis très partagé quant à la possibilité du secret médical pour les mineurs. Ils étaient tout de même une majorité à penser que les mineurs avaient le droit au secret médical.

-FG1/E5 : « moi je dis oui. Par exemple, les jeunes femmes si elles veulent, y a des aides pour la contraception. Si les parents ne sont pas d'accord et que les enfants eux veulent cette contraception, ils ne sont pas obligés d'en parler aux parents, et c'est juste une relation entre le patient et le médecin »

-FG6/E6 : « chacun a le droit à son intimité. Donc si l'enfant ne veut pas que ses parents assistent à la séance, il a le droit »

#### Les mineurs n'ont pas le droit au secret médical

Une partie des élèves pensait au contraire que seuls les majeurs pouvaient bénéficier du secret médical.

-FG3/E3 : « quand t'es mineur non. Après quand t'es majeur oui... »

-FG6/E3 : « avec un mineur je ne pense pas qu'ils aient le droit. »

#### Ça dépend

Parmi les élèves qui pensaient que les mineurs avaient le droit au secret médical, ils étaient nombreux à considérer que ce droit dépendait de certaines circonstances.

-FG6/E1 : « en fait ça dépend des conversations »

-FG3/E4 : « bah ça dépend pourquoi »

### 4-1-5- Âge fixé pour le droit au secret médical chez les mineurs

La question de l'âge à partir duquel les adolescents pouvaient bénéficier du secret médical a permis d'obtenir des réponses très divergentes. Aucune tendance particulière ne s'est dessinée, la fréquence des différents types de réponses étant à peu près égale. À noter que les avis des élèves appartenant au même focus group n'étaient pas unanimes : la question divisait.

#### Quel que soit l'âge

Certains élèves considéraient que le secret médical était accessible à tout âge, y compris chez les mineurs.

-FG2/E6 : « *Tout âge.* »

### Ce n'est pas une question d'âge

Pour d'autres, il était impossible de fixer un âge car l'ouverture du droit au secret médical pour les mineurs ne dépendait pas de l'âge.

-FG4/E5 : « *je ne pense pas qu'il y ait un âge* »

-FG6/E1 : « *non, c'est pas vraiment une question d'âge, ça dépend* »

### Âge précis énoncé

Un certain nombre d'élèves ont annoncé un âge précis à partir duquel ils pensaient que les mineurs avaient le droit au secret médical.

-FG1/E8 : « *à 16 ans car c'est le moment où on commence à avoir la carte vitale* »

-FG2/E1 : « *12 ans...* »

-FG2/E5 : « *15 ans.* »

-FG2/E3 : « *13 ou 14* »

### À 18 ans, la majorité

D'autres considéraient que seuls les majeurs avaient le droit au secret médical, pas les mineurs.

Ils étaient 4 élèves à déclarer que la majorité ouvrait le droit au secret médical.

-FG3/E4 : « *déjà on a des libertés à partir de 18 ans, donc du coup à ce moment là on peut très bien se débrouiller seul sans nos parents, et ils sont pas obligés d'être au courant. Mais avant ils peuvent être au courant.* »

-FG3/E3 : « *quand t'es mineur non. Après quand t'es majeur oui* »

### Pas chez les mineurs les plus jeunes

Certains élèves pensaient que la confidentialité était impossible pour les mineurs les plus jeunes, chez les enfants.

-FG1/E5 : « *si vraiment c'est un enfant et qu'il a entre 6 et 10 ans, il faut que les parents soient informés* »

-FG5/E5 : « *à part quand on est bébé, ou un enfant jeune* »

### Préadolescence et adolescence

Enfin d'autres élèves considéraient que c'était le début de l'adolescence voire de la préadolescence qui conditionnait le droit au secret professionnel, sans fixer d'âge précis.

-FG1/E2 : « ouais à la préadolescence je pense. À la préadolescence, quand le corps commence à se transformer, les mentalités aussi »

-FG1/E5 : « s'il commence à rentrer dans la préadolescence ou dans l'adolescence entre 12 et 15 ans, je pense que là il peut commencer à y avoir des relations entre le médecin et lui et qu'il peut y avoir le secret médical qui rentre en compte »

#### **4-1-6- Éléments qui conditionnent le secret médical pour les mineurs**

##### Le degré de gravité

Selon la plupart des élèves, l'âge n'était donc pas le seul facteur pris en compte quant à la possibilité du secret médical pour les mineurs. Une majorité d'entre eux ont déclaré que le degré de gravité de la situation dans laquelle se trouvait le mineur conditionnait son accessibilité au secret professionnel : les mineurs auraient le droit à la confidentialité, sauf en cas de circonstances graves où le médecin serait obligé d'en référer aux parents.

-FG4/E3 : « ça dépend de la gravité »

-FG2/E6 : « le médecin doit pas en avertir les parents si jamais ça ne met pas la vie en danger de l'enfant »

-FG2/E6 : « le médecin, au bout d'un moment, il va prendre la responsabilité d'en parler aux parents en se disant que c'est quand même une personne mineure qui est en face de lui, et que si sa vie est en danger... »

##### Le motif de consultation :

##### -Gynécologie

Les élèves étaient d'accord pour dire que les motifs de consultation gynécologique, en particulier la contraception et l'IVG, pouvaient être couverts par le secret médical, même chez un mineur.

-FG1/E5 : « les jeunes femmes si elles veulent, y a des aides pour la contraception. Si les parents ne sont pas d'accord et que les enfants eux veulent cette contraception, ils ne sont pas obligés d'en parler aux parents, et c'est juste une relation entre le patient et le médecin »

-FG6/E6 : « par exemple elle tombe enceinte, qu'elle va voir son médecin pour lui demander des renseignements pour comment avorter et qu'elle dit : "moi je veux pas que les parents soient au courant " et bah les médecins ils ont pas le droit de désobéir à ce qu'a demandé le patient »

##### -Mal-être psychologique

Ils étaient plusieurs à penser qu'un adolescent mineur venant consulter son médecin traitant pour un problème psychologique ou psychiatrique, avait le droit au secret médical.

-FG1/E6 : « *je pense par exemple, pour ce qui est de la psychiatrie, il y a des choses qui ne peuvent pas être divulguées aux parents* »

-FG6/E6 : « *par exemple, dans des maladies causées par le stress, on peut confier à son médecin de ne pas dire que... Que c'est à cause d'une certaine chose qui se passe à l'école que les notes sont moins bonnes, et garder le secret avec son médecin* »

### Maturité, capacité de discernement

Pour la plupart des élèves, c'était surtout la maturité et la capacité de discernement qui conditionnaient la possibilité du secret médical pour un mineur, et non son âge.

-FG1/E6 : « *par exemple, la maturité c'est quelque chose qui ne dépend pas de l'âge et il faut que le médecin juge par lui-même* »

-FG2/E2 : « *c'est à l'âge de la raison. Là où on est en âge de comprendre ce qui se passe* »

-FG4/E3 : « *la maturité. Si on est assez mature pour décider ce qu'on veut vraiment* »

### Cadre familial

Plusieurs élèves ont déclaré que le cadre familial constituait aussi un élément important quant à la possibilité du secret médical pour un mineur : si l'environnement familial n'était pas propice à la confiance, s'il existait des conflits entre le mineur et ses parents, l'adolescent pouvait avoir accès à la confidentialité.

-FG1/E6 : « *oui, ça dépend de l'environnement familial et des relations des parents et des enfants (...) si le cadre familial encore une fois est difficile, là il peut y avoir un secret médical* »

### Conviction des parents

Un seul élève considérait que les convictions des parents pouvaient être un élément pris en compte quant au secret médical pour les mineurs.

-FG2/E5 : « *par rapport peut être aux convictions des parents parfois aussi* »

## **4-1-7- Réglementation du secret médical**

### Régi par la loi

La plupart des élèves s'exprimant sur la réglementation du secret médical savaient que le secret professionnel était régi par la loi.

-FG5/E1 : « *c'est géré par la loi* »

-FG1/E3 : « *les médecins doivent le respecter sinon ils peuvent avoir des soucis de justice* »

-FG6/E6 : « *oui, c'est sûr parce que de toute façon après il y a des lois derrière, s'il ne le respecte pas y a des condamnations* »

### Règle déontologique

Plusieurs élèves ont aussi déclaré que le secret médical était le fait d'une règle déontologique, les médecins ayant prêté serment.

-FG1/E3 : « *c'est une des règles que le médecin se donne, déontologique (...) Puisque dès le début, le médecin il a fait un serment, le serment d'Hippocrate et il se doit de respecter le client* »

-FG5/E1 et E6 : « *il a prêté serment* »

### Signature d'un contrat

Ils étaient deux élèves dans le focus group 3 à penser que le médecin devait signer un contrat qui assurait la confidentialité.

-FG3/E2 : « *non je crois qu'il doit signer un papier* »

-FG3/E3 : « *oui, il doit signer ou quelque chose comme ça...* »

## **4-1-8- La personne qui décide du secret médical**

### Le mineur décide

Ils étaient une majorité à déclarer que c'était au mineur de décider s'il voulait ou non bénéficier du secret médical.

-FG6/E6 : « *donc si l'enfant ne veut pas que ses parents assistent à la séance, il a le droit je pense. Donc je pense que ça tient de l'avis de l'enfant plutôt que de l'avis des parents* »

-FG2/E6 : « *Si tu dis que tu veux pas, par exemple si une fille (...) elle dit : " moi je veux pas que les parents soient au courant " et bah les médecins ils ont pas le droit de désobéir à ce qu'a demandé le patient* »

### Le médecin décide

Ils étaient 2 élèves à déclarer que c'était au médecin de juger de la situation afin d'accorder ou non la confidentialité à un patient mineur.

-FG1/E6 : « *après c'est au spécialiste de juger, sans cette fois l'accord du patient, de divulguer des informations pour son bien* »

-FG1/E6 : « *par exemple, la maturité c'est quelque chose qui ne dépend pas de l'âge et il faut que le médecin juge par lui-même* »

### Les parents décident

Un seul élève pensait que la décision revenait aux parents.

-FG2/E2 : « *Les parents.* »

Les élèves avaient un avis très partagé sur la possibilité du secret médical pour les mineurs. Ils étaient une majorité à penser que la confidentialité était envisageable chez un mineur mature, pour des motifs de consultations gynécologiques et psychologiques, et si la vie de celui-ci n'était pas en jeu.

La plupart savaient que le secret professionnel était régi par la loi et qu'il s'agissait aussi d'une règle déontologique pour le médecin qui avait prêté serment. Beaucoup d'élèves considéraient que c'était à eux de décider s'ils voulaient bénéficier ou non du secret médical ; d'autres pensaient que c'était au médecin d'en juger en fonction des circonstances.

## ➤ Les représentations vis-à-vis du médecin généraliste

### **4-1-9- Représentations favorables à la confiance**

#### Personne de confiance

La majorité des élèves percevait le médecin généraliste comme une personne de confiance.

-FG2/E1 : « *une personne de confiance* »

-FG2/E1 : « *oui mais tu fais confiance, tu connais pas mais tu fais confiance* »

-FG2/E2 : « *j'ai toujours su que vous les médecins vous ne diriez rien à mes parents* »

#### Quelqu'un d'extérieur

Le fait que le médecin généraliste soit une personne extérieure représentait un atout pour certains élèves.

-FG2/E6 : « *se confier à une personne qui le voit d'un point de vue extérieur, et qui pourra éventuellement aider, donner des conseils et surtout ne rien dire* »

-FG5/E6 : « *au moins le médecin c'est quelqu'un d'extérieur, on le voit pas tout le temps* »

### Connu depuis toujours

Deux élèves, issus de focus groups différents, percevaient leur médecin généraliste comme une personne connue depuis longtemps.

-FG2/E1 : « *Mais non ! Le médecin tu le connais depuis que t'es petit !* »

-FG5/E3 : « *oui, si ça fait longtemps qu'on l'a* »

### Pas de jugement

Un seul élève considérait le médecin généraliste comme une personne capable d'apporter son aide sans juger.

-FG2/E4 : « *il doit pouvoir aider mais sans juger* »

## **4-1-10- Représentations non favorables à la confiance**

### Un inconnu

Pour un certain nombre d'élèves, le médecin généraliste représentait un inconnu.

-FG2/E2 : « *bah parce que c'est un inconnu devant moi* »

-FG3/E4 : « *je sais pas si je pourrais lui en parler. Après moi, quand je connais pas les personnes, je parle pas* »

### Quelqu'un qui n'est pas apprécié

Ils étaient quelques élèves à déclarer qu'ils n'aimaient pas leur médecin généraliste.

-FG3/E2 : « *moi j'aime pas les docteurs (...) ça dépend des docteurs en fait. Moi j'en ai un, je l'aime pas trop.* »

-FG4/E5 : « *franchement le médecin, j'ai rien à lui dire, je l'aime pas trop, de toute façon il ne m'écoute pas vraiment...* »

### Pas un confident

Plusieurs élèves ne percevaient pas leur médecin traitant comme un éventuel confident.

-FG4/E6 : « *moi je vois pas pourquoi j'irais en parler à mon médecin. Si j'ai des problèmes, je vais voir un psychologue* »

-FG3/E2 : « *C'est pas comme mon meilleur ami, je vais pas aller me confier comme ça... Je serais pas à l'aise !* »

### Manque de confiance

Certains élèves n'accordaient pas leur confiance à leur médecin traitant, et craignaient un manque de discrétion de sa part.

-FG3/E3 : « y a certains médecins, ils en parlent après »

-FG3/E 4 : « après faut qu'il soit franc avec nous. Parce qu'il peut très bien nous dire qu'il va pas le dire alors qu'il va le dire »

Pour une partie des élèves, le médecin généraliste représentait une personne de confiance, connue depuis longtemps. Il s'agissait de quelqu'un d'extérieur à qui il était possible de se confier et qui apportait son aide sans émettre de jugement. Pour d'autres, le médecin était perçu comme un inconnu à qui il était difficile d'accorder sa confiance.

## 4-2- Les expériences

### ➤ Les expériences en consultation

#### 4-2-1- Type de médecin consulté

##### Médecin généraliste

Tous les élèves ont déclaré être suivis par un médecin généraliste, excepté un élève.

-FG2/E6 : « je vais chez le médecin généraliste »

-FG5/E5 : « généraliste aussi et de toute ma famille »

##### Médecin parent

Le seul élève qui ne consultait pas de médecin généraliste était suivi par sa mère qui était pédiatre.

-FG1/E4 : « ça peut être un pédiatre aussi, enfin moi c'est ma mère et elle continue toujours à me suivre. »

##### Gynécologue

Une élève a déclaré avoir déjà consulté un gynécologue et une autre, en avoir l'intention.

-FG2/E6 : « oui mais j'irai voir une gynécologue »

-FG4/E2 : « moi ça m'est déjà arrivé, chez la gynécologue »

### Autres spécialistes

En cas de besoin, les élèves ont déclaré aller consulter des spécialistes.

-FG1/E2 : « *le spécialiste si y a besoin* »

## **4-2-2- Motifs et fréquence des consultations**

### Motifs :

La grande majorité des élèves a cité trois principaux motifs de consultation qui les amenaient à consulter le médecin généraliste :

#### -Maladies

La maladie était le premier motif de consultation chez le médecin généraliste cité par les élèves.

-FG1/E3 : « *quand on est malade on va chez lui, il nous prescrit des médicaments...* »

-FG5/E6 : « *quand on est malade, quand on a des problèmes de santé* »

#### -Certificats de non contre indication au sport

Les certificats de non contre indication au sport étaient le second motif de consultation cité par les élèves.

-FG1/E6 : « *Pour faire des certificats médicaux pour le sport* »

#### -Douleurs et les blessures

Les douleurs et les blessures conduisaient aussi les élèves à consulter leur médecin généraliste.

-FG4/E5 : « *pour les blessures, en général je vais voir le médecin quand je me blesse* »

-FG3/E2 : « *quand j'ai des douleurs à la cheville* »

#### -Autres

Enfin, les accidents de la voie publique et les vaccinations étaient des motifs de consultation cités par deux élèves :

-FG5/E3 : « *ou quand on doit se faire vacciner... Je vais chez mon médecin* »

-FG1/E3 : « *quand tu as un accident de moto* »

## Fréquence :

### -Rarement

Ils étaient une majorité à déclarer n'aller que rarement chez le médecin.

-FG6/E6 : « *c'est rare que j'aille chez le médecin généraliste* »

-FG2/E2 : « *je suis très rarement malade, je vais très rarement voir le médecin* »

### -Régulièrement

Néanmoins certains élèves ont déclaré consulter souvent leur médecin traitant.

-FG2/E1 : « *et j'y vais souvent pour l'asthme* »

## **4-2-3- Accompagnants en consultation**

### Accompagné

La plupart des élèves ont dit être systématiquement accompagnés en consultation.

-FG6/E4 : « *j'y suis jamais allé tout seul* »

-FG6/E6 : « *toujours avec quelqu'un qui est là pour moi* »

### Parfois seul, parfois accompagné

Certains élèves ont déclaré que, selon le motif de consultation, il leur arrivait de consulter seuls leur médecin.

-FG1/E3 : « *non ça dépend pourquoi, il y a certaines fois où j'y vais seul* »

-FG2/E1 : « *pour une licence j'y vais seul, quand je suis malade, avec mes parents* »

### Toujours seul

Ils n'étaient que deux élèves à se rendre systématiquement seuls chez le médecin.

-FG2/E4 : « *moi toujours seul* »

-FG2/E5 : « *moi ça fait quelques années, ouais toute seule* »

## Accompagnants :

### -Mère

Les élèves étaient une majorité à déclarer être accompagnés par leur mère en consultation.

-FG4/E1 : « *j'y vais toujours avec ma mère moi* »

### -Autres accompagnants

Certains d'entre eux ont dit être accompagnés, soit par leur mère, soit par un autre membre de la famille ; seuls le père et les grands parents ont été cités.

-FG4/E5 : « *ma mère ou mes grands-parents. Mais souvent mes grands-parents parce que quand je suis malade ma mère elle travaille* »

-FG4/E2 : « *ma mère ou mon père* »

Un seul élève a déclaré être accompagné chez le médecin uniquement par son père.

-FG2/E6 : « *non moi c'est avec mon père* »

Tous les élèves, excepté un, étaient suivis par un médecin généraliste. La plupart des élèves étaient accompagnés par leur mère et consultaient occasionnellement leur médecin traitant pour des certificats de non contre indication au sport, en cas de maladie ou de blessure.

## ➤ Les expériences dans les relations avec les adultes

### **4-2-4- Relation adolescent parents**

#### Pas de confiance

Malgré une expérience des élèves très partagée sur le sujet, ils étaient légèrement plus nombreux à déclarer ne pas réussir à se confier à leurs parents.

-FG2/E1 : « *moi c'est sûr que je ne me confierais pas à mes parents !* »

-FG2/E6 : « *moi ma mère et mon père ils savent quasiment rien de moi* »

-FG3/E2 : « *J'aime pas parler de moi à mes parents.* »

#### Relations difficiles

Une minorité d'élèves ont déclaré entretenir des relations difficiles voire conflictuelles avec leurs parents.

-FG2/E1 : « *quand je leur dit quelque chose, ça leur passe au dessus ! (...) ils s'en foutent de moi...* »

-FG2/E6 : « *ma mère elle était pas présente pour mon adolescence* »

#### Confiance

Au contraire, un grand nombre d'élèves ont dit avoir confiance en leurs parents.

-FG2/E2 : « *si, mes parents j'ai confiance* »

### Confidences

Même s'ils ne constituaient pas une majorité, ils étaient nombreux à déclarer se confier à leurs parents.

-FG2/E4 : « *moi par exemple, on se dit tout avec mes parents* »

-FG2/E2 : « *après, moi ma mère elle sait tout, je lui cache rien* »

-FG4/E4 : « *oui, je leur dis, ils comprennent, ils savent que je fume. Y a pas de problème avec ça. Mes parents aussi ils fument des joints, alors on peut en parler. Ils sont compréhensifs, je sais que je peux leur en parler* »

### **4-2-5- Ressources dans l'entourage**

#### Adultes ressources dans la famille :

La majorité des élèves a dit pouvoir se confier à des adultes ressources autres que les parents au sein de leur famille.

-FG1/E3 : « *quand on en parle à la famille, il peut y avoir le secret* »

#### -Frères et sœurs, oncles et tantes

Les membres de la famille les plus cités comme adultes ressources par les élèves étaient les frères et sœurs ainsi que les oncles et tantes.

-FG4/E6 : « *la plupart du temps, on ne parle pas de ce genre de choses avec mon frère, mais parfois, si vraiment j'ai un problème, je sais que je peux compter sur lui* »

-FG1/E3 : « *si on en parle pas forcément à la mère ou au père, il y a les oncles et les tantes qui sont autour. Tout dépend du cadre familial, mais y a des tantes ou des oncles qui gardent tout pour eux...* »

#### -Grands-parents, marraine

Quelques élèves considéraient les grands-parents comme des personnes à qui ils pouvaient se confier et une élève a cité sa marraine comme personne ressource.

-FG6/E1 : « *si, je peux en parler à ma marraine* »

-FG4/E1 : « *les grands-parents* »

#### Adultes ressources en dehors de la famille :

#### -Médecin généraliste

Certains élèves ont déclaré qu'il était possible de se confier à des adultes en dehors du cercle familial, le

médecin généraliste étant aussi considéré comme une personne ressource.

-FG2/E5 : « certaines personnes ne veulent pas forcément en parler à leurs parents et pourraient peut être en parler à leur médecin... Je sais pas... moi je sais que je pourrais en parler plus à mon médecin qu'à mes parents »

#### -Conseiller principal d'éducation (CPE) et infirmière scolaire

Certains élèves considéraient qu'il était aussi possible de faire appel à des adultes dans le milieu scolaire : l'infirmière scolaire et le CPE étaient cités comme ressources par deux élèves.

-FG1/E4 : « au lycée, des conseillères, (...) quand on lui dit quelque chose, elle va pas aller le répéter à tout le monde... »

-FG5/E4 : « bah déjà l'infirmière du collège je pense »

#### Mineurs ressources dans l'entourage :

##### -Amis

Les élèves confiaient aussi leurs problèmes à d'autres mineurs, les amis étant cités comme les premières personnes ressources présentes dans leur entourage. La plupart d'entre eux pensaient qu'il était plus facile de se confier à une personne de leur âge qu'à un adulte.

-FG3/E2 : « c'est pas la même chose. Par exemple moi je me confie à mes amis. »

-FG/E6 : « maintenant quand y a pas une entente familiale hyper bien, bah on apprend à tout garder pour soi et juste à en parler à certains potes »

-FG3/E3 : « déjà c'est pas les mêmes personnes. Quelqu'un de notre âge c'est mieux. »

##### -Famille

Quelques élèves ont cité des personnes mineures appartenant à leur famille (frères, sœurs et cousins) comme personnes ressources.

-FG3/E2 : « moi ma cousine et mes sœurs. »

#### Pas de personne ressource dans l'entourage

Ils étaient deux élèves dans le focus group 2 et trois élèves dans le focus group 3 à déclarer n'avoir personne à qui se confier dans leur entourage et à dire « tout garder pour eux ».

-FG3/E5 : « non moi j'en parle à personne »

-FG3/E3 : « moi non plus je dis rien »

Les élèves des différents focus groups entretenaient avec leurs parents des relations très différentes les unes des autres, allant de la confiance au conflit. Ils étaient quasiment aussi nombreux à considérer leurs parents comme des confidents qu'à déclarer ne pas pouvoir se confier eux.

### ➤ Les expériences du secret médical

#### **4-2-6- Le recours au secret médical**

##### A déjà eu recours au secret médical

Deux élèves ont déclaré consulter systématiquement seuls leur médecin traitant et bénéficiaire du secret médical. Cinq autres élèves ont confié avoir déjà eu recours au secret médical.

-FG2/E2 : « j'ai pu aller voir mon médecin sans même le dire à mes parents »

-FG2/E4 : « moi il ne me faisait pas payer pour les trucs comme ça, il me prenait entre deux rendez-vous pour aller discuter... »

##### Motifs de recours au secret médical

Parmi ces élèves, il s'agissait principalement de motifs de consultations gynécologiques et urologiques.

-FG5/E4 : « j'étais toute seule avec le médecin sans ma maman et je crois que c'était parce que j'avais une infection urinaire »

-FG2/E4 : « moi il m'est arrivé un truc récemment (...) Non mais c'était une torsion testiculaire ! »

-FG4/E2 : « moi ça m'est déjà arrivé, chez la gynécologue »

##### Aurait voulu avoir recours

Trois élèves ont confié avoir déjà voulu avoir recours à la confidentialité dans le passé. Ainsi, l'élève qui était suivi par sa mère (pédiatre) a déclaré ainsi :

-FG1/E4 : « c'est sûr que moi des fois j'aimerais bien en parler à d'autres spécialistes plutôt qu'à ma mère qui elle me voit tous les jours et qui du coup...ouais, j'aimerais bien voir un médecin qui soit capable de garder le secret »

#### **4-2-7- Information sur le secret médical pour les mineurs**

##### Pas d'information

Les élèves étaient une majorité à déclarer qu'ils n'avaient jamais été informés de leur droit au secret médical et qu'ils n'avaient pas connaissance de l'existence de cette loi.

-F2/E2 : « *c'est pas forcément une évidence pour tout le monde. Mon médecin il ne m'en a jamais parlé.* »

#### Information donnée

Trois élèves ont déclaré avoir déjà reçu l'information auprès de leur médecin traitant sur la possibilité d'une confidentialité.

-FG2/E4 : « *au tout début de la puberté, il nous en parle vite fait, que s'il y a un souci on peut venir sans nos parents* »

-FG5/E4 : « *que si il y avait un problème ou quelque chose comme ça et que j'osais pas en parler à mes parents, je pouvais demander à prendre un rendez-vous* »

#### Information partielle

Ils étaient quelques élèves à considérer être globalement au courant de la possibilité du secret médical, sans pour autant avoir bénéficié d'une information claire sur le sujet.

-FG5/E3 : « *on est au courant globalement qu'on a le droit mais on n'a pas tous les détails* »

-FG5/E4 : « *on nous en parle pas beaucoup aussi.* »

Parmi les focus groups, ils étaient deux élèves à consulter seuls leur médecin traitant et ainsi bénéficier du secret médical. Ils étaient finalement peu à déclarer avoir déjà eu recours à la confidentialité, principalement pour des motifs de consultations gynécologiques et urologiques, la plupart des élèves n'ayant jamais été informés de leur droit au secret médical.

### **3-3- Les opinions**

#### **➤ Les opinions des adolescents mineurs**

##### **3-3-1- Les raisons de la présence d'un accompagnant en consultation**

#### La distance du cabinet

L'éloignement géographique du cabinet était l'une des raisons évoquée par les élèves pour justifier la présence d'un accompagnant en consultation.

-FG1/E1 : « *en plus il est assez loin, donc avec ma mère* »

-FG2/E6 : « *j'ai la flemme d'y aller à pied en fait !* »

Au contraire, la proximité du cabinet médical était considérée par une élève comme l'explication au fait de se rendre seule chez le médecin.

-FG4/E4 : « *en fait, il habite vraiment à dix minutes de chez moi. Du coup j'y vais à pied, c'est pratique.* »

### Se sentir rassuré

Certains élèves ont confié se sentir intimidés par leur médecin et rassurés par la présence d'un accompagnant en consultation.

-FG3/E2 : « *c'est plus rassurant de pas être seul devant lui* »

-FG3/E2 : « *ça fait peur le médecin parfois!* »

-FG3/E4 : « *moi je préfère être accompagnée* »

### Parents occupés

Enfin, l'activité professionnelle des parents a été citée par une élève comme l'explication au fait de s'être retrouvée seule en consultation avec son médecin.

-FG5/E4 : « *je suis déjà allée au médecin seule. Enfin, ma maman m'a amenée, mais comme elle est partie travailler, je suis restée chez le médecin seule* »

## **3-3-2- Choix d'une personne ressource**

### Confiance

Beaucoup d'élèves considéraient que la confiance était le critère de choix d'une personne ressource, garantissant l'assurance que les secrets confiés ne seront pas divulgués. Certains considéraient que l'ancienneté d'une relation favorisait les confidences.

-FG1/E7 : « *les amis d'enfance, qu'on a depuis longtemps, qui sont toujours là (...) enfin ceux en qui on a vraiment confiance* »

-FG1/E4 : « *quand on lui dit quelque chose, elle va pas aller le répéter à tout le monde, si on lui dit quelque chose de personnel, elle va le garder pour elle* »

### L'expérience

Lorsqu'il était demandé aux participants quel était l'intérêt d'avoir des adultes ressources à qui se confier, ils étaient plusieurs à dire que leur expérience et leurs conseils pouvaient constituer un atout.

-FG1/E4 : « *les adultes ont déjà une expérience et sont plus aptes, je pense de mon point de vue, à comprendre...à nous remettre sur le droit chemin... »*

-FG6/E6 : « *elles ont pas forcément envie d'en parler à leurs parents. Elles préfèrent demander un avis au médecin pour savoir ce qu'elles peuvent faire. »*

Les élèves ont justifié la présence d'un accompagnant en consultation pour deux raisons essentielles : l'éloignement du cabinet et le fait de se sentir rassuré face au médecin.

Le choix d'un adulte ressource dépendait de la confiance accordée par le mineur à cette personne ainsi que de l'expérience dont il pouvait bénéficier.

### **3-3-3- Motifs de consultation nécessitant le secret médical**

#### Motifs gynécologiques :

##### -Contraception

Les motifs de consultation gynécologiques étaient cités 19 fois par les élèves comme nécessitant d'être couverts par le secret médical. La contraception était le premier motif de consultation évoqué par les participants comme relevant de la confidentialité.

-FG1/E4 : « *n'importe quel entretien concernant la contraception, en parler directement à sa mère c'est pas tout de suite évident par exemple, et encore moins quand on est une fille »*

-FG4/E2 : « *oui, si on a peur après un rapport ou si on veut une contraception, genre la pilule du lendemain, on peut aller voir le médecin, c'est moins gênant que d'en parler à sa mère »*

##### -L'IVG

L'IVG était le second motif de consultation cité par les élèves comme nécessitant d'être couvert par le secret médical.

-FG1/E3 : « *les adolescentes qui tombent enceintes, qui font en sorte d'avorter sans que les parents ne soient au courant, dans le secret médical »*

-FG6/E6 : « *dans le cas des filles qui finissent leur adolescence, si elles tombent enceintes sans faire exprès, (...) elles ont pas forcément envie d'en parler à leurs parents. Elles préfèrent demander un avis au médecin pour savoir ce qu'elles peuvent faire »*

### Autres motifs :

#### -Addictions

Les addictions constituaient le troisième motif de consultation évoqué par les élèves comme relevant de la confidentialité.

-FG3/E2 : « *la drogue ou la cigarette, des trucs comme ça* »

-FG6/E4 : « *ou si par exemple il y a des addictions, à des produits...* »

#### -Sexualité et mal-être psychologique

L'abord de la sexualité en consultation et les problèmes psychologiques (ou relevant de la psychiatrie) étaient cités en quatrième position comme motifs de consultation nécessitant d'être couverts par le secret médical.

-FG5/E6 : « *ou si on est triste parce que quelqu'un est décédé. Parfois on n'a pas envie de dire à nos parents qu'on est triste* »

-FG2/E6 : « *Pour certaines choses, les parents sont pas au courant que... L'enfant l'a fait... Bah voilà.... le médecin il s'en fout que tu l'aies fait ou pas. Les parents ils s'en foutent pas du tout, alors leur en parler! Au médecin pourquoi pas, mais les parents...* »

#### -Violence et maltraitance

Les violences et maltraitements infligés aux mineurs étaient cités à quatre reprises dans les focus groups comme des motifs de consultation nécessitant d'être couverts par le secret professionnel.

-FG1/E6 : « *comme exemple je dirais si les parents battent l'enfant, c'est un peu extrême...* »

Les motifs de consultation gynécologiques (contraception, IVG) sont les premiers motifs de consultation cités par les élèves comme nécessitant d'être couverts par le secret médical, suivis par les addictions, l'abord de la sexualité, les problèmes psychologiques et la maltraitance.

### **3-3-4- Raisons du besoin de confidentialité**

#### Sujets gênants

La majorité des élèves ont justifié le besoin de confidentialité par l'existence de certains sujets considérés comme trop gênants pour en discuter avec les parents.

-FG4/E2 : « *bah oui quand même, c'est toujours un peu gênant de parler de ça avec les parents* »

-FG1/E5 : « on a été obligé d'en parler et ça peut être très gênant, surtout dans notre période d'âge entre 13 et 18 ans. »

### Besoin d'intimité

Sept élèves ont expliqué la nécessité du secret médical par un besoin d'intimité.

-FG1/E4 : « non, y a des choses où elle est pas au courant et que je ne lui dirais pas parce que c'est ma vie... »

-FG2/E4 : « on a pas trop envie d'en parler, même aux parents. C'est gênant, c'est un peu intime »

-FG2/E6 : « c'est-à-dire qu'on ne peut pas tout avouer aux parents, on a aussi nos petits secrets... »

### Peur de la réaction des parents

Quelques élèves ont déclaré ne pas aborder certains sujets avec leurs parents par peur de réprimande : la consommation de drogues était un exemple cité.

-FG6/E4 : « bah parce que déjà c'est illégal. C'est illégal et après c'est mauvais pour la santé. Et il y a des risques de mort. Donc c'est juste impossible d'en parler aux parents (...) on risque de se faire engueuler ! »

### L'examen physique

Deux jeunes filles considéraient la présence de leur mère comme un problème lors de l'examen physique en consultation.

-FG4/E2 : « on était toutes les deux en consultation et la gynéco elle a demandé à ma mère de sortir. Du coup, je suis restée seule avec elle pour l'examen et tout, c'est quand même mieux »

-FG2/E6 : « ma mère je lui ai dit qu'elle m'accompagnait pas à l'intérieur, je lui ai dit pour des raisons personnelles, parce que j'étais pudique »

Certains sujets considérés comme gênants, le respect de l'intimité, la peur de la réaction des parents et l'examen physique au cours de la consultation étaient les principaux arguments avancés par les élèves pour justifier leur besoin de confidentialité.

## **3-3-5- Bénéfices du secret médical pour les mineurs**

### Favorise la confiance

La grande majorité des participants aux différents focus groups considéraient que le secret médical

pouvait améliorer la confiance qu'ils avaient vis-à-vis de leur médecin.

-FG5/E2 : « *pour qu'on leur fasse plus confiance sans avoir peur* »

-FG3/E5 : « *on va peut être pouvoir avoir confiance au médecin* »

### Favorise la confiance

Les élèves étaient unanimes pour dire que le secret médical favoriserait les confidences des mineurs. Savoir que le contenu de la consultation ne serait pas révélé aux parents les pousserait à se confier à leur médecin.

-FG1/E6 : « *il y a des choses qu'on va accepter de confier si on sait que les parents ne savent pas* »

-FG1/E7 : « *oui, après ça peut nous libérer en quelque sorte, si on a quelque chose qui nous pèse* »

-FG4/E3 : « *moi je trouve que ça donne la liberté de parole. On pourra peut être plus facilement se confier au médecin* »

### Pour obtenir de l'aide

Un grand nombre d'entre eux pensaient que la confidentialité leur permettrait d'obtenir plus facilement de l'aide de la part de leur médecin.

-FG2/E6 : « *ça permet au moins de se libérer l'esprit et de pouvoir enfin se confier à une personne qui le voit d'un point de vue extérieur, et qui pourra éventuellement aider* »

-FG3/E2 : « *pour pas qu'on se sente seul. Et que même si on peut pas en parler aux parents, on peut quand même en parler à quelqu'un d'autre, et on peut nous aider* »

-FG3/E4 : « *ça permet d'avoir une seconde aide* »

### Pour obtenir des conseils et des réponses à leurs questions

Certains élèves pensaient que le secret médical pourrait permettre aux mineurs d'obtenir des réponses à leurs questions ou des conseils de la part de leur médecin.

-FG2/E4 : « *parce qu'on se pose plein de questions et tout, on est pas forcément au courant de tout* »

-FG6/E6 : « *et bien la conseiller sur quoi faire* »

### Se sentir protégé, rassuré

Quelques uns considéraient que la confidentialité leur conférerait un sentiment de protection, les rassurerait.

-FG1/E6 : « *puis après le fait de savoir que ça reste secret, y a un sentiment de protection un peu et ça peut éviter certaines gênes avec les gens extérieurs* »

-FG6/E6 : « *En gros ça veut dire qu'ils nous mettent pas sur le banc, ils ne nous laissent pas tomber, on*

*sait qu'ils sont là pour nous et ça rassure »*

### **3-3-6- Risques du secret médical pour les mineurs**

#### Mise à l'écart des parents

Une élève considérait que le secret médical pouvait favoriser l'isolement du mineur vis-à-vis de l'aide que pouvaient lui apporter ses parents.

*-FG1/E8 : « après c'est un point de vue mais, pour nous personnellement on a bien besoin que nos parents soient au courant, on a besoin de leur aide »*

#### Mise en danger

Cette élève pensait d'autre part que le secret médical pouvait mettre en danger le mineur.

*-FG1/E8 : « si c'est une personne assez jeune qui a 12-13 ans et des problèmes mentaux ou autre, si le médecin garde tout pour lui sans le confier à quelqu'un d'autre, la personne elle peut être en danger, avec ses soucis »*

#### Réticences des parents

Beaucoup d'élèves ont exprimé leur appréhension vis-à-vis de ce que les parents pourraient penser du secret médical.

*-FG5/E3 : « après ils peuvent être vexés parce qu'on leur fait pas confiance »*

Selon les élèves, les bénéfices du secret médical seraient multiples : il améliorerait leur confiance vis-à-vis du médecin, favoriserait leurs confidences et leur permettrait d'obtenir des conseils et une aide supplémentaire. La principale préoccupation des élèves concernait les éventuelles réticences que pourraient émettre leurs parents.

### **3-3-7- Opinions sur le secret médical pour les mineurs**

#### Opinion favorable

Les élèves avaient en grande majorité une opinion favorable au secret médical et considéraient que la confidentialité était quelque chose d'utile pour les mineurs.

*-FG1/E4 : « c'est nécessaire, c'est une bonne chose »*

*-FG6/E4 : « je pense qu'elle est utile oui, parce qu'on ne va pas tout dire à ses parents »*

### Avis nuancé

Certains élèves restaient tout de même partagés lorsqu'on leur demandait leur opinion sur le secret médical en particulier dans le focus group 6.

-FG2/E1 : « *Si c'est bien, mais c'est pas bien (...) Moi je trouve ça bien parce qu'il y a beaucoup d'enfants qui ont du mal à se confier à leurs parents (...) Mais si par exemple ils ont une tumeur et qu'ils l'ont pas dit... Le secret, ça peut être pas bien aussi.* »

Ainsi, les élèves 1 et 6 du focus group 6 ont exposé leur opinion de la façon suivante :

-E6 : « *Bah c'est pour ça que le secret médical il a...* »

-E1 : « *Des limites.* »

-E6 : « *Des barrières.* »

-E1 : « *C'est pour ça que c'est bien et c'est pas bien.* »

### Ce n'est pas important

Un élève a déclaré que le secret médical n'était pas quelque chose d'important à ses yeux.

## ➤ Opinions supposées des parents

### **3-3-8- Opinions supposées des parents sur le secret médical pour les mineurs**

#### Ils seraient réticents :

##### -Parents vexés

Une majorité d'élèves pensait que les parents seraient réticents au secret médical pour les mineurs. Ils risqueraient de se sentir vexés de ne pas être consultés par leur enfant en cas de problème.

-FG2/E2 : « *moi je pense que mes parents ils réagiraient comme lui, ils le prendraient mal* »

-FG3/E3 : « *Ils vont dire : mais t'as pas besoin du médecin, on est là !* »

-FG5/E4 : « *Ils peuvent ne pas comprendre aussi !* »

##### -Parents inquiets

Beaucoup d'élèves pensaient que les parents risqueraient d'être inquiets de n'avoir plus totalement accès aux informations concernant la santé de leur enfant.

-FG5/E4 : « *ils seraient un peu inquiets je pense. Je veux dire, les parents ils nous ont faits, ils s'occupent de nous depuis qu'on est petit. Je pense qu'ils auraient quand même un peu de mal d'être ok pour pas être au courant de ce genre de choses* »

-FG6/E6 : « *Je pense que les parents vont devenir inquiets parce qu'ils nous ont vu grandir et tout, c'est eux qui se sont occupés de nous à chaque fois qu'on était malade, enfin c'est eux qui nous ont créés, donc c'est difficile pour eux de se dire qu'ils ont plus accès à notre vie privée. Il y aura une barrière et ça va les inquiéter* »

#### -Parents cherchant à obtenir des informations

Quelques élèves considéraient que leurs parents chercheraient sans doute à obtenir des informations sur le contenu de la consultation s'ils avaient recours à la confidentialité.

-FG3/E2 : « *Oui mais après on va se faire questionner* »

#### Ils seraient favorables :

##### -Parents compréhensifs

Un nombre relativement important d'élèves pensaient, au contraire, que les parents pourraient comprendre le besoin de confidentialité de leur enfant.

-FG5/E4 : « *les parents peuvent peut être comprendre le fait qu'on ait besoin de parler à un autre adulte qu'eux (...) Enfin ils y sont déjà passés* »

-FG5/E6 : « *après, en leur expliquant qu'on a envie de garder ça secret, que c'est intime, qu'on a pas vraiment envie que des personnes le sachent, je pense qu'ils peuvent comprendre* »

##### Avis partagé

Globalement, dans les focus groups 5 et 6, l'avis des élèves était partagé : ils étaient plusieurs à penser que les parents pourraient être d'accord avec ce besoin de confidentialité mais n'en resteraient pas moins inquiets.

FG5/E4 : « *Ils seraient d'accord, mais ils seraient un peu inquiets je pense.* »

FG6/E4 : « *Je suis d'accord, je pense qu'ils seraient quand même un peu inquiets. Mais qu'ils seraient d'accord aussi.* »

L'opinion des élèves était globalement favorable au secret médical pour les mineurs même s'ils étaient nombreux à craindre les éventuelles réactions de leurs parents : réticences, vexation, inquiétude. Certains élèves pensaient néanmoins que leurs parents pourraient se montrer compréhensifs vis-à-vis de ce droit à la confidentialité.

## ➤ Les opinions sur l'information du secret médical

### **3-3-9- Abord de la question du secret médical chez le médecin**

#### N'en parleraient pas d'eux-mêmes

La majorité des élèves ne se voyaient pas parler eux-mêmes de la possibilité du secret médical à leur médecin traitant et témoignaient une appréhension à aborder le sujet.

-FG4/E6 : « *pas sûr. Je me vois pas dire à mon médecin : « Hey ! J'ai le droit au secret médical ! »* »

-FG4/E2 : « *jamais je pourrais en parler à mon médecin »* »

### **3-3-10- Propositions de diffusion de l'information aux adolescents mineurs**

#### Affiches

La plupart des élèves s'exprimant sur le sujet considéraient les affiches comme le meilleur mode de diffusion de l'information concernant le secret médical pour les mineurs.

-FG6/E3 : « *mettre des affiches. »* »

#### Lieu d'affichage :

Les élèves ont cité deux types de lieux où l'affichage de l'information devrait selon eux être fait :

#### -les lieux médicaux

-FG5/E2 et E6 : « *dans les lieux médicaux »* »

-FG5/E2 et E6 : « *chez le médecin, au cabinet »* »

-FG5/E3 : « *à la pharmacie »* »

#### -les lieux où se trouvent les mineurs

-FG5/E6 : « *dans les lieux publics, là où y a des mineurs »* »

-FG5/E3 et E4 : « *Et au collège aussi ! »* »

#### Campagne d'information

Dans le focus group 5, les élèves ont spontanément suggéré une stratégie sous forme de « campagne d'information » en utilisant l'exemple des antibiotiques.

-FG5/E4 : « *On nous en parle pas beaucoup aussi... C'est un peu dommage parce que y a des choses...genre : " les antibiotiques c'est pas automatique ", à force de l'entendre à la télé bah au moins on le sait.* »

### Séances d'information

Ils étaient plusieurs élèves à suggérer des séances d'information ou des interventions par des professionnels de santé.

-FG5/E4 : « *ou par des interventions* »

-FG6/E6 : « *au collège y a toujours un médecin ou une infirmière. On peut organiser des séances où on peut prévenir : « À partir de maintenant tu peux avoir le secret médical »* »

### Médias

Un élève a aussi suggéré une diffusion de l'information concernant le secret médical des mineurs dans les médias.

-FG5/E1 : « *ou au journal télévisé* »

Beaucoup d'élèves ont confié ne pas se voir aborder eux-mêmes la question du secret médical avec leur médecin. Se considérant mal informés, ils ont suggéré des campagnes d'information par le biais d'affiches exposées dans les lieux médicaux ou dans les établissements scolaires ainsi que des séances d'information menées par des professionnels de santé.

#### 4-4- Synthèse des résultats

### **REPRÉSENTATIONS**

Pour la plupart des élèves, le secret médical couvrait les confidences faites par les patients à leur médecin. Il concernait le patient et son médecin, le secret pouvant être aussi partagé à d'autres professionnels de santé. Les principales dérogations pour le mineur étaient la maltraitance, le harcèlement scolaire et le risque suicidaire.

La majorité d'entre eux savait que le secret médical était régi par la loi et que la confidentialité était aussi une règle déontologique pour le médecin qui avait prêté serment.

Cependant, les élèves avaient un avis très partagé sur la possibilité du secret médical pour les mineurs. Ils étaient une majorité à supposer que la confidentialité était envisageable chez un mineur mature, pour des motifs de consultation gynécologiques et psychologiques, et si la vie de celui-ci n'était pas en jeu. Beaucoup considéraient que c'était à eux de décider s'ils voulaient bénéficier ou non du secret médical ; d'autres pensaient que c'était au médecin d'en juger en fonction de la situation.

Pour une partie des adolescents interrogés, le médecin généraliste représentait une personne de confiance, connue depuis longtemps. Il s'agissait de quelqu'un d'extérieur à qui il était possible de se confier et qui apportait son aide sans émettre de jugement. Pour d'autres, le médecin était perçu comme un inconnu à qui il était difficile d'accorder sa confiance.

## **EXPÉRIENCES**

Tous les élèves, excepté un, étaient suivis par un médecin généraliste. Ils étaient, pour la plupart, accompagnés en consultation par leur mère. Ils consultaient occasionnellement leur médecin traitant pour des certificats de non contre indication au sport, en cas de maladie ou de blessure.

Les adolescents interrogés entretenaient des relations avec leurs parents très différentes les unes des autres, allant de la confiance au conflit. Ils étaient quasiment aussi nombreux à considérer leurs parents comme des confidentiels qu'à déclarer ne pas pouvoir se confier eux.

Les participants ont dit se confier en premier lieu à des personnes de leur âge, habituellement leurs amis. Ils faisaient aussi appel à des adultes ressources dans leur entourage familial : oncles et tantes, grands parents, frères et sœurs. Seuls certains élèves considéraient leur médecin généraliste comme une personne ressource.

Ils n'étaient que deux élèves à consulter seuls leur médecin traitant et ainsi bénéficier du secret médical. Ils étaient finalement peu à déclarer avoir déjà eu recours au secret médical, principalement pour des motifs de consultation gynécologiques et urologiques, la plupart des participants n'ayant jamais été informés de leur droit à la confidentialité.

Les élèves ont justifié la présence d'un accompagnant en consultation pour deux raisons essentielles : l'éloignement du cabinet et le fait de se sentir rassurés face au médecin. Le choix d'un adulte ressource dépendait de la confiance accordée par le mineur à cette personne ainsi que de l'expérience dont il pouvait bénéficier.

## OPINIONS

Les motifs de consultation gynécologiques (contraception, IVG) étaient les premiers motifs de consultation cités par les élèves comme nécessitant d'être couverts par le secret médical, suivis par les addictions, l'abord de la sexualité, les problèmes psychologiques et la maltraitance.

Certains sujets considérés comme gênants, le respect de l'intimité, la peur de la réaction des parents et l'examen physique au cours de la consultation étaient les principaux arguments avancés par les élèves pour justifier leur besoin de confidentialité.

Selon eux, les bénéfices du secret médical étaient multiples : il améliorerait leur confiance vis-à-vis du médecin, favoriserait leurs confidences et leur permettrait d'obtenir des conseils et une aide supplémentaire. La principale préoccupation des élèves concernait les éventuelles réticences que pourraient émettre leurs parents.

L'opinion des élèves était globalement favorable au secret médical pour les mineurs même s'ils étaient nombreux à craindre les éventuelles réactions de leurs parents : réticences, vexation, inquiétude. Certains pensaient néanmoins que leurs parents pourraient se montrer compréhensifs vis-à-vis de ce droit à la confidentialité.

Beaucoup d'adolescents ont confié ne pas se voir aborder eux-mêmes la question du secret médical avec leur médecin. Se considérant mal informés, ils ont suggéré des « campagnes d'information » par le biais d'affiches exposées dans les lieux médicaux ou dans les établissements scolaires ainsi que des séances d'information menées par des professionnels de santé.

## **5- ANALYSE CROISÉE DES DONNÉES**

### **5-1- Analyse croisée en fonction des caractéristiques des élèves**

#### **5-1-1- En fonction de l'âge**

L'analyse croisée des données a permis de mettre en évidence le facteur « âge » dans les thèmes suivants :

- Les deux élèves se rendant systématiquement seuls en consultation faisaient partie des élèves les plus âgés.
- La majorité des participants déclarant avoir déjà eu recours au secret médical faisait aussi partie des élèves les plus âgés. Il en était de même pour ceux qui déclaraient s'être retrouvés dans des situations où ils auraient voulu bénéficier de la confidentialité.
- La plupart des élèves déclarant se rendre systématiquement accompagnés chez leur médecin traitant faisaient partie des élèves les plus jeunes, tout comme les participants citant l'addiction comme motif de consultation nécessitant d'être couvert par le secret médical.

#### **5-1-2- En fonction du sexe**

L'analyse croisée des données a révélé le facteur « sexe » comme intervenant dans les thèmes suivants :

- Parmi les élèves déclarant que l'addiction était un motif de consultation nécessitant d'être couvert par le secret médical, ils étaient une majorité de garçons.
- Les filles étaient au contraire les plus nombreuses à déclarer que la contraception était un motif de consultation nécessitant la confidentialité.
- La plupart des élèves exprimant un avis nuancé concernant le secret médical pour les mineurs étaient des garçons.

L'analyse croisée des données ne permettait pas d'isoler les facteurs « catégorie socioprofessionnelle des parents » et « partage du médecin traitant par l'un des deux parents » comme intervenant sur les réponses apportées par les élèves dans les différents focus groups.

## **5-2- Analyse croisée en fonction des caractéristiques des établissements scolaires**

### **5-2-1- En fonction de la filière suivie**

Le type de filière suivie par les élèves était un facteur retrouvé dans l'analyse croisée des données comme intervenant sur les thèmes suivants :

- Les deux élèves se rendant systématiquement seuls en consultation suivaient une filière professionnelle.
- Tous les élèves citant le harcèlement scolaire et la maltraitance comme dérogation au secret médical étaient quant à eux inscrits en filière générale, tout comme la majorité des élèves qui déclaraient que la mise en danger du mineur constituait une dérogation.
- La majorité des élèves citant la maturité comme un élément conditionnant le droit au secret médical pour les mineurs suivaient eux aussi une filière générale. Il en était de même pour les élèves qui déclaraient que les problèmes psychologiques et les violences étaient des motifs de consultation nécessitant d'être couverts par le secret médical.
- Ils étaient une majorité à être inscrits dans une filière professionnelle parmi les élèves qui déclaraient que l'abord des sujets « gênants » expliquait le besoin de confidentialité.

### **5-2-2- En fonction de la localisation de l'établissement scolaire**

La localisation de l'établissement scolaire était un facteur retrouvé dans l'analyse croisée des données comme intervenant sur les thèmes suivants :

- Parmi les élèves déclarant que les mineurs avaient le droit au secret médical, ils étaient une majorité à fréquenter un établissement scolaire situé en zone semi-rurale ; ils étaient quant à eux une majorité à fréquenter un établissement situé en zone rurale pour ceux affirmant que les mineurs n'avaient pas droit à la confidentialité.
- Les élèves ayant déjà eu recours au secret médical étaient majoritairement scolarisés dans un établissement situé en zone semi-rurale.
- Parmi les élèves qui ont déclaré que le besoin d'intimité et/ou l'abord de sujets jugés comme gênants en consultation étaient des raisons justifiant le besoin de confidentialité, ils étaient une majorité à fréquenter un établissement scolaire situé en zone semi-rurale. Il en était de même pour les élèves déclarant que la sexualité était un sujet nécessitant d'être couvert par le

secret médical.

- Les élèves affirmant avoir confiance en leur médecin généraliste étaient majoritairement scolarisés dans des établissements scolaires situés en zone semi-rurale contrairement à ceux qui ont déclaré ne pas aimer leur médecin traitant qui étaient, quant à eux, principalement scolarisés dans des établissements situés en zone rurale.

### **5-2-3- En fonction des critères socioéconomiques : établissement REP ou non REP**

L'analyse croisée des données a permis de mettre en évidence le facteur « REP » dans différents thèmes.

Ainsi, les élèves scolarisés dans le seul établissement classé REP de l'étude représentaient la majorité des élèves déclarant :

- ne pas aimer leur médecin généraliste
- ne pas avoir confiance en leur médecin généraliste
- ne pas se confier à leur médecin généraliste
- se sentir rassuré par la présence d'un accompagnant en consultation

D'autre part, tous les élèves scolarisés dans l'établissement classé REP ont déclaré penser que les mineurs n'avaient pas le droit au secret médical.

### **5-2-4- En fonction du type d'établissement scolaire : collège ou lycée**

L'analyse croisée des données a permis de mettre en évidence le facteur « type d'établissement scolaire, collège ou lycée » dans les thèmes suivants :

- La majorité des élèves déclarant être systématiquement accompagnés en consultation étaient scolarisés au collège tandis que les deux élèves se rendant systématiquement seuls chez le médecin étaient quant à eux scolarisés au lycée.
- La majorité des élèves déclarant avoir déjà eu recours au secret médical étaient des lycéens.
- Concernant les dérogations au secret médical, le harcèlement scolaire était principalement cité par les collégiens tandis que le risque suicidaire était plutôt évoqué par les lycéens.
- Les élèves qui ont déclaré que le secret médical favorisait la confiance du mineur envers le médecin étaient majoritairement scolarisés au collège.

### **5-3- Analyse croisée en fonction des focus groups**

#### **Focus groups 2 et 5**

Dans les focus groups 2 et 5, les élèves étaient d'accord pour dire que les mineurs avaient le droit au secret médical.

#### **Focus groups 1 et 6**

Dans les focus groups 1 et 6, les avis étaient clairement partagés quant à la possibilité de la confidentialité pour les mineurs, tout comme dans le focus group 4.

#### **Focus group 3**

Le focus group 3 regroupait les élèves issus du seul établissement scolaire classé REP de l'étude. Les réponses apportées par ses participants se démarquaient de celles données dans les cinq autres focus groups comme vient de le souligner l'analyse croisée des données en fonction des caractéristiques (REP ou non REP) de l'établissement (voir page 93).

#### **Focus group 4**

Tous les élèves déclarant être accompagnés par leurs grands-parents en consultation participaient au focus group 4.

Tableau 5 : Synthèse de l'analyse croisée des données

Thèmes abordés	Profil des élèves
<b>1- Représentations</b>	
Les mineurs ont le droit au secret médical	Semi-rural, focus group 2 et 5
Les mineurs n'ont pas le droit au secret médical	Rural, REP, focus group 3
Les éléments qui conditionnent le droit au secret médical :	
-La maturité	Filière générale
-Les sujets gênants	Filière professionnelle, semi-rural
-Le besoin d'intimité	Semi-rural
Les dérogations au secret médical :	
-La maltraitance	Filière générale
-Le harcèlement scolaire	Filière générale, collégiens
-La mise en danger du mineur	Filière générale
-Le risque suicidaire	Lycéens
Élèves ayant confiance en leur médecin	Semi-rural
Élèves ayant des réticences envers leur médecin	Rural, REP, focus group 3
<b>2- Expériences</b>	
Élèves systématiquement accompagnés en consultation	Élèves jeunes, collégiens
Élèves se rendant systématiquement seuls en consultation	Élèves âgés, filière professionnelle, lycéens
Élèves ayant déjà eu recours au secret médical	Élèves âgés, semi-rural
Élèves ayant voulu avoir recours au secret médical	Élèves âgés
<b>3- Opinions</b>	
Motifs nécessitant d'être couverts par le secret médical :	
-La contraception	Filles
-Les problèmes psychologiques	Filière générale
-Les addictions	Élèves jeunes, Garçons
-L'abord de la sexualité	Semi-rural
Bénéfice du secret médical : améliorer la confiance	Collégiens
Avis nuancé concernant le secret médical	Garçons

# DISCUSSION

---

## 2- DISCUSSION DE LA MÉTHODE

### 1-1- Étude qualitative

En regard du thème proche des sciences humaines et sociales, de la question de recherche et du peu de données disponibles dans la littérature, une étude qualitative a été choisie afin d'explorer la complexité psychosociale du secret médical dans la population des adolescents mineurs.

La recherche qualitative est un ensemble de techniques d'investigation qui vise à décrire et à analyser la culture et le comportement des individus afin de donner un aperçu des représentations, des opinions et des expériences d'une population sur un sujet donné. [38] [39]

Contrairement à la méthode quantitative, cette méthodologie vise plus à comprendre qu'à mesurer en laissant la population choisie s'exprimer ; le but est de refléter la manière dont les participants perçoivent la réalité d'un sujet, comment et pourquoi ils adoptent certains comportements. [38]

Elle permet d'autre part de générer des idées et des hypothèses inconnues auparavant [40] [41], en particulier sur des thèmes n'ayant pas fait l'objet d'investigation comme c'était le cas pour le sujet de cette thèse.

Les limites de la recherche qualitative reposent sur l'aspect subjectif de l'interprétation des données récoltées. L'analyse des comportements ou des opinions exprimées conduisent le chercheur à dégager des hypothèses à travers une démarche interprétative. Cette méthodologie s'expose donc au biais d'interprétation, les résultats obtenus étant subjectifs et difficiles à généraliser [39] ; on parle plutôt de « transférabilité » des résultats. Elle pose enfin le problème de la saturation des données qui reste théorique, ne pouvant être totalement exhaustive.

### 1-2- Focus groups

#### 1-2-1- Les entretiens collectifs

La méthode de recueil des données choisie était celle des focus groups.

Il s'agit d'une technique d'entretien collectif qui repose sur la dynamique de groupe. [38] Elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion, les échanges favorisant l'émergence de représentations ou d'opinions comme une réaction en chaîne. La réunion de personnalités diverses permet aussi d'encourager l'expression d'avis controversés au sein d'un débat, ce qui est impossible dans les entretiens individuels. [38] [41]

L'utilisation de focus groups a aussi été préférée aux entretiens individuels du fait de la population étudiée. Les adolescents sont en effet habitués à interagir dans la société au sein de groupes : groupes de pairs (amis), milieu scolaire (classes), activités extrascolaires (équipes sportives). Il s'agit par ailleurs d'un âge auquel il est difficile de s'exprimer seul devant un inconnu. La présence d'un adulte peut être perçue comme intimidante, créant de ce fait une distance relationnelle non favorable à l'échange et donc au recueil des données. Enfin, contrairement aux entretiens individuels, les focus groups ont un avantage pratique puisqu'ils permettent de réunir en un lieu unique un grand nombre de participants, facilitant ainsi la constitution d'un échantillon de plus grande taille et un recueil de données plus large.

Les limites de cette méthode résultent des aspects « bloquants » de la discussion de groupe : timidité ou réticence à exprimer des idées personnelles en public d'autant plus si des sujets tels que la sexualité ou la consommation de drogues sont abordés. En groupe, les participants peuvent rester dans les idées considérées comme « socio-culturellement correctes » ou être influencés par les réponses données par un éventuel leader dans la discussion. [38]

Enfin, il existe souvent un biais de désirabilité sociale : les participants ayant tendance à se montrer sous une facette positive lorsqu'ils sont interrogés ainsi qu'à afficher une motivation particulière pour le sujet, flattés par leur valorisation en tant qu'« objet d'étude ».

### **1-2-2- Le modérateur**

Afin de limiter le biais d'investigation, le docteur Gérard Ducos, directeur de cette thèse, a été choisi comme modérateur du fait de son expérience des focus groups et de ses connaissances dans le domaine de la prise en charge des adolescents.

La qualité des données recueillies par la méthode des focus groups dépend essentiellement des échanges que le modérateur réussit à développer entre les différents participants.

Il a une fonction d'animateur et doit être capable pour cela de gérer la dynamique de groupe tout en créant un climat de confiance et de tolérance propice à la communication. [38] Il doit s'exprimer de façon claire, précise et adaptée aux participants mais aussi savoir reformuler les questions en cas

d'incompréhension des membres du groupe.

Le modérateur a aussi pour rôle de répartir le temps de parole entre les élèves, certains s'imposant comme leader en monopolisant la discussion et en influençant le groupe, d'autres se révélant plus timides, s'effaçant malgré des opinions qui pourraient enrichir le débat. [41]

Il doit enfin savoir garder quoiqu'il arrive une attitude neutre pour ne pas influencer les réponses des participants et rester flexible afin de modifier, si besoin, l'ordre des questions à la dernière minute pour mieux s'adapter aux interventions des membres du groupe. [38] [40]

### **1-3- La population théorique**

#### **1-3-1- Échantillonnage**

L'échantillonnage dans les études qualitatives par focus groups présente des particularités méthodologiques. La sélection des participants vise moins à refléter la réalité d'une population qu'à explorer la plus grande diversité possible de témoignages afin de panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

Il n'est pas question ici de représentativité de l'échantillon comme dans les études quantitatives, mais plus d'hétérogénéité des individus qui constituent cet échantillon. [38] Celui-ci ne doit pas être le reflet statistique de la population cible mais plutôt un brassage socioculturel le plus large, tous les « genres » devant être représentés.

De ce point de vue, tous les efforts ont été mis en œuvre dans ce travail de recherche pour proposer une population la plus diversifiée possible.

#### **1-3-2- Recrutement des établissements scolaires**

Un échantillonnage raisonné probabiliste a été réalisé pour le recrutement des établissements scolaires. Afin de proposer une variation maximale de l'échantillon, des critères géographiques, éducatifs et socio-économiques ont ainsi été choisis :

- le type d'établissement : collège ou lycée
- le financement : public ou privé
- la filière proposée : générale ou professionnelle
- le site : rural, semi-rural ou urbain
- les critères socio-économiques : REP ou non REP.

### **1-3-3- Recrutement des élèves**

#### Les critères d'inclusion et d'exclusion des élèves

Le choix a été fait d'inclure des élèves âgés au minimum de 14 ans.

Il s'agit en effet d'un âge à partir duquel l'adolescent est confronté à des problématiques particulières en lien avec sa santé (sexualité, contraception, addiction...). C'est aussi un âge à partir duquel il développe une capacité de discernement le poussant vers l'autonomie et l'indépendance. Même si aucun critère d'âge n'est cité dans la loi vis-à-vis de la confidentialité pour les mineurs, l'âge de 14 ans est considéré comme charnière d'un point de vue médico-légal dans des pays comme la Suisse et le Québec. [42] [43]

Les élèves non scolarisés ou incapables de communiquer verbalement ne pouvaient être inclus dans l'étude du fait d'un recueil de données rendu impossible par le protocole. De même, les élèves n'ayant pas obtenu d'autorisation parentale ont été exclus pour des raisons légales : s'agissant de participants mineurs, il était impossible d'outre passer le principe juridique d'autorité parentale dans le cadre de cette recherche.

#### Absence d'information sur le thème de l'étude

D'un point de vue méthodologique, il est important que les participants d'un focus group ne connaissent pas en détail le thème de la réunion pour éviter qu'ils ne se documentent au préalable, car l'objectif est avant tout d'explorer les réactions spontanées et les expériences personnelles des participants. [38]

Cette règle de recrutement a bien été précisée aux chefs d'établissement qui devaient éviter d'utiliser les termes de « confidentialité » et de « secret médical » lors de la sélection des élèves.

### **1-3-4- Biais**

#### Biais de sélection et biais de volontariat

Le principal biais concernant la sélection des établissements scolaires et des élèves participant à l'étude était le biais du volontariat.

Ce biais est lié au fait que les caractéristiques des individus ou des établissements qui se portent

volontaires pour l'étude peuvent être différentes de celles qui décident de ne pas y participer et peut, en ce sens, faire varier le nature des données recueillies.

Il existait par ailleurs un biais de sélection quant au recrutement des collèges et lycées ainsi que des élèves par les chefs d'établissements.

### Base centrale Scolarité et emploi du temps des élèves

Le seul registre disponible en France recensant les élèves scolarisés est la Base centrale Scolarité (BSC). Les données extraites de la BCS couvrent 99% des élèves des établissements du second degré publics et privés. Elles décrivent, d'une part, l'élève par ses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, origine sociale, nationalité) et, d'autre part, son établissement (caractéristiques administratives et géographiques). [44]

Lors de l'élaboration du protocole de l'étude, le Centre Maurice Halbwachs, responsable de la BCS, a été contacté afin d'avoir accès à ce registre. Une demande a été réalisée auprès du réseau Quetelet (réseau français des centres de données pour les sciences sociales) et n'a pu aboutir favorablement. En effet la BSC concernait des informations confidentielles auxquelles nous ne pouvions avoir accès dans le cadre de cette recherche. L'analyse de ce registre nécessitait par ailleurs l'utilisation du logiciel Nesstar et de faire appel à un statisticien formé à son utilisation que nous n'avions pas les moyens de rémunérer.

Enfin, il semblait difficile d'imposer à la direction des établissements scolaires une liste d'élèves sélectionnés pour l'étude. Leur participation ne devant pas perturber le bon déroulement des cours et des activités scolaires, le choix a été fait de laisser les chefs d'établissement procéder au recrutement, en fonction de l'emploi du temps des élèves.

## **1-4- Discussion du matériel**

### **1-4-1- Grille d'entretien**

Un effort particulier a été apporté pour adapter le vocabulaire et la formulation des questions afin de les rendre parfaitement accessibles à la population interrogée, à savoir les adolescents. Des questions explorant des thèmes généraux ont été posées en début de séance pour s'orienter peu à peu vers des questions plus précises ou plus intimes afin d'éviter de mettre mal à l'aise les participants dès le début de la séance. Chaque question ne comportait qu'une seule idée et n'était pas connotée positivement ou négativement afin de ne pas influencer le débat. [39] [40]

Il existait pour chaque thème abordé des questions de relance qui visaient à orienter la discussion vers des données non recueillies jusqu'alors ou en cas d'incompréhension de la question initiale.

La grille d'entretien a été réalisée avec l'aide de Madame Béatrice Jacques, maître de conférences au département de sociologie de l'Université de Bordeaux et à partir d'une étude réalisée en Suisse auprès d'adolescents mineurs sur la question de la confidentialité et de la capacité de discernement. [42] L'un des investigateurs de cette enquête, le docteur PA Michaud, a ainsi été contacté lors de l'élaboration de la grille d'entretien et a accepté de transmettre le verbatim d'un focus group d'adolescents. Les questions posées, les réponses apportées ainsi que la dynamique de la discussion issue de ce verbatim ont permis de concevoir une grille d'entretien cohérente, à la fois adaptée au sujet et à la population concernée.

### **1-4-2- Support pédagogique : texte de loi**

#### Justification

L'une des principales hypothèses concernait le manque d'information des adolescents à propos du droit au secret médical pour les mineurs.

Il a paru délicat, lors de l'écriture du protocole de l'étude, de ne pas aménager un temps pour informer les élèves de l'existence de la loi du 4 mars 2002.

La diffusion d'une information sur cette loi avait d'autre part pour but de répondre à l'objectif principal. En effet, il s'agissait d'interroger les participants sur leurs représentations, leurs expériences mais aussi leurs opinions concernant le secret médical des mineurs. La question suivante s'est alors posée : Est-il possible de solliciter l'opinion d'un individu sur un sujet dont il n'a peut être pas connaissance ? Une lecture du texte de loi a donc été réalisée avant de poser la dernière question de la grille d'entretien : « Quel est votre opinion sur cette loi ? ».

L'utilisation d'un support pédagogique sous forme de fiche d'information était donc distribuée aux participants en fin de séance. Le choix a été fait d'y faire figurer mot pour mot le texte de loi afin de ne pas influencer l'opinion des élèves ; une illustration adaptée à l'âge des élèves accompagnait le texte pour l'aspect ludique. Une explication de cette loi par le modérateur et l'observateur avait pour objectif de favoriser la diffusion d'une information claire sur le sujet, la loi comprenant des termes juridiques complexes.

## Limites

Le risque était d'influencer l'opinion de l'assemblée, sachant que cette étude ne se voulait pas de type interventionnelle. Pour éviter cela, les questions sur les bénéfices, les risques, et l'intérêt de la confidentialité avaient été débattues avant la lecture du texte de loi.

Il est important de signaler que cette fiche d'information a été réalisée avec l'ancienne version de l'article L.1111-5 du Code de la santé publique, modifiée cette année même par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 dans son article 7. Lors de l'élaboration de ce support pédagogique, l'auteur de cette thèse n'avait alors pas connaissance de cette information.

Les modifications apportées par le législateur étaient les suivantes : « *le traitement ou l'intervention* » étaient remplacés par « *l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention* » ; le secret professionnel n'engageait plus uniquement le médecin mais désormais « *le médecin ou la sage-femme* ».

Le principe général de la loi restant le même, cela n'a donc pas eu de conséquence sur cette étude.

### **1-5- Déroulé des focus groups**

#### **1-5-1- Atmosphère propice à la discussion**

Les focus groups se sont déroulés dans des lieux calmes (salle de classe, salle de réunion, CDI), le débat étant toujours réalisé autour d'une table ronde pour stimuler la discussion, maintenir le contact visuel et placer tous les individus sur un pied d'égalité.

L'accueil chaleureux des participants, la mise à disposition de rafraîchissements et le tutoiement des élèves avaient pour objectif de créer un climat de convivialité. Le choix d'une proximité relationnelle avec les élèves et d'une atmosphère détendue avait été fait afin de favoriser les échanges [38].

La durée de la séance se voulait relativement courte, entre 30 et 40 minutes afin de garantir la concentration des élèves et leur participation active pendant tout l'enregistrement. En limitant la durée des focus groups, le risque était que les élèves ne puissent pas aborder tous les thèmes lors de la discussion. Il a cependant été constaté que la fin de chaque séance a été marquée par l'absence de nouvelle intervention apportée par les élèves malgré les sollicitations du modérateur.

Aucun personnel de l'établissement n'était autorisé à assister au débat, de manière à garantir un climat propice à la confiance ainsi que le secret des informations partagées par les élèves au cours des focus groups.

### **1-5-2- Focus group test**

Un focus group test a été réalisé lors de cette étude. Il avait pour but de placer en condition réelle le modérateur avec le groupe afin de tester la grille d'entretien. Il avait aussi pour objectif de contrôler le bon fonctionnement du matériel d'enregistrement nécessaire à une retranscription de qualité.

Lors de ce premier focus group test, la grille d'entretien n'a quasiment pas été modifiée, seule la question suivante a été ajoutée : « Selon vous, que penseraient vos parents du secret médical pour les mineurs ? » accompagnée de la reformulation suivante « Quelle serait leur opinion sur la possibilité du secret médical vous concernant ? »

Face au bon déroulement de ce premier groupe de discussion, les données recueillies ont finalement été incluses dans l'étude et analysées. L'inclusion de ce focus group test peut paraître discutable mais, en vue de la qualité de la discussion obtenue et du poids que représente l'organisation d'une telle séance, il était difficile de ne pas analyser les données récoltées.

### **1-5-3- Le débriefing après chaque focus group**

Le débriefing réalisé à la fin de chaque séance a permis d'adapter la grille d'entretien au fur et à mesure des focus groups. Certaines données inattendues ont ainsi été recueillies et ont fait l'objet d'une nouvelle question ajoutée dans la grille : « Comment informer les adolescents sur leur droit au secret médical ? » ; avec la question de relance suivante : « Selon vous, quelle serait la meilleure façon d'informer les mineurs sur leur droit à la confidentialité ? »

### **1-6- La triangulation du codage**

La triangulation permet, au cours des études qualitatives, d'assurer la validité interne de la recherche. Le codage des données peut être réalisé de manière croisée grâce à plusieurs intervenants afin d'améliorer la fiabilité de l'étude en réduisant la subjectivité d'un unique codeur.

Un double codage des données a donc été réalisé de manière indépendante par l'auteur de cette thèse et son directeur, le docteur Gérard Ducos, afin de limiter le biais d'analyse.

Lors de la mise en commun du contenu de chacun des deux codages, il n'y a pas eu de discordance notable.

### **3- DISCUSSION DES RÉSULTATS : LA POPULATION**

#### **2-1- La population**

##### **2-1-1- Les établissements scolaires**

###### Variation

Chacune des caractéristiques sociodémographiques qui avaient été fixées au préalable pour le recrutement des établissements scolaires était représentée dans l'échantillon : collèges et lycées, publics et privés, formation professionnelle et générale, REP et non REP, situés en zone rurale, semi-rurale et urbaine. La variation de l'échantillon était donc maximale.

##### **2-1-2- Les élèves**

###### Variation

Il existait de même une très grande variation dans l'échantillon des élèves quant aux caractéristiques démographiques, socioéconomiques, éducatives et culturelles :

- sexe : filles et garçons
- âge : 14, 15, 16 et 17 ans
- catégories socioprofessionnelles : toutes représentées
- filière : générale et professionnelle
- partage du même médecin généraliste que l'un des parents ou non

D'autre part, la distribution géographique de la population était tout à fait satisfaisante : si les établissements scolaires étaient situés dans la région de Bordeaux, à Lesparre-Médoc et à La Brède, la population des élèves était quant à elle domiciliée aux quatre coins de la Gironde et même au-delà des frontières du département (deux élèves résidaient ainsi en Charente Maritime).

En effet, deux proviseurs ont inclus des élèves résidant la semaine à l'internat, permettant ainsi d'obtenir un échantillon d'élèves très dispersés géographiquement.

## Critères d'inclusion et d'exclusion

Les individus participant à l'étude respectaient les critères d'inclusion et d'exclusion excepté un élève qui était majeur. Il a néanmoins été inclus dans l'étude pour trois raisons :

- sa volonté de participer au focus group le jour de notre passage dans l'établissement
- son âge : il venait tout juste d'avoir 18 ans
- l'analyse des données aurait été perturbée si le verbatim de cet élève n'avait pas été pris en compte, la discussion risquant de perdre en cohérence.

## Biais

Les chefs d'établissement ont été obligés de sélectionner des élèves en fonction de l'emploi du temps des participants. De ce fait, les focus groups étaient parfois constitués par des élèves issus d'une même classe ou résidant dans le même internat et pouvaient ainsi se connaître entre eux ce qui n'est pas conseillé dans la méthodologie des focus groups. [38]

### **2-1-3- Les focus groups**

#### L'effectif

Le sur-recrutement réalisé par les chefs d'établissement a permis d'obtenir des groupes en effectif satisfaisant. Ainsi tous les focus groups étaient composés de 6 à 8 élèves excepté un, qui comprenait 5 élèves.

Dans les focus groups, le nombre de participants est idéalement de 6 à 8 personnes, un nombre minimum de 4 personnes est indispensable pour assurer une dynamique de groupe, un maximum de 12 personnes pour permettre à chacun de s'exprimer. [38] Ce critère avait bien été respecté.

#### Variation

Il existait d'autre part une variation intéressante quant à la constitution de la population de chacun des focus groups. Ainsi, certains focus groups ne comportaient qu'un seul garçon ou qu'une seule fille ; d'autres présentaient la particularité d'avoir des élèves de tous âges ou au contraire tous les participants d'un focus group pouvaient avoir le même âge.

Encore une fois, cette variation constitue un avantage puisqu'elle concourt à obtenir des focus groups

très différents les uns des autres ce qui est recherché dans les études qualitatives. [38]

## **2-2- La saturation des données**

### **2-2-1- Obtention d'une saturation des données**

La saturation des données a été obtenue lors de la réalisation du 4<sup>ième</sup> focus group. Afin de confirmer cette saturation, un 5<sup>ième</sup> focus group a été réalisé. Lors de celui-ci, un thème qui n'avait jusque là jamais été évoqué dans les groupes précédents a été abordé par les élèves (diffusion de l'information sur le secret médical des mineurs). Un 6<sup>ième</sup> focus group a donc eu lieu et a permis d'arriver cette fois-ci à saturation, participant ainsi à la validité externe de l'étude.

### **2-2-2- Le nombre de focus groups**

Pour ce type d'étude, la saturation des données est habituellement attendue autour de 3 à 4 focus groups. [38]

L'avantage de cette saturation tardive des données était l'obtention d'un effectif important (37 élèves) et un recueil de données extrêmement riche.

Cela s'explique par une question de recherche explorant de nombreux thèmes, avec une pluralité de réponses possibles.

## **2-3- Réponse à la question fermée du questionnaire quantitatif**

Le questionnaire quantitatif comportait une question fermée adressée aux participants des différents focus groups : « Partages-tu le même médecin traitant qu'au moins l'un de tes parents ? » La réponse apportée était majoritairement « oui ».

Il semblerait donc que les adolescents et leurs parents consultent pour la plupart le même médecin, celui-ci se positionnant en véritable « médecin de famille ». La problématique de la confidentialité prend donc un sens tout particulier dans la prise en charge de l'adolescent en médecine générale. La réponse majoritairement positive à cette question justifie à elle seule le thème de cette thèse.

## 4- DISCUSSION DES RÉSULTATS : OBJECTIF PRINCIPAL

### 3-1- Analyse par fréquence de mots

L'analyse par fréquence de mots a révélé deux résultats particulièrement intéressants.

Étrangement, le 3<sup>ème</sup> mot le plus employé par les élèves lors des focus groups était le mot « mère ». Utilisé dans de nombreux contextes, il laisse supposer que la mère serait l'interlocuteur de choix dans la famille en ce qui concerne la santé des adolescents ce qui est d'ailleurs retrouvé dans la littérature. [45]

La « confiance » était le 7<sup>ème</sup> mot le plus employé après le verbe « divulguer » et le terme « secret », comme si la confidentialité aux yeux des élèves était avant tout une question de « confiance », le médecin ne devant pas « divulguer » les « secrets » qui lui ont été confiés. Cette analyse suggère que la confiance occuperait une place centrale dans la représentation que les adolescents se font du secret médical, perception finalement proche de celle de Bernard Hoemi dans son ouvrage *Éthique et déontologie médicale : « Il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret »*. [46]

### 3-2- Analyse thématique : résultats attendus

#### 3-2-1- Représentations

##### Le secret médical

Les élèves interrogés avaient une représentation du secret médical finalement proche de sa réalité légale et connaissaient, pour la plupart, la notion de secret partagé. Ils savaient par ailleurs que ce secret était régi par la loi et que le médecin avait prêté serment.

Les exemples de dérogations cités étaient la maltraitance, le harcèlement scolaire et le risque suicidaire, problématiques en lien avec la santé des adolescents.

##### Confidentialité pour les mineurs

L'avis des élèves était beaucoup plus partagé quant à la possibilité du secret médical pour les mineurs. Les témoignages obtenus sont en accord avec une étude américaine selon laquelle 45% des lycéens supposent que leur médecin respecterait la confidentialité. [47]

Par ailleurs, les élèves n'arrivaient pas à se mettre d'accord sur l'âge à partir duquel le mineur pouvait bénéficier du secret médical. Il en est de même dans la législation française puisque aucun âge n'est cité. Ce n'est pas le cas d'une étude suisse dans laquelle les adolescents considèrent l'âge de 14 ans comme la limite à partir de laquelle la capacité de discernement est suffisante pour bénéficier de la confidentialité. [42]

Un certain nombre d'élèves considéraient que le secret médical ne dépendait pas de l'âge mais plutôt de la maturité et de la capacité de discernement du mineur qui pouvaient varier selon les individus.

Pour beaucoup d'entre eux, la confidentialité relevait aussi du motif de la consultation et du degré de gravité. Ainsi, les parents devaient être tenus au courant de l'état de santé de leur enfant si la vie de celui-ci était mise en péril, notamment en cas de maladie grave ou de risque suicidaire.

Cela dit, pour des motifs de consultation considérés comme délicats (sexualité, contraception, IVG, mal être psychologique), les adolescents matures pouvaient bénéficier du secret médical, en particulier lorsque les relations familiales n'étaient pas bonnes.

Enfin, la plupart des élèves considéraient que c'était au mineur de décider s'il voulait bénéficier ou non de la confidentialité ; d'autres considéraient que c'était au médecin d'en juger en fonction des circonstances.

En somme, les réponses apportées par les adolescents reflétaient une perception assez proche de ce qui est annoncé dans la loi du 4 mars 2002 : le secret ne peut être accordé que si le mineur « *s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé* », le médecin peut alors lui accorder le secret de la consultation et des soins. C'est donc bel et bien au mineur d'exprimer sa volonté de confidentialité, et au médecin de juger de la maturité de son jeune patient.

Ces résultats sont malgré tout à relativiser puisqu'ils étaient le fruit d'un débat très contradictoire, sans doute expliqué par le fait qu'aucun élève n'avait connaissance de l'existence d'une loi légiférant sur le sujet.

### Le médecin généraliste

La majorité des élèves considéraient le médecin généraliste comme une personne de confiance.

Selon la thèse de médecine générale de E. Lacotte-Marly, 85% des jeunes estiment entretenir de bonnes relations avec leur médecin traitant, pour autant, ils sont 74% à penser qu'ils ne peuvent pas lui confier leurs problèmes personnels. [48]

De même, une étude belge suggère que les adolescents considèrent le médecin généraliste comme un interlocuteur privilégié pour ce qui relève de la santé physique et, dans une moindre mesure, pour les aider dans leurs problèmes relationnels. [32]

Dans notre étude, les élèves affichaient des avis divergents quant à la possibilité de confier des « choses personnelles » à leur médecin traitant.

Un petit groupe d'élèves ne considérait pas leur médecin comme un confident, certains déclarant même ne pas l'apprécier.

Cette perception du médecin généraliste n'était pas unanime et plusieurs adolescents considéraient leur médecin comme un adulte ressource à qui se confier. Le fait de le connaître depuis longtemps favorisait, selon eux, la confiance.

### **3-2-2- Expériences**

#### Consultation en médecine générale

Tous les élèves interrogés déclaraient être suivis par un médecin généraliste (sauf un dont la mère était pédiatre), la plupart d'entre eux ne consultant qu'occasionnellement. Ces résultats sont en accord avec de nombreuses études qui considèrent le médecin généraliste comme le médecin privilégié des adolescents. Ainsi, même si ces derniers consultent peu (entre 2 et 2,5 fois en moyenne par an), ils sont 75 % à avoir été vus par un médecin généraliste dans l'année. [32] [49]

Notre étude a montré que les élèves consultaient principalement leur médecin en cas de maladie, de douleur ou de blessure, ainsi que pour des certificats de non contre indication au sport. Il en est de même pour les publications disponibles sur le sujet : les motifs de consultation sont essentiellement somatiques (75 %), mais aussi administratifs ou préventifs (19 %) et rarement psychologiques (6 %). [32] [50]

#### Accompagnant en consultation

Parmi les six focus groups réalisés au cours de l'étude, ils n'étaient que deux élèves à déclarer se rendre seuls chez le médecin. La grande majorité des participants était accompagnée par leur mère en consultation.

Selon S. Choquet et M. Ledoux, même arrivés à 18 ans, les deux tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents et ils sont encore 51 % pour les filles et 61% pour les garçons à être accompagnés par un tiers. [51] [52] De même, P. Binder et ses collaborateurs déclarent que 80% des consultations réalisées auprès des 12-20 ans se sont déroulées en présence de la mère, contre 10% en présence du père. [45] Ces résultats sont en accord avec notre analyse et confirment bien le rôle particulier joué par la mère dans la santé des adolescents.

Les élèves justifiaient par ailleurs la présence d'un accompagnant en consultation pour deux raisons essentielles : l'éloignement du cabinet et le fait de se sentir rassurés face au médecin. C'est ce que laisse suggérer l'étude de P. Binder selon laquelle les adolescents apprécient être accompagnés par un tiers chez le médecin. [45]

### Expérience de la confidentialité.

Ils n'étaient finalement que peu d'élèves à déclarer avoir déjà eu recours au secret médical ou avoir voulu bénéficier de la confidentialité. Pourtant, certaines études suggèrent que 73% des jeunes préfèrent être vu seuls en consultation. [48]

La question qui se pose est donc la suivante : si les adolescents n'ont que peu recours au secret médical, est-ce parce qu'ils n'en ressentent pas le besoin, ou parce qu'ils ne sont pas suffisamment informés de leur droit en la matière ?

### Information sur le secret médical

Les élèves étaient une majorité à déclarer n'avoir jamais été informés de leur droit au secret médical et se sont montrés particulièrement demandeurs d'une meilleure information.

Il en est de même dans une thèse de médecine générale selon laquelle seuls 29% des jeunes disent avoir été informés de leur droit à la confidentialité. [48]

### Relation parents adolescent et adultes ressources

Les élèves des différents focus groups entretenaient avec leurs parents des relations très différentes les unes des autres, allant de la confiance au conflit.

Ils étaient quasiment aussi nombreux à considérer leurs parents comme des confidents qu'à déclarer ne pas pouvoir se confier à eux. Les élèves se confiaient en premier lieu à des personnes de leur âge,

habituellement leurs amis. Ils pouvaient aussi faire appel à des adultes ressources dans leur entourage familial.

Ces résultats laissent supposer que les adolescents pourraient être accompagnés par un adulte ressource en cas de consultation couverte par le secret médical. Mais dans les faits, est-ce réalisable? Même si la loi l'annonce ainsi, un adulte de confiance peut-il toujours être présent pour chacune de ces consultations ?

### **3-2-3- Opinions**

#### Motifs de consultation relevant de la confidentialité

Les motifs de consultations gynécologiques, les addictions ainsi que l'abord de la sexualité et des problèmes psychologiques étaient les motifs cités par les élèves comme relevant de la confidentialité.

Ces motifs de consultation sont également désignés par une étude américaine comme nécessitant d'être couverts par le secret professionnel afin d'éviter le renoncement aux soins d'une population à risque. [53] De même, 80% des adolescents considèrent que le non respect de la confidentialité est le premier facteur limitant l'accès aux soins. [54]

Ces publications suggèrent que le secret médical pourrait, chez l'adolescent, favoriser la demande de soins.

#### Bénéfices du secret médical

Selon notre étude, les bénéfices du secret médical seraient multiples : il améliorerait la confiance vis-à-vis du médecin, favoriserait les confidences et permettrait aux adolescents d'obtenir des conseils et une aide supplémentaire. L'opinion des élèves était donc globalement favorable au secret médical pour les mineurs.

D'après une étude menée auprès de lycéens californiens, l'assurance à la confidentialité augmente de 40% le nombre d'adolescents désirant divulguer des informations sur la sexualité, l'utilisation de substances et la santé mentale. Les adolescents semblent donc plus enclins à aborder des sujets sensibles en présence d'un médecin garantissant le secret médical. [55]

#### Les limites du secret médical

La principale préoccupation des élèves concernait les éventuelles réticences à craindre de leurs parents : méfiance, vexation, inquiétude. Certains adolescents pensaient néanmoins que leurs parents pourraient se montrer compréhensifs vis-à-vis de leur droit à la confidentialité.

Selon RE. Duncan et ses collaborateurs, les parents adoptent un point de vue ambivalent sur la question du secret médical. Même s'ils accordent des avantages à la confidentialité, ils pensent tout de même qu'ils devraient être informés de la santé de leur adolescent même si celui-ci ne le veut pas. [56]

### **3-3- Analyse thématique : résultats inattendus**

#### **3-3-1- Diffusion de l'information**

Si la grande majorité des élèves déclaraient n'avoir jamais été informés de leur droit à la confidentialité, ils étaient nombreux à témoigner de la volonté de bénéficier d'une meilleure information. Dans le focus group 5, la problématique a été soulevée et les élèves ont spontanément suggéré une stratégie sous forme de « campagne d'information » en utilisant l'exemple des antibiotiques.

Ces données n'avaient pas été envisagées comme thème à aborder lors des focus groups. Une question supplémentaire a donc été ajoutée dans la grille d'entretien : « Comment informer les adolescents sur leur droit au secret médical ? » ; avec la question de relance suivante : « Selon vous, quelle serait la meilleure façon d'informer les mineurs sur leur droit à la confidentialité ? »

Étrangement, les élèves n'ont pas suggéré que l'information soit directement délivrée par le médecin. Ils ont plutôt proposé une campagne d'information par le biais d'un affichage dans des lieux médicaux (cabinets, infirmeries, pharmacies) et dans des lieux où se trouvent les adolescents mineurs (établissements scolaires).

Cette stratégie s'apparente à une « campagne de communication et de sensibilisation » dont le but est d'influencer les comportements individuels et les normes sociales d'une population cible.

Certains élèves ont aussi proposé l'utilisation des médias comme outil de communication ainsi que l'organisation de séances d'information par des professionnels de santé dans les établissements scolaires.

Cette idée est très intéressante car la consultation de l'adolescent est déjà complexe d'un point de vue relationnel et limitée par le temps : le médecin doit savoir explorer les aspects médico-psycho-sociaux de la santé de l'adolescent et gérer la relation triangulaire propre à cette

consultation. Délivrer une information sur le secret médical nécessite l'aménagement d'un temps supplémentaire.

Les résultats d'une thèse menée sur le sujet suggèrent que les médecins rencontrent de nombreuses difficultés dans la transmission de cette information. [34] Souvent mal informés eux-mêmes de la législation en vigueur [34] [57] [9], ils se méfient des réticences des parents et craignent que cette information crée une situation conflictuelle dans la relation de soin. L'utilisation d'une fiche d'information présentée par le médecin en consultation comme support à la discussion, ne semble pas adaptée selon eux. (ANNEXE 16) Ils envisagent plutôt un autre mode d'information qui serait mis à disposition des adolescents et de leurs parents en dehors du cabinet. [34]

L'utilisation de sources extérieures (médias, réseaux sociaux, affichage public, ...) amènerait sans doute les parents à intégrer plus facilement la portée légale de ce droit à la confidentialité. Il n'en reste pas moins essentiel qu'une information complémentaire soit délivrée par les médecins afin de répondre aux questions des adolescents et de leurs parents. Cependant, cette tâche ne devrait pas être uniquement à la charge du médecin.

### **3-3-2- Thèmes n'ayant pas été abordés par les élèves**

#### Le médecin de famille : un frein à la confiance ?

Le fait de connaître le médecin depuis longtemps ne constituait pas un frein à la confiance selon les élèves, bien au contraire. Les adolescents semblaient dire qu'il leur était impossible de se confier à un inconnu.

Le problème n'était pas que le médecin connaisse l'adolescent depuis son plus jeune âge ou encore qu'il soigne ses parents, mais plutôt qu'il ait l'assurance de la confidentialité comme semblent le conclure plusieurs études. [47] [53] [55]

#### Le financement des consultations relevant du secret médical

Le financement de la consultation n'était pas un thème abordé par les élèves. La distance du cabinet médical et le fait de se sentir rassuré par la présence d'un parent face au médecin étaient les seuls arguments cités pour justifier la présence d'un tiers en consultation. Seuls deux élèves ont indirectement abordé le sujet :

- une élève disant se rendre seule en consultation déclarait payer le médecin avec l'argent de ses parents qui semblaient être d'accord avec le principe de confidentialité.

- un autre élève déclarant avoir consulté son médecin sans en informer ses parents avait bénéficié d'un acte gratuit.

Il s'agit pourtant d'une problématique soulevée par de nombreux médecins : le règlement des ces consultations constituant un frein à l'application du secret médical. [34]

### Le secret administratif

De même, le secret administratif (comptes rendus médicaux, relevés de sécurité sociale reçus au domicile parental, ...) n'avait pas été abordé par les élèves, s'agissant pourtant d'un problème limitant le respect de la confidentialité. [34]

### **3-3-3- Fausses idées et préjugés**

Plusieurs « fausses idées » ont été relevées au cours de l'analyse des données. Ainsi certains élèves pensaient que :

- le SIDA et les cancers constituaient des dérogations au secret médical
- les mineurs n'avaient pas le droit au secret médical
- les problèmes psychologiques, personnels et relationnels ne relevaient pas d'une consultation chez le médecin généraliste mais d'une consultation chez le psychiatre ou le psychologue.
- le médecin devait signer un contrat de confidentialité avec les patients afin de leur garantir le secret médical.

## **5- DISCUSSION DES RÉSULTATS : OBJECTIF SECONDAIRE**

### **4-1- Analyse croisée**

#### **4-1-1- Les thèmes abordés dans focus group 3**

Les réponses apportées par les élèves du 3<sup>ème</sup> focus group différaient de celles données par les autres participants. En effet, la majorité des élèves considérant que les mineurs n'avaient pas le droit au secret médical appartenait au focus group 3. Par ailleurs, ils étaient unanimes quant au fait de ne pas pouvoir se confier à leur médecin, certains déclarant même ne pas l'apprécier.

Ce focus group avait la particularité de se dérouler dans un collège situé à Lesparre-Médoc, seul établissement classé REP de l'étude. Situé dans une zone rurale, les alentours étaient marqués par une forte désertification médicale. L'une des hypothèses envisagées afin d'expliquer ces résultats était le manque de temps disponible pour les médecins du fait de la désertification médicale de ce secteur. Plus que toute autre consultation, celle impliquant l'adolescent est marquée par un enjeu relationnel particulier puisque ces derniers accordent beaucoup d'importance à l'attitude et à la personnalité du médecin. [48] Le manque de temps peut constituer un frein à la confiance car la mise en place d'une relation de confiance ne peut s'envisager dans la précipitation.

#### **4-1-4- Les thèmes abordés en fonction du sexe**

##### Les filles

Les filles étaient plus nombreuses à considérer que la contraception devait être un motif couvert par le secret médical, ce qui n'est pas étonnant puisqu'elles sont les premières concernées par les conséquences d'une grossesse non désirée.

##### Les garçons

Les garçons étaient plus nombreux à penser que les addictions étaient un motif de consultation pour lesquels ils devaient bénéficier de la confidentialité. Ces résultats sont en accord avec les données épidémiologiques concernant les conduites à risque chez les adolescents de sexe masculin : ils sont en moyenne plus nombreux que les filles à consommer des substances addictives. Selon l'étude ESCAPAD de 2014, il existe une prédominance masculine quant à la consommation régulière d'alcool (17,5 % pour les garçons contre 6,8 % pour les filles). Selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), il en est de même pour la consommation régulière de cannabis ainsi que pour l'expérimentation de la cocaïne, de l'ecstasy et de l'héroïne. [58]

Les garçons avaient par ailleurs un avis plus nuancé que les filles sur l'intérêt du secret médical. Ces dernières sont en effet amenées à consulter plus fréquemment le médecin pour des motifs de consultations gynécologiques telle que la contraception.

#### **4-1-3- Les thèmes abordés en fonction de l'âge**

Les élèves se rendant seuls en consultation faisaient partie des plus âgés. Il en était de même pour ceux ayant déjà eu recours à la confidentialité et ceux qui auraient voulu bénéficier du secret médical.

Cela laisse supposer que le besoin de confidentialité augmenterait avec l'âge, allant de pair avec le besoin d'intimité et d'indépendance propre à l'adolescence.

## **6- PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES**

### **5-1- Nouvelles études**

Notre enquête qualitative est la seule étude menée en France auprès des adolescents mineurs sur la question du secret médical. Une thèse a déjà été réalisée auprès des médecins afin d'explorer leurs difficultés à respecter la confidentialité chez les mineurs. [34]

Il semble maintenant essentiel de réaliser une étude pour rendre compte des connaissances et du ressenti des parents sur le sujet.

Comme cela a été fait dans plusieurs études américaines, il serait par ailleurs intéressant de vérifier auprès des adolescents français que :

- l'assurance de la confidentialité favorise leurs confidences sur des sujets tels que la sexualité, les addictions ou le mal-être psychologique.
- le non respect du secret médical conduit les adolescents mineurs à renoncer aux soins médicaux.

Enfin, des études pourraient être menées afin de déterminer le meilleur mode de diffusion de l'information sur le secret médical pour les mineurs.

### **5-2- Promouvoir l'information sur le secret médical des mineurs**

#### **5-2-1- Par le médecin généraliste, dès la puberté**

Il est primordial de transmettre une information aux adolescents et à leurs parents dès le début de la puberté, à un âge où l'enfant ne ressent pas le besoin de confidentialité. Cela laisse le temps aux

parents d'intégrer l'existence légale de ce droit au secret, afin de les préparer aux futures consultations et d'éviter les situations conflictuelles.

Le médecin pourrait aussi rappeler à ses jeunes patients que la santé est à la fois physique, mentale et sociale. Il n'est pas seulement le médecin du corps mais peut aussi être sollicité en cas de mal être psychologique ou de difficultés relationnelles, les confidences faites pouvant être couvertes par le secret médical.

### **5-2-2- Diffusion de l'information à l'échelle nationale**

#### Campagne de « communication et de sensibilisation »

De nombreuses campagnes de santé publique ont permis d'améliorer les représentations des patients en matière de santé, dont les plus connues sont : (ANNEXE 17)

- « *Les antibiotiques c'est pas automatique.* »
- « *5 fruits et légumes par jour.* »
- « *Manger bouger* »

Organiser une campagne nationale d'information sur le secret médical des mineurs constitue une piste intéressante. Celle-ci pourrait être réalisée par le biais d'un affichage public (hôpitaux, établissements scolaires, ...) ainsi que dans les salles d'attente des cabinets médicaux.

Les messages suivants pourraient être envisagés :

Exemple : pour les adolescents, dans les établissements scolaires

*« Ado, mal dans ta peau ? Au médecin de t'écouter et de garder le secret. »*

Exemple : pour les parents, dans les salles d'attente des cabinets médicaux

*« Vos ados ont des secrets ? Nous sommes là pour les écouter »*

Ces messages pourraient d'autre part être diffusés par le biais des médias (radio, télévision) et des réseaux sociaux en fonction de la population ciblée.

## Information dans le carnet de santé

La manière la plus simple de diffuser cette information aux parents et aux adolescents est sans doute l'utilisation du carnet de santé.

La page 70 du carnet de santé est destinée à renseigner les parents sur la consultation des adolescents entre 14 et 18 ans. Il y figure notamment l'énoncé suivant : « *À cet âge il est important qu'au moins une partie de la consultation ait lieu hors de la présence des parents.* »

Il serait opportun d'y ajouter une information sur le secret médical (ANNEXE 17) :

### Exemple :

*« La loi autorise les adolescents mineurs, s'ils le désirent, à bénéficier du secret médical. La confidentialité favorise la confiance des adolescents sur des sujets intimes à un âge où le médecin peut leur apporter de l'aide. »*

À la page 71 du carnet de santé, un message pourrait être, cette fois-ci, dédié à l'adolescent :

### Exemple :

*« Si tu as des problèmes et que tu ne sais pas à qui en parler, le médecin est là pour t'écouter. Tu peux le voir seul en consultation et lui demander la confidentialité : tu as le droit au secret médical. »*

## **5-3- Améliorer la formation des médecins**

L'enseignement actuel de la médecine tend à former des spécialistes d'organe à travers un apprentissage se déroulant principalement dans les hôpitaux. Or les adolescents ne sont que très rarement hospitalisés, sauf en cas de pathologies graves ce qui ne reflète pas la réalité des consultations courantes en médecine de ville. [9]

De plus, l'éthique, la déontologie et le droit sont des disciplines peu enseignées au cours des études de médecine, ou lorsqu'elles le sont, trop tôt dans le cursus. Sur une question telle que le secret médical des mineurs, le médecin est souvent confronté au peu de connaissances qu'il a de la législation.

Ces dernières années ont été marquées par la prise de conscience du clivage qui existe entre la formation des futurs médecins généralistes et la réalité des soins primaires en médecine ambulatoire. Les cours dispensés pendant l'internat de médecine générale contribuent à améliorer la formation des futurs médecins. Néanmoins, la place accordée à la médecine de l'adolescent devrait être plus importante dans ce cursus, le secret médical des mineurs devant être systématiquement abordé. De même, une formation médicale continue traitant de la prise en charge des adolescents devrait être proposée à tous les médecins.

#### **5-4- Secret administratif et aspects financiers.**

##### **5-4-1- Tiers payant**

Même si les adolescents possèdent leur propre carte vitale à partir de 16 ans, l'avance de frais peut représenter un véritable obstacle à la demande de soin.

D'autre part, les relevés de sécurité sociale sont habituellement envoyés au domicile des parents. Si la loi autorise le secret de la consultation et des soins pour le mineur, son application semble compromise par l'absence de secret administratif.

Cela conduit souvent les médecins à renoncer au paiement de ces consultations ce qui ne les incite pas à respecter la confidentialité.

Afin de remédier à cela, il semble nécessaire d'instaurer un remboursement à 100% des frais liés à ces consultations. La possibilité de réaliser un tiers payant permettrait par ailleurs une rémunération directe du médecin par la sécurité sociale (passage de la carte vitale ou envoi d'une feuille de soins avant l'âge 16 ans). Cela ne règle cependant pas le problème du secret administratif puisque les relevés des prestations seraient tout de même envoyés au domicile des parents.

Une anonymisation des facturations pourrait être discutée, comme c'est actuellement le cas pour les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

##### **5-4-2- Majoration**

La médecine de l'adolescent nécessite du temps et ne peut se concevoir dans la précipitation. Afin de promouvoir une prise en charge de qualité, il faut inciter les médecins généralistes à accorder tout le temps nécessaire à la consultation de cette population à risque. Dans un système libéral basé sur une rémunération à l'acte, il semble important de créer une majoration des honoraires :

Exemple : C+ADO

Cette majoration ne se ferait pas en fonction de l'âge comme c'est le cas pour les enfants de moins de 6 ans (MNO ou MGE) mais en fonction de la complexité de la consultation : détresse psychologique, abord de la sexualité, addictions, ...

C'est déjà le cas chez l'adulte pour des consultations au décours d'une hospitalisation chez le patient insuffisant cardiaque (MIC) ou à forte comorbidité (MSH), nécessitant du temps.

Finalement, la réactualisation d'une consultation dédiée aux adolescents telle que la sécurité sociale l'avait proposée il y a quelques années ne semble pas inintéressante. Pour éviter qu'elle ne soit une fois de plus un échec, celle-ci devrait être associée à une meilleure information des médecins généralistes et des parents sur le sujet.

### **5-5-3- Démographie médicale et revalorisation du statut de médecin généraliste**

Si le facteur « temps » est un élément essentiel à la qualité de la prise en charge des adolescents, la France manque toujours de médecins généralistes. Selon le Conseil national de l'ordre des médecins dans son atlas de la démographie médicale publié le 2 juin dernier, ces dix dernières années ont été marquées par un accroissement de 87,7% de médecins généralistes retraités, tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. [59]

Les patients sont quant à eux de plus en plus demandeurs, leur « consommation de la médecine » expliquant les salles d'attentes qui ne désemplissent pas. La charge administrative qui incombe aux médecins généralistes reste par ailleurs trop importante et ampute de nombreuses heures qui devraient être accordées aux soins des patients.

Il semble donc primordial que les pouvoirs politiques prennent conscience de ces problématiques pour proposer des solutions en matière de démographie médicale et pour valoriser le rôle du médecin généraliste dans son activité de soin.

## CONCLUSION

---

Le secret médical constitue l'un des fondements déontologiques de la médecine : « *il n'y a pas de soins sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret* ». [46]

La loi du 4 mars 2002 autorise désormais le secret de la consultation et des soins pour les mineurs le désirant. Dans ce contexte, une étude qualitative par focus group a été menée auprès de 6 établissements scolaires en Gironde, afin d'interroger 37 adolescents âgés de 14 à 18 ans sur leurs représentations, leurs expériences et leurs opinions concernant le secret médical.

L'analyse des données obtenues confirme que les adolescents consultent principalement leur médecin généraliste pour des problèmes de santé physique ainsi que pour des actes préventifs tels les certificats de non contre indication au sport. Ils sont habituellement accompagnés par leur mère en consultation et sont une majorité à n'avoir jamais eu recours au secret médical. Pourtant, beaucoup considèrent le médecin généraliste comme une personne de confiance, connue depuis toujours, à qui il est possible de se confier.

Le problème réside dans le fait qu'ils ne sont pas unanimement convaincus de leur droit au secret médical et ont un avis très divergent sur l'âge ouvrant la possibilité de la confidentialité. Quoiqu'il en soit, ils considèrent que les motifs de consultation gynécologiques, l'abord de la sexualité, les addictions et le mal-être psychologique sont des motifs qui devraient être couverts par le secret. Selon eux, c'est au médecin de juger de la maturité d'un adolescent afin de lui accorder cette confidentialité, en particulier lorsqu'il entretient des relations conflictuelles avec ses parents.

De ce fait, les adolescents reconnaissent de nombreux avantages au secret médical : il serait le garant d'une meilleure confiance envers le médecin et favoriserait leurs confidences sur des sujets jugés comme délicats. Habituellement, ils abordent ces sujets avec leurs amis ou des adultes ressources dans leur entourage. Mais le médecin, en tant que professionnel de santé, pourrait aussi les conseiller et leur apporter aide et soutien.

Néanmoins les adolescents restent méfiants vis-à-vis des réticences que pourraient émettre leurs parents et craignent que ces derniers soient inquiets de ne pas être tenus informés de la santé de leurs enfants.

Globalement, les adolescents se disent favorables au secret médical. Si l'assurance de la confidentialité est primordiale selon eux, ils regrettent malgré tout de n'être pas suffisamment informés de leurs droits

en la matière. Les adolescents suggèrent, en ce sens, une campagne d'information par le biais d'affiches exposées dans des lieux médicaux ou dans les établissements scolaires.

Cette idée semble très intéressante et permettrait d'éviter des situations conflictuelles en consultation de médecine générale. En effet, les médecins appréhendent souvent la réaction des parents sur la question de la confidentialité.

Afin d'éviter cela, il est important qu'une politique globale de santé soit menée à l'échelle nationale. Une information sur le secret médical des mineurs pourrait être initiée à travers une campagne « de communication et de sensibilisation » par un affichage public mais aussi à travers les médias et les réseaux sociaux. Le carnet de santé pourrait par ailleurs être utilisé comme support de cette information, le médecin devant néanmoins continuer à aborder le sujet de la confidentialité dès le début de la puberté.

Enfin, il semble nécessaire que les pouvoirs politiques prennent conscience du rôle essentiel occupé par les médecins généralistes dans la prise en charge de cette population à risque. Le temps passé en consultation devrait être rémunéré à sa juste valeur par l'instauration d'une majoration d'honoraires si la consultation s'avère particulièrement longue et complexe. Enfin, si la loi autorise le secret, son application reste pour le moment difficile dans les faits. L'avance des frais médicaux par les mineurs constitue un obstacle majeur à l'accessibilité des soins. La mise en place du tiers payant pour ce type de consultation ainsi qu'une réflexion sur la mise en pratique du secret administratif semblent des pistes à envisager dans l'avenir.

Certaines questions restent malgré tout en suspens : les parents sont-ils prêts à accepter cette confidentialité accordée aux mineurs ? Admettront-ils que le médecin puisse garder pour lui des informations concernant la santé de leurs adolescents ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 1- Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale : d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains. Thèse de médecine. Université de Grenoble; 2003.134 p.
- 2- Villey R. Histoire du secret médical. Paris: Seghers; 1986.241 p.
- 3- Durand G, Duplantie A, Laroche Y, Laundry D. Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Montréal: Presses de l'université de Montréal; 2000.400 p.
- 4- Jouanna J. Hippocrate. Paris: Fayard; 1992.654 p.
- 5- Hoerni B, Benezech M. Le secret médical, confidentialité et discrétion en médecine. Paris: Masson ; 1996.94 p.(Abrégés).
- 6- Grmek MD. Histoire de la pensée médicale en Occident, tome I : Antiquité et Moyen Age. Paris: Seuil; 1995.382 p.
- 7- Lusteau L. Le serment résume-t-il de nos jours le message hippocratique ? Thèse de médecine. Université de Rennes; 1998.
- 8- Theil P. L'Esprit éternel de la médecine : Anthologie des écrits médicaux anciens, tome 1. Paris: Compagnie générale de publicité et d'édition; 1965.389 p.
- 9- Maes E. Secret médical appliqué à la pédiatrie, cas du signalement de l'enfance en danger : enquête prospective auprès de médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Rennes; 2004.111 p.
- 10- Verdier J. Essai sur la jurisprudence de la médecine en France, ou traité historique et juridique. Paris: Alençon, Malassis; 1763.744 p.
- 11- Bernier J. Essai de médecine où il est traité de l'histoire de la médecine et des médecins. Paris: Langronne; 1689.559 p.
- 12- Nations Unies. La Déclaration universelle des droits de l'homme. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.
- 13- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Code civil - Article 9. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- 14- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Code pénal - Article 226-13. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

- 15- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Code de la santé publique - Article L1110-4. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- 16- Ordre National des Médecins. Commentaires du code de déontologie médical. Paris: Conseil National de l'Ordre; 2012.288 p.
- 17- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Code civil – Article 388. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- 18- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Code civil - Article 371-1. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- 19- Légifrance, le service public de la diffusion du droit. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
- 20- Balland J. Facteurs de risque de mésusage d'alcool chez les adolescents : à propos d'une étude dans le service de pédiatrie d'Épinal d'août 2010 à avril 2011. Thèse de médecine. Université de Nancy; 2011.212 p.
- 21- Michaud PA, Alvin P, Deschamps JP, Frappier JY, Marchelli D, Tursz A, La santé des adolescents: Approches, soins, prévention. Montréal: Presses de l'université de Montréal; 1997.636 p.
- 22- Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. 2<sup>ième</sup> édition. Paris: Elsevier Masson; 2005. 472 p.
- 23- Jeammet P. Dynamique de l'adolescence. In EMC, Pédopsychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 1994.
- 24- Blos P. The second individuation process of adolescence. Psychoanalytic study of the child. 1967;22:162-186
- 25- Pommereau X. L'adolescent en crise et la crise familiale: qui déclenche quoi? Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2000;49:512-4.
- 26- Delion P. La consultation avec l'enfant. Approche psychopathologique du bébé à l'adolescent. Paris: Elsevier Masson; 2010.265 p.
- 27- Elbaum M. La santé des adolescents. [en ligne]. Études et Résultats, DRESS. 2004;322:1-12. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er322.pdf>.
- 28- Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre santé jeune 1997-1998. [en ligne]. Paris: CFES; 1998.330 p. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/284.pdf>.

- 29- Moisy M. Vue d'ensemble, conditions de vie. [en ligne]. France, portrait social. 2013. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/FPORSOC13f\\_VE6\\_sante.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC13f_VE6_sante.pdf).
- 30- HAS. Anorexie mentale : prise en charge. 2002. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf).
- 31- HAS. Spécificités de la prise en charge de l'adolescent. 2014. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1782024/fr/specificites-de-la-prise-en-charge-de-l-adolescent](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782024/fr/specificites-de-la-prise-en-charge-de-l-adolescent).
- 32- Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La revue du praticien. 2005;55:1073-1077.
- 33- Jacquet Y. De l'adolescence aux adolescents : Approche médicale de l'adolescent par le pédiatre généraliste. Médecine Enfance. 1991;11(1):16-8.
- 34- Roche C. Difficultés de respecter le secret médical chez les mineurs par les médecins, évaluation d'un document d'information. Thèse de médecine. Université Paris 7; 2013.57 p.
- 35- Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Osuna E, Pérez-Flores D, Luna A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents : fact or fiction. Journal of Medical Ethics. 2006;32:329-334.
- 36- Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. Journal of Medical Ethics. 2006;32:133-137.
- 37- English A, Ford CA. More evidence supports the need to protect confidentiality in adolescent health care, Journal of Adolescent Health. 2007;40:199-200.
- 38- Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes. [en ligne]. Département de Santé Publique, CHU de Nice. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: [http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf).
- 39- Rocare – Ernawaca. Extraits de guides pour la recherche qualitative. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexec.php>.
- 40- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliar L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, la revue française de médecine générale. 2008;19(84):142-145.

- 41- Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien en médecine générale*. 2004;18(645):382-384.
- 42- Henninger S, Michaud PA, AKRE C. Capacité de discernement des adolescents mineurs : étude qualitative sur les représentations en Suisse romande. *Revue médicale suisse*. 2010;253:1253-1257.
- 43- Maumaha Nouné R, Monzée J. Le secret thérapeutique : influences socioculturelles et implications pour les professionnels de la santé. *Éthique publique*. 2009;11(2):147-166.
- 44- Centre Maurice Halbwachs. Archives de données issues de la statistique publique. Base centrale Scolarité – 2015. [en ligne]. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <https://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil.php?lil=lil-1001>
- 45- Binder P, Caron C, Jouhet V, Goasdoué E, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. *Family Practice*. 2010;27(5):556-562.
- 46- Hoerni B. *Ethique et déontologie médicale*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Elsevier Masson; 2000. 115 p.(Abrégés).
- 47- Thrall JS, Mc Closkey L, Ettner SL, Rothman E, Tighe JE, Emans S. Confidentiality and adolescents' use of providers for health information and for pelvic examinations. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*. 2001;154(9):885-892.
- 48- Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse de médecine. Université Paris V; 2004.117 p.
- 49- Choquet M, Ledoux S. *Attentes et comportements des adolescents*. Paris : Inserm; 1998.166 p.
- 50- Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D. Adolescents : quelles portes d'entrées dans la consultation ? *La revue du praticien médecine générale*. 2003;17:p.1048.
- 51- Choquet M, Ledoux S, Menke H. Approche différentielle de la santé des adolescents : le vécu du jeune et la perception du médecin. In: *Les adolescents et leur santé*. Vanves: CNTERHI; 1990:121-135.
- 52- Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F. Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris: Inserm; 1992:1-76
- 53- Lehrer J, Pantell R, Tebb K, Shafer A, M. Forgone health care among U.S. adolescents : Associations between risk characteristics and confidentiality concern. *Journal of adolescent health*. 2007;40(3):218-226.
- 54- Goasdoué E. L'utilisation d'un référentiel d'attitudes a-t-elle une influence sur le ressenti de l'adolescent en consultation de médecine générale ? Recueil auprès de 665 adolescents dans le cadre de l'étude SOCRATE. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2008.119 p.

- 55- Ford CA, Millstein SG, Halpern-Felsher BL, Irwin CE Jr. Influence of physician confidentiality assurances on adolescents' willingness to disclose information and seek future health care : A randomized controlled trial. *Journal of the american medical association*. 1997;278(12):1029-1034.
- 56- Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S, Confidentiality with adolescents in the medical setting : What do parents think ? *Journal of adolescent health*. 2011;49(4):428-430.
- 57- Deneyer M, Devroey D, De Groot E, Buyl R, Clybouw C, Vandenplas Y. Informative privacy and confidentiality for adolescents : the attitude of the Flemish paediatrician anno 2010. *European journal of pediatrics*. 2011;170(9):1159-1163.
- 58- Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. [en ligne]. OFDT, tendances. 2015;100:1-8.[Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssv5.pdf>.
- 59- Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la géographie médicale en France, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. [en ligne]. Conseil national de l'Ordre des médecins. [Consulté le 20 septembre 2016]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medical\\_e\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medical_e_2016.pdf).

# ANNEXES

---

## ANNEXE 1 : Serment d'Hippocrate

1. « Je jure par Apollon médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, les prenant à témoin, que je remplirai, suivant mes forces et ma capacité, le serment et l'engagement suivant : »

2. « Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon savoir, et le cas échéant je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères, et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. »

3. « Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale ; mais à nul autre. »

4. « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement, je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice. Je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion ; semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif. »

5. « Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. »

6. « Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, je la laisserai aux gens qui s'en occupent. »

7. « Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons libres ou esclaves. »

**8. « Quoi que je voie ou entende dans la société pendant l'exercice ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas. »**

9. « Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de ma vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire ! »

Traduction : Littré, 1844, tome VI, p.628-633. Édition Ballière 1844.

**ANNEXE 2 : Article L1110-4 du Code de la santé publique**  
**Modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 96**

**I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.**

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

V.-Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

**ANNEXE 3 : Article L1111-2 du Code de la santé publique**  
**Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175**  
**Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 7**

**Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé.** Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

## ANNEXE 4 : Classification de Tanner

---

### Stades de développement pubertaire

---

#### Pilosité pubienne garçons et filles

P1 Absence de pilosité

P2 Quelques poils longs sur le pubis

P3 Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse

P4 Pilosité pubienne fournie

P5 La pilosité s'étend à la racine des cuisses et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

#### Développement mammaire

S1 ou B1 Absence de développement mammaire

S2 ou B2 Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole

S3 ou B3 La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole

S4 ou B4 Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire), saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande

S5 ou B5 Aspects adulte, disparition de la saillie de l'aréole

#### Développement des organes génitaux externes du garçon

G1 Testicules et verge de taille infantile

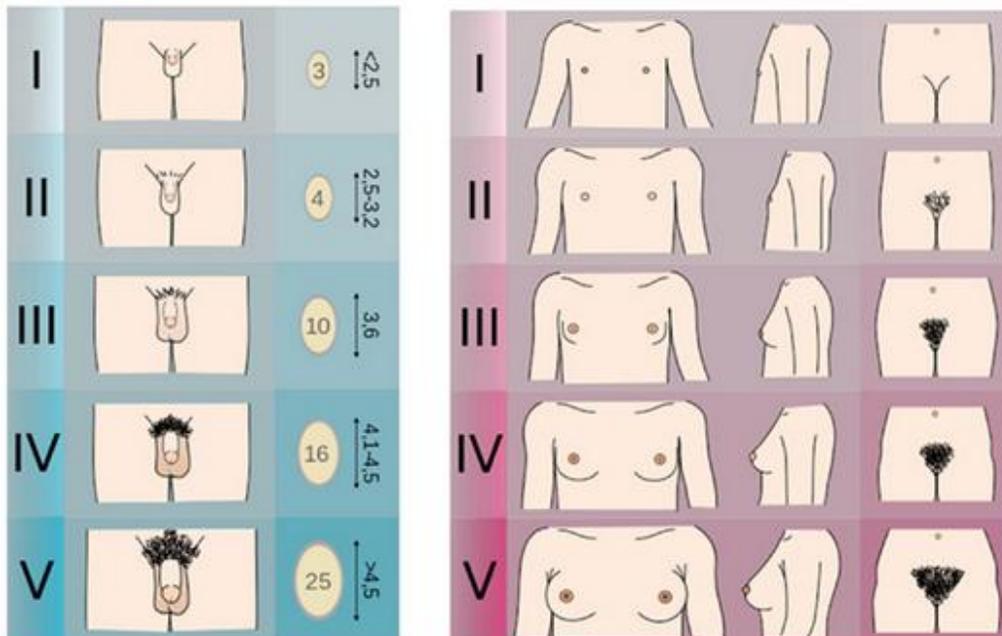
G2 Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 ml (L 25 à 30 mm)

G3 Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L 30-40 mm), accroissement de la verge

G4 Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml (L 40-50 mm) et de la verge

G5 Morphologie adulte

---



## ANNEXE 5 : Grille d'entretien

Les questions bleues constituent la trame du focus group, les questions intermédiaires en vert servent à relancer les échanges si cela s'avère nécessaire. Les interventions de l'animateur et de l'observateur sont indiquées en italique. Enfin, les thèmes abordés sont en caractère gras et les sous thèmes en soulignés

*Observateur :*

*« Bonjour à tous, je me présente, je m'appelle Anne Wojtarkowski, je suis étudiante en médecine. Je suis accompagnée du Docteur Ducos qui est médecin généraliste et professeur à la faculté de médecine de Bordeaux. Actuellement, je travaille sur une thèse qui traite du secret médical et des adolescents. Et c'est pourquoi je fais appel à vous ! Vous avez tous ici entre 14 et 18 ans, J'aimerais donc que l'on discute ensemble du secret médical et que vous me disiez ce que « vous », vous en pensez. Je vais laisser la parole au Docteur Ducos qui va vous expliquer comment ça va se passer... »*

*Modérateur :*

*« Bonjour, donc moi je suis le Docteur Gérard Ducos, et j'aide Anne dans son travail de thèse. Le but ici est de réaliser une étude auprès des adolescents, d'où votre présence !*

*Mon rôle, c'est d'animer cette séance et de lancer la discussion. Je vais donc vous poser des questions en lien avec le secret médical et votre rôle à vous sera d'y répondre, de me donner votre avis. Mais attention, ce n'est pas une interrogation orale ! Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, tout ce que vous direz sera intéressant. Le but c'est justement de comparer vos avis et de les confronter. Alors, si vous n'êtes pas d'accord avec quelque chose qui a été dit, n'hésitez pas à vous exprimer, c'est ça qui nous intéresse. Cette séance va durer 30 à 40 min et sera enregistrée par dictaphone ; Anne va aussi prendre des notes. Ensuite nous analyserons l'ensemble de vos réponses.*

*Vous avez aussi dû remarquer quelque chose : en face de vous il y a un numéro, il remplace votre nom. Il est important que vous compreniez que lorsque l'on va analyser l'enregistrement, on remplacera vos noms par ces numéros. Le but c'est de protéger votre identité et surtout de protéger tout ce que vous nous direz. Sachez que votre nom n'apparaîtra nulle part et que tout ce que vous direz restera confidentiel... Alors, n'ayez pas peur de parler librement !*

*Je vous demanderai de parler bien fort, de vous exprimer chacun votre tour et de ne pas vous interrompre les uns les autres.*

*Vous avez tous bien compris ? Vous avez des questions ?*

### **I- Consultation chez le médecin**

#### 1/ Type de médecin consulté par les adolescents

-Quel type de médecin allez-vous consulter habituellement ?

-Le médecin qui vous suit, c'est qui ?

## 2/Motif de consultation

- En général, pourquoi allez-vous chez le médecin ?
- Pour quel type de problèmes consultez-vous votre médecin?
- C'était quand la dernière fois que vous êtes allés chez le médecin ? Pourquoi ?

## 3/ Personne accompagnante

- Comment vous rendez-vous chez le médecin ?
- Qui vous accompagne en consultation ?
- Allez-vous seul chez le médecin ou accompagné ?

## **II- Représentation du secret médical**

### 4/définition

- Pour vous, c'est quoi le « secret médical » ?
- Selon vous pourquoi le secret médical existe-il ?
- À quoi sert le secret médical ?

### 5/Personnes impliquées dans le secret médical

- Pour vous, ça concerne qui le secret médical ?
- Ce « secret médical », c'est entre qui et qui à votre avis ?

### 6/Les dérogations au secret médical

- Quels sont les dérogations au secret médical ?
- À votre avis, quels seraient les situations où le secret médical pourrait être levé par le médecin?
- Connaissez-vous une situation dans laquelle le médecin aurait le droit de délivrer des informations sur un patient sans son accord ?

## **III- Le droit au secret médical pour les mineurs**

### 7/La loi pour les mineurs

- Pensez-vous que les mineurs ont le droit au secret médical?
- Selon vous, les adolescents ont-ils le droit à la confidentialité ?
- Savez-vous si vous avez le droit de demander à votre médecin le secret médical ?

### 8/ Âge fixé par la loi

- Selon vous, à quel âge peut-on bénéficier du secret médical ?
- Quel est l'âge à partir duquel le médecin n'a pas le droit de délivrer des informations vous concernant à vos parents ?
- Le secret médical, la confidentialité, c'est à partir de quel âge ?

#### **IV- Le besoin de confidentialité**

##### 9/Motifs de consultation nécessitant la confidentialité

- Y-a-t-il des sujets qui peuvent être difficiles à aborder chez le médecin en présence de vos parents ? Pourquoi ?
- Quels seraient les sujets dont un adolescent pourrait avoir envie de discuter sous couvert du secret médical ?
- Y-a-t-il des sujets que vous aimeriez aborder « seul » avec votre médecin ? Si oui, lesquels ?

##### 10/Raisons au besoin de confidentialité

- Pourquoi certains sujets peuvent-ils être compliqués à aborder avec vos parents ?
- Pour quelles raisons selon vous un adolescent pourrait-il vouloir être reçu seul par le médecin ?

#### **V- Expériences vis-à-vis du secret médical**

##### 11/Le vécu en consultation

- Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà parlé du secret médical ?
- Votre médecin généraliste vous a-t-il déjà proposé de vous recevoir « seul » (sans vos parents) en consultation ? Si oui, dans quelles circonstances ?
- Vos parents vous ont-ils proposé de vous laisser « seul » en consultation avec votre médecin ? Si oui, pour quelle raison ?

##### 12/Expérience de la confidentialité

- Avez-vous déjà bénéficié du secret médical ? Dans quelles circonstances ?
- Avez-vous déjà été reçu en consultation par un médecin sans le dire à vos parents ? Si oui, dans quelles circonstances ?

#### **VI- Place des adultes dans la santé des adolescents**

##### 13/Adultes ressources dans l'entourage des adolescents

- Quels sont les adultes dans votre entourage à qui vous parlez librement, à qui vous pouvez vous confier en cas de problème ?
- Pensez-vous qu'il existe des personnes adultes dans votre entourage, autres que vos parents, à qui vous pourriez faire appel en cas de problème lié à votre santé ? Si oui, lesquelles ?
- Hormis vos parents, quels sont les autres adultes en qui vous avez confiance ?

##### 14/Justification

- Qu'est ce qui fait qu'on est assez grand pour pouvoir s'occuper de sa santé sans l'aide de ses parents ?
- En quoi cela a à voir avec la « maturité », la « capacité de discernement » ?

## VII- Bénéfices et risques de la confidentialité pour les mineurs

### 15/Bénéfices du secret médical

- Selon vous, le secret médical c'est une bonne chose ou pas ?
- Pensez-vous qu'il est important que les adolescents aient le droit au secret médical ? Pourquoi ?
- Quels peuvent être les avantages du secret médical ?

### 16/Réticences face au secret médical

- Quels seraient les risques, selon vous, du secret médical ?
- Quels sont les limites du secret médical ?

## VIII- Questions ajoutées après le 1<sup>er</sup> focus groupe (17) et le 5<sup>ème</sup> focus group (18)

### 17/Opinion des parents sur le secret médical

- Selon vous, que vos parents penseraient-ils du secret médical pour les mineurs ?
- Quelle serait leur opinion sur la possibilité sur le secret médical vous concernant ?

### 18/Mode de diffusion de l'information

- Comment informer les adolescents sur leur droit au secret médical ?
- Selon vous, quelle serait la meilleure façon d'informer les mineurs sur leur droit à la confidentialité ?

*Observateur :*

« Nous allons maintenant vous distribuer une feuille sur laquelle figure la loi du 4 mars 2002 qui concerne le secret médical du mineur. Je vais vous en faire la lecture et après on en discutera ensemble :

Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

Explication du texte de loi par le modérateur et l'observateur.

## IX- Opinion sur le secret médical

Que cela vous inspire-t-il ? Quelle est votre opinion sur cette loi ?

## ANNEXE 6 : Questionnaire quantitatif

### Fiche d'information individuelle

#### Focus group 1

Élève numéro :

Âge :

Sexe :

-féminin

-masculin

Classe :

Lieu du domicile :

Profession des parents :

-mère :

-père :

Partages-tu le même médecin généraliste que l'un de tes parents ?

-oui

-non

**Concernant le secret médical des mineurs,  
la loi dit :**

**« Le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale :**

- ⇒ Sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour **sauvegarder la santé d'une personne mineure**
- ⇒ Et dans le cas où cette dernière **s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale** afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps **s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation.**

Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention.

Dans ce cas, **le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »**



**Et toi... Qu'en penses-tu ?**

## **ANNEXE 8 : Premier mail, prise de contact avec les chefs d'établissement**

Madame/Monsieur le Proviseur,  
Madame, Monsieur le Principal,

Je me permets de vous contacter concernant mon **projet de thèse de médecine générale**.

Je suis actuellement médecin généraliste remplaçante inscrite à l'université de Bordeaux en instance de thèse.

Avec le soutien du **département de médecine générale de Bordeaux** ainsi que de mon directeur de thèse, le docteur **Gérard DUCOS, Professeur associé**, je compte proposer une thèse sur le sujet suivant : **Le secret médical de l'adolescent : représentations, expériences et opinions des mineurs de 14 à 18 ans**.

Je vous sollicite pour vous demander **l'autorisation d'interroger des élèves de votre établissement**. J'aimerais en effet organiser un **débat avec un unique groupe de 6 à 8 élèves** volontaires sur le sujet du secret médical en présence du docteur Ducos et de moi-même.

J'espère vous serez intéressé par ce sujet et que vous m'autoriserez à en débattre avec certains de vos élèves ; si tel est le cas, je vous invite à me contacter par mail ou par téléphone.

En cas d'absence de réponse, je me permettrai de vous recontacter par téléphone.

Madame/ Monsieur, je vous prie d'accepter mes respectueuses salutations.

## ANNEXE 9 : Second mail, recrutement des élèves

Madame/Monsieur le Proviseur,  
Madame/Monsieur le Principal,

Je me permets de reprendre contact avec vous concernant l'étude à laquelle votre établissement participe dans le cadre d'une **thèse sur le secret médical des adolescents**.

Vous avez été choisi pour accueillir le **premier focus group** et nous vous demandons désormais s'il vous serait possible de procéder au **recrutement des élèves**.

### **Règles de recrutement des élèves :**

**1- Recruter des élèves MINEURS âgé de 14, 15, 16 ou 17 ans**

**2- Recruter entre 6 et 8 élèves.**

Nous vous conseillons, à ce propos, un sur-recrutement, afin de faire face aux désistements de dernière minute.

**3- Recruter un groupe d'élèves représentatif des élèves de votre établissement** sur des critères de sexe, d'âge, de milieu socioculturel et de niveau scolaire.

**4- Recruter des élèves ne se connaissant pas entre eux** et si possible issus de classe différentes

**5- Ne pas utiliser lors du recrutement les termes « secret médical » ou « confidentialité »** pour éviter que les élèves ne se renseignent sur le sujet. Il est préférable de dire aux élèves qu'il s'agit d'un débat sur « la consultation de l'adolescent ».

Concernant les aspects logistiques, nous voudrions savoir s'il vous serait possible de nous prêter une salle au sein de votre établissement scolaire pour une durée d'une heure ?

Nous pensons réunir les élèves vers 12h45-13h00, après leur déjeuner et avant la reprise des cours de l'après-midi.

Pour ce qui est de la date, nous voudrions vous proposer le \*\*/\*\*/, ce qui vous laisserait 3 semaines pour recruter les élèves. Cela conviendrait-il?

Sur le plan éthique et juridique, nous vous proposons **une lettre d'information aux parents** (ou aux titulaires de l'autorité parentale) ainsi qu'un exemplaire d'**autorisation parentale** qui devra nous être **remis signé pour chaque élève lors de notre passage dans votre établissement**.

Je vous remercie encore pour votre participation à l'étude et reste à votre entière disposition en cas de besoin ou si vous avez des questions sur le recrutement des élèves.

Je vous prie d'accepter, Madame/Monsieur, mes respectueuses salutations.

## ANNEXE 10 : Avis favorable du CCTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**

**Comité consultatif sur le traitement de l'information  
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

**Dossier n° 16-587**

**Intitulé de la demande :** Le secret médical de l'adolescent en médecine générale : connaissances, représentations et opinions des mineurs de 14 à 18 ans.

**Responsable scientifique :** Gérard DUCOS  
5bis avenue de Verdun  
33610 CESTAS

**Demandeur :** Bernard GAY  
Université de Bordeaux - Département de médecine générale  
Bureau des Thèses  
Université de Bordeaux  
146 rue Léo Saignat  
33000 BORDEAUX

**Dossier reçu le :** 20 juin 2016

**Dossier examiné le :** 12 septembre 2016

**Dossier reçu le :** 20 juin 2016

**Dossier examiné le :** 12 septembre 2016

**Avis du Comité consultatif :**

**Avis favorable**

*Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :*

*Les enregistrements audio doivent être détruits à la fin de l'étude (à mentionner dans les documents d'information). Le droit d'accès des parents aux réponses de leur enfant n'est pas possible dans cette étude (pas de table de correspondance entre le numéro d'étude et l'identité du sujet) et les parents doivent en être informés.*

*A partir de 18 ans, seul le consentement de l'élève doit être recherché (et non celui de ses parents) pour sa participation à l'étude.*

*Vérifier auprès de la CNIL si l'étude ne relève pas de l'article 35 de la loi informatique et libertés.*

Fait à Paris, le 16 septembre 2016

Jean-Louis Serre  
Président du Comité consultatif

# ANNEXE 11 : Demande d'autorisation à la CNIL



8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

916525

## DEMANDE D'AUTORISATION

### D'UN TRAITEMENT DE RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

(Chapitre IX de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

#### 1 Le demandeur (responsable du traitement / promoteur de la recherche)

**Nom et prénom ou raison sociale :** DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRAL, UNIVERSITÉ DE BORDEAUX, COLLÈGE SCIENCES DE LA SANTÉ

Sigle (facultatif) : DMG BORDEAUX

N° SIRET : 130018351 00077

Service : DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE, SERVICE DES THÈSES

Code APE : 8542Z Enseignement supérieur et post-secondaire non supérieur

Adresse : 146 RUE LÉO SAIGNAT

Code postal : 33000 - Ville : BORDEAUX

Téléphone : 05 57 57 13 11

Adresse électronique : BERNARD.GAY@U-BORDEAUX.FR

Fax :

#### 2 Identification de l'investigateur et/ou du responsable de la recherche

Votre nom (ou raison sociale) : WOJTARKOWSKI Anne

Sigle (Facultatif) :

N° SIRET :

Service :

Code NAF :

Adresse : 15 RUE SAINT SIMÉON

Code postal : 33000 Ville : BORDEAUX

Téléphone : 06 73 55 31 49

Adresse électronique : ANNE.WOJTAR@HOTMAIL.FR

Fax :

#### 2 Service chargé de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

*(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)*

Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

**Nom et prénom ou raison sociale :** WOJTARKOWSKI Anne

Sigle (Facultatif) :

N° SIRET :

Service :

Code NAF :

Adresse : 15 RUE SAINT SIMÉON

Code postal : 33000 - Ville : BORDEAUX

Téléphone : 06 73 55 31 49

Adresse électronique : ANNE.WOJTAR@HOTMAIL.FR

Fax :

**NOTICE D'INFORMATION DES PARENTS OU DU (DES) TITULAIRE(S)  
DE L'AUTORITE PARENTALE**

LE SECRET MEDICAL DE L'ADOLESCENT :  
CONNAISSANCES, REPRESENTATIONS ET OPINIONS DES MINEURS  
DE 14 A 18 ANS.  
(Etude qualitative par focus groups)

**Madame, Monsieur,**

**Nous sollicitons la participation de votre enfant dans un travail de recherche concernant le secret médical des adolescents.**

**Il s'agit d'une étude qualitative réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale, encadrée par le département de médecine générale de la faculté de Bordeaux, en accord avec le chef d'établissement, Madame/Monsieur le Principal/Proviseur du collège/lycée...**

**Contexte de l'étude**

Le secret médical est un pilier essentiel de la relation médecin malade permettant d'instaurer un climat de confiance entre le patient et son médecin généraliste.

Favoriser la confiance de nos jeunes patients sur des questions sensibles qui concernent leur santé est essentiel pour leur offrir une meilleure qualité de soins.

Ainsi, nous pensons que mieux connaître l'avis des adolescents sur le secret médical est une première étape pour mieux les soigner.

**Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude est d'explorer les connaissances, les représentations et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical en médecine générale.

Il s'agit pour nous de donner la parole aux adolescents de façon à les interroger sur leur vision du secret médical et leurs attentes sur le sujet.

**Déroulement de l'étude**

Si vous acceptez que votre enfant participe à cette étude, il sera inclus dans un « focus group ».

Il s'agit d'un groupe de 7 élèves qui sera réuni **au sein de l'établissement scolaire en dehors des horaires de cours.**

Ce groupe d'élève sera encadré par deux intervenants :

**-Le docteur DUCOS**, médecin généraliste, Professeur associé à la faculté de médecine de Bordeaux. Il est le directeur de cette thèse ; il aura le rôle d'animateur et sera chargé d'interroger les membres du groupe sur des questions en lien avec le secret médical.

**-Mademoiselle Anne Wojtarkowski**, étudiante en médecine à la faculté de Bordeaux. Elle est la doctorante qui va soutenir cette thèse ; elle aura le rôle d'observatrice et sera chargée de l'enregistrement du groupe par dictaphone.

Enfin, un questionnaire sera distribué à votre enfant afin de récolter des informations de nature épidémiologique (âge, sexe, classe, lieu du domicile, ...)

### **Autorisations**

Le chef d'établissement, Madame/Monsieur..., Principal/Proviseur du collège/lycée... à... , nous a donné son accord quant à la participation de son établissement à ce travail de thèse.

La participation de votre enfant à l'étude ne pourra être possible qu'après le **recueil de la fiche d'autorisation parentale ci-jointe, comprenant votre autorisation écrite et celle de votre enfant.**

Sachez que vous **pouvez décider à tout moment de retirer votre enfant de l'étude**, même après avoir signé l'autorisation parentale. Il vous suffira alors de prendre contact avec le secrétariat de la direction de l'établissement pour faire part de votre décision.

### **Confidentialité**

Sur le plan éthique, sachez que l'ensemble des discussions enregistrées lors des focus groups ne peut être utilisé que dans le cadre de la recherche en lien avec la thèse.

Par ailleurs, nous nous engageons à protéger l'identité de votre enfant qui ne peut être révélée, ni dans l'analyse des données, ni dans le manuscrit de la thèse.

## ANNEXE 13 : Autorisation parentale

### FICHE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION DES PARENTS OU DU (DES) TITULAIRE(S) DE L'AUTORITE PARENTALE

de M et M<sup>me</sup> .....

parents/titulaire(s) de l'autorité parentale, de l'enfant.....

né(e) le .. / .. / ....

Scolarisé(e) au collège/lycée...

Le Docteur Gérard Ducos, Professeur associé, et Mlle Anne Wojtarkowski, étudiante en médecine, ont sollicité notre autorisation afin que notre enfant participe à une recherche organisée dans le cadre d'une thèse sur « Le secret médical de l'adolescent : connaissances, représentations et opinions des mineurs de 14 à 18 ans. ».

Il nous a été précisé que nous sommes libres d'accepter ou de refuser que notre enfant participe à cette étude.

Nous avons reçu et nous avons bien compris les informations suivantes :

- le but de cette recherche est d'interroger et de solliciter l'avis de notre enfant sur la question du secret médical.
- Son opinion sur le sujet sera recueillie et enregistrée par dictaphone dans le cadre d'un « focus group » qui aura lieu au sein de l'établissement scolaire en dehors des horaires de cours.

**Nous acceptons que notre enfant participe à cette recherche dans les conditions précisées ci-dessus.**

Notre consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités.

Nous restons libres d'arrêter à tout moment la participation de notre enfant à cette étude et ce, sans justification. Nous en informerons alors Madame/Monsieur... , Principal/Proviseur du collège/lycée...

Nous acceptons que les données concernant notre enfant soient enregistrées par dictaphone à l'occasion de cette recherche et puissent faire l'objet d'une analyse.

Nous sommes informés que les données personnelles de notre enfant, recueilli au cours de l'étude, seront traitées dans une base de données informatisée et que, conformément à la « loi informatique et liberté », elles seront analysées de manière confidentielle du fait qu'elles sont codées sans mention du nom et du prénom.

De même, l'identité de notre enfant ne pourra être révélée dans la rédaction du manuscrit.

Enfin, nous sommes informés de notre droit d'accès aux résultats globaux de l'étude, le manuscrit de la thèse pouvant ainsi être fourni sur notre demande auprès du chef d'établissement, Madame/Monsieur...

Nous pourrions à tout moment demander des informations complémentaires à Madame/Monsieur... , Principale/Proviseur du collège/lycée... , en contactant le secrétariat au : ...

**Nom et prénom des parents ou du/des titulaire(s) de l'autorité parentale :**

.....

**Fait à ....., en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e)**

**le ...../...../.....**

**Signature des deux parents ou du/des titulaire(s) de l'autorité parentale précédée de la mention "Lu et approuvé" :**

**Autorisation du mineur**

**Je soussigné(e) ..... accepte de participer de façon volontaire à l'étude : « Le secret médical de l'adolescent, connaissances, représentations et opinions des mineurs de 14 à 18 ans. »**

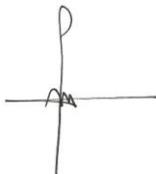
**Fait, à .....**

**le ...../...../.....**

**Signature du mineur précédé de la mention « lu et approuvé » :**

**Madame/Monsieur... ,**

**Principal/Proviseur du collège/lycée... :**



**Docteur Ducos Gérard,  
Professeur associé, Directeur de thèse**



**Anne Wojtarkowski,  
Etudiante en médecine**

## ANNEXE 14 : Caractéristiques des élèves

	A : Sexe ▾	B : Âge ▾	C : Même médecin que les parents ▾	D : Filière ▾	E : CSP des parents ▾
1 : Focus group 1, élève 1	Féminin	16	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
2 : Focus group 1, élève 2	Masculin	15	Le même	Générale	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3 : Focus group 1, élève 3	Masculin	17	Le même	Professionnell	Employés
4 : Focus group 1, élève 4	Masculin	17	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
5 : Focus group 1, élève 5	Féminin	16	Le même	Générale	Professions Intermédiaires
6 : Focus group 1, élève 6	Masculin	15	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
7 : Focus group 1, élève 7	Masculin	16	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
8 : Focus group 1, élève 8	Masculin	18	Le même	Professionnell	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
9 : Focus group 2, élève 1	Masculin	16	Le même	Professionnell	Professions Intermédiaires
10 : Focus group 2, élève 2	Féminin	16	Le même	Professionnell	Employés
11 : Focus group 2, élève 3	Masculin	17	Le même	Professionnell	Professions Intermédiaires
12 : Focus group 2, élève 4	Masculin	17	Le même	Professionnell	Autres
13 : Focus group 2, élève 5	Féminin	16	Le même	Professionnell	Employés
14 : Focus group 2, élève 6	Féminin	16	Le même	Professionnell	Professions Intermédiaires
15 : Focus group 3, élève 1	Féminin	15	Le même	Générale	Employés
16 : Focus group 3, élève 2	Féminin	16	Le même	Générale	Employés
17 : Focus group 3, élève 3	Féminin	15	Le même	Générale	Employés
18 : Focus group 3, élève 4	Féminin	16	Le même	Générale	Employés
19 : Focus group 3, élève 5	Masculin	15	Le même	Générale	Ouvriers
20 : Focus group 4, élève 1	Masculin	15	Le même	Professionnell	Cadres et professions intellectuelles sup.
21 : Focus group 4, élève 2	Féminin	17	Le même	Professionnell	Employés
22 : Focus group 4, élève 3	Féminin	15	Le même	Professionnell	Agriculteurs exploitants
23 : Focus group 4, élève 4	Féminin	16	Le même	Professionnell	Employés
24 : Focus group 4, élève 5	Masculin	16	Le même	Professionnell	Professions Intermédiaires
25 : Focus group 4, élève 6	Masculin	15	Le même	Professionnell	Employés
26 : Focus group 5, élève 1	Masculin	14	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
27 : Focus group 5, élève 2	Féminin	15	Le même	Générale	Employés
28 : Focus group 5, élève 3	Féminin	14	Le même	Générale	Professions Intermédiaires
29 : Focus group 5, élève 4	Féminin	15	Le même	Générale	Employés
30 : Focus group 5, élève 5	Féminin	15	Le même	Générale	Professions Intermédiaires
31 : Focus group 5, élève 6	Masculin	14	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
32 : Focus group 6, élève 1	Féminin	14	Le même	Générale	Employés
33 : Focus group 6, élève 2	Masculin	14	Pas le même	Générale	Autres
34 : Focus group 6, élève 3	Masculin	14	Le même	Générale	Ouvriers
35 : Focus group 6, élève 4	Masculin	14	Le même	Générale	Cadres et professions intellectuelles sup.
36 : Focus group 6, élève 5	Masculin	14	Pas le même	Générale	Professions Intermédiaires
37 : Focus group 6, élève 6	Masculin	14	Le même	Générale	Professions Intermédiaires

ANNEXE 15 : Nuage de mots clés



## **INFORMATIONS SUR LES DROITS DES MINEURS**



Les problèmes de santé lorsqu'ils sont en lien avec la sexualité sont parfois délicats à aborder avec la famille...

On est souvent étonné de voir qu'en réalité si l'on aborde le sujet, les choses peuvent être comprises et acceptées par l'entourage. Ceci permet d'avoir ensuite un soutien et un accompagnement par ses proches dans les situations difficiles.

Dans tous les cas, en tant que mineur vous avez droit au secret médical, vous pouvez parler librement à votre médecin sans que ça ne soit dévoilé à votre famille si vous le désirez.



**Posez toutes vos questions au médecin qui vous soigne.**

Vous pouvez aussi vous adresser au **planning familial** le plus proche de chez vous pour toute question au sujet de la sexualité, de la contraception et de l'interruption médicale de grossesse. Un médecin ou un psychologue pourra vous répondre.

## **Code de santé publique :**

Article L1111-5  
Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005

Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, 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, son seul consentement est requis.



**En résumé :**

**Le patient mineur a droit de refuser que l'on donne des informations à sa famille.**

**Si il doit subir un traitement ou une intervention chirurgicale il doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.**

**ANNEXE 17 : Campagnes de communication de sensibilisation**

 **LES ANTIBIOTIQUES  
C'EST PAS AUTOMATIQUE**

**LES  
ANTIBIOTIQUES  
UTILISÉS À TORT  
ILS DEVIENDRONT  
MOINS FORTS**

**les  
ANTIBIOS  
juste  
ce qu'il faut**

**PRÉSERVER** l'efficacité  
des antibiotiques,  
**LIMITER** l'émergence  
des bactéries multirésistantes



Campagne de promotion de la consommation de fruits & légumes

**Chaque jour  
pour tous les goûts  
c'est facile !**

**5/5**

**Campagne Fruits & Légumes**

Pour votre santé, mangez des fruits et des légumes chaque jour  
[www.journees5sur5.fr](http://www.journees5sur5.fr)



**Au moins  
5 par jour**



### Préparer la consultation

Pourquoi un examen médical à cet âge ? La puberté se poursuit, la période de scolarité obligatoire s'achève, l'adolescent(e) devra prendre des décisions pour son orientation. L'examen médical est l'occasion de faire le point sur son développement et de l'inciter à préserver sa santé. Au cours de cet examen, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés. Les questions suivantes visent à favoriser le dialogue entre vous, parents et enfant, et le médecin.

**A cet âge, il est important qu'au moins une partie de la consultation ait lieu hors de la présence des parents.**

**La loi autorise les adolescents mineurs, s'ils le désirent, à bénéficier du secret médical. La confidentialité favorise la confiance des adolescents sur des sujets intimes à un âge où le médecin peut leur apporter de l'aide.**



#### Vos observations, vos questions :

- si l'établissement scolaire vous signale des problèmes, si votre enfant manque souvent la classe, est souvent en retard,
- si il ou elle se plaint souvent, est souvent malade,
- si l'alimentation est un sujet de désaccord entre vous et votre enfant ou s'il y a d'autres sujets de désaccord familiaux (travail scolaire, sommeil, loisirs...),

**Parlez-en avec votre médecin.**



**Cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé.**

- Si tu te sens souvent triste et fatigué, si tu as des idées noires,
- si tu as des questions sur ton aspect physique, ta croissance, ton hygiène de vie,

**Parles-en avec ton médecin.**

**Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit\*, un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.**

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.*

## SUMMARY

### **ADOLESCENT CONFIDENTIALITY IN PRIMARY CARE : REPRESENTATIONS, EXPERIENCES AND OPINIONS IN A POPULATION OF MINORS AGED 14 TO 18. QUALITATIVE RESEARCH USING FOCUS GROUPS CONDUCTED IN SCHOOLS IN GIRONDE.**

**Background** : Adolescence is a period of high-risk for health, requiring regular medical check-ups typically conducted by general practitioners. Confidentiality is one of the cornerstones of the medical code of practice. The law from 4th March 2002 allows a minor to access confidential consultation and treatment, constituting an exemption from the principle of parental authority.

**Purpose** : To investigate the representations, experiences and opinions of minors between 14 and 18 years old regarding medical confidentiality.

**Methods** : A qualitative study was conducted in Gironde using focus groups taken from 6 schools, totalling 37 students.

**Results** : The majority of the adolescents interviewed had never had cause to require medical confidentiality. However, many of them considered their doctor to be trustworthy despite widely varying views on the issue of confidentiality for minors. Many consider that a mature adolescent should be entitled to medical confidentiality in cases of gynaecological consultations, addictions or psychological problems. Overall, they have a positive opinion of medical confidentiality, believing it would make them more likely to confide in their doctor, but are nevertheless concerned by their parents' reticence. However, they don't feel sufficiently informed on this subject and suggest raising awareness with poster campaigns in medical facilities and schools.

**Conclusion** : Confidentiality seems essential for the care of adolescents in general practice. In order to promote medical confidentiality, minors and their parents need to be better informed.

**KEYWORDS** : medical confidentiality, adolescent, minor, general practice, parents, law, trust.

## RÉSUMÉ

### **LE SECRET MÉDICAL DE L'ADOLESCENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE : REPRÉSENTATIONS, EXPÉRIENCES ET OPINIONS DES MINEURS DE 14 À 18 ANS. ÉTUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUP AUPRÈS DE 6 ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES EN GIRONDE.**

**Contexte :** L'adolescence est une période à risque pour la santé nécessitant un suivi médical assuré habituellement par les médecins généralistes. Le secret médical est l'un des fondements déontologiques de la médecine. La loi du 4 mars 2002 autorise au mineur le secret de la consultation et des soins et constitue une dérogation au principe d'autorité parentale.

**Objectif :** Explorer les représentations, les expériences et les opinions des mineurs de 14 à 18 ans concernant le secret médical.

**Méthode :** Une étude qualitative par focus group a été menée en Gironde auprès de 37 élèves issus de 6 établissements scolaires.

**Résultats :** La majorité des adolescents interrogés n'ont jamais eu recours au secret médical. Ils sont néanmoins nombreux à considérer leur médecin comme une personne de confiance mais ont un avis très partagé sur la possibilité de la confidentialité pour les mineurs.

Beaucoup pensent qu'un adolescent mature devrait pouvoir bénéficier du secret médical pour des motifs de consultations gynécologiques, les addictions ou les problèmes psychologiques.

Ils sont globalement favorables au secret médical considérant qu'il favoriserait leurs confidences auprès du médecin mais craignent toutefois les réticences de leurs parents.

Ils regrettent cependant de n'être pas suffisamment informés sur le sujet et suggèrent des campagnes de sensibilisation par le biais d'un affichage dans les lieux médicaux et dans les établissements scolaires.

**Conclusion :** Le secret médical semble essentiel à la prise en charge des adolescents en médecine générale. Afin de promouvoir la confidentialité, une meilleure information s'impose auprès des mineurs et de leurs parents.

**MOTS-CLÉS :** secret médical, confidentialité, adolescent, mineur, médecine générale, parents, loi, confiance.

