

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Agnès Descoqs

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

SPÉCIFICITÉS DE LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION AVEC LES ADOLESCENTS

Soutenu le : 10 Avril 2018

Directeur de mémoire : **Dr Sylvie Hutin-Laisney**

JURY

Claire DRAN, présidente du jury, sage-femme enseignante UVSQ

Eléonore BLARD, sage-femme enseignante UVSQ

Anne MCKINLEY, sage-femme CHIPoissy-St Germain en Laye

Numéro national d'étudiant : 2505061213y

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je souhaite remercier Dr Sylvie Hutin-Laisney d'avoir accepté de se lancer dans l'aventure de la direction de ce mémoire et pour tout le temps qu'elle y a consacré et tous ses précieux conseils.

Je souhaite aussi remercier Mme Sophie Baumann, qui a su m'écouter et me guider tout au long de ce travail.

Merci aux médecins et aux sage-femmes qui ont accepté de réaliser les entretiens nécessaires à cette étude.

Et enfin merci à tous mes proches, familles et amis, qui ont su m'encourager et me soutenir depuis le début de mes études.

Table des matières

AVERTISSEMENT.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIERES.....	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VII
LEXIQUE.....	VIII
TITRE ET RESUME	ERREUR ! LE SIGNET N'EST PAS DEFINI.
TITLE AND ABSTRACT	ERREUR ! LE SIGNET N'EST PAS DEFINI.
INTRODUCTION.....	1
1 INTRODUCTION / CONTEXTE.....	2
1.1 La sexualité à l'adolescence	2
1.2 La contraception chez les adolescents.....	5
1.3 La consultation de contraception	10
1.4 Question de recherche.....	14
1.5 Hypothèses.....	14
2 MATERIEL ET METHODES.....	15
2.1 Objectifs de l'étude.....	15
2.2 Type d'étude.....	15
2.3 Outil méthodologique et thématiques interrogées	15
2.4 Population étudiée	17
2.5 Stratégies d'analyses	17
2.6 Considérations éthiques et réglementaires	18

3	RESULTATS	19
3.1	Description de la population	19
3.2	La consultation en générale	21
3.3	Le déroulement de la consultation.....	24
3.4	Assurer la confidentialité à l'adolescente.....	29
3.5	Les conduites à risque et leur prévention.....	32
4	DISCUSSION	36
4.1	Adolescentes et adultes, une consultation différente.....	36
4.2	L'importance de la confidentialité.....	41
4.3	La recherche et la prévention des conduites à risque	45
4.4	Limites / biais et points forts.....	49
	CONCLUSION.....	50
	BIBLIOGRAPHIE	51
	ANNEXES.....	I

Liste des figures

Figure 1 : Lieux d'exercice des professionnels de santé	19
Figure 2 : Connaissance et application de la méthode BERCER	20
Figure 3 : Durée d'une consultation de contraception	22
Figure 4 : Temps nécessaire aux explications des contraceptions	25
Figure 5 : Fréquence de pratiques des examens médicaux	27
Figure 6 : La confidentialité de la consultation	29
Figure 7 : Les accompagnateurs de l'adolescente	30
Figure 8 : Les conduites recherchées de manière systématique	33

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien	I
Annexe II : Entretien n° 3	III

Lexique

BERCER (méthode) : modèle de consultation conseillé par l'OMS dans le cas d'une demande de contraception

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

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

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruptions Volontaires de Grossesse

LARC : Long-Acting Reversible Contraception soit une contraception réversible ayant une efficacité à long-terme

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Spécificités de la consultation de contraception avec les adolescentes

Objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de déterminer comment étaient réalisées les consultations de contraception avec les adolescentes et s'il ressortait certains éléments clés auxquels les professionnels de santé devraient être attentifs.

Matériel et méthodes

Cette étude s'appuyait sur des entretiens semi-directifs ayant lieu avec des professionnels de santé qui pratiquent des consultations gynécologiques avec des adolescentes. Tous les entretiens ont été réalisés avec des praticiens d'Ile-de-France, d'octobre 2017 à janvier 2018.

Résultats et conclusion

De cette étude, nous avons pu ressortir certains points auxquels les praticiens sont plus attentifs lorsqu'ils sont face à une adolescente. Il est apparu que les praticiens prennent généralement plus de temps qu'avec les adultes et qu'ils ne cherchent pas à réaliser un examen gynécologique qui, sauf cas particuliers, serait inutile à la première consultation. Pour ces consultations, ils essaient de garantir à l'adolescente la confidentialité dont elle a besoin. En ce qui concerne les conduites à risque, il est ressorti qu'une recherche était généralement réalisée mais que leur prévention n'était pas forcément associée.

Il faut, pour les praticiens, savoir prendre en compte tous ces éléments afin que l'adolescente puisse se sentir en confiance, qu'elle puisse obtenir une contraception qui lui convient et qu'elle sache comment prévenir les conduites à risque qui pourraient avoir des répercussions sur santé.

Mots-clés Première consultation gynécologique, Contraception, Adolescentes

Specificities of contraceptive counselling with adolescent patients

Objective

Our study aimed to determinate how to handle contraceptive counselling with adolescent girls and if we could find some key points for the midwives and doctors to be attentive to.

Methods

This study was conducted through interviews with medical practitioners, midwives and doctors, who handle contraceptive counselling with adolescent girls. All the interviews were made in Ile-de-France, France, between October 2017 and January 2018.

Results and conclusion

This study pointed out some key findings medical practitioners should be more attentive to with adolescent girls. We found that the consultations last longer with teenagers than adults and that a gynaecological examination is not systematic on the first appointment. For this counselling, practitioners try to give the teenager the confidentiality she needs. It appears that health risk behaviours research was often conducted but the prevention of these behaviours wasn't always made afterwards.

The practitioner must consider all these points to make the adolescent patient feel confident, allowing her to choose the contraception that fits her the best and learn how to prevent risk behaviours that could hurts her.

Keywords : First gynaecological consultation, Contraception, Adolescent girls

Introduction

Depuis Juillet 2009, avec la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoire il fait partie des compétences des sages-femmes d'assurer des consultations de gynécologie préventive et de contraception avec les femmes en bonne santé.

Nous pouvons donc être amenés, dans notre pratique à réaliser des consultations de contraception avec des jeunes patientes ayant besoin de débiter une contraception. S'il paraît essentiel de savoir adapter sa consultation à chaque patiente, la patientèle adolescente semble avoir des besoins et des attentes particulières de cette consultation qu'il ne faut pas ignorer.

C'est ce constat qui nous a menés à nous intéresser, pour ce mémoire, à la spécificité de la consultation de contraception avec les adolescentes.

Nous commencerons par introduire le sujet en rappelant les notions et le contexte du sujet, puis nous verrons les outils qui ont permis de mener l'étude, ensuite nous présenterons les résultats de la recherche et enfin nous discuterons des différents points qui ont été soulevés en analysant les résultats.

1 Introduction / Contexte

1.1 La sexualité à l'adolescence

1.1.1 Définition

L'adolescence, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la période de croissance et de développement humain se situant entre 10 et 19 ans, est une phase de transition critique. En effet, l'adolescent va faire l'acquisition de l'indépendance sociale et économique, il va développer de manière cruciale son identité, et acquérir les compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte. Durant cette étape ont lieu des modifications physiques, psychiques et émotionnelles, qui seront marquées par la mise en route de la fonction reproductrice et amoureuse de l'adolescent. Les modifications du corps vont apporter à l'adolescent une image sexuée de lui-même notamment via le regard que les autres lui portent. Il doit accepter ce « nouveau » corps. C'est pour lui une période de crise, parfois violente. De nouvelles pulsions, qui peuvent être source d'angoisses, de peurs ou de dénis, peuvent apparaître et entraîner de la souffrance plus que de la satisfaction. (1–3)

Chez les filles, le début de la puberté est marqué par les ménarches qui ont lieu vers 12-13 ans en moyenne. Mais les changements physiques ainsi que les changements psychologiques ont commencé auparavant sous l'influence de la sécrétion hormonale. Par exemple, les œstrogènes ont un effet sur le développement mammaire de la petite fille mais vont aussi éveiller certains émois sexuels qui peuvent l'étonner et la perturber. (1)

1.1.2 Le début de la sexualité

C'est durant cette période qu'aura lieu, pour la majorité, le premier rapport sexuel, l'âge médian de ce premier rapport étant autour de 17,6 ans pour les filles et 17,4 pour les garçons selon l'Institut National d'Etudes Démographiques.

A cet âge, la sexualité a certaines particularités, différentes de celle de l'adulte : elle a, entre autres, un caractère sporadique (5 à 15 fois par an), est souvent non planifiée et avec un nombre de partenaires rapidement croissant. Les adolescents, n'ayant pas toujours conscience de l'impact que leur prise de décision a sur leur santé, peuvent avoir des conduites à risque, notamment addictives ou sexuelles. (4–6)

1.1.3 Les conduites sexuelles à risque chez les adolescents

L'adolescence est une période vécue avec une sensation d'urgence et de besoin de passer à l'acte. Cela fait prendre aux adolescents des décisions impulsives et « sur le moment » pour lesquelles ils ne réfléchiront aux conséquences à long terme qu'après. (3,7)

Les adolescents ayant des conduites sexuelles à risque sont dans les "trois D" de Jean-Pierre Chartier : défi, délit, déni : défi de l'autorité mais aussi défi de l'autre et de soi-même, délit car transgression, et déni non pas de la réalité mais du risque. Une prise de risque chez l'adolescent par des rapports sexuels non protégés peut être la conséquence d'une ignorance des risques, mais peut être aussi une conséquence des attitudes et croyances caractéristiques à l'adolescence : un sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité, une opposition active au discours préventif des adultes, la tentation de la prise de risques délibérée ou encore des pratiques sexuelles maladroites ou mal contrôlées. Les deux conséquences principales liées à ces prises de risques dans leur sexualité sont la transmission d'infections sexuelles et les grossesses imprévues. (8,9)

1.1.3.1 Les Infections Sexuellement Transmissibles

Il y a, chez les adolescents, un risque important d'infections sexuellement transmissibles (IST) et notamment des infections à Chlamydia Trachomatis ou à gonocoque. En France, 18% des femmes entre 15-19 ans seraient touchées par une infection à Chlamydia en 2006 et en 2015, 10% des personnes découvertes séropositives au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) avaient moins de 25 ans.

Aux Etats-Unis, les 15-24 ans ne représentent qu'un quart de la population sexuellement active mais l'incidence des IST les concernent pour près de la moitié. (7,10,11)

Ces infections sont notamment dues à une utilisation inconstante des préservatifs : en 2010, on a pu observer que 10% des 15-24 ans n'avaient pas utilisé de préservatif lors de leur premier rapport sexuel et 12% n'en avaient pas utilisé lors de leur premier rapport avec leur dernier partenaire. (4)

1.1.3.2 Les grossesses non désirées

Concernant les grossesses, l'analyse du Baromètre santé 2010 sur le comportement de santé des jeunes de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a montré que 7,7% des femmes de 15 à 19 ans avaient eu une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années. En 2009 en France, 29 000 Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) avaient eu lieu chez les 15-19 ans et 4200 naissances chez des adolescentes mineures (4,12).

Une grossesse à l'adolescence a des répercussions au niveau physique, au niveau de la santé sexuelle et reproductive, mais aussi au niveau émotionnel et social. Elles comportent aussi des risques sur le plan médical : on observe par exemple des taux plus élevés d'hypertension gravidique, ce qui peut entraîner un accouchement prématuré et une hypotrophie néonatale. Ces grossesses résultent le plus souvent d'un échec de contraception ou d'une absence de contraception alors même que l'adolescence est une période d'hyperfertilité. Le risque de grossesse existe dès le premier cycle, même si au début, tous les cycles ne sont pas ovulatoires. (4,7,13,14)

De plus, certaines idées reçues sur la sexualité persistent chez les adolescents et participent à leur prise de risque : on citera comme exemple le fait que l'absence de pénétration protégerait de la grossesse ou qu'un rapport sexuel durant les règles ne pourrait aboutir à une grossesse (5).

1.2 La contraception chez les adolescents

1.2.1 Une ou des contraceptions ?

Au vu de ces données concernant les adolescents, il semble important de pouvoir fournir aux adolescents qui le désirent une contraception correspondant à leur souhait, adaptée à leur mode de vie et qui soit la plus efficace possible, le but étant de prévenir une grossesse non désirée et ses conséquences. On peut se poser la question de l'existence d'une contraception « idéale » pour une adolescente mais, comme pour les adultes, parmi les méthodes proposées aucune ne convient plus que celle qu'elle aura choisie. (13,14)

Pour toutes les contraceptions, l'OMS estime l'efficacité avec le taux de grossesses durant la première année lors de l'utilisation courante par 100 femmes : nous l'appellerons par la suite « l'efficacité pratique ».

1.2.2 Les contraceptions prescrites en première intention

1.2.2.1 La pilule

La pilule est simple d'utilisation mais elle nécessite une prise quotidienne, à heure fixe, ce qui peut être problématique chez certaines. La mauvaise observance qui peut en découler entraînera une diminution de son efficacité, et donc un risque de grossesse non désirée. Il est donc nécessaire que l'adolescente comprenne et accepte la contrainte d'une prise quotidienne de sa contraception. (7,13)

1.2.2.1.1 La pilule œstroprogestative

La pilule œstroprogestative est la contraception la plus utilisée chez les adolescentes : en 2016, 60,4% des 15-19 ans l'utilisait selon l'enquête du « Baromètre Santé 2016 ». La contraception œstroprogestative a l'avantage, chez l'adolescente, d'avoir en plus d'une efficacité anticonceptionnelle une action bénéfique sur certains symptômes comme les dysménorrhées, les ménorragies, les cycles irréguliers, l'hyperandrogénie ou l'acné.

L'efficacité pratique est de 8, ce qui la place dans les contraceptions efficaces selon la Haute Autorité de Santé (HAS). (13,15–17)

1.2.2.1.2 La pilule progestative

Les contraceptions progestatives ont l'avantage de pouvoir être prescrites aux adolescentes ayant une contre-indication aux contraceptions œstroprogestatives.

Les pilules au désogestrel sont les principales pilules progestatives utilisées chez l'adolescente. Elles sont adaptées aux patientes jeunes : leur efficacité est similaire à celle de la pilule œstroprogestative, l'efficacité pratique étant aussi estimée à 8. Mais elles peuvent entraîner des troubles du cycle menstruel tels que des saignements prolongés, des spotting ou une aménorrhée, qui peuvent être moins bien acceptés à cet âge (7,13,15,16).

1.2.2.2 L'implant

L'implant, contenant un progestatif : l'étonorgestrel, fait partie des contraceptions réversibles ayant une efficacité à long-terme ou Long-Acting Reversible Contraception (LARC) en anglais. Une fois mis en place, celui-ci a une efficacité sur 3 ans.

Il convient très bien aux adolescentes par son efficacité excellente, c'est en effet le moyen de contraception ayant la meilleure efficacité pratique : 0,05. Il a, de plus, l'avantage de ne pas poser de problèmes d'observance. Néanmoins les adolescentes ont une acceptabilité médiocre des effets secondaires tels que les modifications des profils menstruels : aménorrhée, spotting, modification de la fréquence, de la durée, de l'abondance des règles. Si ces modifications sont bien tolérées, les adolescentes sont très satisfaites de cette méthode contraceptive. (4,7,15,16)

1.2.2.3 Le DIU

Le dispositif intra-utérin (DIU) fait, comme l'implant, partie des LARC. On peut le proposer aux adolescentes, même nullipares : on préférera alors un dispositif de petite taille. Ils ont l'avantage d'avoir une efficacité immédiate et élevée, ne dépendant pas de l'observance de la patiente.

Deux sortes de DIU existent : le DIU au cuivre ainsi que le DIU au lévonorgestrel. Ils sont tous les deux considérés comme très efficaces puisque l'efficacité pratique estimée en conditions réelles est de 0,2 pour celui au lévonorgestrel et de 0,8 pour celui au cuivre. Ils ne se posent toutefois que chez les jeunes filles ayant déjà eu des rapports sexuels puisque la pose d'un spéculum est nécessaire.

Le DIU au cuivre peut entraîner des saignements plus abondants ou des crampes utérines douloureuses, celui au levonorgestrel peut entraîner des modifications du profil menstruel, ce qui peut ne pas convenir aux adolescentes.

Le DIU a longtemps été considéré comme contre-indiqué chez les nullipares, et a fortiori chez les adolescentes. Si les nouvelles recommandations font du DIU une méthode de contraception envisageable chez toutes, quelle que soit la parité, certains professionnels de santé sont encore réticents à sa pose chez les nullipares. (4)

Le risque d'infection génitale haute est un peu plus élevé chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées mais le risque absolu reste faible. Il est toutefois conseillé de faire un dépistage de Chlamydiae et Gonocoque avant la pose. (4)

1.2.2.4 Le préservatif

Si les méthodes barrières ne sont pas les méthodes idéales pour la contraception des adolescentes, le préservatif (masculin ou féminin) reste la seule méthode efficace contre les IST. L'hyperfertilité des adolescents ainsi que son utilisation irrégulière, et pas toujours optimale, n'en fait pas un moyen de contraception très fiable s'il est utilisé seul. Son efficacité pratique est estimée à 15. Malgré tout, la consultation est un moment privilégié pour rappeler aux adolescents l'importance de l'utilisation des préservatifs. Nous avons dit précédemment que 12% des 15-24 ans avaient eu un premier rapport avec leur dernier partenaire sans préservatif, il faut donc en faire la promotion chez les adolescents pour lutter contre les IST. Dans l'idéal, il doit être utilisé en complément d'une autre contraception. (4,13,15,16)

Les préservatifs ont l'avantage d'être accessibles sans ordonnance. Certaines structures de prévention comme les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) en proposent gratuitement.

Le préservatif féminin est peu utilisé par les adolescentes, de par la méconnaissance de leur corps. Il a pourtant l'avantage de pouvoir être mis en prévision d'un rapport.

1.2.2.5 La contraception d'urgence

Celle-ci ne s'utilise qu'à la suite d'un rapport sexuel à risque de grossesse (par absence de contraception, oubli, ou « accident de préservatif ») et ne doit pas être utilisé comme unique contraception. Actuellement en France, les deux contraceptions d'urgence médicamenteuses sont disponibles sans ordonnance et sont mêmes gratuites pour les mineures en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou dans les CPEF. (4)

On compte trois différentes contraceptions d'urgence :

- La pilule au levonorgestrel (Norlevo) : cette contraception d'urgence est la plus utilisée. Elle est utilisable dans les 72 heures qui suivent le rapport à risque mais avec une efficacité qui décroît progressivement. (4)
- La pilule d'ulipristal (Ellaone) : l'ulipristal est la 2ème contraception d'urgence disponible sans ordonnance. Elle peut être prise dans les cinq jours suivants le rapport à risque. (4)
- Le dispositif intra-utérin : le DIU peut aussi être utilisé comme contraception d'urgence, s'il est posé dans les 120 heures qui suivent le rapport non protégé. Il a alors une très bonne efficacité et l'avantage de pouvoir être laissé en place et de servir de contraception à long terme. Les adolescentes sont, à priori, à plus haut risque d'IST ce qui peut expliquer la réticence des médecins à sa pose. Dans ce cas, il est possible de prélever des échantillons endocervicaux afin de rechercher la présence de Chlamydia ou de Gonocoque. (7,18,19)

En 2010, on estimait que la contraception d'urgence était utilisée de manière très fréquente chez les moins de 20 ans, avec une jeune femme sur cinq l'ayant prise récemment (une prise récente étant définie par une prise dans les douze derniers mois).(12)

1.2.3 Les contraceptions prescrites en deuxième intention

1.2.3.1 L'anneau vaginal

L'anneau, contenant des hormones œstroprogestatives, s'utilise pendant 3 semaines continues puis il est retiré pendant 1 semaine. Il a l'avantage pour la patiente d'avoir une diffusion continue d'hormones et d'être une méthode à laquelle elle ne doit penser qu'une fois par mois. Cette contraception a, là aussi, une bonne efficacité avec une efficacité pratique de 8. Il est toutefois nécessaire que l'adolescente ait une bonne connaissance de son anatomie et soit à l'aise avec l'insertion de l'anneau. On ne le proposera pas à une adolescente qui n'ose pas utiliser des tampons, par exemple. Il n'est pas recommandé de les utiliser en première intention pour une primo-contraception puisqu'il est composé d'œstroprogestatifs de 3ème génération. (7,16)

1.2.3.2 Le patch

Le patch est une méthode contraceptive avec une diffusion transdermique et continue en œstroprogestatifs. Celui-ci se place sur la peau durant 1 semaine et doit être renouvelé 3 semaines de suite. Une pause est faite durant la 4ème semaine. C'est une méthode facile à utiliser, qui ne requiert pas de prise quotidienne et qui a une efficacité similaire à la pilule, l'efficacité pratique étant aussi de 8. Cependant, comme l'anneau vaginal, le patch contient des œstroprogestatifs de 3ème génération, qui empêche de le prescrire en 1ère intention du fait du risque accru d'accidents thromboemboliques. (7,15,16)

1.2.3.3 Les Injections d'acétate de médroxyprogestérone

Ces injections sont faites en intramusculaire toutes les 11 à 14 semaines. Cette méthode permet aux adolescentes d'avoir une contraception sûre et discrète. La HAS la classe comme une contraception efficace, avec une efficacité pratique estimée à 3. Elle peut entraîner des effets secondaires liés à l'hypoestrogénisme induit, pouvant être gênants à court et moyen terme. Lors d'une utilisation à long terme, le risque est une déminéralisation osseuse. Cette méthode est très peu utilisée en France. (4,7,16)

1.2.4 Les méthodes à déconseiller / à proscrire

Les méthodes barrières telles que le diaphragme, la cape cervicale ou les spermicides, ont de manière générale, une efficacité moindre que la contraception hormonale ou le DIU. Elles nécessitent une manipulation vaginale, gênant la spontanéité des rapports. Il faut que son utilisation, qui doit avoir lieu à chaque rapport, ait bien été comprise par les 2 partenaires. Le risque d'échec de ces méthodes est plus important chez les adolescents. Elles sont fortement déconseillées chez l'adolescente. Les méthodes à proscrire chez les adolescents sont les méthodes naturelles. Ces méthodes ne leur sont pas adaptées du fait de l'irrégularité des cycles à cet âge, associée à une fertilité élevée et un fort risque d'échec. Enfin une méthode ne peut être proposée aux adolescents car elle est interdite par la loi aux mineures : la méthode de stérilisation. (4,15)

1.2.5 L'accès à la contraception

Excepté pour les préservatifs – masculins ou féminins – et pour la contraception d'urgence, accessibles sans ordonnances pour tous et gratuitement pour les mineures, la contraception s'obtient avec une prescription médicale. Les adolescents sont donc obligés de consulter un professionnel de santé (médecin ou sage-femme) en milieu hospitalier, en libéral ou en CPEF pour obtenir les autres moyens de contraception.

1.3 La consultation de contraception

1.3.1 Les enjeux

Les enjeux lors d'une consultation avec des adolescentes venant pour une primo-contraception sont nombreux. En effet le professionnel doit réaliser une consultation adaptée à ces patientes : il est face, entre autres, à des mineures, qui méconnaissent le fonctionnement de leur corps, les moyens de contraception et leur efficacité. Elles ont, de plus, leur propre histoire et leur propre vision de la sexualité. Généralement les adolescentes appréhendent cette première consultation et ont peur du premier contact. Il est alors important d'instaurer une relation de confiance en ayant une attitude empathique, en étant à l'écoute et sans jugement.

Lors de cette première prise de contact, le praticien doit faire connaissance avec l'adolescente qu'il reçoit, appréhender son vocabulaire, sa gestuelle afin de pouvoir s'y adapter. (1,3,13,20)

La prévention des grossesses chez les adolescents est complexe. Il est bénéfique pour les adolescentes d'avoir une source d'information fiable mais aussi quelqu'un qui les conseillent et les encouragent sur leur contraception. Le praticien, ayant une influence importante sur l'adolescente dans le choix de la contraception, est un acteur privilégié de cette prévention. (7)

1.3.2 Les attentes des adolescentes

Certains médecins sont mal-à-l'aise avec le fait de discuter de la sexualité ou de la contraception avec des adolescentes. Pourtant, les jeunes citent le médecin comme le premier interlocuteur qu'ils souhaiteraient avoir pour discuter de ces sujets. Les adolescentes ont des attentes vis-à-vis du professionnel pour leur consultation gynécologique : elles veulent un praticien ayant l'expérience des consultations avec les adolescents, sachant encourager les questions, ayant les réponses adéquates et qui prenne le temps nécessaire à certaines explications sans être intrusif. Ce sont des éléments nécessaires pour les mettre en confiance et qui passent principalement par le temps de parole. Cet échange a un double but : permettre au praticien d'évaluer les connaissances de sa patiente, d'évaluer sa maturité psychosexuelle et de comprendre la demande qui a motivé cette consultation. Il va permettre à la patiente de se sentir à l'aise, ce qui l'aidera à aborder les sujets pour lesquels elle pourrait, sinon, être réticente. C'est à ce moment qu'il faut insister sur les points sur lesquels elle a besoin d'être rassurée. Lorsque l'adolescente aura eu le sentiment d'avoir été entendue et comprise lors de l'entretien, la consultation aura un rôle pédagogique et préventif. (1,21–23)

1.3.3 L'approche par le praticien

L'adolescente ressentira l'embarras, le rejet ou l'agacement du praticien et, de la même manière son respect et son ouverture. Sa réaction dépendra alors de ce qu'elle perçoit chez le professionnel. Une attitude moralisatrice ou une réticence du praticien lors de la consultation aussi bien qu'une attitude trop séductrice, trop chaleureuse ou trop maternelle ne permettra pas à la jeune patiente de se sentir à l'aise. A contrario, une attitude permettant à l'adolescente de se sentir en confiance lui facilitera cette « démarche » contraceptive et lui permettra d'adhérer au suivi gynécologique qu'elle devra poursuivre durant toute sa vie. (1,21,24)

Une consultation dans laquelle on aborde la primo-contraception doit, dans la limite du possible, être spécifiquement dédiée à cette question. Un modèle de consultation dans le cas d'une demande de contraception est conseillé par l'OMS, qui est identique pour les adultes et les adolescentes : le modèle BERCER. Elle tient son nom des 6 étapes de la consultation : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. (25)

L'étape **Bienvenue** permet de favoriser une relation d'équivalence entre le praticien et la patiente et permet de la rassurer. C'est le moment pour exposer le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la consultation.

L'**Entretien** est une phase interactive qui a pour but le recueil d'informations concernant la jeune femme : ses besoins, sa vision des choses. Il est nécessaire d'aborder ses habitudes de vie afin de pouvoir lui proposer la contraception la plus adaptée possible : il faudra par exemple demander à l'adolescente si elle fume car cela est à prendre en compte dans le choix de la contraception. Cela permettra aussi d'essayer de l'inciter à arrêter. (7)

En ce qui concerne l'étape de **Renseignement**, le soignant doit donner à la patiente une information hiérarchisée et sur mesure. Elle doit être compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Elle sera principalement ciblée sur les méthodes qui intéressent celle-ci.

Il est nécessaire d'expliquer à l'adolescente les différents modes de contraception, les freins à son utilisation et de l'aider à se projeter dans son utilisation future. Le fait d'avoir interrogé au préalable l'adolescente sur ces connaissances des différentes méthodes permet de donner une trame à la discussion. (1,15,22)

Choix, car la décision finale concernant la contraception revient à la patiente et cela doit être souligné par le praticien. Pour aider cette décision, le praticien peut attirer l'attention de l'adolescente sur certains points tels que les bénéfices, les risques ou les conséquences du choix qu'elle fera.

L'étape de l'**Explication** est la phase d'enseignement. Elle est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi : si elle doit la commencer au moment des règles ou dès que possible par exemple. Le praticien donne les conseils sur l'usage pratique (avec démonstration possible) et doit même apprendre la manipulation de certaines méthodes.

Par exemple pour une pilule, il faut expliquer si elle comprend 21 ou 28 comprimés, se prend en continu ou non, ou est mono, bi ou tri phasique et ce que cela signifie. Il est nécessaire de rappeler les règles concernant un oubli de pilule et le bon usage de la contraception d'urgence, éventuellement lui prescrire d'avance. C'est le moment pour donner les conseils pour aider l'adolescente à instaurer une routine autour de sa contraception lors d'une prise quotidienne. Pour les autres méthodes, il peut être bien de présenter à l'adolescente un modèle factice, qu'elle puisse par exemple voir la forme et la taille du DIU ou de l'implant.

Il est important d'exposer les effets secondaires possibles comme des spottings ou une tension mammaire. Leur connaissance permettra en effet d'éviter l'arrêt prématuré de la contraception s'ils surviennent. Enfin, il est nécessaire d'aborder les raisons médicales qui pourraient nécessiter une consultation (26).

Pour finir, on propose l'étape **Retour** car un suivi régulier est nécessaire pour s'assurer que la contraception est adaptée à la patiente (absence d'effets indésirables), ainsi que pour évaluer son adhésion et sa bonne observance.

1.4 Question de recherche

Savoir mener cette consultation dans les bonnes conditions avec les adolescents est d'autant plus important qu'elle influencera le choix de la contraception et l'efficacité pratique de celle prescrite mais aussi le suivi gynécologique que l'adolescente aura par la suite et son adhérence aux mesures préventives.

Cela nous a amené à nous poser la question :

Comment les professionnels de santé mènent-ils la consultation de contraception avec les adolescentes afin de répondre aux besoins spécifiques de cette période de transition ?

1.5 Hypothèses

Nous avons émis trois hypothèses pour répondre à cette question :

1. Le praticien réalise une consultation différente de celle de l'adulte, notamment par sa durée plus importante et son absence d'examen gynécologique systématique
2. Pour assurer la confidentialité à l'adolescente, une partie au moins de la consultation est faite en l'absence d'un éventuel accompagnateur
3. L'adolescence étant une période de prises de risque, le professionnel de santé les recherche systématiquement et en fait la prévention

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de déterminer dans quelles conditions les praticiens ayant des consultations régulières avec les adolescentes les réalisent et si certains éléments « clés », conseillés pour ce type de consultation, sont retrouvés.

Cette étude n'a pas pour but d'évaluer les pratiques des professionnels mais de voir quels sont, en pratique, les éléments jugés importants par ces praticiens avec les adolescents.

Cette étude ne prétend pas donner un « guide » de la consultation de contraception avec les adolescents.

2.2 Type d'étude

Pour ce travail, nous avons choisi une étude avec une méthodologie qualitative prospective. Pour cela, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins et de sage-femmes faisant des consultations gynécologiques de contraception avec les adolescentes.

2.3 Outil méthodologique et thématiques interrogées

Pour répondre à notre question de recherche nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs s'appuyant sur une grille d'entretien (cf Annexe I).

Cette grille a été testée avec 2 premiers entretiens. Ceux-ci n'ayant pas mis en évidence de modifications nécessaires, nous avons donc décidé de les inclure dans l'étude.

La grille d'entretien était composée de 6 parties :

- La première partie comportait 5 questions et correspondait aux caractéristiques des praticiens interrogés : leur profession, leur âge et sexe, le lieu de consultation ainsi que le suivi ou non d'une formation spécifique pour les consultations avec les adolescentes.
- La deuxième partie, comprenant 5 questions, étudiait les éléments généraux concernant leur consultation avec les adolescentes : la durée et le nombre de consultations avec des adolescentes par semaine, s'il existait des créneaux spécifiques pour les adolescentes et enfin le déroulement d'une consultation type et en quoi cette consultation leur semblait différente de celle avec les adultes.
- Dans la troisième partie, composée de 8 questions, nous nous intéressions au déroulement de la consultation : concernant la contraception d'abord, puis sur la nécessité ou non d'aborder certains sujets comme l'anatomie et la sexualité ou de modifier son langage, et enfin sur les examens pratiqués.
- La quatrième partie, avec 8 questions, abordait la confidentialité de la consultation et l'attitude des professionnels envers l'accompagnateur lorsque l'adolescente est accompagnée ainsi que l'influence que celui-ci pouvait avoir sur les décisions de l'adolescente.
- La cinquième partie avait 7 questions concernant la recherche et la prévention des conduites à risque lors de la consultation : quelles conduites sont recherchées et est-ce systématique, quelle prévention est faite lors de la consultation mais aussi quelles sont les connaissances des adolescentes des conduites à risque et de leur prévention et leur intérêt pour la prévention qui leur est faite.
- Enfin dans la sixième partie, nous nous intéressions au suivi des patientes et à la méthode BERCER

Ainsi 11 entretiens ont été réalisés. Par la suite, nous les désignerons par les numéros E1 à E11. Ces entretiens ont été réalisés du 6 Octobre 2017 au 17 Janvier 2018.

Avec l'accord de chaque professionnel interrogé, nous avons enregistré l'échange afin de pouvoir le retranscrire, par la suite, de manière exhaustive. Les entretiens ont duré en moyenne 32 min [17 min 30 ; 59 min]. Deux des praticiens ont refusé d'être enregistrés, nous avons donc utilisé les notes prises lors de l'entretien.

2.4 Population étudiée

Nous avons réalisé ces entretiens auprès de professionnels de santé faisant des consultations en gynécologie et ayant des consultations de contraception avec les adolescentes de manière régulière. Nous avons défini comme régulière les praticiens réalisant des consultations avec les adolescentes toutes les semaines au minimum.

Nous avons ainsi interrogé cinq sage-femmes et six médecins, dont deux gynécologues, trois généralistes ainsi qu'un endocrinologue. Ces praticiens avaient comme lieu d'exercice la Protection Maternelle et Infantile (PMI), les CPEF, les hôpitaux, les centres de santé ou avait une activité libérale. Les entretiens se sont déroulés sur le lieu d'exercice pour dix d'entre eux et à son domicile pour l'un d'entre eux.

Tous étaient de la région d'Île-de-France, dans le département des Yvelines et de Paris.

2.5 Stratégies d'analyses

Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits puis analysés par thème et groupes d'idées, en effectuant des croisements afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives.

2.6 Considérations éthiques et réglementaires

Pour ces entretiens, l'accord préalable à sa réalisation a été demandé à chaque praticien interrogé. Il a, de plus, été demandé l'accord écrit de chacun pour que l'entretien soit enregistré.

Pour chacun des participants, l'anonymat de l'entretien a été garanti en masquant toute information qui aurait pu mener à son identification.

3 Résultats

3.1 Description de la population

3.1.1 Les professionnels interrogés

Pour notre étude, nous avons interrogé onze professionnels de santé réalisant des consultations de contraception avec des adolescentes. Parmi lesquels, nous avons cinq sage-femmes et six médecins (deux gynécologues, trois médecins généralistes et un endocrinologue). Sur les onze interrogés, dix étaient des femmes et un homme a été interrogé. Leur moyenne d'âge est de 49 ans [32 ans – 65 ans]

Nous avons choisi d'interroger des professionnels ayant des lieux d'exercice différents, dont vous pouvez visualiser la répartition sur ce graphique :

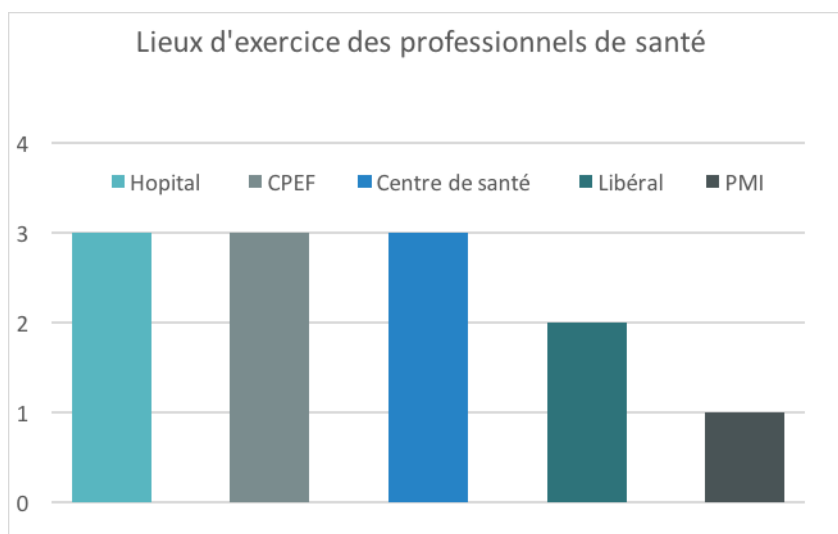


Figure 1 : Lieux d'exercice des professionnels de santé

Le total des effectifs de ce graphique est de 12, ce qui s'explique par le fait qu'un des praticiens interrogés faisait des consultations gynécologiques à la fois en centre de santé et en libéral.

3.1.2 Formation des praticiens et utilisation de la méthode BERCER

A la question concernant le fait d'avoir eu une formation spécifique pour les consultations gynécologiques avec les adolescentes, un a répondu « oui » sans préciser laquelle, trois ont répondu avoir abordé cette question lors du diplôme universitaire (DU) de « gynécologie préventive et contraceptive » et un a répondu l'avoir abordée lors du DU de « contraception, régulation des naissances, IVG et risques liés à la sexualité ». Le reste des professionnels a indiqué ne pas avoir eu de formation à ce sujet : trois ont appris à mener ces consultations en travaillant avec un autre professionnel et quatre ont répondu qu'ils ont appris à faire ces consultations avec l'expérience : « J'ai été formée sur le tas » (E10).

Ce graphique vous présente la connaissance et la mise en pratique de la méthode BERCER par les interrogés.

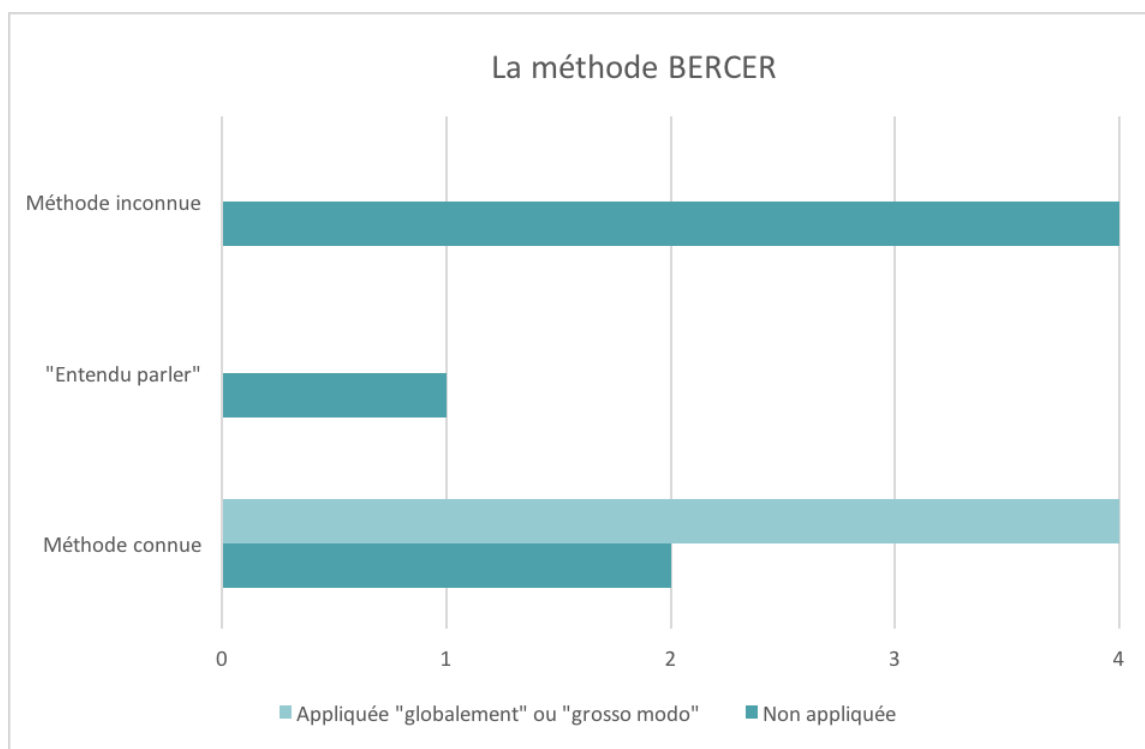


Figure 2 : Connaissance et application de la méthode BERCER

3.2 La consultation en générale

3.2.1 Régularité des consultations avec les adolescentes

Nous voulions savoir le nombre de consultations avec des adolescentes que les praticiens ont par semaines : deux en ont de manière *peu fréquente* soit « quelques-unes », six en ont de manière *assez fréquente* avec cinq ayant répondu en avoir entre deux et dix par semaines et un ayant répondu que les consultations avec les adolescentes étaient « assez nombreuses » et enfin deux ayant des consultations de contraception avec les adolescentes de manière *fréquente* puisqu'ils ont répondu avoir entre 20 et 30% de leurs consultations avec des adolescentes. Un des praticiens interrogés n'a pas su estimer le nombre de consultations avec des adolescentes par semaine.

Pour ces consultations, dix des praticiens n'avaient pas, dans leur lieu d'exercice, de créneaux privilégiés pour les adolescents et un professionnel a répondu avoir des créneaux spécifiques, qui correspondait au temps d'ouverture du CPEF.

3.2.2 Durée des consultations avec les adolescentes

En moyenne, les professionnels ont indiqués avoir besoin de 20-30 minutes pour la consultation avec une adolescente même si la consultation pouvait durer de 5 minutes à 1 heure « c'est tellement variable : une ado c'est entre 5 minutes et 1 heure » (E6).

Nous avons comparé la durée des consultations avec les adolescentes à celle d'une consultation adulte dans ce graphique :

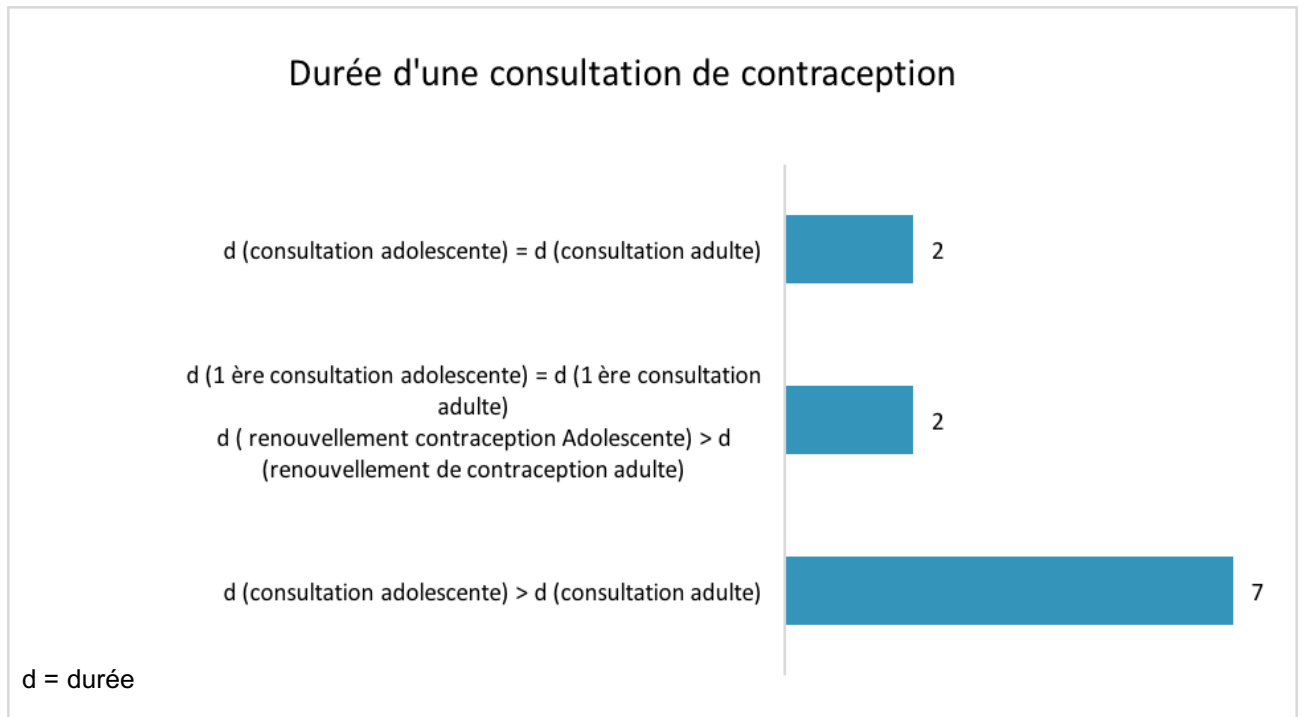


Figure 3 : Durée d'une consultation de contraception

3.2.3 Les différences principales entre les adolescentes et les adultes en consultation

Nous avons ensuite voulu savoir en quoi les consultations avec les adolescentes leur semblaient différentes de celles avec les adultes. Un professionnel nous a répondu qu'il n'y avait, pour lui, pas de différence entre ces deux consultations. Parmi les différentes réponses des autres praticiens, nous avons pu mettre en évidence plusieurs thèmes caractérisant cette différence :

- L'éducation nécessaire (4 / 10) : « l'adulte [...] est beaucoup plus au courant de son anatomie et de la contraception » « il y a beaucoup de fausses idées, fausses croyances et faut remettre les choses à leur place » (E3)

- Le déroulement de la consultation (3 / 10) : « soit on prend plus le temps et c'est un peu plus long, soit au contraire on écourte pour pas les déranger » « naturellement j'ai envie de passer plus de temps pour les explications » (E7) « les efforts que je fais pour cibler, il y a quand même beaucoup d'infos » (E11)
- La mise en confiance (3 / 10) : « elles sont pas rassurées » (E11)
- Attitudes liées à l'adolescence (3 / 10) = « les adolescents, ils sont un peu dans l'immédiateté donc les adolescents quand ils viennent il faut les recevoir » (E4) « elles sont plus gênées » (E7)

Enfin, nous avons interrogé les praticiens sur leur manière d'être face aux adolescents et notamment vis-à-vis du langage et du vocabulaire utilisés. Sur les onze entretiens, trois ont répondu ne pas faire de différence dans leur langage selon les patientes « c'est le même vocabulaire qu'avec les adultes, à priori » (E6), « c'est pareil, j'essaye de faire simple ou alors il faut reformuler des fois. Mais il y a pas de différence avec les adultes » (E5).

Les huit autres professionnels ont répondu qu'ils pensaient changer la manière dont ils parlaient à leur patiente selon qu'ils avaient en face d'eux une adulte ou une adolescente. « Avec les adolescentes, il faut une vulgarisation des mots, simplifier les mots [...] pas d'utilisation du « langage des jeunes » mais d'un langage compréhensible par les jeunes » (E2) « On fait plus simple » (E3) « Il faut faire attention à son vocabulaire [...] je crois qu'il faut faire encore plus attention avec les ados qu'avec les adultes » (E4).

Un des praticiens a même précisé qu'il utilisait le tutoiement avec les adolescentes, contrairement aux consultations avec les adultes. « J'utilise le tutoiement, car cela me donne l'impression de les mettre à l'aise » (E9).

3.2.4 Suivi de la consultation

Nous avons interrogé les praticiens sur les moyens qu'ils avaient de s'assurer de la compréhension des éléments abordés lors de la consultation.

Pour cinq d'entre eux, cela pouvait se faire par un suivi gynécologique, parfois rapproché lorsqu'une contraception est mise en place. Certaines adolescentes sont ainsi revues à 3 ou à 6 mois, à 1 an au plus tard : « Quand on les revoit systématiquement pour notamment la pilule » (E3). L'un des praticiens a souligné l'importance « Qu'elles soient suivies toujours par le même médecin, sans changer à chaque consultation » (E2). Pour quatre d'entre eux, ils considèrent pouvoir l'évaluer seulement si l'adolescente revient les voir, ce qui n'est pas toujours le cas. « Des fois, on les revoit un an après, des fois on les revoit pas » (E5).

Trois des professionnels nous ont aussi parlé de l'importance de poser des questions et de s'assurer de la compréhension de ce qui a été dit : « il faut poser des questions pour s'assurer de la compréhension » (E2), « on demande si c'est clair » (E3).

3.3 Le déroulement de la consultation

3.3.1 La contraception des adolescentes

Nous nous sommes intéressés aux contraceptions qui étaient présentées aux adolescentes mais aussi à celles prescrites et pourquoi.

A la question « Quelles sont les contraceptions présentées à l'adolescente ? », six ont répondu présenter toutes les contraceptions : « Toutes. Sans exception » (E10). Tout comme avec les adultes, nous précisait un des professionnels interrogés « On présente la même chose qu'aux adultes. Oui, oui, on présente tout » (E3). Deux des professionnels ont répondu présenter différents moyens de contraception mais ne pas présenter certains, qu'ils considèrent comme moins efficaces ou moins adaptés pour les patientes adolescentes ou avec lesquels ils sont moins à l'aise. « Je lui présente les différents moyens de contraception [...] tous les moyens efficaces je veux dire (rire) » (E4). « Ce dont je parle jamais, c'est le préservatif féminin parce que je suis un peu dubitative [...] pour une ado en plus, je trouve que c'est un peu compliqué » « Tout ce qui est local, je me sens pas super à l'aise de leur en parler ... » (E7)

Enfin trois d'entre eux ne présentent pas tous les moyens de contraception mais seulement certains.

Deux présentent une contraception de manière ciblée et en fonction de ce que souhaite l'adolescente : « Quand elles arrivent avec un souhait, je vais commencer par ça [...] et j'essaye de leur demander si elles veulent des infos sur autre chose » (E11). Le troisième nous a répondu présenter les moyens de contraception en fonction des contraceptions qui ont déjà été utilisées par l'adolescente. « Une première contraception je présente plutôt la pilule. L'implant quand même [...] Si elle a changé 1 ou 2 fois de pilule, je lui parle quand même du stérilet en plus » (E8), tout en précisant que certaines contraceptions n'étaient pas présentées aux adolescentes « Mais les patches et tout ça je fais pas trop. Chez les ados, hein » (E8).

Voici le temps nécessaire aux différents praticiens interrogés :

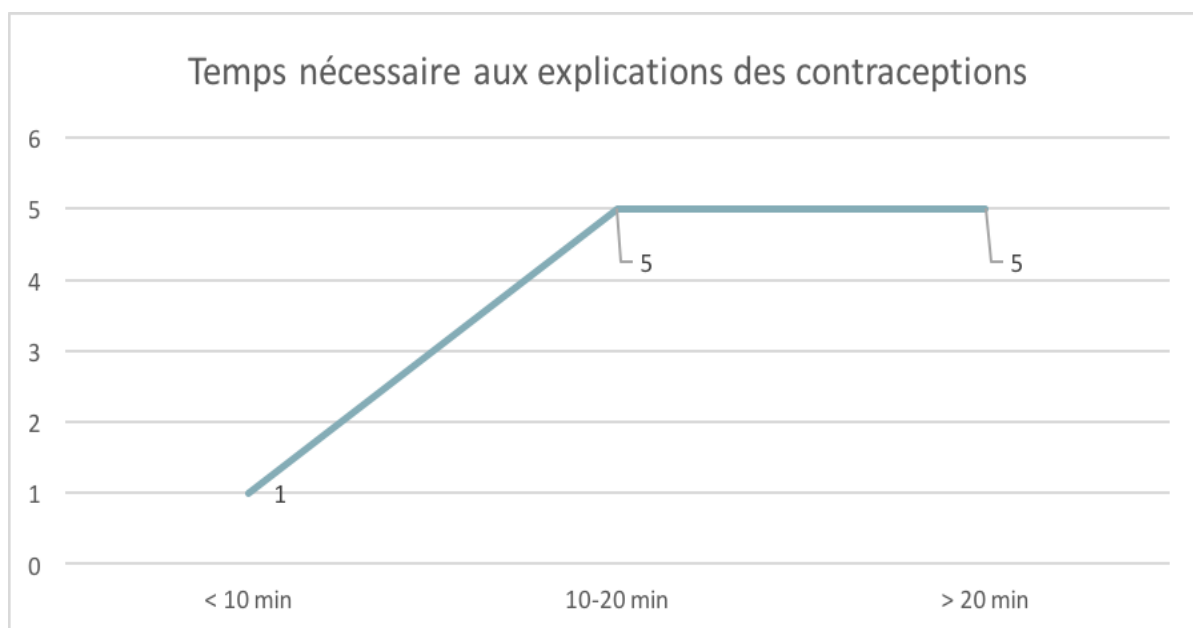


Figure 4 : Temps nécessaire aux explications des contraceptions

Pour tous, la contraception qu'ils prescrivent le plus à leur patientèle adolescente est la pilule œstroprogestative : « Dans la majorité des cas, la pilule est prescrite » (E2) et une nous a expliqué « Pour ces bénéfices collatéraux » (E9).

Quelques-uns ont nommé une deuxième contraception plus particulièrement prescrite chez ces patientes : cinq ont répondu la pilule puis l'implant, une a répondu que le DIU était aussi de plus en plus prescrit « Alors la pilule œstroprogestative reste pour moi la première sauf qu'il y a de plus en plus de demande de DIU » (E3).

Enfin une des interrogés a précisé que la pilule était la plus prescrite mais qu'elle conseillait toujours de l'associer aux préservatifs, qui eux ne nécessitent pas de prescription. « La pilule. Associée au préservatif de manière systématique » (E7).

Pour finir, nous nous intéressons à ce qui entraine en compte dans le choix de la contraception prescrite. Sur les onze interrogés, dix ont répondu que ce choix était celui de l'adolescente, une fois qu'ils avaient déterminé les éventuelles contraceptions contre-indiquées. Ils considèrent en effet que « une contraception choisie est une contraception réussie » (E2) et que le choix doit se faire en fonction de « ce à quoi elles vont le plus adhérer » (E6).

Un des praticiens nous précisait qu'il faut lui faire comprendre les enjeux de son choix : « C'est à elle de choisir. Mais au moins, il y a une prise de conscience que la pilule c'est contraignant » (E5).

Enfin une des professionnels a répondu « une que j'aurais plus envie de prescrire c'est l'implant, s'il y avait pas tous ces effets secondaires. » (E4), même si la pilule reste la contraception qu'elle prescrit le plus.

3.3.2 Les examens cliniques : l'examen général et gynécologique

Dans la consultation de contraception, deux examens peuvent être nécessaires : un examen général et un examen gynécologique.

Voici la fréquence avec laquelle ils réalisent ces 2 examens avec les adolescentes :

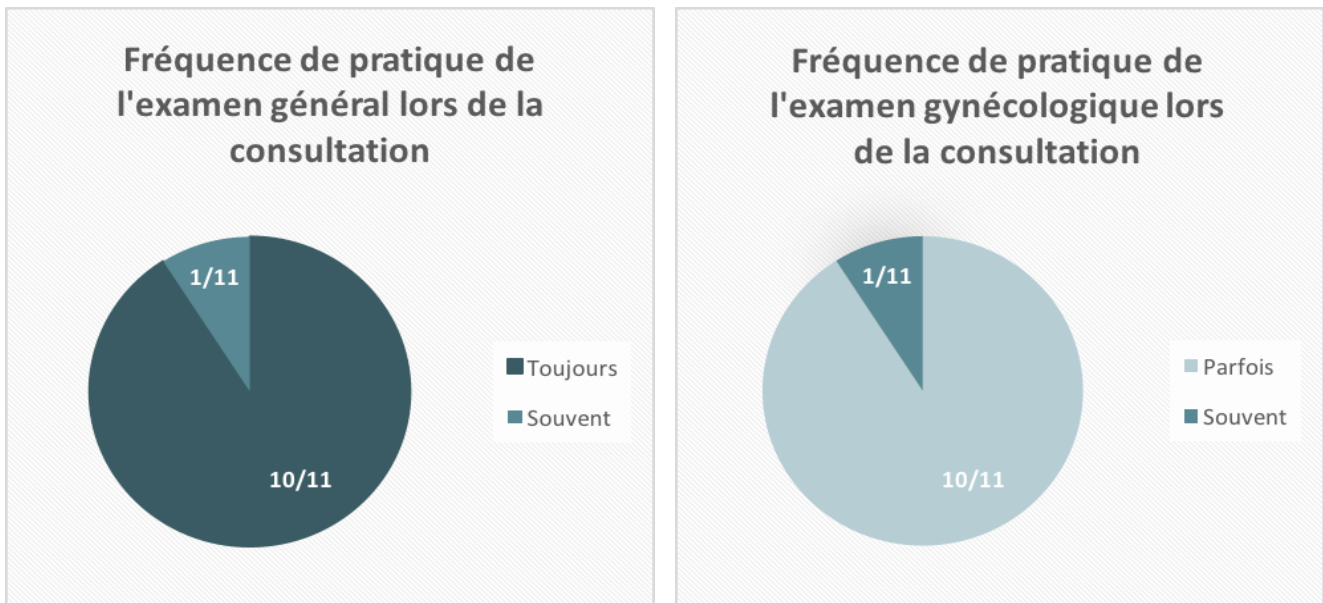


Figure 5 : Fréquence de pratiques des examens médicaux

Dans notre recherche, nous définissons l'examen médical comme une prise de tension artérielle, du poids voire de la taille (afin de calculer l'Indice de Masse Corporelle (IMC)). Dans deux de nos entretiens, les praticiens ont répondu toujours réaliser un examen médical mais plus « complet » que celui que nous avons défini : « Tension, poids, taille, je fais un examen abdominal, j'écoute les poumons, je regarde la gorge, les dents, tout » (E7). Un des praticiens précisera par la suite la raison de cet examen clinique complet « Le fait d'avoir un examen clinique [...] ne va rien m'apporter pour ma prescription [...] mais elles ont vu que c'est médical [...] c'est important qu'elles intègrent que la contraception c'est un médicament » (E7)

Quant à l'examen gynécologique, les neuf ayant répondu « parfois » ont précisé ne pas faire d'examen gynécologique de manière systématique mais seulement si cela semble nécessaire : en présence de signes d'appels d'un problème gynécologique ou en cas de plainte particulière de la patiente, « jamais, sauf sur signes d'appel » (E10) ou « ça peut être un motif d'examen dès la première fois. C'est les filles qui croient qu'elles sont pas comme tout le monde » (E6).

3.3.3 Parler de la sexualité des adolescentes

Pour finir nous avons voulu savoir si la sexualité était un sujet abordé par les professionnels. Sept ont répondu aborder la question de la sexualité avec toutes les adolescentes et quatre ne pas toujours le faire. Parmi ces quatre, trois n'abordent pas la question car c'est le rôle de la conseillère conjugale et familiale (CCF) et le médecin ne reprend la question que si cela est jugé nécessaire. Le dernier praticien ne l'aborde que si elle a le temps.

Nous avons pu regrouper les sujets abordés à propos de sexualité en différents thèmes :

- Le fait d'avoir débuté les rapports sexuels ou non, les difficultés et les douleurs, les inquiétudes que peut avoir l'adolescente (7 / 11)
- La recherche des violences sexuelles avec notamment les rapports forcés, ainsi que la notion de respect de soi, de l'autre et du consentement (5 / 11)
- Les IST avec le fait de se protéger, de réaliser des dépistages, mais aussi le nombre de partenaires : est-ce un partenaire stable ou des partenaires multiples ? (3 / 11)

3.3.4 L'éducation nécessaire lors de la consultation

Parmi les onze, cinq nous ont dit faire des rappels avec chaque adolescente, qui concernaient aussi bien l'anatomie que le cycle menstruel. Ils les trouvent en effet nécessaires et ce, de manière systématique. Les six autres ne font pas toujours des rappels sur ces points mais en fonction de la compréhension de l'adolescente et de ses connaissances. Un nous a précisé que les rappels étaient « souvent [nécessaires, ndlr] oui, parce qu'ils connaissent rien du tout » (E6).

Les thèmes alors abordés sont les cycles menstruels, avec les règles, l'ovulation, le fonctionnement de la contraception et les risques liés aux oublis de la contraception. « Il faut tout le temps rappeler comment ça fonctionne en fait et surtout les règles, explication des règles et pourquoi il n'y a plus de règles quand on est sous contraception » (E4).

L'anatomie est aussi abordée par un grand nombre (10 / 11), même si ce n'est pas de manière systématique, pour pallier au manque de connaissance de certaines, « elles savent pas vraiment ce que c'est que l'utérus » (E5) et plus particulièrement lors de l'explication concernant le stérilet : « Dès que je parle de stérilet parce qu'elles savent pas vraiment ce que c'est que l'utérus » (E5). Pour cela, les praticiens utilisent des planches anatomiques ainsi que des dessins.

3.4 Assurer la confidentialité à l'adolescente

3.4.1 La confidentialité de la consultation

Lors de la recherche préliminaire à notre étude, il est apparu que la confidentialité était un sujet important avec les adolescentes.

Nous avons donc voulu savoir, qui abordait le sujet lors de la consultation :

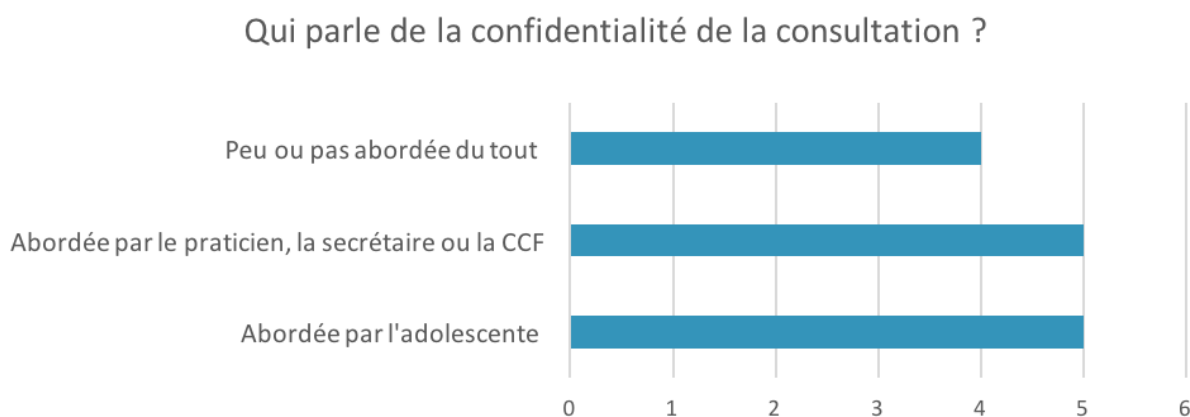


Figure 6 : La confidentialité de la consultation

Nous avons, encore une fois, un effectif supérieur à onze car pour trois cas, les praticiens nous ont répondu que la question était posée par les adolescentes en plus d'être rappelée par la secrétaire, le praticien ou encore la conseillère « C'est un élément à rappeler à chaque consultation par la secrétaire, la conseillère et le médecin » (E2).

Sur les cinq praticiens qui en parlent, deux ne le font pas au début de la consultation mais au moment de la prescription « Je leur demande si elles ont besoin d'un anonymat ou pas ... » (E10).

A la question « Cette crainte semble-t-elle être un frein à consulter pour les adolescentes ? », sept ont répondu que cela pourrait effectivement en être un. « Cela explique le délai à venir consulter » (E9) nous a répondu l'un des praticiens.

Un autre nous a expliqué penser que c'est un frein, puisque la question est posée par les patientes « j'imagine que oui parce que si on n'en parle pas c'est une question posée » (E3), tout en précisant que cela reste une supposition : « c'est difficile parce que c'est celles qui ne viennent pas » (E3). Un de nos interrogés nous a répondu que cela pourrait être un frein à consulter, mais que « ce qui les freine surtout, c'est la peur de la consultation » (E4).

3.4.2 Les accompagnateurs des adolescentes

Lorsqu'elles viennent à une consultation pour leur contraception, les adolescentes sont « souvent accompagnées » pour cinq des professionnels et « parfois accompagnées » pour les six autres, avec un praticien ayant répondu qu'elles étaient « Seules la plupart du temps » (E10).

Nous avons regroupé dans ce graphique les personnes ayant été citées comme accompagnatrices ainsi que le nombre d'entretiens où elles ont été citées :

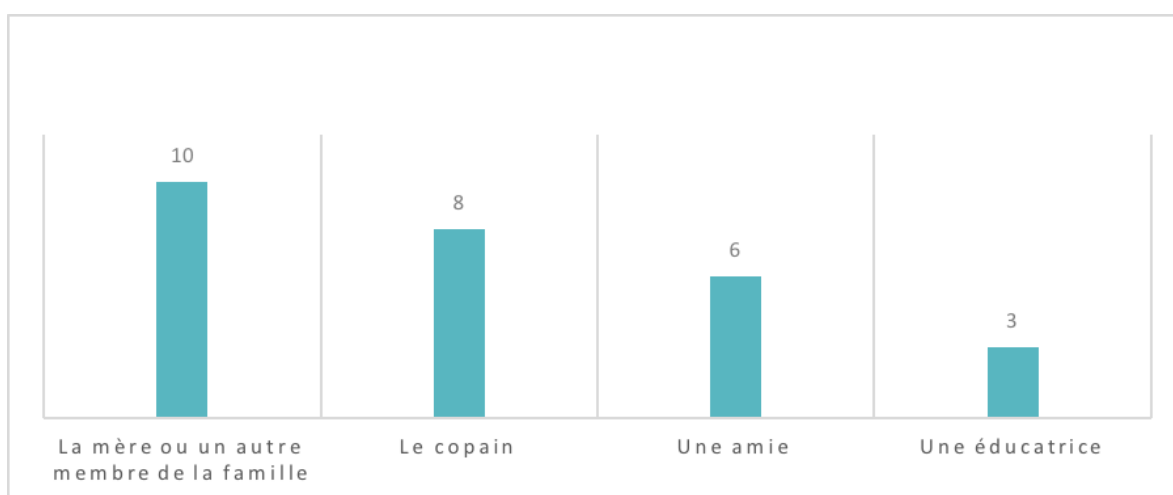


Figure 7 : Les accompagnateurs de l'adolescente

Enfin, nous avons voulu savoir ce qui déterminait la présence de cet accompagnateur à la consultation. Pour cinq, le choix revient à l'adolescente uniquement. Pour les quatre autres, la présence dépend du choix de l'adolescente mais aussi en partie du choix du médecin en fonction du lien de la personne qui accompagne avec l'adolescente notamment.

Enfin deux nous ont répondu que la présence dépendait de leur seul choix puisqu'elles n'acceptaient jamais que l'accompagnateur assiste à la consultation.

3.4.3 L'accompagnateur pendant la consultation

3.4.3.1 Sa présence à toute la consultation

Les adolescentes étant accompagnées, pour la plupart, il nous a semblé intéressant de savoir dans quelle mesure l'accompagnateur assistait à la consultation. Pour sept des praticiens (dont ceux refusant la présence d'un accompagnateur), il y a toujours un moment seul avec l'adolescente, qui correspond soit au moment de l'examen médical et à la fin de la consultation, soit à la totalité de la consultation. Pour deux autres, l'accompagnateur sort toujours à un moment si celui-ci est un des parents de l'adolescente mais pas forcément si la patiente est accompagnée par son partenaire. Enfin deux des praticiens ont répondu que l'accompagnateur restait parfois durant toute la consultation, mais que si un examen gynécologique était nécessaire, alors il sortait.

Si l'accompagnateur est « gênant » lors de la consultation, par exemple s'il s'impose un peu trop, tous vont faire en sorte que la consultation reste centrée sur l'adolescente. Plusieurs réactions de leur part sont possibles, certains « remettent à sa place » (E4) la personne : « je dis : je pense qu'elle est capable de répondre, c'est à elle que je m'adresse » (E4), « je vais lui demander de se taire. *Rire* » (E10), d'autres vont simplement demander à l'accompagnateur de sortir à un moment de la consultation, et reprendre avec l'adolescente certaines parties de l'interrogatoire.

Parmi les interrogés, deux des praticiens ont précisé qu'ils allaient, à ce moment-là, discuter de cette situation. Ils vont, par exemple, rechercher si des violences existent « je profite de l'examen gynéco pour lui demander de sortir. Là j'en profite pour lui demander : Et Monsieur, il est comment avec vous ? » (E1).

3.4.3.2 Son influence sur le choix de contraception

Pour cinq des praticiens, le choix de la contraception est parfois influencé par l'accompagnateur, cela peut aussi bien être une « influence sur l'idée préconçue » (E8) quant à la contraception que l'adolescente souhaite que sur le choix lui-même « il y pas mal de mecs qui sont anti-stérilet, anti-implant. Oui c'est pilule-pilule » (E6). Cette influence pouvant être importante, comme nous disait une sage-femme : « souvent quand la mère elle dit non, l'adolescente, la jeune fille, elle suit » (E10).

L'accompagnateur n'influence pas forcément le choix de l'adolescente selon trois des praticiens mais peut être impliqué dans le choix de la contraception de l'adolescente « ça peut arriver qu'il donne son avis [...] c'est quand même une affaire de couple aussi » (E1). Trois des praticiens n'ont pas pu ou su répondre à la question, deux d'entre eux n'ayant jamais d'accompagnateurs présents.

3.5 Les conduites à risque et leur prévention

3.5.1 Les conduites à risque recherchées

Nous nous sommes interrogés sur deux points concernant les conduites à risque des adolescents : lesquelles sont recherchées et sont-elles recherchées de manière systématique ?

Parmi les interrogés, neuf recherchent à chaque consultation certaines conduites à risque. Deux praticiens ont répondu ne pas faire de recherche des conduites à risque mais ont précisé toujours rechercher si la patiente était fumeuse lors de l'anamnèse. Un des deux nous a dit faire la recherche d'autres conduites à risque lorsqu'elle avait le temps, c'est-à-dire rarement lors d'une première consultation mais plutôt lors d'une visite de contrôle.

Nous pouvons voir sur le graphique ci-dessous, les conduites à risques qui ont été citées :

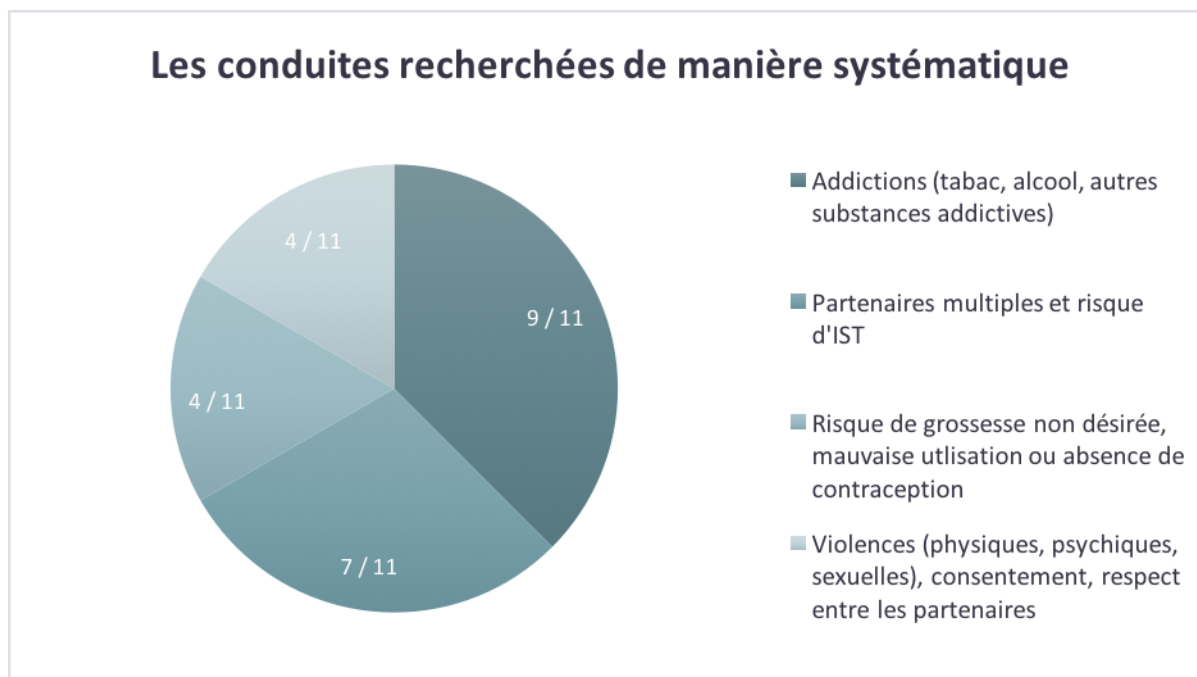


Figure 8 : Les conduites recherchées de manière systématique

3.5.2 La prévention des conduites à risques

Suite à cette recherche des conduites à risque, dix praticiens font de la prévention. Cette prévention concerne les addictions et surtout le tabac pour huit des interrogés sur dix, d'autant plus que la prescription faite sera une pilule « surtout tabac-pilule » (E8). La prévention de la transmission des IST est aussi abordée par cinq des praticiens « la prévention principale concerne le préservatif » (E2). Les rapports non protégés qui, eux, sont à risque non seulement de transmission d'IST mais aussi à risque de grossesse sont un sujet abordé par trois des praticiens. Cette prévention n'est pas évidente, comme un des médecins nous précisera « On essaye oui, on essaye » (E6).

Pour la majorité (8 / 11) la partie prévention était faite au début de la consultation, lors de la constitution du dossier médical, un médecin a précisé qu'elle commençait à l'aborder au début mais qu'elle pouvait en parler tout au long de la consultation « N'importe quand. Le début c'est toujours un peu systématique et puis après ça évolue » (E3). Peu des praticiens ont donné la durée qu'ils consacraient à cette prévention, mais ceux qui y ont répondu ont donné une moyenne de quelques minutes [2 – 5 min].

3.5.3 Les adolescentes face aux mesures préventives

Après avoir interrogé les praticiens sur la prévention qu'ils faisaient, nous voulions savoir si les adolescentes avaient conscience d'avoir des conduites à risque. Nous avons obtenu différentes réponses : huit pensent que les adolescentes n'ont pas toujours conscience ou sont plus ou moins conscientes d'avoir des conduites à risques. Parmi eux, certains ont dit penser que les adolescentes avaient conscience des risques des conduites addictives comme le tabac, l'alcool, mais pas sur les autres conduites à risques « tabac/pilule, ouais quand même, elles l'ont assez en tête » (E8). Pour les trois derniers, les adolescentes semblent plutôt conscientes du fait que ce sont des conduites à risque, « mais c'est pas pour ça qu'elles s'en abstiennent » (E6). Cela s'explique, pour l'un d'entre eux, par le fait que « tout est banalisé/minimisé. Et puis elles « gèrent » » E7

Puisque les adolescentes ont plus ou moins conscience de prendre certains risques, il est intéressant de savoir si elles semblent connaître les mesures préventives. Dans nos réponses, la majorité des praticiens (8 / 11) pensent qu'elles connaissent les moyens de prévention. Pour autant, elles ne sont pas toujours appliquées selon quatre de ces praticiens « Elles savent déjà mais bon ... Voilà ... « Je suis pas concernée » » (E10).

Enfin, il nous a semblé important de demander si les adolescentes paraissaient sensibles à leur discours de prévention. Une petite partie (4 / 11) pensent que les adolescentes y sont sensibles même si l'un nous a dit penser que « Elles entendent ce qu'on a à leur dire, pour autant le vivre ... C'est l'instant présent qui compte et là tout ce qu'on a dit ... » (E7).

Le même nombre nous a répondu que cela était variable selon l'adolescente qu'ils voyaient « oui, plus ou moins sensible. Parfois [...] on sent que même si on fait des recommandations, des rappels, ça n'aura pas de poids. Jusqu'à ce qui leur arrive un pépin » (E3), « ça dépend de leur maturité » (E5).

Une sage-femme nous a répondu ne pas savoir si les adolescentes y étaient sensibles mais penser que ce discours restait important « Je me dis que de toute manière, elles l'ont au moins entendu une fois » (E10).

4 Discussion

4.1 Adolescentes et adultes, une consultation différente

Nous avons émis comme première hypothèse que les professionnels de santé menaient leur consultation avec les adolescentes différemment par rapport à celle avec les adultes. Les principales différences étaient la durée de la consultation et l'absence d'un examen gynécologique systématique.

4.1.1 Répondre aux besoins de l'adolescente

4.1.1.1 Prendre en compte ces besoins

Pour toutes les femmes, adultes ou adolescentes, venant en première consultation de contraception le modèle BERCER de l'OMS montre un réel intérêt selon l'INPES. Nous avons pourtant vu que, parmi ceux que nous avons interrogés, seulement quatre utilisaient cette méthode. Elle est en effet peu connue par les autres et n'est donc pas appliquée. La réponse d'une praticienne nous a interpellé : celle-ci nous expliquant qu'elle connaissait la méthode BERCER mais ne l'appliquait pas car elle la considère « un peu trop détachée du terrain » (E9). Elle soulève la question du fait de vouloir théoriser une consultation de contraception, alors même que chaque consultation est différente et qu'elle est d'autant plus complexe qu'elle concerne des adolescentes. (25)

D'autres recommandations existent concernant la consultation de contraception avec les adolescentes et celles-ci ne sont pas sans rappeler l'enjeu médical majeur d'une consultation de contraception avec l'adolescente, qui commence ou a commencé depuis peu son suivi gynécologique. Dans sa « Fiche mémo » sur la « Contraception chez l'adolescente », la HAS nous parle des « particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente » dans lesquels ils abordent l'adaptation nécessaire à l'âge et aux besoins de la patiente de l'accompagnement, du conseil et des informations à délivrer. (13,15)

Dans nos entretiens, la presque totalité des praticiens nous avaient expliqué que la consultation avec les adolescentes était différente de celle avec une adulte. Nous avons alors pu extraire de nos entretiens plusieurs éléments marquant cette différence. Ces éléments font partie des « particularités » évoquées par l'HAS. Ainsi certains nous ont parlé de l'éducation à faire auprès des patientes : « il y a aucune éducation, ni anatomique, ni rien du tout » (E10), qui rejoint le besoin d'« évoquer avec l'adolescente [...] ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse » dont nous parle l'HAS. Nous avons ensuite vu que les praticiens soulevaient l'importance de mettre en confiance l'adolescente, « il faut la rassurer, la mettre en confiance » « le but est de créer un terrain d'entente » (E2), « c'est tout ce temps de mise en confiance [...] qui est très important » (E4). L'importance d'instaurer une relation patiente / médecin ou sage-femme dans laquelle règne la confiance est abordée par l'*American Academy of Pediatrics* qui parle de « la nécessité d'obtenir un environnement non menaçant pour l'adolescente passant par une communication ouverte, honnête et sans jugement ». (27)

Pour les professionnels la différence entre les 2 types de consultation était aussi liée aux attitudes-mêmes de l'adolescente ainsi ils nous disaient que « l'adolescent si [...] on le braque, on le bute, si on le juge, il reviendra pas c'est clair » (E4), qu'« elles sont plus gênées » (E7) ou encore une sage-femme nous décrivait « un regard pas toujours bien devant [...] elles sont un peu toutes recroquevillées, en arrière dans le fauteuil » (E11). Cette spécificité est abordée par B. Letombe dans les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF), elle parle en effet de la « triple complexité » de la consultation avec les adolescentes, la première étant « liée à la population à laquelle elle s'adresse » (13).

4.1.1.2 Savoir leur parler des différentes contraceptions

Pour la majorité, toutes les contraceptions sont présentées aux adolescentes, sans différence avec les adultes. Un des praticiens nous précisait même « on présente la même chose qu'aux adultes » (E3). Cette attitude est celle qui est conseillée avec les adolescentes « l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive ». (15)

Une partie de ceux interrogés nous ont dit ne pas présenter tous les moyens de contraception aux adolescentes et ce pour plusieurs raisons :

- Certains considèrent que toutes les contraceptions ne sont pas adaptées aux adolescentes : « Ce dont je parle jamais, c'est le préservatif féminin parce que je suis un peu dubitative [...] pour une ado en plus, je trouve que c'est un peu compliqué » « Tout ce qui est local, je me sens pas super à l'aise de leur en parler ... » (E7). Or s'il est vrai que les méthodes barrières ont une efficacité contraceptive moins importante que les méthodes hormonales ou le DIU, les préservatifs restent les seuls à protéger des IST, qu'ils soient masculins ou féminins. Leur présenter permet aux adolescentes de savoir toutes les possibilités qui existent pour se protéger contre les IST et, comme nous le disait une sage-femme, « je trouve que c'est important de montrer tout ce qui existe parce que c'est pas parce que à tel âge on n'est pas intéressé par telle chose que 10 ans après on n'aura pas changé d'avis » (E1). (15)
- D'autres présentent une contraception de manière ciblée, en fonction de ce que souhaite l'adolescente ou de ce qu'elle a déjà essayé : « Quand elles arrivent avec un souhait, je vais commencer par ça » (E11), « une première contraception je présente plutôt la pilule. L'implant quand même [...] Si elle a changé 1 ou 2 fois de pilule, je lui parle quand même du stérilet en plus » (E8). C'est donc majoritairement la pilule qui est présentée aux adolescentes, contraception la plus utilisée dans cette tranche d'âge (12). Mais cette approche ne permet pas à l'adolescente de prendre conscience qu'en matière de contraception, de nombreuses options sont envisageables dont certaines peut-être plus adaptées à ces besoins.

C. Pienkowski et son équipe explique qu'il est important, avec ces patientes de « comprendre sa motivation [...] et de la guider dans son choix en fonction de son objectif », c'est d'ailleurs une des premières questions de l'un des praticiens « je vais demander pourquoi elles veulent la pilule : si c'est pour la contraception ou pour les douleurs de règles ou de l'acné » (E8). En effet s'intéresser à la motivation de l'adolescente pour avoir une

contraception permet, à défaut de tout lui présenter, de présenter les contraceptions qui répondront à sa demande. (26)

Lors de la consultation, le praticien ne doit qu'être dans une démarche « d'aide au choix » en permettant à l'adolescente de « se projeter dans une utilisation future [...] en abordant la question des freins à son utilisation ». Cette démarche d'aide au choix est retrouvée chez la totalité de nos praticiens chez qui la décision finale de contraception revient toujours à l'adolescente. « C'est elle qui choisit » (E8). (23) Cette notion de choix peut tout de même être remise en question chez ceux qui ne présentent qu'une contraception à l'adolescente : y a-t-il vraiment un choix à faire lorsque seulement une contraception est évoquée ?

Dans nos entretiens, personne n'a abordé la question de la contraception d'urgence. Pourtant l'HAS recommande d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence dans certaines situations parmi lesquelles les patientes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence ou celles utilisant comme contraception le préservatif, situations qui touchent en général les adolescentes. Lors d'une consultation avec une adolescente, il est donc nécessaire de savoir si elle est concernée, auquel cas une prescription en avance de contraception d'urgence est à envisager. (28)

4.1.2 Modifier le déroulement de sa consultation

Outre ces particularités différenciant les consultations adultes et adolescentes, d'autres sont apparues dans le déroulement même de la consultation.

Tout d'abord, la durée de la consultation, 1^{ère} consultation ou celle de renouvellement, semble plus longue avec une adolescente qu'avec une adulte. En moyenne, les praticiens interrogés consacraient 20-30 minutes pour les consultations avec les adolescentes contre une moyenne de 13,8 min \pm 4,9 min pour une consultation de contraception.

Dans notre échantillon, nous avons une majorité de praticiens accordant aux adolescentes le temps qui leur été nécessaire, mais cela n'est sûrement pas généralisable puisque, comme B. Letombe l'explique, « les conditions actuelles d'exercice médical le système de tarification forfaitaire à l'acte se prêtent mal à ce type de consultation longue ». Les consultations avec les adolescentes sont en effet des consultations longues, parfois plus que le créneau normalement dédié à une consultation mais ce temps est crucial pour « délivrer les explications et conseils nécessaires et [...] de vérifier que ceux-ci ont été compris et assimilés ». (13,29)

4.1.3 L'examen gynécologique, une obligation ?

Notre hypothèse portait sur l'absence d'examen gynécologique systématique avec les adolescentes.

En effet de nombreux textes s'accordent sur l'absence de nécessité de réaliser cet examen lorsque l'adolescente veut seulement une contraception, il est dit que « l'examen gynécologique n'est pas obligatoire lors de la première consultation » car celui-ci n'a « aucune légitimité ». Et ce, d'autant plus que l' « examen gynécologique [...] vise à dépister des cancers ou leurs précurseurs ». Outre pour le dépistage du cancer du col de l'utérus l'examen, aucune recommandation n'existe sur l'examen gynécologique. On peut alors comprendre que l'examen gynécologique n'est pas indispensable avant 25 ans, âge auquel le dépistage doit être commencé selon les recommandations. (13,30–32)

Dans notre étude, la presque totalité des praticiens ne font pas d'examen gynécologique systématique et seulement une sage-femme en réalise « souvent », ce qui s'explique par le fait qu'elle voit les adolescentes dans le cadre de consultation post-natale qui nécessite généralement un examen. Ceux qui nous ont répondu ne pas le faire de manière systématique ont précisé le réaliser « parfois », lorsque des signes d'appels leur évoquent un problème gynécologique ou que les patientes ont besoin d'être rassurées : « jamais, sauf sur signes d'appel » (E10), « ça peut être un motif d'examen dès la première fois. C'est les filles qui croient qu'elles sont pas comme tout le monde » (E6).

Un praticien nous a expliqué réaliser cet examen dans une autre situation : si l'adolescente vue en consultation souhaite comme contraception un DIU car elle considère que « si elle veut un stérilet, c'est quand même pas mal de faire un petit examen, une petite pause de spéculum pour voir comment elle réagit. » (E5).

Il est important de prévenir au début de la consultation qu'il ne sera pas forcément nécessaire « je lui explique assez rapidement que je vais pas forcément l'examiner » (E11) et qu'elles ont de plus le droit de le refuser si le praticien le propose. Les adolescentes seront d'autant plus attentives pour la consultation si elles savent que cet examen gynécologique, qui est source d'angoisse, n'est pas obligatoire. (13)

Lorsqu'il est réalisé, il est important d'expliquer à la patiente les raisons de sa nécessité, d'obtenir son accord et que l'examen se déroule dans un environnement rassurant et dans lequel la patiente se sente en confiance. L'examen gynécologique peut être l'occasion – lorsqu'il doit être réalisé – de participer à l'éducation de l'adolescente en lui expliquant son anatomie et de lui parler de sa santé gynécologique. (33)

Au vu de ces résultats, nous pouvons dire que notre première hypothèse est validée : la consultation avec les adolescentes est une consultation dont l'approche est différente de celles avec les adultes, pour laquelle les praticiens accordent plus de temps et qui ne nécessite pas d'examen gynécologique.

4.2 L'importance de la confidentialité

4.2.1 Un sujet d'inquiétude pour les adolescentes

Comme tous les patients, l'adolescente a le droit à la confidentialité et au secret médical en ce qui concerne sa consultation de contraception. En effet « la sexualité d'une adolescente relève de sa vie privée et donc du droit au respect et au secret professionnel même vis-à-vis de sa famille ou de son responsable légal » (26).

Dans nos entretiens, nous avons pu constater qu'en effet, la question est abordée dans la majorité des cas. Elle peut l'être par l'adolescente qui pose la question parfois avant même d'entrer dans le cabinet « c'est la première question qu'elles posent, enfin pas la première la deuxième [...] on m'a dit que c'était anonyme est-ce que c'est vrai ? » (E3), le praticien lui-même ou encore ceux que l'adolescente verra avant le professionnel médical comme la secrétaire ou la CCF.

Outre la confidentialité de la consultation, qui est vraie pour les femmes de tout âge, les mineures de 15 à 18 ans ont aussi le droit, lors de la prescription de contraceptions remboursées par l'assurance maladie (pilules œstroprogestatives ou progestatives, implant, DIU), à avoir une prescription anonyme puis une délivrance gratuite. Ces mesures, instaurées par la loi, ont pour but de faciliter l'accès à la contraception des mineures de plus de 15 ans. En effet, à la demande de la mineure, son identité peut rester secrète et la délivrance de sa contraception n'apparaîtra pas sur les relevés de l'assurance maladie, reçus par ses parents. Il revient au praticien de poser la question lors de la consultation de la nécessité d'une procédure d'anonymat ou non. Ce droit à l'anonymat et à la gratuité ne s'applique qu'à la délivrance de la contraception. En ce qui concerne la consultation elle-même, le seul lieu de consultation offrant une consultation anonyme et gratuite est le CPEF. (15,34)

La confidentialité de la consultation est donc un sujet clé lors de la consultation, qui inquiète les adolescentes comme l'écrit L. Peremans « les adolescentes sont anxieuses du fait que les consultations ne sont pas complètement confidentielles » (35). Ce sujet est un réel sujet d'inquiétude pour les ados, qui pourrait les freiner à prendre rendez-vous pour leur première consultation. Pour autant, la consultation de contraception est difficile pour l'adolescente pour d'autres raisons : « Ce qui les freine surtout, c'est la peur de la consultation » (E4). Il ne faut en effet pas croire que leur confirmer la confidentialité pourra éviter toute anxiété à l'adolescente, « c'est pas parce qu'on leur dit que c'est confidentiel que ça les met forcément à l'aise » (E7). Cette peur de la consultation est un problème puisqu'elle retarde la mise en place d'une contraception et augmente les risques de grossesse non désirée.

4.2.2 Comment faire lorsque l'adolescente n'est pas seule ?

Malgré cette réelle inquiétude sur le caractère confidentiel de la consultation les adolescentes, angoissées par leur première consultation gynécologique, préfèrent souvent venir accompagnées. D'après les réponses obtenues, cet accompagnateur peut aussi bien être la mère de l'adolescente, une amie ou le « copain ».

La mère restant l'accompagnateur le plus rencontré. Puisque nous avons souligné l'importance de la confidentialité, la question se pose d'autoriser la présence de cette tierce personne durant la consultation. La plupart des praticiens laissent l'adolescente prendre la décision, deux seulement refusent d'avoir quelqu'un en plus de la patiente.

L'INPES conseille d'accepter la présence de l'accompagnateur en fonction de son lien avec la patiente et de ne pas réaliser la consultation de l'adolescente avec ses parents. Mais, si les parents ne devraient pas être acceptés lors de la consultation, ils sont un sujet qui doit être évoqué avec l'adolescente lors de l'entretien. (23)

Lorsqu'un accompagnateur est présent à la consultation, et particulièrement lorsque c'est l'un des parents, certains problèmes se posent :

- Celui-ci peut gêner le déroulement de la consultation en ne permettant pas au praticien de créer le lien de confiance nécessaire avec l'adolescente. L'accompagnateur peut, de plus, influencer l'adolescente sur ces choix ce qui peut la mener à avoir une contraception à laquelle elle n'adhère pas totalement
- Si la patiente n'est jamais seule avec le praticien, certaines choses peuvent ne pas être dites par pudeur, voire par peur de les avouer.

Pour une partie des praticiens, ce problème est résolu en demandant à l'accompagnateur de sortir à un moment. Pour les autres, cela dépendra du lien de l'accompagnateur (la mère de l'adolescente sortira toujours à un moment par exemple) ou bien de la nécessité ou non d'un examen.

Selon l'HAS, le seul cas où il est nécessaire de prendre un moment seul avec l'adolescente est lorsqu'elle est avec ses parents « si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un moment uniquement avec elle » (15).

Il peut être intéressant de réaliser une consultation complète en présence de son partenaire puisqu'il aura un rôle potentiel dans la bonne utilisation de la contraception par la patiente : « Si c'est son copain, je le garde tout le temps, qu'il soit au courant des contraintes » (E8). La contraception est en effet une chose à laquelle le couple, et pas seulement la femme, doit adhérer. Comprendre les enjeux et les contraintes d'une contraception peut lui permettre d'aider sa partenaire à choisir puis à adhérer totalement à sa contraception. (30)

La démarche de refuser systématiquement un accompagnateur n'est peut-être pas non plus idéale. En effet, s'il est conseillé de ne pas réaliser les consultations avec les adolescentes en présence des parents, celle du partenaire ou d'une amie semble acceptable. L'adolescente peut souhaiter une présence pour se sentir en confiance avec l'environnement et le praticien. Un début de consultation à trois peut permettre à l'adolescente d'être plus à l'aise lorsque vient le temps en « tête-à-tête » avec le praticien. (23)

Dans notre hypothèse nous évoquons l'importance de la confidentialité pour les adolescentes, qui passait obligatoirement par un moment seul avec l'adolescente. Cette affirmation est à modérer puisque, si nos entretiens ont confirmé l'importance de cette confidentialité et d'avoir un moment seul-à-seul avec l'adolescente, c'est finalement surtout envers les parents de l'adolescente que cette confidentialité est capitale. Comme certains l'ont évoqué, la nécessité de ce moment dépendra peut-être plus du lien de l'accompagnateur et de la nécessité d'un examen plus intime que de l'âge de la patiente.

4.3 La recherche et la prévention des conduites à risque

Lorsque l'adolescente vient dans le but de débiter une contraception, le praticien ne doit pas se focaliser sur la prescription de celle-ci. Nous avons dit précédemment qu'il avait, par exemple, un rôle éducatif. Un autre rôle auquel nous nous sommes intéressé est celui de réaliser la prévention des conduites à risque. Nous avons émis l'hypothèse que leur recherche et leur prévention étaient systématiques avec les adolescentes.

4.3.1 Certaines conduites plus recherchées que d'autres

Lorsque nous avons abordé avec les professionnels la question de quelles recherches ils réalisaient, tous nous ont dit faire la recherche d'au moins une conduite addictive : le tabac. Cela fait en effet partie de l'anamnèse et est un élément clé dans le choix de la contraception.

Une grande majorité des praticiens (10 / 11) ne s'arrêtaient pas à la recherche de cette conduite à risque chez les adolescentes. Seulement certaines ont été citées : les addictions autres que le tabagisme et les risques d'IST, citées par la majorité (9 / 11 et 7 / 11), mais aussi les risques de grossesse liée à une mauvaise ou une absence d'utilisation de contraception ou les violences subies, citées par une minorité (4 / 11). Pourtant la recherche des violences, et particulièrement sexuelles, est recommandée comme systématique lors de la consultation de contraception. Cela se justifie d'autant plus lorsqu'on sait qu'en 2010, une femme de moins de 20 ans sur dix déclarait avoir été agressée sexuellement au cours de sa vie. (7,36) D'autres conduites à risque n'ont, elles, été citées par aucun des praticiens : la HAS nous conseille entre autres de rechercher auprès des adolescentes des signes de dépression ou de mauvaise estime de soi ou encore des difficultés scolaires. Nous pouvons aussi évoquer les conduites alimentaires perturbées comme l'anorexie ou la boulimie qui touchent plus les adolescents qui doivent « faire face aux modifications non seulement de leur corps, mais aussi des représentations qu'ils en ont » (15,37).

Lorsque nous parlons de cette recherche nécessaire, cela ne signifie pas de devoir réussir à dépister toutes les conduites à risque de l'adolescente mais d'ouvrir le dialogue sur celles-ci et de lui faire savoir que, si elle le souhaite, un professionnel de

santé est prêt à l'écouter et à l'orienter. Ainsi, une sage-femme nous disait lors de notre entretien « je lui dis qu'elle est pas obligée de répondre mais que si un jour elle en a envie, la porte est ouverte et qu'elle peut revenir me voir » (E10).

4.3.2 Le manque de prévention auprès des adolescentes

Puisque nous parlons de recherche des conduites à risque, il est logique de parler de leur prévention. Ces préventions sont peu abordées et lorsqu'elles le sont, les professionnels nous ont dit n'y accorder que quelques minutes.

Certaines sont plus réalisées par les praticiens que d'autres : la prévention du tabagisme a été la plus évoquée et particulièrement dans le cas d'une prescription de contraception œstroprogestative puisque cela fait partie des contre-indications relatives à ce type de contraception. (15)

Le reste des préventions est fait par une minorité des praticiens. Pourtant certaines préventions sont essentielles lors de cette consultation. La première prévention, qui va de pair avec la prescription de contraception, concerne les IST, puisque les jeunes de 15-24 ans en sont plus à risque du fait notamment de l'utilisation non systématique du préservatif avec un nouveau partenaire et du nombre élevé de partenaires. Il est donc essentiel de discuter avec l'adolescente de l'importance de l'utilisation du préservatif et du dépistage des IST lorsqu'elle et son partenaire ne souhaitent plus l'utiliser. L'autre prévention essentielle est la prévention des grossesses non désirées, qui a été peu évoquée, peut-être parce qu'elle passe essentiellement par l'explication de la bonne utilisation de la contraception choisie par l'adolescente et que les praticiens ne considèrent pas cela comme une prévention à proprement parler. Il est en tout cas capital de rappeler aux patientes que des rapports, lorsqu'ils ont lieu sans contraception ou que celle-ci est mal utilisée, sont à risque de grossesse et ce quelle que soit la durée depuis laquelle elle est réglée, quel que soit le nombre de rapports déjà eus et quel que soit le moment du cycle. Il est important de démonter les fausses croyances qui peuvent parfois circuler chez les jeunes et entraîne une absence de conscience du risque de grossesse. (4,5,13)

Enfin une dernière prévention devrait être abordée puisqu'elle fait l'objet de nombreuses recommandations : la prévention du cancer du col de l'utérus. En effet la prévention secondaire, c'est-à-dire le frottis, ne commencera qu'à 25 ans mais il existe une prévention primaire : la vaccination contre le papillomavirus. Celle-ci est normalement proposée aux jeunes filles de 11 à 14 ans mais lorsqu'elle n'a pas été effectuée, un rattrapage est possible chez les adolescentes de 15 à 19 ans. Cette prévention n'a été citée que par un professionnel sur les onze interrogées « après bah il y a la question du vaccin HPV » (E5), pourtant le taux de couverture vaccinale était au mieux de 36% chez les adolescentes en 2010. Il serait donc bénéfique que la question de la vaccination soit abordée de manière plus systématique avec les jeunes filles. (32)

4.3.3 Les obstacles à la prévention des conduites à risque

Lorsque les professionnels arrivent à aborder les mesures préventives avec les adolescentes, ils se heurtent tout de même à certains obstacles :

- Le premier obstacle est l'absence de conscience d'avoir des conduites à risques. En effet une absence de connaissance ou des fausses croyances peut mener l'adolescente à avoir des conduites à risque alors même qu'elle pense s'en protéger. « Je pense que certaines pensent que la pilule protège des maladies » (E1).

Le rôle du praticien est alors de corriger ces méconnaissances pour faire prendre conscience à l'adolescente qu'elle prend des risques pour sa santé. Le problème étant, comme nous le disait un médecin, qu'« on ne leur dit pas » (E9).

- Le second obstacle se retrouve chez les adolescentes qui, elles, ont conscience des risques de certaines de leurs conduites mais qui ne font rien pour les éviter ou les prévenir, voire, pour certaines, les recherchent.

Certains professionnels nous ont en effet expliqué que « il y a des connaissances relativement importantes » (E7) mais que les adolescentes ne font rien pour les éviter car « ça n'arrive qu'aux autres » (E7).

Une autre nous a dit penser que « les addictions oui (*elles en ont conscience, ndlr*), mais ça fait partie du jeu. Le cannabis elles savent : ça fait partie justement de la prise de risques » (E5). Cette prise de risque consciente peut s'expliquer par différentes raisons : la pression que les adolescents peuvent subir, les incitant à la consommation de substances psychoactives ou à avoir des relations sexuelles à un âge précoce, le fait que certaines « consommations sont culturellement inscrites et valorisées dans la vie en société » ou bien encore que « la notion moderne de « droit au plaisir » tend à faire interpréter les principes de modération et de limite en termes de contraintes insupportables et de privation de liberté » comme nous le dit X. Pommereau. A cela s'ajoute le sentiment d'invulnérabilité, « pensée magique » de l'adolescent qui se croit à l'abri des conséquences que peuvent avoir ces conduites à risque. (2,3,8)

- Enfin un dernier obstacle a été énoncé par certains professionnels : il leur semble que la consultation de contraception des adolescentes n'est pas le moment idéal pour faire de la prévention. Celles-ci ne sont en effet pas forcément à l'écoute du message que voudrait faire passer le professionnel de santé, parce que « elles sont déjà tellement stressées de venir demander leur première pilule que c'est pas le bon moment » (E8) ou bien qu'« elles n'ont pas l'impression que le médecin a un rôle à jouer dans ce domaine » (E9). Ce sentiment de ne pas pouvoir retenir l'attention de l'adolescente sur ces mesures préventives peut alors décourager les professionnels à continuer leur prévention pourtant essentielle auprès des adolescentes.

Pourtant une grande partie des adolescents ont des attentes envers leur médecin concernant le thème de la sexualité. Lorsqu'ils se sentent en confiance avec leur praticien, ils souhaitent être informés sur la question des IST, des addictions, des risques de grossesse. (38)

Ainsi nous ne pouvons pas dire que notre dernière hypothèse est validée. Il y en effet certaines conduites à risque qui sont recherchées de manière systématique, mais celles-ci étant nécessaires à l'anamnèse, elles sont recherchées de manière identique avec les adultes.

Pour ce qui est de la prévention, ce n'est finalement pas une chose qui est plus particulièrement traitée avec les adolescentes qu'avec les adultes. Il semblerait d'ailleurs que la prévention soit peu abordée en général, trop peu pour les adolescentes, peut-être.

4.4 Limites / biais et points forts

Lors de la réalisation de notre étude, nous nous sommes rendu compte de certaines limites :

- Notre recherche s'appuyant sur une méthodologie qualitative, avec la réalisation d'entretiens nous ne pouvons pas, avec notre effectif, généraliser les résultats à tous les professionnels recevant des adolescentes en consultation.
- Dans notre grille d'entretien, certaines questions portent non pas sur les faits ou les dire des praticiens mais ceux des adolescentes. Nous demandions donc aux praticiens de répondre à la place de la patientèle qui ne pouvaient nous répondre que des suppositions.
- Lors de l'analyse des réponses des praticiens, nous nous sommes rendu compte qu'une question n'était pas interprétable pour notre étude (« Généralités - Déroulement d'une consultation type avec une adolescente ? ») et nous avons décidé de ne pas l'analyser.

Nous pouvons citer comme points forts de cette étude la diversité des professions de ceux interrogés et de leurs lieux d'exercice, ce qui donne une diversité de réponses.

Enfin il est intéressant de préciser que nous arrivions, pour certaines questions, à saturation des données comme, par exemple, pour celles concernant la contraception « quelles sont les contraceptions prescrites ? » et « Est-ce toujours les mêmes ou en fonction de son souhait ? », celles concernant les examens médicaux pratiqués ainsi que la manière de gérer un accompagnateur s'imposant à la consultation.

Conclusion

Lorsqu'un professionnel de santé réalise des consultations gynécologiques, il est amené à rencontrer des femmes de tout âge, dont des adolescentes.

Les nombreuses recommandations existantes sur les premières consultations gynécologiques des jeunes filles et surtout celles concernant une demande de contraception montrent que celle-ci doit être menée différemment de celle avec une femme adulte.

Nous avons en effet vu que pour les professionnels, cette consultation a des différences. Il faut savoir mettre à l'aise l'adolescente, écouter et comprendre ses besoins, l'aider dans ses choix et lui faire comprendre l'impact de certaines actions, qui pourront avoir une répercussion sur sa santé sexuelle.

Ainsi plusieurs points reviennent à propos des consultations avec les adolescentes : prendre son temps, lui laisser le choix entre toutes les contraceptions qui ne lui sont pas contre-indiquées ; ne pas chercher à faire un examen gynécologique à tout prix ; savoir assurer à l'adolescente la part de confidentialité dont elle a besoin, et surtout vis-à-vis de ses parents ; savoir rechercher les conduites à risque plus présentes chez les adolescentes et, dans la mesure du possible, lui parler de certains moyens de prévention.

C'est un travail difficile, surtout avec une adolescente qui n'aura pas toujours confiance en son médecin / sa sage-femme ou qui ne sera pas à l'écoute de ce discours. Tout cela peut parfois nécessiter plusieurs consultations pour reprendre tous ces points.

Pour ce mémoire, nous avons décidé d'étudier les pratiques des professionnels de santé pour ce type de consultation. Il pourrait être intéressant d'étudier le point de vue des patientes : quelles sont leurs attentes et leurs craintes lorsqu'elles vont, pour la première fois, consulter pour leur suivi gynécologique ?

Bibliographie

1. Lachowsky M, Winaver D. Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie. Elsevier Masson; 2007. 320 p.
2. OMS | Développement des adolescents [Internet]. WHO. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
3. Robin G, Massart P, Letombe B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie Obstétrique Fertil. oct 2007;35(10):951-67.
4. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. Arch Pédiatrie. juin 2013;20(6):707-13.
5. Gros C. Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles. 16 avr 2010;81.
6. L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
7. Monasterio E, Hwang LY. Adolescent contraception: review and guidance for pediatric clinicians. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. oct 2012;42(9):221-63.
8. Xavier Pommereau. Rapport sur la santé des jeunes [Internet]. 2002 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000188.pdf>
9. Clément Rizet. Adolescence, identité et prévention des MST [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/adolescent_identite.htm
10. D. Sommelet LD. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. 2006.
11. INVS. INVS | 2005 : sida, grande cause nationale. Infection par le VIH et sida chez les jeunes de 15 à 24 ans. [Internet]. 2005 [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2005/vih_sida_jeunes/index.html
12. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. INPES; 2013.

13. Letombe B. La Première Contraception. CNGOF - Mise À Jour En Gynécologie Médicale. 2013;
14. Merki-Feld GS, Gruber IML. Broad Counseling for Adolescents About Combined Hormonal Contraceptive Methods: The Choice Study. *J Adolesc Health*. avr 2014;54(4):404-9.
15. HAS. Haute Autorité de Santé - Contraception chez l'adolescente. 2015.
16. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. mars 2013;
17. Inpes - Documents « Information sexuelle/ Professionnels de santé » [Internet]. [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detailEspaces.asp?numfiche=1806&order=support&dpublic=PS>
18. Katzman D, Taddeo D. La contraception d'urgence. *Paediatr Child Health*. 2010;15(6):368-72.
19. D. Serfaty. Les dispositifs intra-utérins, de l'adolescence à la ménopause. CNGOF - Mise À Jour En Gynécologie Médicale. :2006.
20. Ott MA, Sucato GS, Committee on Adolescence. Contraception for Adolescents. *Am Acad Pediatr*. 1 oct 2014;134(4):e1257-81.
21. Charbonneau L. Le premier examen gynécologique de l'adolescente. *Can Fam Physician*. mai 1991;37:1156-61.
22. Peremans L, Hermann I, Avonts D, Van Royen P, Denekens J. Contraceptive knowledge and expectations by adolescents: an explanation by focus groups. *Patient Educ Couns*. mai 2000;40(2):133-41.
23. INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? - Repères pour votre pratique. 2013.
24. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. *Santé Publique*. 23 juin 2011;Vol. 23(2):77-87.
25. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 3 sept 2008;
26. Pienkowski C, Cartault A, Menendez M, Ponsar C, Lorenzini F. L'adolescente et sa première contraception. *Arch Pédiatrie*. 1 juin 2008;15(5):586-8.
27. Committee on Adolescence. Contraception and Adolescents. *Am Acad Pediatr*. 1 nov 2007;120(5):1135-48.

28. HAS. Haute Autorité de Santé - Améliorer l'information sur la contraception d'urgence. 2013.
29. Buhling KJ, Klovekorn L, Daniels B, Studnitz FSG, Eulenburg C, Mueck AO. Contraceptive counselling and self-prescription of contraceptives of German gynaecologists: Results of a nationwide survey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 déc 2014;19(6):448-56.
30. HAS. Haute Autorité de Santé : Rapports d'élaboration - Contraception chez l'homme et chez la femme. 2013.
31. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles. *Can Fam Physician*. août 2017;63(8):e371-5.
32. HAS. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus.
33. Simms-Cendan J. Examination of the pediatric adolescent patient. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. sept 2017;
34. Assurance maladie. Contraception des mineures d'au moins 15 ans. Juin 2016;
35. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Debaene L, Van Royen P, Denekens J. Adolescents demanding a good contraceptive: a study with standardized patients in general practices. *Contraception*. juin 2005;71(6):421-5.
36. Repères statistiques - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/violences-de-genre/reperes-statistiques-79/>
37. Beck F, Maillochon F, Richard J-B. Conduites alimentaires perturbées des jeunes, *Eating disorders of the young*. 2013.
38. Potey M, Torres J. Rôle du médecin généraliste dans la communication sur le thème de la sexualité : freins et attentes de collégiens de classe de 3e de l'agglomération grenobloise. 29 mars 2011;25.

Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Entretien n°

Date

Caractéristiques des professionnels

- Profession
- Age
- Sexe
- Lieu de consultation (libéral, centre de santé, hôpital, CPEF)
- Formation spécifique pour les consultations ados ?

Généralités

- Durée consultation adulte et consultation ado ?
- Nombre de consultations ados par semaine ?
- Existence de créneaux spécifiques pour les ados ?
- Déroulement d'une consultation type avec une adolescente ?
- En quoi cette consultation est-elle différente de celle de l'adulte ?

Consultation différente de celle de l'adulte ?

- Quelles sont les contraceptions présentées à l'adolescente ?
- Quelles sont les contraceptions prescrites ?
- Combien de temps passé pour expliquer les contraceptions ?
- Est-ce toujours les mêmes ou en fonction de son souhait ?
- Besoin d'explications spécifiques sur l'anatomie / physiologie ?
- Sexualité de l'adolescente était-elle abordée ? Comment l'abordez-vous ?
- Quels examens sont pratiqués lors de cette consultation ?
 1. Examen général (*TA, poids (IMC), ...*)
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
 2. Examen gynécologique est-il nécessaire ? (*TV, spéculum, examen mammaire, ...*)
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
- Utilisez-vous le même vocabulaire avec les adolescents qu'avec les adultes ?

- **Confidentialité de la consultation avec l'adolescente**
- Les adolescentes s'inquiètent-elles de la confidentialité de la consultation ?
Si non, abordez-vous cette question ?
- La crainte du non respect de la confidentialité est-elle un frein à consulter ?
- Les adolescentes sont-elles accompagnées ?
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
- Par qui ?
- La présence de l'accompagnateur pendant la consultation dépend-elle :
 - Du choix de l'adolescente
 - Du choix de l'accompagnateur
 - Du choix du praticien
 - Du lien de l'accompagnateur avec la patiente
- Comment gérez-vous un accompagnateur s'imposant à la consultation ? (mère, partenaire, ...)
- Les choix contraceptifs de l'adolescente sont-ils influencés par l'accompagnateur ?
- Si l'accompagnateur assiste à la consultation, est-ce durant toute la durée de la cs ?
La présence ou l'absence de l'accompagnateur sont-elles exigées à un moment donné par vous-même ?

Conduites à risque

- Sont-elles systématiquement recherchées et abordées ?
- Quelles sont les conduites à risque recherchées chez les adolescentes ?
- La prévention de ces conduites à risque est-elle systématique ?
- A quelle moment de la consultation ces conduites sont-elles abordées ?
Combien de temps ?
- Les adolescentes ont-elles conscience d'avoir des conduites à risque ?
- Ces mesures préventives sont-elles déjà connues lorsque vous les abordez ?
- Les adolescentes y sont-elles sensibles ?

Autres

- Comment évaluez-vous si les conseils ont eu l'effet escompté ?
- Connaissez-vous la méthode BERGER ?

Annexe II : Entretien n° 3

Entretien n° 3

Date 19/10/17

Caractéristiques des professionnels

- Profession

Médecin généraliste

- Age

50 ans

- Sexe

Féminin

- Lieu de consultation (libéral, centre de santé, hôpital, CPEF)

CPEF à plein temps

- Formation spécifique pour les cs ados ?

Avec les ados ? Non pas spécialement. Les ados ont été abordés dans le DU gynécologique à Tenon pour médecin généraliste. Mais la consultation ados spécifique, en pathologie pas en entretien.

Généralités

- Durée cs adulte / cs ado ?

Alors ... De généraliser c'est compliqué, parce que ... Mais dans tous les centres que je connais dans les environs c'est 20 minutes par rendez-vous, peu importe l'âge. L'âge n'entre pas en compte lors de la prise de rendez-vous.

Quant ce sont des premières fois c'est vrai qu'avec les ados c'est plus long, plus long parce qu'il y a tout à expliquer. Alors c'est plus long avec le médecin et c'est plus long avec la conseillère qui les reçoit systématiquement les premières fois en centre.

De manière générale c'est plus long.

- Nombre de cs ados / semaine ?

Je ne saurais pas dire : le mercredi après-midi est une après-midi riche en consultations ado

- Existence de créneaux spécifiques pour les ados ?

Pas spécialement, pas encore. Le centre était pas ouvert tous les jours avant, donc ça c'est nouveau et c'est vrai qu'on essaye de privilégier les mercredis après-midi au moins pour les ados et on fait des informations collectives mais on se déplace dans les lycées pour l'instant.

Mercredi après-midi on est censé privilégier les consultations ados et c'est ce qu'il se passe de toute façon.

- Déroulement d'une consultation type avec une adolescente ?

Pour généraliser c'est d'abord savoir pourquoi l'adolescent vient donc le « pourquoi ? ».

Moi je leur demande d'abord ce qu'elles savent si elles ont déjà parlé avec des amies, des copines, des camarades ou pas. Cela me permet de savoir où je me situe par rapport à elle

Ensuite ... Alors la majorité c'est une demande de contraception donc on parle, enfin je parle, des différentes méthodes de contraception et savoir ce qu'elle souhaite, ce qu'elle ne souhaite pas et pourquoi.

- *En quoi cette cs est-elle différente de celle de l'adulte ?*

Euh ... Différente de l'adulte et pourquoi ? ...

Si : l'adulte en général est au courant, et beaucoup plus au courant de son anatomie de la contraception etc. Donc c'est vrai que la consultation est en général différente mais en centre de planification on reçoit aussi des adultes qui n'y connaissent rien, qui n'ont pas de connaissances, qui sont en demande. Il y a beaucoup d'éducation à faire et donc parfois ça rejoint celle de l'adolescente.

Mais il y a des ados qui sont bien informées, rarement de tout : il y a beaucoup de fausses idées, fausses croyances et il faut remettre les choses à leur place. Mais il y en a qui savent beaucoup de choses.

Consultation différente de celle de l'adulte ?

En comparaison à une cs avec une adulte :

- Quelles sont les contraceptions présentées à l'adolescente ?

On présente la même chose qu'aux adultes oui. Oui, on présente tout.

Mais en général c'est vrai que je fais d'abord la recherche des contre-indications.

En recherchant d'abord les contre-indications, je leur présente ça et je leur parle des autres en leur disant ça serait peut-être pas idéal chez vous. Le tabac est un frein ou bien sur l'implant : chez certaines qui sont déjà en surpoids, avec de l'acné, tout ça, parce qu'on remarque qu'elles reviennent tellement vite après pour le retrait, quelques mois donc ça vaut pas le coup. Sinon j'en parle, je parle systématiquement de tout mais en leur disant que c'est pas l'idéal chez elles ou même contre-indiqué.

Je présente même les contre-indiqué en espérant qu'elles vont arrêter de fumer, c'est le but. Et même pour qu'elles sachent, par exemple si il y a un infarctus, une phlébite, un AVC chez les parents proches. Ça leur permet de poser la question, de savoir qu'il faut jamais en prendre par ailleurs chez quelqu'un d'autre par exemple.

Donc je parle de tout et je leur dit c'est contre-indiqué ou pas conseillé.

- Quelles sont celles prescrites ?

Un nom de pilule ou un type de contraception ?

Non, non de contraception

Alors la pilule œstrogénique restes pour moi la première. Sauf qu'il y a de plus en plus de demande de DIU et donc c'est une possibilité. Et parfois même elles arrivent avec leur DIU et elles disent moi je veux qu'on me pose ça. La demande de contraception non hormonale augmente donc le stérilet augmente. On parle de tout, même le stérilet et je n'ai pas de frein avec ça.

- Combien de temps passé pour expliquer les contraceptions ?

C'est supposé être 20 minutes, mais c'est plus. C'est minimum une demi-heure voire plus parce que souvent elles ont d'autres questions et il faut quand même répondre à ses questions en essayant de recentrer en disant qu'il faut peut-être revenir pour des choses comme ça.

Il faut essayer de faire revenir et donner un maximum d'informations pendant la consultation et c'est vrai que ça déborde des 20 minutes systématiquement. Systématiquement, mais on se rattrape avec les renouvellements de contraception. La première fois c'est toujours plus long, minimum une demi-heure.

- Est-ce toujours les mêmes ou en fonction de ses ATCD / son souhait ?

J'adapte toujours en fonction de ce qu'elle souhaite et de ses antécédents parce que sinon elles reviennent et elles n'en veulent pas.

Il y a un échec et elles ne la prennent pas donc non, non, non, en fonction de ce qu'elles souhaitent.

- Besoin d'explications spécifiques sur l'anatomie / physiologie ?

Oui. Oui, oui tout à fait. Il faut rappeler, il faut faire des dessins. C'est ce qui parle le mieux : expliquer certaines choses, comment ça fonctionne, pourquoi la pilule ne rend pas stérile.

C'est très important, le problème de fertilité avec la pilule.

Ce sont des questions qu'elles posent ou vous l'abordez vous même ?

Ah non, non, elles les posent. Et de temps en temps, on ne sait pas, elles disent « je veux pas la pilule » et si on tend la perche pour savoir en disant « vous pensez qu'il y aura un problème avec les enfants ? », elles disent oui.

Parfois elles posent la question directement et si elles ne posent pas la question, il suffit de tendre la perche pour que ça sorte.

C'est peut-être en partie en rapport avec les religions, peut-être aussi en fonction de ce que leurs parents leur donne comme information pas terrible ou même les connaissances. Il y a des choses à passer à expliquer

Y-a-t il une différence entre celles qui ont eu les cours d'SVT et celles qui n'ont pas encore eu ?

4^{ème} -3^{ème}, ça suffit pas. A la rigueur, une différence entre celles qui ont peut-être fait des filières scientifiques et celles qui n'en font pas du tout. Et après ça dépend vraiment parce que ça dépend aussi du type de lycée. La formation déjà au collège et au lycée, je crois que le plus important c'est peut-être les informations collectives parce qu'elles sont vraiment ciblées jeune.

On parle d'anatomie ... Donc oui, elles savent les organes internes c'est déjà pas mal pour certaines. Et puis d'autres qui ne savent pas comment les ovaires fonctionnent. Et puis on comment fonctionnent la pilule, les ovaires, et pourquoi certaines ne donne pas de règles : « et donc c'est un problème de fertilité j'aurais jamais d'enfants » voilà des choses comme ça. Bref, il y a tout ça à refaire en consultation.

- Sexualité de l'adolescente abordée ? Comment l'abordez-vous ?

Non généralement 80 % du temps, non. Parce que je pense que c'est fait ici par les conseillères qu'elle voit avant et du coup je ne me sens pas obligée d'aller là-dedans surtout que j'ai pas le temps. Surtout qu'elles viennent pour le côté médical. Déjà qu'elles ont du mal à comprendre pourquoi il faut voir une conseillère conjugale. Ça s'appelle comme ça et donc ça met un frein. Ça c'est bien elles sont toutes contente d'avoir eu cet entretien finalement donc c'est enrichissant. Il y a des choses qui se disent là, après ça dépend : parfois la conseillère sent qu'il y a des rappels à faire, elle m'en parle et là j'aborde en consultation. C'est vrai que j'aborde pas vraiment ça. Parfois oui quand même, il faut pas dire non. Alors « C'était quoi les difficultés ? S'il y a des difficultés pour les rapports, pour la pénétration ? ». Voilà c'est plus ça et « Pourquoi ? Est-ce que vous êtes inquiète ? » « Est ce que vous voulez que je regarde ? » « Vous voulez que je regarde l'extérieur ? ».

Je demande « Est-ce que ça va ? Est-ce que vous voulez que je fasse plus pour comprendre ou pas ? » Et en général c'est oui, c'est sûr que ça donne des réponses à leurs inquiétudes.

- Quels examens sont pratiqués lors de cette consultation ?
 3. Examen général (*TA, poids (IMC), ...*)

Ah oui, toujours. Tension / poids / taille

4. Examen gynécologique est-il nécessaire ? (*TV, spéculum, examen mammaire, ...*)

Quasi-jamais

Dans quel cas vous le faites ?

Quand elle demande ou alors quand je suis alertée. Elles me disent « J'ai des boutons, je sais pas ce que c'est » et là je leur dis « Ce serait mieux que je regarde ». Je force pas, mais je leur dis que c'est mieux si elles ont des boutons. Je m'arrange pour regarder sans forcer.

Et quand elles ne viennent pas pour la première fois mais pour un suivi vous faites un examen ?

Tout dépend de l'âge et de leurs pratiques sexuelles. J'essaye de savoir ce qu'il se passe et sinon je le fais pas systématiquement, non. Rarement.

- Utilisez-vous le même vocabulaire avec les adolescents qu'avec les adultes ?

Hmmm ... Alors je commence avec le même langage, le même vocabulaire. Et puis après si je vois qu'elles ne savent pas, ben je leur explique en d'autres mots parce que finalement les mots elles les connaissent pas mal. Après ça dépend.

Naturellement, vous avez pas l'impression de changer de langage ?

Je pense que si quand même. On imagine que non mais dans l'entretien j'imagine que oui. Je me suis jamais enregistrée en fait. On fait plus simple, on utilise les mêmes mots : les mots d'anatomie ça il faut les dire parce que ça fait partie de l'éducation. Effectivement je cherche mais je trouve pas je pense que j'adapte quand même.

Confidentialité de la consultation avec l'adolescente

- Les adolescentes s'inquiètent-elles de la confidentialité de la consultation ?

Si non, abordez-vous cette question ?

Moi je suis là et j'entends ce qui se passe avec la secrétaire à l'accueil et soit c'est la première question qu'elles posent, enfin pas la première la deuxième. La première c'est « Est-ce que je peux voir un médecin / avoir la pilule / un préservatif ? »

La deuxième c'est « On m'a dit que c'était anonyme est-ce que c'est vrai ? »

Et si ça n'est pas abordé poser en deuxième question c'est systématiquement abordé par la secrétaire.

Du coup vous n'en reparlez pas après ?

Non. Alors si, on en parle quand on prescrit « Vous demandez bien la confidentialité ? »

- La crainte du non respect de la confidentialité est-elle un frein à consulter ?

J'imagine que oui parce que si on n'en parle pas, c'est une question posée.

Après c'est difficile parce que c'est celles qui ne viennent pas.

- Les adolescentes sont-elles accompagnées ?

- Parfois

- Par qui ?

De leur mère en général. Je crois que j'ai vu une fois avec le père en libéral. Ici, elles viennent plus facilement avec une copine ou toute seule. Parfois la mère téléphone

pour prendre rendez-vous pour sa fille. Le copain parfois, parfois seule. Il y a de tout et je pourrais pas dire statistiquement ...

- La présence de l'accompagnateur pendant la consultation dépend-elle :
 - Du choix de l'adolescente
- Comment gérez-vous un accompagnateur s'imposant à la consultation ? (mère, partenaire, ...)
Les choix contraceptifs de l'adolescente sont-ils influencés par l'accompagnateur ?

En générale, les ados savent et parlent. Les mamans sont plus présentes dans la consultation effectivement. Et là, une fois sortie je reprends quand c'est comme ça.

- Si l'accompagnateur assiste à la consultation, est-ce durant toute la durée de la consultation ?

Non je fais toujours sortir à un moment. Surtout les ados je le fais systématiquement. Assez rapidement, parfois même pour reprendre l'interrogatoire.

- La présence ou l'absence de l'accompagnateur sont-elles exigées à un moment donné ?

Alors la barrière de la langue fait que parfois c'est bien d'avoir l'accompagnateur pour savoir pourquoi etc. Quand il y a la barrière de la langue la personne reste en général dans le bureau ici et l'autre salle d'examen permet d'examiner tranquillement. L'examen même, on a pas besoin par rapport à la barrière de la langue française pour se faire comprendre.

Il y a des adolescentes qui veulent à tout prix avoir quelqu'un à côté d'elles pour l'examen ?

Non. Par exemple pour un retrait d'implant, c'est plus l'accompagnement d'un professionnel. On prend la main, pas besoin d'avoir l'accompagnateur.

Conduites à risque

- Quelles sont les conduites à risque recherchées chez les adolescentes ?

Alors il y en a beaucoup. Celles auxquelles je pense ce sont les erreurs de contraception, quelque soit la contraception : pilule, préservatifs, ... Alors c'est vrai que l'implant et le stérilet c'est autre chose. Le stérilet quand même parce que le contrôle du stérilet, elles oublient : on les revoit pas. On les revoit dans le contrôle immédiat, mais on les revoit pas à six mois ou un an. Parfois elles reviennent, ça fait trois ans, donc ça c'est pas bon. Donc quelque soit les méthodes de contraception, les conduites à risques : oubli, accident de préservatifs, mauvaise utilisation du préservatif. Il y en a beaucoup.

Je leur demande comment elle fonctionne ? Est-ce qu'il y a eu des oublis ? Oui / Non. Comment ça s'est passé pendant les vacances ? Est-ce qu'elles ont pris la contraception d'urgence ? Oui, pourquoi ? Non, pourquoi ? Vous prenez toujours la pilule ? Oui, pourquoi ? Non pourquoi ?

Et sinon les infections sexuellement transmissibles.

Alcool, tabac ?

Tabac oui, l'alcool ...

Alors les violences, est-ce que dans l'entretien il y a des choses qui ont tiré la sonnette d'alarme : je vais pas rechercher systématiquement. Et ça c'est fait en entretien avec la conseillère d'ailleurs. Et puis si en entretien il y a quelque chose qui tire la sonnette d'alarme, alors je peux creuser un peu, un peu beaucoup s'il faut.

- Sont-elles systématiquement recherchées et abordées ?

Toujours ! J'espère que j'oublie pas.

- La prévention de ces conduites à risque est-elle systématique ?

- Si oui, par quel moyen l'abordez-vous ?

Ah bah oui, d'où la durée de la consultation. Je m'adapte à la consultation. On a l'idée que ça tourne ce qu'on dit. Et soit il y a une urgence et dans ce cas-là on traite l'urgence, soit pour les adolescentes qui viennent chercher leur contraception on les revoit régulièrement donc on met un petit mot dans le carnet et on réaborde ça. J'essaie mais c'est pas toujours facile.

- A quel moment de la consultation ces conduites sont-elles abordées ?
Combien de temps ?

N'importe quand. Le début c'est toujours un peu du systématique et puis après ça évolue, chaque consultation est différente. Je passe pas plus de temps que pour la contraception. La prévention des conduites à risques c'est juste des rappels quand je le fais. Mais je le fais pas systématiquement, c'est vrai c'est en fonction de la sonnette d'alarme. On pourrait y passer deux heures parfois. La différence c'est quand c'est la première consultation et quand elles viennent ou qu'elles sont habituées. Ça change.

- Les adolescentes ont-elles conscience d'avoir des conduites à risque ?

Alors, c'est là qu'on sort les schémas les dessins et que ... Elles savent pas bien. Elles savent pas tant que ça. On imagine qu'elles savent avec les informations collectives, même si c'est abordé à chaque fois. Il y a pas que le VIH : le HPV qu'elles connaissent pas bien. Chlamydia, gonocoque elles ont déjà entendu le nom, mais pas toutes loin de là... Elles savent qu'il y a d'autres choses que le VIH mais elles pourront peut-être pas dire non plus.

Donc elles savent pas trop ?

Non, non, je crois pas.

- Ces mesures préventives sont-elles déjà connues lorsque vous les abordez ?

Il y en a quand même. Il y en a qui viennent en demandant un bilan avant d'enlever le préservatif. Et là, il faut rappeler que l'âge fait que, parfois il y a des multiples partenaires autres. Faut savoir le dire, c'est délicat.

Leur dire vous l'enlevez que si vous êtes sûre que c'est une relation stable.

Il y en a qui viennent faire le bilan avant le retrait du préservatif. Mais y en a tellement qui prennent que la pilule, parce qu'une fois qu'elles ont la contraception ça suffit.

- Les adolescentes y sont-elles sensibles ?

Oui plus ou moins sensible. Si, si, quand même.

Parfois il y en a qui ont des conduites vraiment à risque et on sent que même si on fait ces recommandations, ces rappels ça n'aura pas de poids. Jusqu'à ce que leur arrive un pépin et là je pense qu'elles sont plus attentives.

Autres

- Comment évaluez-vous si les conseils ont eu l'effet escompté ?

Déjà on demande : « Est-ce que c'est clair ? Est-ce que j'ai été clair ? ». Et parfois il y a des éléments comme « Oui, le dessin m'a aidé ». Quand on les revoit systématiquement pour notamment la pilule, des choses comme ça, vérifier qu'il y a pas de mauvaise compréhension. Que tout a été retenu et en général tout n'a pas été retenu, il y a trop d'informations à la première consultation. Il y a trop d'infos à donner, donc on essaye de cibler et de refaire le point juste après. La petite pique de rappel pour l'oubli : les cinq jours avant, ça, c'est quasi systématique oublié, donc je le souligne.

- Connaissez-vous la méthode BERGER ? L'appliquez vous ?

Non

Explication de la méthode

Ah bah ... C'est pas trop mal ...