



HAL
open science

**Recueil des pratiques médicales autour de la
consultation “ Première Contraception et Prévention ”
deux ans après sa mise route: une étude qualitative
auprès des médecins généralistes de Bretagne et de
Normandie**

Simon De Golmard

► **To cite this version:**

Simon De Golmard. Recueil des pratiques médicales autour de la consultation “ Première Contraception et Prévention ” deux ans après sa mise route: une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Bretagne et de Normandie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03963422

HAL Id: dumas-03963422

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03963422v1>

Submitted on 30 Jan 2023

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

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



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Simon De Golmard

Né le 09/04/1989 à Rouen.

Recueil des pratiques médicales autour de la consultation « Première Contraception et Prévention » deux ans après sa mise route. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Bretagne et de Normandie.

Thèse soutenue à Rennes le 21/05/2021

Devant le jury composé de :

Virginie GANDEMER

PU-PH – Pédiatrie, CHU RENNES / Présidente.

Jean LEVEQUE

PU-PH – Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale, CHU Rennes / Juge.

Sidonie CHHOR-QUENIART

MCA- Université Rennes 1- Médecine Générale / Juge.

Jeanne-Claire YRLES

Médecin Généraliste, Rouen / Directrice de thèse.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES 2020

NOM	PRENOM	TITRE	SOUS-SECTION CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGET	Jacques	Professeur Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRISOT	Pierre	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Professeur Emérite	Rhumatologie
COGNE	Michel	PU-PH	Immunologie
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DAUBERT	Claude	Professeur Emérite	Cardiologie
DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur Emérite	Pédopsychiatrie ; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Professeur Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN	Gilles	Professeur en surnombre	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie

GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOULNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Professeur Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHELET	Christian	Professeur Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique

OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKY	Nicolas	Professeur Associé	Médecine d'urgence
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/12/2020	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL	Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH Professeur Emérite au 01/11/2020	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES 2020

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD	Alexie	MCU-PH	Chirurgie infantile
BANATRE	Agnès	MCF Associé	Médecine générale
BASTIAN	Benjamin	MCF Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoît	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
NYANGO TIMOH	Krystel	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

Liste des ⁶acronymes

ALD : Affection Longue Durée
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ASaLEE : Action de Santé Libérale en Equipe
BERCER : Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour
CBS : Communication Brève relative à la Sexualité
CCP : Consultation Contraception et Prévention.
CeGIDD : Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative research
CoReVIH : Comités de coordination Régionale de la lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine – VIH
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPE : Conseiller Principal d'Education
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
DIU : Dispositif Intra Utérin
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
ECOS : Examens Cliniques Objectifs et Structurés
EICCF : Etablissements d'Information en Conseil Conjugal et Familial
ESI : Education à la Sexualité Intégrée
FCU : Frotti Cervico Utérin
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de Santé
HBV : Hepatitis B Virus
HPV : Human Papilloma Virus
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles
MSU : Maitre de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondial de la Santé
ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
PCEM : Premier Cycle d'Etude Medicale
PMI : services de Protection Maternelle et Infantile
POP : Pilule Oestro-Progestative
RSP : Réseaux de Santé en Périnatalité
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SSMSI : Service Statistique Ministériel de la Sécurité Intérieure
TPI : Tier Payant Intégral.

REMERCIEMENTS

A la Présidente du jury,

Madame la Professeure Virginie GANDEMER, vous me faites l'honneur de présider cette thèse, je vous remercie sincèrement pour l'attention que vous portez à ce travail, vos conseils et votre réactivité.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean LEVEQUE, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Pour l'intérêt que vous y portez, je tiens à vous témoigner ma reconnaissance.

Madame le Docteur Sidonie CHHOR-QUENIART, vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous y portez, ainsi que de votre implication dans la formation des internes de médecine générale.

Madame le Docteur Jeanne-Claire YRLES alias Maman. Merci d'avoir accepté de travailler avec moi et d'avoir dirigé cette thèse.

A ceux qui ont contribué à ce travail,

Aux médecins des groupes de pairs, à ceux qui se sont déplacés pour participer aux focus groups, aux médecins et paramédicaux de Vern-sur-Seiche qui m'ont permis d'accéder à leur salle de réunion.

Au personnel soignant,

A tous les médecins, infirmiers, aides-soignants, qui m'ont soutenu durant ces longues années d'études. Vous êtes trop nombreux pour que je vous cite tous mais sachez que vous avez mes remerciements éternels !

A ma famille,

Aucun mot ne pourra traduire ce que vous représentez pour moi. Merci mille fois d'être, tout simplement.

A ma belle-famille,

Merci de m'accepter dans votre cercle depuis déjà cinq ans et pour de nombreuses années encore.

A mes amis,

De Normandie, de Bretagne et de toute la France, vous vous reconnaitrez ! Merci aux Lorientais alias « les chatons » pour ce premier semestre incroyable et pour votre présence permanente depuis, merci aux Rouennais pour ces années d'études extraordinaires, merci aux membres de l'Opéra de Rouen pour m'avoir permis de sortir du milieu médical quand il le fallait, merci également aux Bretons (ne les oublions pas quand même), merci à tous ceux que j'oublie bien évidemment.

A Aurélie,

Merci de me procurer tant de bonheur, de supporter mes lubies (oui on aura une forge ! C'est même écrit dans ma thèse) et mon caractère. Le futur est incertain mais il sera nécessairement magnifique à tes côtés.

A Mimi,

Tu resteras éternellement dans nos cœurs.

Table des matières⁸

Introduction.	p.10
1- Contexte de l'étude.	p.10
2- Les infections sexuellement transmissibles.	p.10
3- La prévention des grossesses non-désirées.	p.11
4- Les violences sexuelles et le bien-être psycho-social.	p.12
5- Objectifs.	p.12
Matériel et méthode.	p.13
1- Présentation de la méthode qualitative.	p.13
2- Recueil des données.	p.13
3- Population de l'étude.	p.13
4- Analyse des données.	p.14
Résultats.	p.15
1- Population de l'étude	p.15
a- Caractéristiques de la population.	p.15
b- Caractéristiques des entretiens.	p.17
2- La « CCP » : un nouvel outil pour la prise en charge de la santé des adolescentes.	p.17
a- La « CCP » : une consultation essentielle.	p.17
b- Les thèmes abordés consensuels.	p.18
c- Les thèmes abordés non-consensuels.	p.19
d- Une consultation centrée sur la patiente.	p.20
e- Une « consultation multiple » qui se prépare.	p.20
3- Limites de la CCP	p.21
a- Limites liées à la consultation elle-même.	p.21
b- Limites liées au médecin.	p.22
c- Limites liées aux patients.	p.23
4- L'adolescence : une population difficile à prendre en charge en médecine.	p.24
a- Limites de l'adolescence : des limites d'âge floues.	p.24
b- La péri adolescence : un sujet à débat.	p.25
5- La consultation de l'adolescent : une consultation à part.	p.25
a- La consultation de l'adolescent est vécue comme extrêmement complexe.	p.25
b- L'importance d'un lien de confiance avec l'adolescent.	p.26
c- L'adolescence : une période d'autonomisation par rapport à la santé.	p.27
d- La présence des parents : une problématique pour tous ?	p.27
e- Une consultation rare donc une consultation spéciale.	p.29
6- Les solutions discutées pour améliorer l'utilité de la « CCP » et la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents.	p.29
a- Améliorer les connaissances des adolescentes.	p.29
b- Améliorer la consultation « CCP » elle-même.	p.30
c- Améliorer la formation des étudiants et des médecins libéraux.	p.31
Discussion.	p.33
1- Validité de l'étude.	p.33
a- Atouts de l'étude.	p.33
b- Limites et biais.	p.33

2- La CCP.	p.33
a- La cotation « CCP » répond à un besoin des médecins généralistes dans la prise en charge de la sexualité des adolescentes.	p.33
b- La « CCP » cote une consultation complexe et chronophage.	p.35
c- La « CCP » : une cotation limitée, peu adaptée à la pratique médicale.	p.36
3- L'adolescent et ses parents.	p.39
a- Les adolescents : une population et une prise en charge spécifique.	p.39
b- Le parent : un tiers incontournable dans la prise en charge des adolescents.	p.42
4- Les solutions d'amélioration dans la prise en charge de la sexualité des adolescentes.	p.43
a- La communication envers les adolescents et leurs parents.	p.43
b- La prise en charge pluridisciplinaire.	p.43
c- Améliorer la « consultation de l'adolescent ».	p.44
d- Améliorer la formation des médecins généralistes.	p.45
Conclusion.	p.46
Bibliographie.	p.50
Annexes.	p.58
<ul style="list-style-type: none"> • Annexe 1 : Guide d'entretien. • Annexe 2 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ. • Annexe 3 : Tableaux extrait des « Standards pour l'Education sexuelle en Europe » de l'OMS. Adolescents de 9 à 12 ans et 12 à 15 ans, adolescents 15 ans et plus. • Annexe 4 : Tableaux extraits de la CPAM : nombre de cotation « CCP » dans les régions de Normandie et de Bretagne de 2018 à 2019. • Annexe 5 : Tableau extrait de l'INSEE : la pyramide des âges 15 à 19 ans au Premier janvier 2020. 	

10 Introduction :

« C'est une zone maritime de 100 à 1 000 kilomètres de large qui fluctue entre les deux tropiques, passage obligé pour tous les navires voulant aller d'un hémisphère terrestre à l'autre. Cette zone est caractérisée par une météorologie particulière : l'air y est très instable et les changements de temps sont fréquents et contrastés. Le calme plat et les grains de vent violent accompagnés de précipitations importantes s'y succèdent. La dynamique du processus d'adolescence est frappée d'instabilité, c'est "le pot au noir", passage obligé où l'évolution physiologique irrémédiable se conjugue avec des fluctuations psycho-affectives chaotiques et imprévisibles. »

D.W.Winnicott

1- Contexte de l'étude.

Depuis le 1^{er} novembre 2017, l'État a mis en place une nouvelle cotation : la « Consultation Contraception et Prévention » ou « CCP ». Il s'agit d'une consultation dédiée aux jeunes femmes de 15 à 18 ans, prise en charge à 100% en tiers payant intégral, cotée à 46 euros, applicable par les médecins généralistes, les gynécologues, les pédiatres et les sages-femmes (depuis février 2019). Elle a pour but affiché d'améliorer l'approche de la contraception, de la sexualité et de la prévention des IST auprès des adolescentes. Afin d'avoir une approche globale du sujet, je me suis intéressé à ce qui avait déjà été fait et aux données concernant la prise en charge de la sexualité au sens large, que ce soit en médecine ou dans la société en général.

L'OMS considère que l'adolescence est la « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans » (1) et définit la santé sexuelle comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles source de plaisir et sans risque, ni coercition, discrimination ni violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis. » Cette définition, réutilisée par le Haut Conseil de la Santé Publique a permis d'établir un constat : malgré une diversité d'offres en matière de santé sexuelle (CeGIDD ; EICCF ; CPEF ; PMI ; RSP ; service de santé en milieu scolaire et universitaire ; CoReVIH ; Le Planning Familial), la lisibilité pour le public ainsi que les résultats en terme de Santé Publique ne sont pas à la hauteur d'un pays développé, ni d'un système de santé comme celui de la France. (2)

Durant les nombreuses années d'études de médecine, nous abordons la santé sexuelle principalement à travers le spectre de la pathologie organique : les IST, les IVG ; beaucoup moins à travers la prévention de ces pathologies (dépistages et population à risque des IST, méthodes de contraception) et quasiment jamais en terme de bien être psycho-social (violences sexuelles, troubles de la libido, troubles psychiatriques associés). De même, la santé est rarement abordée d'un point de vue positiviste. A titre d'exemple, voici quelques sujets de santé publique pour lesquels la formation des professionnels de santé, l'investissement des pouvoirs publics et l'éducation à la santé semblent être peu efficaces.

2- Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) :

Le Human Papillomavirus (HPV) représente la première IST au monde (3), il existe plus de 100 souches identifiées de papillomavirus et parmi celles-ci 4 ont un rapport de causalité important avec différents cancers (vulve, vagin, col de l'utérus, anus, gland et oropharynx).

Le GARDASIL est un vaccin quadrivalent dont l'efficacité concernant les lésions bénignes et pré-cancéreuses liées aux HVP, l'innocuité et le rapport coût/bénéfice ont été largement démontrés grâce

aux études effectuées dans des pays où la politique vaccinale diffère de la nôtre (3)(4) (obligation vaccinale quel que soit le sexe en Norvège depuis 2009, pas de limitation liée au sexe et gratuité de la vaccination dans les écoles en Australie depuis 2007).

Malgré ces résultats encourageants, le taux de couverture vaccinal contre l'HPV reste très faible en France, de l'ordre de 25% en 2008 avec une évolution quasi négligeable : 30% en 2016 d'après une étude de l'InVS (5). Plusieurs études qualitatives (6)(7)(8) mais également quantitatives (5)(9) ou mixtes (8) pointent de nombreux problèmes sur cette vaccination en France.

Tout d'abord une crise de confiance ancienne (dès 1974 au Royaume-Uni concernant la vaccination ROR) envers les vaccinations et qui tend à se développer avec l'émergence des réseaux sociaux. On peut également retenir la crainte liée à la vaccination HBV, qui a débuté en 1998, (en 2013 une plainte à Bordeaux concluant à « un lien d'imputabilité entre le vaccin et la pathologie ») (4). Ces crises sanitaires et scientifiques ont ébranlé durablement la confiance des patients dans la vaccination, relayées par les mouvements antivaccins.

Ensuite le rapport à la sexualité. En effet les premières recommandations de la vaccination contre l'HPV en France faisaient clairement apparaître un lien entre vaccin et sexualité (limitation de la vaccination dans l'année suivant le premier rapport sexuel chez les patientes de 15 à 18 ans). Or la sexualité est un sujet tabou pour les familles (6), les adolescents (6) (10) mais également les médecins (3)(7)(8)(10). Depuis, un élargissement des recommandations, une modification du calendrier vaccinal ainsi que la publication de données de plus en plus nombreuses, permettent de stabiliser, voire d'améliorer l'adhésion à la vaccination contre le HPV (5) sans retrouver la confiance des années 2000 (75% de « favorable » en 2016 contre plus de 90% en 2000).

Pour ce qui est du reste des IST en France, on remarque une nette augmentation des cas d'infections à chlamydia, à gonocoque, syphilis, hépatite B et C depuis le début des années 2000. Cela concerne principalement les tranches d'âges 20-25 ans et 25-30 ans (11)(12) et montre qu'il existe une carence d'informations sur les IST.

3- La prévention des grossesses non désirées :

La contraception, autorisée par la loi Neuwirth le 19 décembre 1967, n'a cessé d'évoluer en France. Initialement limitée aux Dispositifs Intra Utérins (DIU) et aux Pilules Oestro Progestatives (POP), elle est complétée par l'apparition des autres méthodes hormonales dans les années 90 (DIU hormonaux, Implants, anneaux) et l'élargissement des critères pour bénéficier de la contraception définitive en 2001 (13).

Aujourd'hui elle est utilisée par 83% des Françaises en âge de procréer (14) Depuis la « crise de la pilule » de 2013 à 2017, il existe une modification des demandes des patientes concernant la contraception : être mieux informée et pouvoir choisir librement semble indispensable pour une meilleure adhésion (14).

Cependant malgré un accès à la contraception qui semble facilité, une éducation à la sexualité initiée dans les collèges et les lycées depuis 2001, le nombre de grossesses non désirées et d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable en France depuis environ 30 ans : 210000 en 1991, 218000 en 2015, 224300 en France en 2018 dont 209500 en métropole (15).

La pratique de l'IVG en France a évolué depuis sa légalisation en 1974 (16). Il existe certes une modification des « profils » de femmes y ayant accès : diminution du taux d'IVG chez les mineures ces dernières années (17), mais augmentation chez les 25-30 ans (24 à 25 pour 1000) et les 30-35 ans (20 à 21 pour 1000).

Les différents gouvernements ainsi que les élus locaux ont depuis longtemps tenté de réduire le nombre d'IVG. Depuis 2001, trois séances d'information et d'éducation à la sexualité sont obligatoires dans les écoles, collèges et lycées (18). En 2001, puis 2011, l'autorisation parentale pour les mineures a été supprimée, d'abord dans les Centres de Planification familiale puis en médecine ambulatoire (19). En 2009 une expérience a été menée dans le Limousin ainsi que dans d'autres régions : le Pass Contraception qui garantit l'anonymat et la gratuité des consultations, dont le but est la mise en place et le suivi d'une contraception chez les mineures (18). Depuis 2015 les consultations des mineures peuvent être anonymisées et prises en charge à 100% (18). Les médecins généralistes, premier prescripteur, ont ainsi été placés au centre de la prise en charge de la contraception.

Malgré ces outils, de nombreuses études (10)(14)(18)(19)(20)(21)(22) montrent qu'il existe une méconnaissance des adolescentes sur les possibilités et les compétences des médecins généralistes concernant la contraception. Les amis, le lycée, internet et les parents sont les premiers référents, mais ces mêmes études font apparaître le besoin d'un référent considéré comme « sérieux » et hors de la sphère familiale, une place que les médecins généralistes n'ont, semble-t-il, pas encore prise.

4- Les violences sexuelles et le bien être psychosocial :

Il est extrêmement difficile d'obtenir un chiffre précis des violences sexuelles envers les femmes. Une très faible proportion de ces violences sont déclarées aux autorités, cependant l'Enquête « Cadre de vie et sécurité » 2012-2019 de INSEE-ONDRP-SSMSI permet d'estimer qu'en moyenne, 213 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint et 94 000 le sont en dehors du couple chaque année. Ces chiffres sont, bien sûr, des estimations basses de la problématique des violences sexuelles subies par les femmes. On remarque depuis plusieurs années une augmentation des plaintes pour violences, en particulier pour les violences sexuelles. Grâce à la libération de la parole des femmes et à travers des mouvements de protestations comme #MeToo, cette problématique encore méconnue va, semble-t-il, être prise en compte et étudiée de manière plus sérieuse dans les prochaines années.

De même les conséquences psychosociales et leurs coûts sont extrêmement difficiles à évaluer. On peut cependant imaginer les effets en termes de pathologie psychiatrique (État de Stress Post-Traumatique, troubles anxieux, troubles dépressifs) et donc l'effet sur la qualité de vie des femmes ayant subi ce genre d'agression.

Tous ces questionnements m'ont marqué au cours de mes études, lors de mon début d'activité libérale et même dans ma vie de tous les jours.

Il s'agit en effet de problèmes de santé publique récurrents (23).

Afin d'améliorer l'approche et la prise en charge de la santé sexuelle, il semble logique d'améliorer les connaissances des adolescents concernant ce sujet dès le plus jeune âge.

Et pour les médecins libéraux, les instances dirigeantes ont donc décidé de mettre en place la « CCP ». Cette consultation combine l'approche d'une population particulière (les adolescents) et de sujets difficiles à aborder (la contraception, les IST, la sexualité).

5- Objectifs :

Cette thèse a pour objectif de mieux comprendre l'utilisation et l'utilité d'une cotation spécifique dans la prise en charge de la santé sexuelle des adolescentes.

Elle a pour objectif secondaire de mieux comprendre ce dont les médecins généralistes ont besoin pour aborder la sexualité chez les adolescents.

1- Présentation de la méthode qualitative :

La recherche qualitative « amène des résultats produits ni par des procédures statistiques ni par d'autres moyens de quantification. » Celle-ci permet de comprendre le ressenti, l'expérience et le vécu des sujets, via l'analyse du contenu verbal et non verbal de plusieurs verbatim (retranscription complète d'un entretien comprenant également les éléments de communication non verbale). Cette méthode permet de faire émerger des idées originales et ancrées dans "le milieu naturel" afin d'explorer un sujet inconnu, de mieux appréhender la compréhension d'un sujet complexe et éventuellement de trouver des pistes à approfondir par une recherche quantitative (méthode inductive).

La méthode qualitative nécessite la création d'un guide d'entretien, composé de questions ouvertes. Il permet au modérateur ou à l'interviewer d'orienter l'entretien et de recadrer si nécessaire la conversation.

Le guide d'entretien a été établi conjointement avec la directrice de thèse après un premier entretien libre, enregistré et retranscrit, sur le sujet de la « CCP » auprès d'une médecin de PMI. Ce premier guide a été utilisé dans un entretien avec une médecin du Planning Familial afin d'en vérifier la pertinence.

Celui-ci est présenté en annexe et n'a pas été modifié entre sa création et la fin du recueil des données.

Le but d'une étude qualitative est d'atteindre ce que les sociologues appellent "la saturation des données", c'est-à-dire le fait qu'aucune idée nouvelle n'émerge à partir d'un certain nombre d'entretiens.

2- Recueil des données :

Le recueil des données a été réalisé lors de trois « Focus Groups ».

Les focus groups sont un groupe de discussion comprenant les médecins interrogés, une modératrice (directrice de thèse) dont le rôle est de poser progressivement les différentes questions du guide d'entretien, d'instaurer un climat de confiance permettant de libérer la parole, de relancer ou recadrer le débat si besoin et un observateur (thésard) qui n'intervient pas mais prend des notes concernant la dynamique de la conversation, les informations non verbales, les problématiques nouvelles soulevées afin de modifier si nécessaire le guide d'entretien.

Ces groupes de paroles débutent systématiquement par la présentation des participants (âge, sexe, date de thèse, durée d'installation ou de remplacement, type d'activité). Les participants sont informés du déroulement de l'entretien, de sa retranscription complète et de son anonymisation. L'enregistrement s'est effectué grâce à 2 dictaphones puis il a été retranscrit intégralement pour l'obtention d'un verbatim.

Une question « brise-glace » permettait aux différents participants de définir l'adolescent, la fréquence et les motifs de consultations ainsi que les spécificités médicales liées à cette population.

3- Population de l'étude :

Les médecins généralistes ont été recrutés de manière théorique. D'une part, les caractéristiques jugées intéressantes (âge, sexe, activité spécifiques et lieux de pratiques) sélectionnaient a priori les médecins recrutés. D'autre part, afin de faciliter le recrutement et de pouvoir organiser des réunions de plusieurs médecins provenant de zones géographiques différentes, la sélection a été faite dans

l'entourage direct et indirect de l'investigateur et de la directrice de thèse via des connaissances personnelles, des collègues de travail, des groupes d'échanges de pratiques déjà formés. Cet échantillonnage raisonné est différent des échantillonnages statistiques des méthodes quantitatives. Tout d'abord il vise à obtenir une diversité maximale en termes de caractéristiques individuelles des médecins recrutés afin d'obtenir un maximum d'idées différentes (donc d'avoir une saturation des données fiable). La population ainsi sélectionnée n'est donc pas représentative mais la plus diversifiée possible.

Les caractéristiques sociologiques ainsi recherchées étaient :

- l'âge,
- le sexe
- le nombre d'années d'exercice
- le milieu d'exercice (rural, semi rural, urbain)
- le type d'exercice : remplaçants ou installés d'une part, gynécologie et pédiatrie d'autre part et éventuellement activité annexe (PMI, Le Planning Familial).

Pour des raisons encore une fois d'organisation les médecins recrutés l'ont été en Haute-Normandie (département Seine Maritime, Eure) ainsi qu'en région Bretagne (Ille et Vilaine, Morbihan).

4- Analyse des données

Tout d'abord une première analyse a été effectuée par l'enquêteur et sa directrice de thèse. Il s'agit d'une lecture complète des verbatim et d'une mise en commun des idées recueillies afin d'éliminer les présupposés des chercheurs et d'évaluer la compréhension mutuelle vis-à-vis des passages de Verbatim ambigus ou complexes.

Ensuite nous avons effectué un codage ouvert, c'est-à-dire un étiquetage complet et indépendant de chaque verbatim.

Enfin un codage sélectif pour mettre en avant au mieux les théories émergentes.

La saturation des données a été atteinte lors de l'analyse du verbatim du 3^{ème} focus group, un entretien individuel semi-dirigé a permis de confirmer cette saturation des données puisqu'aucune nouvelle thématique n'est apparue.

1- Population de l'étude.

a- Caractéristiques de la population :

Vingt-deux médecins ont été sélectionnés dans cette étude : 17 femmes et 5 hommes.

La moyenne d'âge était de 38.7 ans (28 à 61 ans) et la durée d'exercice moyenne était de 8.2 années (1 à 31 ans).

Les caractéristiques des différents groupes sont présentées dans les tableaux ci-dessous.

● Focus group n°1 :

	Age (années)	Sexe	Durée d'exercices (années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice / Activité annexe.
M1	51	Féminin	19	MSP*, urbain	MSU
M2	61	Masculin	27	CPP**, semi-rural	MSU
M3	61	Masculin	31	CPP, semi-rural	MSU
M4	32	Féminin	3	CPP, semi-rural	MSU
M5	60	Féminin	20	MSP, urbain	MSU
M6	56	Masculin	21	CPP, rural	MSU
M7	29	Masculin	1		Remplaçant
M8	29	Féminin	1		Remplaçant

- *Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **Cabinet Pluri Professionnel.

● Focus group n°2 :

	Age (années)	Sexe	Durée d'exercices (années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice / Activité annexe.
M1	29	Féminin	1.5	Rural	Remplaçant / DU* médecine polyvalente

M2	30	Masculin	2	Urbain	Remplaçant puis installation.
M3	29	Féminin	1.5	Rural	Remplaçant / DU* médecine polyvalente
M4	29	Féminin	1.5	Semi Urbain et rural	Remplaçant
M5	28	Féminin	1.5	Rural	Remplaçant
M6	43	Féminin	2.5	CPP, rural	Formation pédiatrique en cours.

- *Diplôme Universitaire.

- Focus group n°3

	Âge (année)	Sexe	Durée d'exercices (années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice / Activité annexe.
M1	34	Féminin	5	MSP, urbain	DU de Gynécologie
M2	34	Féminin	6	MSP, rural	DU de Gynécologie / Planning Familial / Echographie obstétricale.
M3	34	Féminin	3	MSP, urbain	DU de Gynécologie
M4	34	Féminin	5	MSP, semi rural	DU de Gynécologie
M5	32	Féminin	2	MSP, semi rural	DU de Gynécologie
M6	34	Féminin	3	MSP, urbain	DU de Gynécologie
M7	37	Féminin	10	MSP, urbain	

- Entretien semi dirigé :

	Âge (année)	Sexe	Durée d'exercices (années)	Lieu d'exercice	Type d'exercice / Activité annexe.
M1	46	Féminin	13	CPP, rural	

b- Caractéristiques des entretiens :

L'enregistrement des focus groups a été effectué sur une période s'étalant du 10 Janvier au 17 Juin 2020, la saturation des données a été atteinte lors du 3^{ème} focus group et validée par un entretien semi dirigé supplémentaire le 17 Décembre 2020.

Les focus groups se sont déroulés au domicile de la directrice de thèse pour le 1^{er} et 3^{ème}, et dans les locaux de la MSP de Vern-sur-Sèche pour le 2nd. L'entretien semi-dirigé a été effectué au cabinet médical du médecin généraliste.

La durée d'enregistrement des focus groups était respectivement de 58 minutes ; 52 minutes ; 1 heure 13 minutes. L'entretien semi-dirigé a duré 25 minutes.

2- La « CCP » : un nouvel outil pour la prise en charge de la santé des adolescentes.

a- La « CCP » : une consultation essentielle :

M1 (groupe 1) : « Moi je trouve que c'est super important [...]. C'est essentiel moi je l'ai utilisée, je l'utilise régulièrement. »

M1 (entretien) : « Systématiquement si c'est une demande de contraception oui ! »

Elle permet une reconnaissance du travail et des compétences des médecins généralistes.

M3 (groupe 1) : « [...] à ce moment-là qu'on a notre rôle à jouer le plus important [...] »

Elle permet également une reconnaissance financière du temps nécessaire à cette consultation.

M2 (groupe 3) : « Moi je suis content qu'elle existe parce que ça revalorise un peu le temps qu'on y passe mais heu... je n'y passe pas plus de temps, pas moins d'ailleurs [...] »

M1 (entretien) : « Sachant qu'on a des secrétaires qui souvent filtrent pas mal, [...] elles savent qu'il faut prévoir normalement un temps plus long. »

Elle légitime l'abord d'un sujet difficile, voire tabou, la santé sexuelle.

M6 (groupe 2) : « [...] en fait ça me donne une légitimité pour, heu, vraiment enfin toujours toute cette question avec... le rapport aux parents, heu, à l'adolescent [...] »

L'existence de cette cotation permet également une sensibilisation aux problématiques liées à la sexualité dans cette population particulière.

M2 (groupe 1) : « ça permet de, quand même, de nous faire réfléchir qu'il y a peut-être une attention particulière. Cette chose là nous a permis de, de temps en temps, de... même si on les cote pas, de commencer à se dire : « bah, bah, bah faut peut-être commencer à intégrer la sexualité, la contraception, la génitalité [...] »

Sa gratuité permet de supprimer les limites, financières, d'accès à la prise en charge de la santé sexuelle chez les adolescentes.

M6 (groupe 2) : « Moi je fais toujours le tiers-payant [...]. Je leur explique, c'est une consultation qui coûte 46 euros à la sécurité sociale, on est payé directement [...] »

b- Les thèmes abordés consensuels :

La physiologie des organes génitaux, des cycles menstruels et de la grossesse.

M1 (groupe 1) : « Et on aborde tout : la physiologie la... la heu, la reproduction et puis heu, la contraception, et les IST. »

Le fonctionnement des différents moyens de contraception, leurs effets indésirables ainsi que les contre-indications à ceux-ci.

M3 (groupe 1) : « [...] je pense qu'on fait tous à peu près pareil [...] les différents moyens de contraception, la façon de s'en servir. »

M2 (groupe 3) : « [...] moi pareil dès la première consultation je donne tous les différents types, les machins, les avantages, les inconvénients, histoire qu'ils soient informés au maximum »

M1 (groupe 3) : « Les contre-indications. Les effets indésirables »

La prévention des IST.

M1 (groupe 1) : « Bah la prévention les IST etc [...] le côté plus scientifique si tu veux. »

M5 (groupe 3) : « Et je préfère bien initier que la contraception c'est une chose, que les IST c'est autre chose et qu'on peut attraper... une syphilis avec la pilule. »

La relation intime, sentimentale.

M2 (groupe 2) : « moi j'aborde toujours le truc, le truc qui est facile tu peux, enfin je trouve facile en tout cas c'est : l'école. Comment ça se passe à l'école ? T'as des copains ? T'as des copines ? T'as un amoureux ? T'as une amoureuxse ? »

M2 (groupe 2) : « La seule question que je pose c'est : « est ce que ça se passe bien ? ».

c- Les thèmes abordés non-consensuels

La difficulté de définir le rôle exact du médecin généraliste a été mise en avant.

M6 (groupe 1) : « est ce que c'est notre rôle entre guillemets de « référent » ou de « pseudo-parent » de dire comment il faut faire, c'est quoi la sexualité »

M3 (groupe 1) : « Donc est ce que ce n'est pas à nous d'amener le sujet et de... de, de, de [longue réflexion] de provoquer un peu ce genre de consultation ? »

M5 (groupe 3) : « bah « Sexualité » [...] c'est hyper vaste ! où on commence ? Où on s'arrête ? »

La relation sexuelle et tout ce qu'elle contient est un sujet qui a été beaucoup débattu, dans l'ensemble des groupes interrogés, de nombreux médecins ne sont pas d'accord pour aborder de tels sujets.

- **Le plaisir sexuel**

M6 (groupe 2) : « que j'essaye de ramener le concept, enfin sans trop insister mais de plaisir, alors le consentement oui heu, en priorité et puis heu, de plaisir : aux filles j'essaye de parler de clitoris bon heu, voilà que ça existe, parce qu'elles ne savent pas toujours ! »

M5 (groupe 2) : « Le désir et [...] de choses un peu plus affectives finalement que d'être très clinique. »

- **L'intimité du corps**, y compris sur le plan clinique et médical.

M2 (groupe 2) : « Regarder les organes génitaux [...], ça reste très très très compliqué »

- **Le consentement**, notion qu'il semble indispensable à connaître et pourtant pas toujours abordée.

M6 (groupe 2) : « bah voilà de heu, de heu... de consentement et puis heu d'écoute, d'attention et de plaisir aussi mais heu, en plus de tout le reste ! »

M2 (groupe 3) : « Je m'aperçois que ça je n'en parle pas ! »

M1 (entretien) : « Et une fois qu'on a fait toute la partie technique heu... j'aborde les autres sujets qui sont : le consentement, le respect dans un couple [...] et la base de la sexualité. »

Les problématiques plus larges et sociétales sont également sujet à débat.

- **Les violences sexuelles.**

M5 (groupe 3) : « je vais parler du B.A-BA : que ce n'est pas censé faire mal, que ce n'est pas censé saigner »

M1 (entretien) : « la violence psychique et physique dans un couple qui ne doit jamais être acceptée et voilà. »

- **La pornographie.**

M2 (groupe 1) : « Est-ce qu'il y a des copains ? Est-ce que t'as déjà vu des films pornos ? »

- **La notion de « normes »** (âge, plaisir, type de relations...) dans les relations sexuelles.

M3 (groupe 1) : « J'aborde systématiquement, le fait que l'acte sexuel c'est quelque chose de beau, »

M4 (groupe 3) : « Parler de savoir comment se passe un rapport normal à une gamine de 13 ans ou à 18 ans ça me semble heu... On n'a pas besoin forcément d'adapter le discours »

L'abord de la sexualité lors des consultations pour un autre motif (dysménorrhée, acné).

M7 (groupe 3) : « Là c'est pour la dysménorrhée donc on part sur la pilule. La contraception ce n'est pas le sujet du jour [...] je n'ai pas trop insisté pour ne pas la mettre mal à l'aise avec les IST, le SIDA, la syphilis. »

d- Une consultation centrée sur la patiente.

Les médecins ont noté qu'il était important de comprendre les demandes de la patiente.

M6 (groupe 1) : « Est-ce qu'on a répondu à sa demande ? »

M1 (entretien) : « [...] bah d'abord je l'écoute, j'essaie de voir et de comprendre où elle en est dans sa vie sexuelle. »

Faire attention également à ses connaissances,

M3 (groupe 3) : « Mais toi qu'est-ce que tu sais par rapport aux moyens de contraception ? »

Ainsi qu'à la bonne compréhension des informations données.

M3 (groupe 1) : « Moi ce qu'il y a d'important je pense que c'est d'essayer de voir ce qu'a compris le jeune. »

e- Une « consultation multiple » qui se prépare :

Introduite par le biomédical le plus souvent.

- Parfois **jeune avec les parents** surtout via la vaccination dès 11 ans et la vaccination contre l'HPV.

M4 (groupe 2) : « pour le GARDASIL qu'on fait aux jeunes filles qui ont parfois 11 ans, [...] essayer aussi d'aborder le sujet pour que les parents en parlent aussi avec les jeunes filles pour le jour où ça arrive d'essayer d'être ouvert à ça. »

- Ou **lors des consultations ayant un motif autre que la contraception** à proprement parler (dysménorrhée et certificats de sports notamment).

M1 (groupe 3) : « Oui moi aussi j'en parle toujours, même si c'est pour les douleurs de règles j'en parle. »

M1 (entretien) : « Des fois l'acné c'est aussi une façon d'aborder le sujet de l'adolescence, de la contraception etc. »

Elle doit être organisée.

M3 (groupe 2) : « on avait heu la formule avec heu Doctolib heu, qui permet en fait de bloquer un créneau heu, beaucoup plus long. »

M2 (groupe 2) : « tu programmes le rendez-vous et hop ! Tu les rechopes comme ça. »

La complexité de cette consultation et la quantité de données nécessitent souvent un support.

- **Physique.**

M1 (groupe 1) : « qu'ils reposent des questions, ils partent avec un peu de documentation. »

M1 (entretien) : « [...] à chaque fois j'écris et surtout en cas d'oubli aussi, pareil hein : rapport, pas de rapport dans les jours qui précèdent que faire ; etc. Et du coup elles partent avec un écrit »

- **Informatique.**

M1 (groupe 2) : « puisqu'à défaut d'être compétent au pire je pense que oui, si on leur donne au moins de quoi s'informer [...]. Au moins ils ont des sources fiables »

M5 (groupe 2) : « Je pense que ça fait aussi partie de notre rôle de, de diffuser ce qui existe déjà au niveau information. »

De même cette complexité rend nécessaire l'introduction de la consultation en amont et le suivi en aval.

M1 (entretien) : « Ça permet en tout cas d'en parler heu... dès l'âge ouais : 11-12 ans, de le verbaliser devant le parent. »

M1 (entretien) : « les revoir 3 mois après pour en rediscuter, ça permet bah d'en reparler. »

3- Limites de la CCP

a- Limites liées à la consultation elle-même.

Les limites liées au genre du patient.

M2 (groupe 2) : « On a pas mal dit qu'on avait du mal à choper ça chez les mecs mais il n'y en a pas d'équivalent CCP qui existe »

M2 (groupe 3) : « Pourquoi que les filles ? Les garçons on s'en fout heu, de ce qu'ils veulent ? »

Les limites d'âge pour cette cotation sont unanimement décriées.

M3 (groupe 1) : « Donc oui on voit bien quand même que la CCP 15 ans-18 ans c'est quand même très limitée [...] »

M4 (groupe 2) : « les âges qui ne correspondent pas toujours, donc déjà ça, ça en sélectionne »

M7 (groupe 3) : « Donc avant 15 ans : soit je n'ai pas de rapport, soit j'ai des rapports non protégés... »

Une consultation unique, inappropriée.

M6 (groupe 1) : « Dans la vie une seule ? Une seule dans la vie pouvoir parler de tout ! Mon Dieu ! [rire de M1 et M5] Voilà donc je, je... ça me dépasse ! »

M5 (groupe 2) : « Après il faut... améliorer l'accès à la première déjà »

M2 (groupe 1) : « On est sur du long terme heu, donner 15 informations à la même personne le même jour [...] c'est illusoire. Les jours où tu l'oublies, combien de jours après, quand tu le vomis, quand... c'est, c'est impossible ! »

Le problème de la législation de la sexualité a également été abordé.

M4 (groupe 3) : « Est-ce qu'il n'y a pas aussi un problème de législation derrière ? Parce que la majorité sexuelle, sauf si ça a changé, était à 15 ans et 3 mois »

b- Limites liées au médecin :

Méconnaissance des médecins sur la cotation.

M6 (groupe 1) : « C'est un temps dédié à l'ado tout seul ? [...] J'ai du mal, j'oublie et puis effectivement je ne sais pas trop bien comment ça fonctionne c'est une consultation par an ? »

- Méconnaissance de l'anonymisation.

M6 (groupe 3) : « là où je ne suis pas à l'aise c'est plus pour le côté anonymat »

Manque de connaissance et gêne concernant la consultation autour de la sexualité.

M1 (groupe 2) : « J'ai du mal à l'aborder en voyant les garçons pour la première fois pour un certificat de sport et de lui demander, enfin de lui parler de sa sexualité à ce moment-là »

M3 (groupe 2) : « j'ai du mal à poser les questions où je ne suis pas en capacité de répondre »

M5 (groupe 2) : « j'ai du mal à le faire de manière systématique d'aborder la sexualité. »

Problématiques liées à la communication avec le patient.

M2 (groupe 1) : « il faut avouer qu'on n'a pas forcément tous les outils non plus heu, on est des techniciens, on est des prescripteurs heu, il nous manque certainement des billes. »

Le sexe et l'âge du médecin.

M7 (groupe 1) : « quand on est de sexe masculin c'est peut-être plus délicat d'aborder ces questions-là avec de jeunes patientes »

M3 (groupe 2) : « Peut être par rapport à la différence d'âge finalement qu'on a moins avec eux où... je ne sais pas. »

L'orientation du médecin concernant sa pratique médicale.

M6 (groupe 1) : « [...] puis on parlait de l'appétence, c'est vrai que c'est un sujet qui n'est pas forcément toujours, c'est vrai qu'on a des appétences plus pour certains sujets que pour d'autres »

c- Limites liées aux patients.

La méconnaissance de cette consultation par les patientes.

M8 (groupe 1) : « il y a aussi un défaut je pense d'information »

M2 (groupe 3) : « Ils ne le savent pas forcément les gens, les ados. »

Peur de la rupture du secret médical.

M4 (groupe 2) : « il y a tous ceux qui ne viennent pas nous demander ! Qui ont peur chez eux et qui, on, ne nous voient pas. Donc heu, il faudrait trouver aussi une solution pour bien leur expliquer qu'il y a le secret médical »

M6 (groupe 3) : « Insistez bien sur le secret médical etc [...], je peux la voir seule etc. »

Méconnaissance de l'anonymisation.

M3 (groupe 2) : « qu'il n'y a pas beaucoup de jeunes filles qui se disent « ça peut être anonymisé » »

La masse d'informations rend la consultation complexe à comprendre pour certaines patientes.

M3 (groupe 1) : « On peut débiter nos 50 items qu'on a pour une consultation CCP heu.... Si on a une jeune en face qui qui « bite que dal ». »

Le statut du médecin.

M3 (groupe 1) : « Je pense que pour les jeunes c'est impressionnant [...]. Ils ont du mal à... à aborder le sujet ou à venir nous voir [...]. On représente la médecine... la chose importante. »

M3 (groupe 3) : « je me mets à la place d'une jeune fille qui a 13 ans, qui va aller voir un médecin qui l'a connue depuis son jeune âge, qui a 60 ans et puis bah qui représente ! Je pense que oui ça ne va pas être sa première personne référente pour aller parler contraception ! »

Un sujet tabou et souvent méconnu.

M1 (groupe 1) : « Je ne sais pas si ça bloque par méconnaissance ou si ça bloque parce que ce n'est pas facile »

M2 (groupe 3) : « Ça va dépendre de ce qu'elles viennent chercher à ce moment-là aussi et d'où elles en sont, des connaissances. »

4- L'adolescence : une population difficile à prendre en charge en médecine.

a- L'adolescence : des limites d'âge floues.

Il existe une définition plutôt médicale, surtout en ce qui concerne le début :

M2 (groupe 2) : « Bah oui t'as la définition médicale [...]. Donc c'est l'apparition des signes pubertaires. »

M1 (Entretien) : Alors je dirai que l'adolescence, pour moi, c'est situé entre des âges moyens de on va dire heu... 12 ans et 16-17 ans quoi.

Mais cette définition est mise à mal par d'autres notions, plus sociétales ou de l'ordre du ressenti qui diffèrent selon les médecins :

- **L'autonomie** de l'adolescent ainsi que **la maturité intellectuelle** de celui-ci :

M2 (groupe 1) : « Ils sont de plus en plus tôt adolescents, vers 9-10 ans [...] ils acquièrent de l'autonomie [...] Ils sont [...] dans des revendications et des autonomisations de plus en plus précoces. »

M6 (groupe 3) : « [...] à 11 ans ils vont faire les mêmes conneries que des enfants à 15 ans [...] d'autres on les voit ils ont 15 ans et on leur donne 8 ans d'âge mental donc je n'ai pas forcément d'âge »

- **Les thèmes abordés** lors des consultations, nombreux et nouveaux pour le patient :

M3 (groupe 1) : « Oui pour moi c'est pas du tout pareil de voir une enfant de 9 ans et un jeune de 19 ans, même s'ils peuvent avoir des problèmes spécifiques à l'adolescence [...] »

- **La relation aux parents** :

M1 (groupe 1) : « [...] quelqu'un avait dit un jour, [...] ça finissait au moment où [...] les jeunes n'en voulaient plus à leurs parents en fait. »

b- La péri adolescence : un sujet à débat.

Il semble donc difficile de limiter l'adolescence à un chiffre.

M3 (groupe 1) : « Et avant on peut parler, [...] de pré adolescent et c'est vrai que ça pose des problèmes peut être plus particuliers. »

M3 (groupe 1) : « C'est vrai que je crois qu'à partir de 18-19 ans on peut parler « d'adultes », j'aime bien ce terme-là... »

M6 (groupe 3) : « : Je n'ai pas d'âge non plus pour définir l'adolescence parce qu'il y a des enfants ados [...] »

5- La consultation de l'adolescent : une consultation à part.

a- La consultation de l'adolescent est vécue comme extrêmement complexe :

La difficulté de voir les patients à ces âges-là est unanimement reconnu par les médecins interrogés :

M2 (groupe 3) : « C'est un des trucs qui m'embêtait quand on a mis à 3 ans les certificats médicaux parce que [...] on les voyait que là, cette population. »

M1 (entretien) : « [...] moi je leur recommande habituellement une visite annuelle. »

Les motifs de consultations sont très nombreux du fait des modifications psychologiques, physiologiques et sociales liées à cette période très particulière de la vie :

- **Le biomédical considéré comme « basique »**, c'est-à-dire pour des problématiques médicales fréquentes et aiguës le plus souvent :

M4 (groupe 2) : « les certificats de sports, les épisodes infectieux hivernaux surtout où alors l'acné »

M1 (entretien) : « les certificats de sports, heu et puis parfois en cas de pathologies classiques infectieuses. »

- **Avec une très nette distinction entre garçons** (plutôt traumatologie, certificats de sports et viroses hivernales) **et filles** (gynécologie, contraception, dysménorrhée et troubles psychosomatiques) :

M5 (groupe 2) : « [...] classiquement pour les certificats de sport [...] les garçons : on les voit essentiellement pour ça où quand il y a des traumatismes. Les filles on les voit un petit peu plus pour [...] des soucis de stress où de contraception [...]. »

- **L'aspect psychosocial** est également abordé, **mettant parfois les médecins en difficulté :**

M3 (groupe 1) : « les consultations difficiles que j'ai avec les adolescents c'est très souvent heu, les problèmes psychologiques [...] de dépressions [...] et les anorexies. »

- **De même les thèmes spécifiques liés à l'adolescence**, souvent du domaine de l'intime, peuvent être difficiles à aborder :

M3 (groupe 1) : « : la sexualité, les drogues »

M1 (groupe 3) : « s'il y a un copain ? S'il y a des rapports ? S'il y a du tabac ? »

M1 (entretien) : « Bah plus par rapport à la sexualité ou les demandes de contraception, les choses comme ça. »

- **Les recommandations officielles et les connaissances spécifiques** liées à cette population manquent. L'exemple de l'implant progestatif a été mis en avant dans le groupe 3 :

M5 (groupe 3) : « D'ailleurs je pense que l'implant il n'est pas autorisé avant 18 ans où un truc comme ça. »

M3 (groupe 3) : « Je dois être dans l'illégalité ! »

M2 (groupe 3) : « Non mais il y a un directeur de sécu qui a essayé de ne plus les rembourser, il a posé des problèmes au Planning, il s'est fait éjecter. »

- **L'aspect préventif n'est pas**, d'après les médecins interrogés, **un motif de consultation fréquent chez cette population :**

M2 (groupe 3) : « C'est souvent quand il y a un souci hein, pas quand tout va bien et juste en prévention, qu'ils viennent me demander un dépistage »

b- L'importance d'un lien de confiance avec l'adolescent :

Le lien de confiance a été unanimement reconnu comme une base indispensable à la bonne prise en charge des adolescents.

M5 (groupe 2) : « C'est une population il faut quand même avoir un lien de, de confiance pour qu'EUX [insiste] se sentent à l'aise. »

M1 (entretien) : « Parfois ils viennent seuls mais pas beaucoup, ce sont vraiment ceux qui me connaissent très bien. »

Ce lien nécessite une base solide, qui doit être clairement expliquée aux adolescents, le secret médical :

M2 (groupe 3) : « Je présente le cadre heu du secret médical heu, de la possibilité de venir seule. »

L'importance de l'âge et de l'expérience du médecin pour établir ce lien a été développé dans le groupe 2 et 3, cette notion est totalement absente du groupe 1 :

- **L'âge peut être un frein.**

M2 (groupe 2) : « [...] j'ai la notion de quelques-uns qui m'avaient dit heu : « Ça m'arrange que ce soit un remplaçant. »

- Ou au contraire **un atout** dans la prise en charge des adolescents

M1 (groupe 2) : « Surtout les médecins installés. Il y a une relation qui est établie depuis longtemps [...] ils ont une facilité à parler de certaines choses au final. »

M1 (entretien) : « bah là je me retrouve avec des adolescents que j'ai soignés depuis tout petit, depuis tout nourrisson donc après je n'ai pas le même heu... pas les mêmes interactions avec eux qu'avec des adolescents que je connais depuis peu »

c- L'adolescence : une période d'autonomisation à la santé.

Le patient doit être pris en compte en tant qu'individu, au moins partiellement, indépendant.

M2 (groupe 1) : « On va leur parler de choses qu'ils n'ont pas forcément déjà parlé avec leurs parents. »

Le problème de la distanciation liée au passage de l'enfant à l'adulte a d'ailleurs été soulevé par rapport au tutoiement et vouvoiement :

M2 (groupe 2) : « Enfin déjà il y a le tutoiement où le vouvoiement parfois... »

M1 (entretien) : « [...] je commence à douter si je le vouvoie, si je le tutoie. »

d- La présence des parents : une problématique pour tous ?

Faire sortir les parents à un moment donné de la consultation semble être un passage obligé pour centrer la prise en charge sur le patient.

M1 (groupe 3) : « [...] j'aime bien qu'ils viennent tout seuls, j'aime bien m'adresser directement à eux pour que ce soit leur consultation »

M1 (entretien) : « Mais sinon voilà j'essaie de leur parler à eux [...]. »

Ce n'est cependant pas systématique et dépend bien souvent de l'âge du patient et du motif de consultation :

M3 (groupe 1) : « [...] à 15-16 ans très facilement je vais demander aux parents de sortir [...] »

M4 (groupe 2) : « je profite très rarement de quelque chose d'aigüe pour [...] faire sortir les parents. »

- Il peut exister une **problématique de légitimité** pour faire sortir les parents :

M6 (groupe 2) : « le nez qui coule, c'est moins facile [...] d'avoir la légitimité de faire sortir les parents [...]. »

Le rôle des parents semble ambigu dans la prise en charge de la santé d'un adolescent. Leur présence durant tout ou une partie de la consultation est donc un sujet qui a été longuement abordé.

M1 (entretien) : « ça dépend du parent, ça dépend de l'adolescent. »

- Elle peut être ressentie comme **négative car envahissante** et empêchant le bon déroulement de la consultation :

M5 (groupe 3) : « [...] les mamans me disent toujours : « Ah non mais j'ai aucun souci » heu, enfin « On n'a pas de secret ! » [...] du coup elles ne veulent pas sortir. [...] Je ne peux pas poser toutes les questions que je voudrais [...] : tabac, alcool... »

M6 (groupe 3) : « [...] quand les mamans sont là elles nous disent bah ce que la maman a envie d'entendre mais elles ne nous disent pas forcément tout. »

M1 (entretien) : « Voilà, et puis on sent aussi parfois, le parent heu, s'il est heu, un peu ouvert ou pas ouvert. Voilà ça freine aussi des fois ! »

- Mais **peut-être rassurante** pour les médecins au sens où elle permet de savoir que l'adolescent est soutenu dans sa démarche de soins :

M1 (groupe 3) : « [...] j'aime bien en fait qu'ils viennent quand même avec l'un des parents parce que du coup je sais au moins que le parent il est au courant que l'enfant il est soutenu [...] »

- Elle permet parfois de **libérer la parole** :

M7 (groupe 3) : « [...] des fois quand on a des ados tout seul ou toute seule, on retrouve quelqu'un qui est mutique [...] »

- Et semble **nécessaire lors de l'examen clinique** :

M2 (groupe 2) : « Je m'arrange... toujours pour l'examen clinique pour qu'il y ait un majeur par contre. »

- Où tout simplement n'avoir **aucun impact** sur le déroulement de la consultation :

M4 (groupe 1) : « si on sent que la consultation est [...] assez basique : [...] moi ça ne me dérange pas qu'ils restent. »

M1 (groupe 3) : « même quand il y a les parents [...], je suis un peu cash [...] : « s'il y a un copain ? S'il y a des rapports ? S'il y a du tabac ? »

Le rôle de la mère est prépondérant dans la prise en charge de la santé des adolescents, ceci est bien représenté dans le 3^{ème} focus groupe.

M5 (groupe 3) : « [...] elles viennent toujours avec leurs mamans »

- La **présence du père** peut même parfois bloquer certains médecins :

M1 (groupe 3) : « [...] moi j'en ai une qui vient systématiquement avec son père pour la contraception [...] je ne connais que la jeune fille et ça me fait bizarre. C'est nul mais je trouve ça bizarre »

e- Une consultation rare donc une consultation spéciale.

Elle semble appréciée par certains.

M6 (groupe 1) : « Je trouve que c'est un temps riche. »

Et nécessite une adaptation permanente :

M3 (groupe 3) : « Et sinon bah on essaye de s'adapter de toute façon ! En fonction de l'âge quoi. »

6- Les solutions discutées pour améliorer la « CCP » et la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents.

a- Améliorer les connaissances des adolescentes

M2 (groupe 3) : « Peu importe le moyen, mais je crois qu'il faut que heu... Pour que les ados s'en servent il faut qu'ils sachent que ça existe ! Après quel est le moyen de les en informer heu... »

- **Les médias traditionnels**

M2 (groupe 1) : « Le fait que la CCP existe : les journaux vont en parler, les médias vont en parler heu voilà c'est quelque chose de bien plus large que notre propre petit milieu de médecins, de médecins traitants »

M7 (groupe 3) : « faire campagne de dire : « Bah voilà de 15 à 18 ans il faut aller voir son médecin pour la contraception ! »

- **Internet** qui est, de l'avis de tous les médecins, un support incontournable

M1 (groupe 2) : « qu'il y a ça aussi c'est peut-être qu'ils voudraient avoir des sources fiables puisqu'internet [...] Il y a de tout sur internet. »

- **Affiche au sein du cabinet.**

M1 (groupe 1) : « : Et c'est bien aussi de mettre des messages d'info dans les salles d'attentes heu... parce que des fois heu, ils finissent par heu, les lire »

M4 (groupe 2) : « Mais il faudrait la faire connaître aussi, soit je ne sais pas : en salle d'attente, parce qu'il y a le détail maintenant du heu, on doit mettre en salle d'attente les cotations et les tarifs sécu des consult mais personne ne sait ce que veut dire « CCP : 46 euros ».

- **Les parents.**

M4 (groupe 3) : « Et pourquoi pas profiter justement qu'à 16 ans ils ont leur carte vitale et qu'ils viennent souvent par les parents pour les trucs de médecin traitant à signer parce qu'il leur faut le dossier, et pourquoi pas profiter à ce moment-là de dire : « Bah tiens on va en profiter pour faire la consultation avec votre ado. » ».

- **Courrier de la sécurité sociale.**

M1 (groupe 1) : « Ils reçoivent bien un truc pour les dents donc c'est tout à fait possible d'organiser [...] quelque chose à tous les enfants et les adolescents ! »

M6 (groupe 3) : « Ça existe déjà pour la mammo, pour heu tous les autres actes de prévention, les frottis [...] Et là en moins de 15 jours pour la consultation de post-confinement, donc c'est quelque chose qui serait très rapide à mettre en place s'il y avait besoin. »

- **Les intermédiaires** tels que l'école.

M3 (groupe 2) : « A l'école je pense que heu, il pourrait y avoir des accroches heu, avec des posters, des choses comme ça »

M2 (groupe 3) : « Mais est ce que ces pions et infirmières scolaires sont au courant que cette consultation existe, et ont le réflexe d'envoyer vers le médecin traitant dans ce contexte-là ? Peut-être pas. Heu, donc qui informer ? »

- **La société** dans son ensemble

M2 (groupe 1) : « Ou de l'ensemble de la société ? »

M2 (groupe 1) : « Je pense que la CCP [...] ça ne se prépare pas seulement dans nos consultations à l'avance mais aussi dans une mouvance, dans une société. »

b- Améliorer la consultation « CCP » elle-même.

- La possibilité de **consultations pluridisciplinaires.**

M1 (groupe 1) : « c'est peut-être aussi intéressant d'y réfléchir bah... au sein de maison de santé, ou avec des infirmières ASaLEES, de mettre... de réfléchir à la problématique et mettre des choses en place en fonction des besoins heu... de la population sur un secteur, enfin voilà ça donne plein d'idées. »

- **L'élargissement** de la consultation.

M1 (groupe 2) : « Bah ils auraient tout simplement pu l'étendre aux garçons. »

M2 (groupe 3) : « Moi je pense qu'il faut enlever l'âge de cette consultation. »

- L'amélioration des **logiciels médicaux.**

M1 (groupe 1) : « Est-ce qu'on pourrait être aidé dans nos logiciels médicaux heu, avec des alertes ? »

Rendre la consultation obligatoire.

M1 (groupe 3) : « Ce qui pourrait être bien c'est de maintenir la consultation obligatoire, tous les ans ! »

M1 (groupe 3) : « la consultation obligatoire voilà ça va vite et puis basta on passe à autre chose ! Mais voilà ça peut être l'occasion de parler de sujets qui vont arriver, parce que l'ado c'est un changement, une transition... »

Multiplier le nombre possible de cotations CCP.

M1 (entretien) : « Qu'il y en ait 2 de prises en charge plutôt que 1, parce que bah je vois que celles qui ont fait la 2^{ème} à 3 mois bah elle est quand même aussi conséquente ! »

c- Améliorer la formation des étudiants et des médecins libéraux.

Les limites liées à la formation et l'expérience des médecins libéraux ont été longuement évoquées par les médecins des différents groupes.

Il existe dans ces groupes une grande différence de ressenti par rapport à la formation, les compétences et la communication des médecins envers cette population spécifique.

En ce qui concerne les notions théoriques.

- Certains ressentent la nécessité de **remettre à jour leurs connaissances théoriques**.

M1 (groupe 1) : « je savais pour passer mes exams et tout ça la physiologie mais au fur et à mesure après heu du temps, je ne maîtrisais pas du tout heu, la physio. Et je me suis replongée dedans en faisant le DU de gynéco quoi. »

M6 (groupe 2) : « Alors moi personnellement je suis thésée depuis 2005 donc heu, je n'ai jamais appris les signes pubertaires pendant mon internat et heu, en plus après je n'ai jamais travaillé avec les enfants donc heu, heu... pour moi, alors là je me suis inscrite à une formation heu, « puberté heu chez l'adolescent ».

- Ils ne s'estiment **pas suffisamment formés** pour aborder la sexualité.

M1 (groupe 2) : « Enfin on n'a pas de cours sur heu, le plaisir masculin, le plaisir féminin heu, enfin tous ces trucs-là ! »

M5 (groupe 3) : « je trouve que c'est plutôt au niveau « Sexualité » à la limite où on n'a pas eu vraiment de formation. »

- Ou les **spécificités concernant les adolescents**.

M6 (groupe 3) : « du coup non contraception spécifique de l'ado là-dessus on l'apprend sur le tard, enfin on adapte ce qu'on fait aux adultes quoi ! »

M1 (groupe 3) : « [...] est ce qu'on a été formé pour heu, aborder le sujet avec les ados ? [...] Pendant nos études on n'a pas été beaucoup avec des ados... »

M1 (entretien) : « lors de ma formation [...] on n'a pas eu de formation particulière psychologique ou comment aborder l'adolescent. »

- D'autres estiment que **la théorie générale est suffisante.**

M8 (groupe 1) : « Je pense que la formation correspond oui à, aux attentes des jeunes sur, sur le plan au moins technique et heu universitaire. »

M1 (groupe 2) : « Je ne sais pas en gros on parle un peu avec nos mots avec heu, enfin c'est facile de parler du côté médical et tout ça, c'est, c'est des mots typiques qu'on a appris et tout ça. »

M1 (entretien) : « lors de ma formation j'ai fait 6 mois d'internat en gynéco [...] j'ai eu toute les données pratiques [...] d'un point de vue technique en tout cas. »

L'expérience a été évoquée comme un point des plus importants permettant d'acquérir des compétences surtout en termes de communication.

M2 (groupe 1) : « T'as raison c'est souvent AVEC [insiste sur ce mot] les patients qu'on se forme au fur et à mesure de notre heu, de notre exercice professionnel et qu'on se teste, et plus on en parle plus ça va être facile de heu, voilà d'exprimer les choses. »

M7 (groupe 3) : « Effectivement tout ce qui est communication ça c'est l'expérience qui fait [...] on aura beau avoir 300 heures de cours sur la communication [...] Je crois que ça ne sert pas à grand-chose en fait ! »

M1 (entretien) : « Mais là au fur et à mesure des années, des consultations voilà j'étoffe plus ma consultation. »

La formation médicale continue (FMC) est également un des moyens qu'il faut développer afin d'améliorer la prise en charge de l'adolescent selon certains.

M1 (entretien) : « [...] dans les FMC du soir [...] ce n'est pas sujet qui a été proposé jusque-là en 10 ans en fait... Il n'y a pas vraiment de sujets spécifiques sur l'Adolescence de proposer ! »

1- Validité de l'étude

a- Atouts de l'étude

Les études médicales qui abordent la problématique de la cotation sont relativement rares, bien que les thèmes développés lors des focus groups aient été étudiés de nombreuses fois (adolescentes, sexualité...).

L'approche par un outil financier comme la cotation « CCP » est donc relativement nouvelle.

Afin d'obtenir une validité et une crédibilité de cette étude, les critères COREQ-32 (annexe 2) ont été respectés au maximum.

Enfin les résultats obtenus ont été comparés à la littérature actuelle et semblent cohérents avec celle-ci.

b- Limites et biais.

On peut cependant noter que certains critères COREQ-32 n'ont pas pu être respectés : il existe une relation antérieure entre le chercheur et une grande majorité des participants, l'échantillonnage des participants a été, en partie, un échantillonnage de convenance, les participants n'ont pas tous exprimé de retour sur les résultats. Les thèmes étaient en partie identifiés à l'avance.

Cette étude présente également des limites.

D'un point de vue méthodologique il s'agit d'un premier travail qualitatif, bien qu'ayant eu une formation théorique, il se peut que cela ait entraîné une perte de données notamment lors du dernier entretien semi-dirigé que j'ai mené seul. L'analyse des verbatim a été faite sur la base d'enregistrements audios uniquement, et malgré ma présence en tant qu'observateur, certaines données non verbales ont pu être perdues.

Comme pour de nombreuses études qualitatives on trouve également un biais de recrutement. En effet pour des raisons de facilité d'organisation, les participants ont été principalement recrutés via des groupes de pairs déjà formés, intéressés par la formation médicale, travaillant beaucoup dans le domaine de la gynécologie et de la pédiatrie. Il n'a pas été possible malgré de nombreux essais d'interroger des médecins généralistes exerçant seuls en milieu rural par exemple.

Le biais de recueil des données est également à noter, il existe en effet une possibilité de standardisation des discours lors des focus groups via un phénomène de désirabilité sociale.

2- La CCP :

a- La cotation « CCP » répond à un besoin des médecins généralistes dans la prise en charge de la sexualité des adolescentes.

- Les médecins interrogés dans notre étude, décrivent la « CCP » comme une cotation utile à la reconnaissance des compétences développées par les médecins généralistes (prise en charge de la contraception, médecine préventive, médecine de l'adolescent).

La prévention est l'une des missions du médecin traitant telle que définie par la loi (24). La cotation « CCP » est l'un des outils créés pour améliorer la prise en charge préventive de la santé sexuelle des adolescentes mais également pour reconnaître les compétences du médecin traitant dans ce domaine.

- Elle permet également une reconnaissance financière de la durée d'une telle consultation. La rémunération d'un acte spécifique semble-t-être un sujet difficile à aborder pour les médecins interrogés et aucun autre format de rémunération n'a été spontanément évoqué par les participants. La nomenclature actuelle semble complexe et peu adaptée à la pratique courante, les médecins ne souhaitant pas « perdre de temps » à rechercher les cotations d'actes spécifiques.

Cette problématique de la rémunération des médecins libéraux en France est bien connue mais sujette à débat. La « CCP » s'inscrit dans le contexte actuel de rémunération à l'acte, qui représente la majorité de la rémunération du médecin traitant en France (25). Dans une étude sur le sujet (26), les auteurs montrent la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération des médecins traitants en raison de la mutation de la société et du système de soins français (le salariat, la rémunération forfaitaire et la rémunération globale par pathologie chronique).

- L'éducation à la sexualité et donc l'amélioration de la santé sexuelle est un objectif partagé par tous les médecins interrogés lors de cette étude. En effet la nécessité de sensibiliser les médecins ; comme la population en général, sur les problématiques sanitaires liées à la sexualité a été souvent abordée, et longuement débattue.

On retrouve ces objectifs dans ceux de l'OMS (27) concernant l'éducation à la sexualité. Depuis plusieurs années, cette organisation met en avant la nécessité d'une prise en charge de l'éducation sexuelle multidisciplinaire, adaptée à l'âge et qui nécessite l'intervention de la société dans son ensemble. Ces objectifs se retrouvent confirmés par l'exemple de réussite des Pays-Bas (28) qui pratiquent « l'Éducation à la Sexualité Intégrée » ou ESI : droit à une éducation à la sexualité adéquate permettant aux adolescents de faire des choix éclairés dans leur sexualité et leurs relations. Il en résulte un très fort taux de contraception chez les jeunes de 15 ans ainsi qu'à un des taux de grossesses adolescentes les plus bas du monde. D'après la bibliographie, ces objectifs sont partagés par les adolescents eux-mêmes (29)(30)(31), d'où l'intérêt d'un outil comme la « CCP ».

- La gratuité de la consultation « CCP » (via le Tiers Payant Intégral) est très apprécié des médecins généralistes interrogés. Elle facilite l'accès à la contraception des populations les plus fragiles et permet d'effectuer la cotation à n'importe quel moment, sans que cela n'affecte les finances de la patiente.

Encore une fois ce ressenti est en adéquation direct avec les constats et recommandation de l'OMS (27)(32). En effet parmi les « lignes directrices » et « les concepts clefs » de l'OMS concernant la santé sexuelle des adolescents, les notions d'accessibilité et de gratuité reviennent systématiquement. Cela s'explique par le fait que les adolescents sont « financièrement dépendants » de leurs parents et que, dans le domaine de la sexualité, les adolescents sont peu enclins à demander une aide financière auprès de ceux-ci.

- Parmi les médecins les plus jeunes certains craignent d'entrer en conflit avec les parents dans le domaine de la sexualité des adolescents. Cette cotation, qui rend légitime le fait d'aborder la sexualité des adolescents par le médecin traitant, semble donc être un outil intéressant dans la prise en charge de la santé sexuelle des adolescentes.

Ces craintes exprimées rejoignent celles déjà relevées dans plusieurs études (6)(7) : peur « d'encourager la sexualité », de « poursuite judiciaire » de la part des parents et « du caractère très intime voir intrusif » du sujet.

b- La « CCP » cote une consultation complexe et chronophage.

- Les thèmes à aborder, durant cette consultation, sont très nombreux mais néanmoins consensuels pour le plus grand nombre. Il s'agit d'informer la patiente sur l'anatomie et la physiologie du corps humain, notamment les cycles menstruels, d'expliquer les différents types de contraceptions leurs efficacité et leurs effets indésirables. S'ajoutent à cela les renseignements concernant les IST et leur prévention.

Cette approche rejoint d'ailleurs les recommandations de l'HAS (33) et de l'OMS (32) concernant la prise en charge de la sexualité chez les adolescents. Ces recommandations concernant « l'éducation complète à la sexualité » sont en lien avec les changements importants (physiologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux) que subissent les adolescents ainsi qu'avec le profond malaise entourant la sexualité des adolescents. Développer ces thèmes a pour but de rendre accessible une contraception choisie afin d'obtenir une meilleure adhésion et de diminuer le nombre d'IVG, de prévenir les IST.

- Il existe également des thèmes concernant l'intimité de la patiente (les normes sexuelles, les questions de genres, de plaisir, de consentement et de violences sexuelles) dont l'approche n'est pas consensuelle pour diverses raisons : le caractère intime, le manque de connaissances des médecins, la légitimité à s'appropriier ces sujets ou encore la difficulté exprimée par les médecins interrogés à définir eux même les limites du rôle du médecin traitant en matière d'éducation à la sexualité.

Malgré de nombreux outils à disposition (34)(35)(36), les médecins restent réticents (27) à s'investir davantage dans le domaine de la sexualité et de la santé psychologique, sujets d'autant plus sensibles qu'il s'adresse aux adolescents. Ces thèmes sont pourtant mis en avant par l'OMS (32) l'OMS Europe (27) repris par l'HAS (33) et de nombreuses associations (37) comme le Planning Familial. Il est nécessaire d'après ces recommandations d'avoir une approche « holistique », c'est-à-dire une approche globale qui place la sexualité dans le contexte plus large de la société. Cela comprend l'amélioration du dépistage des violences sexuelles et l'orientation des adolescents ayant subi ces violences. La sociologue Nathalie Bajos (38) ainsi que les mouvements associatifs (39) ont écrit de nombreux articles montrant la difficulté pour la société et pour les médecins d'aborder le sujet alors même que la libération de la parole est l'une des conditions indispensables à la prise en charge des personnes victimes de violences.

- L'organisation de cette consultation résulte d'après les médecins interrogés d'un équilibre entre une adaptation à la présence des parents, au caractère de l'adolescent et au motif initial de consultation d'une part ainsi qu'aux recommandations officielles d'autre part. Cette consultation cotée « CCP » est également décrite comme centrée sur la patiente, c'est-à-dire qu'il semble nécessaire aux médecins de s'interroger sur les demandes spécifiques de la patiente, de s'adapter à ses connaissances et d'évaluer avec la patiente sa compréhension des informations données durant la consultation. Même s'il ne l'exprime pas clairement, les médecins suivent ainsi les recommandations de l'OMS (33) concernant la prise en charge des adolescents avec la mise en place d'une consultation en 3 temps : un temps avec l'accompagnant, un temps seul, puis un temps de synthèse.

Concernant la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents, il est recommandé d'intégrer au maximum les parents (27) dans la prise de décision et d'utiliser les méthodes de communication type « CBS » (40) ou « BERCER » (41)(42) (pour « Bienvenue, Entretien, Renseignements, Choix, Explications, Retour »).

- La complexité de cette consultation oblige les médecins interrogés dans notre étude à faire appel à de nombreux supports, matériel ou informatique, afin d'améliorer la compréhension des patientes concernant la contraception et la prévention des IST. Ceci rejoint également les recommandations de l'OMS (27) qui note que l'éducation sexuelle doit être : participative, continue, multisectorielle, contextuelle. Le Dr Philippe Binder a également écrit de nombreux articles concernant la prise en charge de l'adolescent (43)(44) dans lesquels il montre l'importance de s'appuyer sur les médias utilisés par les adolescents comme internet ou les réseaux sociaux. Il semble également nécessaire de prendre du temps afin de libérer la parole et de permettre au patient de s'investir dans la prise en charge.

- Enfin cette cotation est utilisable pour une seule consultation, or ils estiment qu'il est nécessaire d'effectuer de nombreuses consultations afin d'avoir des résultats efficaces en matière de prévention et de santé sexuelle. L'abord du sujet se prépare en amont dès 11 ans avec la consultation concernant les vaccins (obligatoires et contre le papillomavirus) et les consultations ayant un motif biomédical autre (dysménorrhée). D'autres études (6)(27)(45)(46)(47) montrent bien la nécessité d'informer les patients ainsi que leurs parents sur l'existence de consultations dédiées à la contraception, la vaccination contre le papillomavirus et la prévention des IST (48). Ces informations doivent être multi vectorielles via l'école, des campagnes nationales et les acteurs associatifs locaux. De plus ces informations doivent être répétées à plusieurs reprises et par plusieurs acteurs afin d'avoir une certaine efficacité.

c- La « CCP » : une cotation limitée, peu adaptée à la pratique médicale.

- L'utilité de la « CCP » est cependant mise à mal par les limitations d'accès à cette cotation qui semblent totalement aberrantes aux yeux des médecins interrogés. En effet la contraception et la prévention des IST entrent dans le cadre de la sexualité, elles concernent donc les femmes et les hommes. L'incompréhension des médecins généralistes face à la limitation de sexe est donc totale. Les participants décrivent donc un besoin de faire évoluer les mentalités, que ce soit celles des médecins ou plus généralement celles de la société.

Cette problématique semble d'autant moins bien comprise par les participants de l'étude qu'il y a eu des modifications assez récentes : le remboursement de certains préservatifs (EDEN, SORTEZCOUVERT) depuis fin 2018 (49) et la vaccination HPV ouverte à tous les hommes depuis décembre 2019 (50) et remboursée depuis le 1^{er} Janvier 2021 (51) dans les mêmes indications que pour les femmes. Cette évolution permet de reconnaître que les hommes ont un rôle à jouer dans la prévention des IST et la contraception. La séparation entre les hommes et les femmes concernant notamment leurs rôles respectifs dans la procréation et la sexualité n'est pas nouvelle, elle n'est cependant pas universelle. Dans d'autres pays, tels que la Norvège (4) ou l'Australie (3) cette vaccination est commune aux deux sexes (depuis 2013 pour la Norvège et 2007 pour l'Australie) avec des résultats importants et rapides (52) : diminution des pathologies bénignes liés aux HPV (jusqu'à 95% de diminution de la prévalence dans les populations vaccinées dès 4 ans après le début de la campagne vaccinale australienne. La société française évolue également et les mouvements féministes de libération sexuelle et d'égalité femmes/hommes des années 60-70 trouvent un écho de nos jours à travers les nombreux mouvements associatifs (37), le mouvement #MeToo (53)(54)(55) et les actions politiques (56)(57)(58) avec la création d'un ministère délégué à l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances.

- Concernant la limitation d'âge, les participants de l'étude décrivent de nombreuses situations où elle est un réel frein à l'utilisation de la « CCP », soit parce que les patientes sont trop jeunes, soit trop âgées. Cette limite ne leur semble donc pas en adéquation avec les objectifs de prévention de la « CCP ».

Le « développement psychosexuel de l'enfant » fait partie, selon l'OMS (27) et d'après de nombreuses organisations spécialisées dans le domaine de l'éducation sexuelle (59)(60), du développement normal de tout individu dès le plus jeune âge. Les tableaux (annexe 3) extraits des « Standards pour l'Education sexuelle en Europe » de l'OMS pour les 9 à 12 ans et les 12 à 15 ans, montrent les différentes étapes dans l'éducation à la sexualité en fonction l'âge.

Ces tableaux nous permettent de mettre en parallèle l'écart entre les possibilités d'éducation à la sexualité offertes par la « CCP » et les besoins réels des enfants et adolescents concernant ce sujet.

Les limites de la « CCP » liées à l'âge et l'incohérence que cela entraîne avec la prise en charge de la contraception sur le terrain rejoignent d'ailleurs les statistiques de l'INSEE (61) : la majorité des prescriptions de première contraception est souvent antérieure à 15 ans.

- Le caractère unique de cette consultation est également ressenti comme un frein à la bonne prise en charge de la santé sexuelle des adolescentes, nous avons déjà décrit la complexité de ce type de consultation. La masse d'informations nécessaires semble, pour les participants, impossible à intégrer au cours d'une seule consultation, que ce soit pour les médecins ou les patientes. En cela les médecins sont spontanément en accord avec les recommandations, déjà anciennes, de l'OMS (27), de l'HAS (33) ou de l'ANAES (62) sur la nécessité de diminuer la quantité d'informations délivrée par consultation tout en augmentant le nombre de consultations nécessaires à une meilleure compréhension des informations.

- Les médecins, surtout parmi les plus âgés, semblent également manquer de connaissances et d'habitudes concernant la cotation « CCP » et les cotations spécifiques en général. Seules les cotations « GS » (consultations généralistes), « VG » (visites généralistes) et certaines cotations d'actes techniques (pose de DIU, frottis, sutures) sont utilisées couramment or les cotations d'actes complexes tendent à se développer en France (« VL » pour les visites longues, « COE » pour les visites obligatoires en pédiatrie, « MSH » pour les consultations post-hospitalisations etc.). Ils peuvent être gênés de demander aux patients de payer plus cher une consultation (ce qui n'est pas le cas de la « CCP » du fait du tiers-payant intégral). On retrouve seulement quelques études, qualitative (63) et quantitative (64) concernant les connaissances des médecins généralistes sur la « Classification Commune des Actes Médicaux » et la nomenclature médicale. Ces études montrent bien qu'il existe une méconnaissance généralisée des cotations possibles en médecine générale, Cela est expliqué, en partie, par la lourdeur administrative de certaines cotations spécifiques (nécessité d'intégrer des grilles protocolaires dans les dossiers médicaux, d'effectuer des tests cliniques ou paracliniques spécifiques, de tracer certains paramètres dans les dossiers médicaux...). De plus les informations concernant les cotations spécifiques semblent assez mal diffusées parmi les médecins généralistes, Ces cotations sont « trop complexes », « trop nombreuses », « inadaptées » ou pas prises en compte dans les logiciels de cotation des médecins généralistes. Enfin l'âge et le lieu d'activité sont des facteurs influençant l'utilisation des cotations (plus de cotations chez les jeunes médecins en milieu rural).

- Les médecins de cette étude décrivent leur réticence quand il faut aborder la sexualité auprès des adolescents. Ils mettent en avant plusieurs causes expliquant ce tabou : le contexte culturel, la crainte de la sexualisation, le manque de formation concernant ce sujet, les risques de conflits avec les parents et les problématiques de communication avec les adolescents.

Cette réticence se retrouve dans de nombreuses autres études (6)(7)(16) concernant l'abord de la sexualité par les médecins généralistes auprès des adolescents mais également auprès de toutes les classes d'âge. Cependant ces arguments d'accélération de la sexualisation, du manque de légitimité sont mis à mal par les faits. En effet, malgré un accès plus facile aux informations concernant la sexualité, la pornographie et la contraception, les chiffres de santé publique, concernant la sexualité, bougent peu : l'âge du premier rapport sexuel en France reste stable depuis plusieurs années avec une moyenne d'âge de 17,6 ans pour les femmes et 17,2 ans pour les hommes (65), le nombre d'IVG

est également stable depuis plus de 30 ans aux alentours de 220.000 (16)(17). De plus en ce qui concerne la légitimité, de nombreuses études montrent que parents et adolescents (29)(30)(31)(66) considèrent le médecin généraliste comme légitime pour aborder la sexualité.

- Enfin l'âge et le genre du médecin ont également été cités comme des freins supplémentaires pour aborder un adolescent. Les médecins âgés étant peu abordés par les adolescents sur ces sujets en raison de leur âge, les hommes en raison de la différence de sexe avec les patientes. Il existe de nombreuses études qualitatives (29)(31)(43)(44)(46)(48)(67) faites auprès des adolescents concernant cette problématique mais peu d'étude quantitative ou de recommandation officielle permettant d'affirmer ou d'infirmer que ce ressenti est partagé par tous les adolescents. Il existe donc une distorsion entre le ressenti du médecin et celui de l'adolescent. Cette gêne est cependant fréquemment pointée dans les études (6)(7)(31)(40)(43) effectuées auprès des médecins généralistes surtout dans l'abord des sujets « difficiles » comme la sexualité ou les pathologies psychiatriques.

- Les participants de l'étude ont décrit une absence de connaissances des jeunes patientes sur plusieurs points : d'une part la méconnaissance de cette cotation, ils décrivent un manque important d'information de la population adolescente et un étonnement des patientes quand ils leurs proposent d'effectuer ce genre de consultation. D'autre part la méconnaissance du secret médical et des possibilités d'anonymiser les consultations concernant la contraception des mineures. Enfin il existe une méconnaissance des compétences du médecin généraliste dans le domaine de la santé sexuelle. Toute ces problématiques limitent le recours au médecin généraliste par les adolescentes concernant les questions en rapport avec la sexualité. Ce ressenti a été décrit dans de nombreuses thèses qualitatives auprès des adolescents (22)(68)(69) et de leurs parents (66). Il a également été mis en évidence dans des travaux quantitatifs (14)(17)(21)(70). Ces études montrent bien les lacunes en termes d'éducation à la sexualité en France, les adolescentes décrivant une méconnaissance totale des possibilités médicales, associatives ou informatives concernant la sexualité au sens large. Il existe donc bien un manque d'information envers la population adolescente.

- Les médecins interrogés parlent de la complexité de cette consultation comme un frein à la « CCP » pour eux même mais également pour la patiente. Cette complexité limite la bonne compréhension des messages clefs et entraîne un mésusage des moyens de contraception d'après les médecins. Il n'existe pas d'étude quantitative décrivant précisément ce phénomène de mésusage ou d'incompréhension de la part des patientes. En revanche les chiffres de plusieurs études (15)(16)(17), concernant notamment le mésusage de la contraception chez les femmes, vont dans ce sens. En effet le taux de patientes mineures ayant subi une IVG avec le préservatif comme seul moyen de contraception est de l'ordre de 30% en France mais également en Grande Bretagne, en Allemagne ou encore aux Etats-Unis. On remarque également que dans une étude quantitative concernant les femmes (46) il existe un écart important entre l'âge du premier rapport sexuel et l'utilisation de moyens de contraception efficaces (POP, DIU associés ou non à un préservatif) de l'ordre de 6,5 années.

- Le statut du médecin a été évoqué, par des participants de l'étude, pour expliquer le manque de demande des patientes afin de bénéficier de la « CCP ». Selon eux, ce statut social est « imposant » et entraîne une crainte des patientes. Elles ne souhaitent pas « déranger » le médecin généraliste avec un sujet considéré comme « tabou », « intime » voire « futile ». Cet argument explicatif se retrouve dans les études effectuées auprès des adolescentes (29)(30)(31)(71) et de femmes plus âgées (46)(72)(73) concernant leur propre demande d'une contraception auprès des médecins généralistes. Cependant ces même études (29)(30)(31)(73) mettent en évidence une demande, de la part des adolescentes, de ce type de consultation auprès de leurs médecins généralistes. En effet le rôle central du médecin généraliste est reconnu. De plus les adolescentes sont d'accord pour que celui-ci initie la consultation concernant leur entrée dans la sexualité. On peut également noter que les parents semblent avoir un rôle à jouer dans la confiance qu'ils éprouvent envers le médecin généraliste. Dans ce cas les adolescentes sont plus confiantes et demandent plus fréquemment à leur

médecin généraliste un accès à un moyen de contraception. La libération de la parole des adolescentes n'est donc pas uniquement liée à ce statut du médecin généraliste mais également aux liens entre les adolescents et leurs parents.

- Les médecins interrogés par cette étude semblent conscients du rôle important du médecin généraliste dans la prise en charge de la contraception des adolescentes et dans la prévention des IST. Ils décrivent l'ensemble des médecins généralistes comme étant les principaux prescripteurs de contraceptifs en France et ont conscience de leur responsabilité concernant les problématiques de santé publique liées à la sexualité (IVG, augmentation de l'incidence des IST). Ils estiment cependant utiliser « très peu » la cotation « CCP ». Celle-ci n'a pas changé leur pratique médicale, et la méconnaissance des médecins généralistes, des patientes et plus globalement de la société quant à l'existence de cette consultation, en font un outil « peu adapté à la pratique de terrain ». Les chiffres de la CPAM (74) montrent une utilisation relativement faible de la cotation « CCP » comparativement à la population éligible (75) à cette même consultation (tableaux extraits de la CPAM et de l'INSEE en annexe 4 et 5). En effet dans le nombre de cotations « CCP » enregistrées dans les régions de Haute Normandie (1176 en 2018 et 1307 en 2019), Basse Normandie (793 en 2018 et 936 en 2019), Bretagne (1699 en 2018 et 2128 en 2019) et de façon plus large en France (23951 en 2018 et 28081 en 2019) ne touche qu'une très faible proportion (environ 2,6%) des 2 016 553 adolescentes qui avaient entre 15 et 17 ans révolus sur la période 2018-2020. Les derniers chiffres retrouvés enregistrent une augmentation de 22% de l'utilisation de la cotation « CCP » en Normandie entre 2019 et 2020. Cela révèle la nécessité de prendre du temps pour évaluer réellement les conséquences d'une cotation dans la prise en charge de la sexualité chez les adolescentes. Il est à noter que malgré mes recherches concernant les remboursements de la « CCP », les spécialistes ayant accès à cette cotation ne la cotent pour ainsi dire pas (aucun remboursement concernant les pédiatres et très peu de cotations concernant les gynécologues et les sages-femmes dans les régions concernées). Les médecins généralistes sont de loin les premiers prescripteurs de contraception en France (46)(74) et dans d'autres pays (73). Cela s'explique notamment par la démographie des spécialistes concernés (76), environ 88.000 médecins généralistes, 8500 pédiatres et 5300 spécialistes en gynécologie dont 2500 en gynécologie médicale. Malgré ce rôle de premier prescripteur les médecins généralistes sont très peu à utiliser la « CCP ».

3- L'adolescent et ses parents.

Le thème de cette étude a permis, aux médecins généralistes participants, d'ouvrir de nombreux sujets en rapport avec la cotation « CCP », l'adolescence, ces spécificités et les difficultés ressenties pour prendre en charge cette population nécessite que l'on s'y intéresse. En effet on ne peut totalement séparer les difficultés d'utilisation de la « CCP » de la médecine de l'adolescent.

a- Les adolescents : une population et une prise en charge spécifique.

L'adolescence est une période décrite comme complexe par les médecins interrogés. Ils mettent en avant l'ambiguïté de cette période et ce pour plusieurs raisons.

- Tout d'abord la difficulté de définir l'adolescence, en effet la définition physiologique (associée à la puberté d'après eux) se heurte à des notions psychologiques telles que la maturité intellectuelle, ou bien sociétale comme l'autonomisation des adolescents dans la prise en charge de leur propre santé. Limiter l'adolescence à un chiffre semble donc impossible pour ces médecins et cette incertitude est à l'origine de nombreux désaccords et problématiques développés durant les focus groups. Plusieurs études convergent sur cette difficulté de définir l'adolescence (6)(16)(31)(43)(44)(47), et montrent qu'elle entre en contradiction avec la définition de l'OMS (32) qui semble simple : « l'adolescence est

la période de passage de l'enfance à l'âge adulte, située entre 9 et 18 ans ». Cette contradiction met en avant la différence entre une définition « officielle » et la réalité du terrain. En effet chaque individu est différent en raison de son parcours personnel, de son développement physique et psychologique. La définition « simpliste » de l'OMS est d'ailleurs critiquée par l'OMS elle-même : les adolescents doivent être pris en charge de manière « individuelle », « adaptée à l'âge », « adaptée à la maturité psychologique » et « à l'environnement culturel et social ». Ces considérations rendent donc très difficile une définition précise de l'adolescent et une uniformité dans la prise en charge de ceux-ci. L'adaptation à chaque individu est recommandée auprès des professionnels de santé et leur ressenti, par rapport aux capacités de l'individu, est un atout qu'il semble utile d'intégrer dans la prise en charge de chaque adolescent.

- De plus il s'agit d'après les médecins interrogés d'une population difficile à voir en consultation et ce pour de nombreuses raisons : bonne santé, absence de consultation obligatoire, distance que semblent prendre les adolescents avec les adultes durant cette période d'autonomisation. On retrouve ces arguments dans d'autres études effectuées auprès de médecins généralistes (6)(7)(31) mais ils ne semblent pas totalement partagés par les adolescents eux-mêmes (6)(29)(30)(31)(39)(48). En effet les adolescents sont globalement demandeurs d'un « référent », adulte, extérieur au cercle familial et social, qui leur permettrait d'obtenir des informations concernant la sexualité et la contraception. Ils ne sont cependant pas au courant des compétences du médecin généraliste dans ces domaines et craignent de déranger le médecin avec des questions qu'ils décrivent parfois eux-mêmes comme « futiles ». Malgré tout, lorsqu'ils sont mis au courant des possibilités de consultations spécifiques cotées « CCP », ils semblent accepter le médecin généraliste comme étant un référent potentiel concernant ces sujets. Les adolescents sont également critiques quant au format « classique » (31) de la consultation médicale et souhaitent un accès « facilité » et « sûr » à la consultation médicale en développant la téléconsultation, des applications ou des forums via lesquels ce « référent » serait en mesure de les aider.

- Les motifs de consultation des adolescents sont nombreux d'après les participants, du biomédical au psychosocial en passant par des thèmes qui semblent plus spécifiques à l'adolescence tels que la sexualité ou la consommation de drogue. Cette richesse semble être à la fois une motivation et une cause d'anxiété pour les médecins, surtout les plus jeunes. Ils ne se sentent pas forcément aptes à aborder et prendre en charge l'ensemble de ces problématiques. Ce ressenti est à l'origine d'un certain « manque de curiosité » d'après certains participants : ils ne vont pas forcément au-delà du motif initial de consultation et ne cherchent pas forcément à ouvrir ces thèmes. Cette problématique de la prise en charge des adolescents est au cœur de nombreuses études et recommandations (31)(32)(43)(44). Malgré tout, aucune solution simple ne semble exister et les médecins généralistes eux-mêmes (26)(31) sont conscients de leurs limites. Les domaines de compétences (24) des médecins généralistes sont extrêmement nombreux et aucun médecin n'est capable de tous les maîtriser, dès lors un choix s'impose et la prise en charge des adolescents n'est pas toujours mise en avant. Dans plusieurs études qualitatives (29)(31)(67) on note que certains adolescents préfèrent que le médecin ait un rôle actif dans l'ouverture de ces sujets, ils se sentent peu aptes à parler de ces problèmes spontanément. Des études quantitatives permettraient d'évaluer les demandes des adolescents dans ce domaine.

- La notion de prévention qui est le sujet central de cette étude, a été décrite par les médecins interrogés comme étant une très faible part des consultations spontanées des adolescents. Cette problématique est d'ailleurs l'une des raisons avancées par certains médecins pour expliquer l'évolution des problèmes de santé publique dans le domaine de la santé sexuelle (augmentation des IST, stabilisation des IVG...). Cette difficulté de mettre en place une médecine préventive est d'ailleurs mise en avant par les adolescents (29)(31)(67)(68)(69), ils se décrivent comme « peu sensibles » à la

prévention du fait de leur bonne santé, du caractère éloigné des risques et sont peu demandeurs d'aide (décrite comme étant souvent « moralisatrice » ou « paternaliste ») dans ce domaine.

- Il a été mis en avant par les participants de l'étude que cette population était particulièrement attentive lorsqu'il s'agissait d'établir un lien de confiance. Que ce soit en mettant en avant le secret médical ou la proximité avec le médecin (âge, sexe, durée de suivi), tous les participants ont exprimé la nécessité de créer et d'entretenir cette relation. Bien sûr, les médecins remplaçants ont estimé que leur contact rare avec les adolescents était une problématique qui empêchait la bonne prise en charge de cette population, surtout concernant la sexualité. Ce lien de confiance ainsi que le respect absolu du secret médical semblent être pour les adolescents (31)(67)(68) une condition « sine qua non » d'une bonne prise en charge par le médecin généraliste dans tous les domaines de leur santé. Ils décrivent souvent une crainte de « rupture du secret médical » lorsque le médecin généraliste est également le « médecin de famille ». Les conclusions de ces études et les recommandations officielles (32)(33) sont d'ailleurs extrêmement précises sur ce point : il est indispensable d'expliquer aux adolescents (et aux patients de manière plus large) le secret médical, les conditions qui peuvent conduire à sa rupture et les possibilités de recours pour le patient en cas de rupture du secret médical.

- L'autonomisation des adolescents entraîne également des problématiques de distanciation. Si les médecins les plus âgés espèrent éviter un paternalisme considéré comme « ringard » en vouvoyant les adolescents, tous les médecins interrogés ont du mal à définir le moment où il faut arrêter de tutoyer le patient, surtout lorsque celui-ci est suivi depuis longtemps. Chez les médecins récemment installés, le fait de se sentir mal à l'aise envers les adolescents sur cette question a été un sujet d'échange important et certains médecins n'arrêtent tout simplement pas de tutoyer leurs jeunes patients. Cette problématique ne semble pas se retrouver chez les remplaçants qui vouvoient systématiquement leurs patients. Cette distanciation est l'une des causes expliquant la difficulté que les médecins ressentent dans la prise en charge de la sexualité de l'adolescent. Ce problème est partagé par d'autres médecins dans les études concernant la prise en charge des adolescents (31)(43)(44), les adolescents quant à eux (31)(48)(67)(68) ne semblent pas se formaliser de la distanciation verbale durant une consultation, ils souhaitent être respectés mais ne décrivent pas le tutoiement comme une marque d'irrespect, ils semblent être conscients de la difficulté éprouvée par le médecin traitant dans ce domaine et plusieurs conclusions montrent que les adolescents sont capables de dire au médecin s'ils sont gênés par le tutoiement.

- Enfin le manque de connaissances techniques concernant la médecine de l'adolescent a été pointé du doigt par de nombreux médecins interrogés, la nécessité d'adapter les connaissances concernant la population générale à une population particulière sans forcément avoir de recommandation disponible est, d'après certains, un frein à la prise en charge des adolescents. Ils décrivent des difficultés concernant l'AMM de certains traitements et prennent pour exemple l'implant progestatif qui n'a pas d'AMM avant 18 ans. Je n'ai pas retrouvé d'évaluation, de recommandation ou de réponse concernant cette problématique spécifique, on peut cependant noter que l'implant progestatif est l'un des moyens contraceptifs très utilisés (de l'ordre de 16.5%) en post-IVG (77)(78) et même recommandé (79) par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), y compris chez les jeunes femmes mineures. Il existe une différence entre la pratique médicale et les recommandations officielles, ou les AMM, qui semble particulièrement présente dans la prise en charge des adolescents. Il n'existe pas de médecin de l'adolescent, et chaque spécialiste, qui a à prendre en charge cette population, peut se retrouver en difficulté.

- L'ensemble de ces spécificités liées à l'adolescence rend donc toute prise en charge médicale de cette population difficile d'après les médecins interrogés. Cependant et malgré la diversité des profils de médecins il s'agit d'une population de patients globalement appréciée et dont la prise en charge nécessite un effort de réflexion et de communication et donc décrite comme très stimulante.

b- Le parent : un tiers incontournable dans la prise en charge des adolescents.

- La présence des parents et leur rôle dans la prise en charge des adolescents est un sujet fréquemment abordé. Selon les participants, faire sortir les parents est une évidence, mais la question du moment, semble beaucoup plus complexe. En effet cela dépend bien souvent de l'âge du patient, du ressenti du médecin concernant le « non-dit » devant les parents ainsi que de la réaction attendue des parents concernant le sujet délicat de la sexualité de leur enfant. Parmi les médecins les plus jeunes il existe une gêne à faire sortir les parents, l'origine de cette gêne n'a pas été clairement exprimée par les participants mais semble être en lien avec l'expérience du médecin. Le rôle des parents durant une consultation auprès d'un adolescent semble extrêmement variable : d'une part des médecins décrivent une présence envahissante qui empêche l'abord direct de l'adolescent, d'autre part le lien de confiance des parents envers le médecin est important et améliore la prise en charge de l'adolescent. Le rôle des mères semble être central dans la prise en charge de l'adolescent et quasiment exclusif quand il s'agit de la sexualité ou de la contraception. Cette vision « genrée » des rôles au sein d'une famille a d'ailleurs été décrite par plusieurs médecins qui s'étonnent voire sont gênées lors de la présence du père aux consultations concernant la contraception, la sexualité et l'intimité des adolescentes.

Cette présence d'un tiers (environ 2/3 des adolescents sont accompagnés d'un parent durant leurs consultations), bien que souhaitable en début de consultation (40) est décrite dans la bibliographie (41)(44) comme étant parfois un frein au bon déroulement des consultations ayant pour sujet la sexualité au sens large. De plus, faire sortir les parents semble être le rôle du médecin. En effet la littérature actuelle (31)(80) recommande de ne pas demander à l'adolescent de choisir, car cela l'expose à un conflit de loyauté envers son parent. Cette dualité entre présence trop envahissante et absence est d'ailleurs l'une des raisons avancées dans de nombreuses études (27)(31)(33)(37)(41)(47) expliquant la grande difficulté qu'ont les médecins généralistes à prendre en charge la contraception chez les adolescentes. Ces études montrent bien que les parents eux-mêmes se sentent gênés durant ce type de consultation mais ne souhaitent pas pour autant être mis à l'écart. Leurs demandes sont tout à fait compréhensibles et les recommandations concernant la prise en charge de la sexualité chez les adolescents mettent en avant la nécessité de parler à l'adolescent de l'importance du rôle parental.

- Il semble évident, pour les participants, que la discussion entre parents et adolescents est un facteur majeur de la bonne prise en charge des adolescents, de la bonne observance de la prise de la pilule et de l'utilisation des préservatifs. De plus le rôle des parents, dans l'éducation à la sexualité et dans le soutien apporté aux les adolescentes, a été longuement débattu. Les médecins interrogés ne sont pas tous d'accord quant au rôle du médecin envers les adolescents et ils le sont encore moins quant à leur rôle envers les parents. Ils ne souhaitent pas, pour la plupart, intervenir dans l'éducation intra familiale. Encore une fois les études (27)(31)(33)(41)(47) montrent qu'inclure les parents dans la prise en charge de la contraception des adolescentes est un facteur favorisant une bonne observance de celle-ci. D'autres études (77)(78)(79) mettent en évidence les risques majorés d'IVG dans les milieux socio-éducatifs dans lesquels les parents sont peu présents sur le sujet de la santé sexuelle de leurs enfants. Il est donc nécessaire de les inclure autant que possible dans la prise en charge des adolescents sans pour autant aller à l'encontre des envies du patient (secret médical, anonymisation etcétera). Ces recommandations se basent donc sur la capacité du médecin traitant à s'adapter à l'environnement socio-éducatif de l'adolescent et à évaluer le relationnel adolescent-parent.

4- Les solutions d'amélioration dans la prise en charge de la sexualité des adolescentes.

a- La communication envers les adolescents et leurs parents.

- Les participants de l'étude ont mis en avant la nécessité d'améliorer les informations disponibles pour les adolescents. Ils estiment qu'une meilleure connaissance du rôle du médecin généraliste et des associations locales, dans ce domaine, est nécessaire afin que les adolescents ne se sentent plus « seuls » face à leurs questions concernant la sexualité. Pour ce faire, de nombreuses pistes ont été débattues : améliorer l'information via des campagnes nationales ou régionales dans les médias traditionnels (télévisions, radiophonies, presse écrite) mais surtout via internet. En effet les médecins semblent conscients du rôle majeur d'internet dans la vie des adolescents et estiment que c'est le média le plus efficace dans ce genre de campagne. Cette nécessité d'informer les adolescents sur les moyens déjà existant est déjà décrite dans de nombreuses études (31)(32)(44)(48), et les adolescents sont en demande de ce type d'information (31)(67)(68)(69). Les adolescents se sentent souvent démunis lorsqu'il s'agit de s'informer, ils utilisent internet mais connaissent pour la plupart les limites de ce média lorsqu'il n'y a pas d'encadrement. De plus les campagnes nationales ont une efficacité certaine dans l'amélioration des pratiques médicales, de l'information donnée aux patients... A titre d'exemple la campagne « Les antibiotiques c'est pas automatique » a permis de diminuer la prescription et la consommation d'antibiotiques de 26.5% entre 2000 et 2007 (81).

- Il a également été question d'améliorer la communication des médecins eux-mêmes concernant l'existence de la consultation « CCP » via : un système d'affiches dans les salles d'attente, la mise en place d'une discussion systématique avec les parents durant la consultation vaccinale des 11 ans et également avec les adolescents lors des consultations concernant les certificats médicaux de non contre-indication au sport ou la première mise à jour de la carte vitale individuelle par exemple. Je n'ai pas retrouvé dans la littérature d'étude suffisamment importante pour évaluer l'efficacité de ce genre de campagne « individuelle ». On peut supposer que l'efficacité ne se fera qu'à l'échelle de la patientèle du médecin (ou d'un cabinet de plusieurs médecins).

- Les médecins généralistes interrogés ont également mis en avant le rôle de la Sécurité Sociale qui pourrait être plus important dans ce domaine avec notamment l'envoi automatique de courrier aux adolescents avant 15 ans afin de les informer de la possibilité d'effectuer des consultations individuelles, ayant pour sujet la sexualité et la contraception et prise en charge à 100%. Ce genre de courrier systématique est déjà mis en place pour la consultation chez le dentiste à l'âge de 3 ans (82), les différents dépistages (frottis cervico-utérin, mammographie, dépistage du cancer colo-rectal) et sa mise en application semble facile. En effet le 3^{ème} focus groupe s'est déroulé en Juin 2020, en pleine crise sanitaire, durant cette crise, de nombreux courriers ont été envoyés aux patients dit « fragiles » très rapidement après le premier confinement (les patients ayant des pathologies chroniques ont bénéficié dès fin Mai d'une consultation et d'une cotation spécifiques (83) : la « PCV » ou « consultation complexe post confinement, valable à partir du 27 Mai). Cet exemple montre bien les possibilités de sélectionner une population particulière selon un ou plusieurs critères (l'âge et le sexe en ce qui concerne la « CCP » actuelle) et d'effectuer un envoi de courriers et/ou de mails systématique à la population ciblée.

b- La prise en charge pluridisciplinaire.

- De nombreux participants ont également décrit le besoin d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les intermédiaires en contact avec la population adolescente dans le domaine de l'éducation sexuelle. Il existe d'après eux un maillage important (associations de quartier, infirmiers scolaires, enseignants, surveillants, CPE) déjà en place qui est en contact quotidien avec cette population, cependant il n'existe pas ou peu de liens entre ces différents intervenants. Certains participants sont engagés dans le milieu associatif (Le Planning Familial) ou scolaire (associations de parents d'élèves) et participent d'eux même à créer un lien entre les médecins et les autres intervenants, ils avouent cependant que sans ces activités « extra professionnelles », ils ne sauraient pas vers quels intervenants se tourner et ne peuvent qu'imaginer la complexité que cela représente pour un adolescent.

- Les possibilités de prise en charge « pluridisciplinaire » ont également été mises en avant en ce qui concerne la santé sexuelle de l'adolescent. L'exemple du Planning Familial qui associe une prise en charge médicale, psychologique et sociale a été cité. La nécessité d'une collaboration plus étroite entre médecins et autres professionnels pour la prise en charge de la santé des adolescents se retrouve dans une seule étude (84) belge datant de 2000. Cette étude a été menée dans un « Centre de Santé de l'Adolescent » et ne concerne pas spécifiquement la santé sexuelle. Je n'ai pas retrouvé d'autres études concernant la collaboration entre professionnels de santé et intervenants non médicaux dans le domaine de la sexualité des adolescents.

c- Améliorer la « consultation de l'adolescent ».

- Pour les participants de l'étude, les principales limites de la « CCP » étaient la limite d'âge et de sexe. La suppression de ces limites a été unanimement décrite comme une « condition nécessaire » à l'amélioration de l'accès des patients à une consultation autour de la prévention et de la santé sexuelle. Comme nous l'avons développé plus haut, les recommandations de l'OMS (27)(32) concernant les patients pouvant bénéficier d'une consultation dédiée cotée « CCP » sont larges : pas de limitation de sexe, utilité de développer l'approche de la santé sexuelle en fonction du contexte socio-culturel dès l'âge de 9 ans. Il est donc nécessaire de ré évaluer les limites actuelles de la « CCP » afin d'en faire bénéficier tous les patients.

- Certains médecins interrogés ont également mis en avant la nécessité de voir plus régulièrement les adolescents, ils ont proposé de rendre obligatoire certaines consultations entre l'âge de 11 ans (dernière vaccination obligatoire des patients mineurs) et 18 ans. Ils sont cependant en désaccord sur l'âge auquel rendre obligatoire les consultations, certains veulent un retour du Certificat de Non Contre- Indication à la pratique sportive annuelle (sachant que cela exclut les adolescents non sportifs), d'autres préfèrent se baser sur les consultations obligatoires du nourrisson (8 jours, 9 mois, 24 mois), pour d'autres une consultation annuelle de prévention a été mise en avant. Ils sont réservés quant à l'efficacité de telles mesures : certaines consultations déjà obligatoires, telles que la visite des 2 ans, ne sont pas toujours respectées. De plus la coercition envers une population potentiellement en « conflit avec l'autorité » ne semble pas être le meilleur moyen d'établir une relation de confiance nécessaire à la bonne prise en charge des adolescents. Enfin cela rendrait obligatoire pour tous les médecins généralistes d'acquérir des compétences en médecine de l'adolescence et en santé sexuelle ce qui semble difficile aux yeux des participants. Les adolescents interrogés dans plusieurs études (29)(30)(31)(44)(67)(68)(69) sont totalement contre l'obligation de telle consultation, ils s'estiment suffisamment « rationnels » pour décider s'ils désirent parler de leur sexualité avec leurs médecins. Ils s'estiment également suffisamment « autonomes » ou « matures » pour dire aux médecins, qui abordent le sujet, s'ils souhaitent leurs répondre ou pas. La simple « ouverture » à la discussion, concernant les sujets complexes, est estimée par la plupart des adolescents de ces études comme « suffisante ». De plus l'ingérence dans la vie intime d'un adolescent et les mesures coercitives pour

atteindre cette population ne sont pas recommandées (27)(31)(39)(84) et n'ont pas de conséquence bénéfique sur leur prise en charge de manière globale, et de leur santé sexuelle en particulier. Les seules mesures coercitives décrites comme « bénéfiques » dans le domaine de la santé sexuelle sont les mesures qui rendent obligatoires la vaccination contre le papillomavirus dès le plus jeunes âge (3)(4), ces mesures effectuées en Norvège et en Australie sont cependant accompagnées d'une prise en charge globale de la sexualité avec : des consultations ouvertes au plus grand nombre, une culture de la santé préventive et sexuelle bien plus développée et un soutien beaucoup plus important de la part de la société (politique de santé publique, association, société civile) envers cette problématique.

- Etant donnée la complexité de la consultation concernant la sexualité et la contraception, ainsi que des consultations suivantes, la cotation « CCP » devrait pouvoir être utilisée plusieurs fois avec un même patient selon certains participants. D'autres estiment, au contraire, qu'il est nécessaire d'arriver à faire une consultation ayant pour thème la contraception et la prévention des IST à tous les adolescents avant d'ouvrir la possibilité d'une 2^{ème} consultation. La nécessité de multiplier l'intervention est en rapport avec les recommandations officielles (27)(32)(33) puisqu'il s'agit d'une prise en charge au « long cours », effectué lors de « plusieurs consultations » et nécessitant une « répétition des informations ». Dès lors il peut sembler nécessaire de répéter ces consultations longues type « CCP » et de permettre aux médecins de coter plusieurs fois cette consultation si besoin.

- Enfin les médecins interrogés se posent la question concernant l'amélioration des aides techniques via les logiciels médicaux ou les sites internet afin de systématiser l'abord de la sexualité auprès des adolescents. Je n'ai pas retrouvé d'élément bibliographique concernant la possibilité d'automatiser des rappels en fonction de l'âge via les logiciels médicaux. La seule réponse que je peux apporter vient de mon expérience personnelle concernant plusieurs logiciels utilisés durant mes remplacements et il semble que tous intègrent la possibilité de mettre en place des « alarmes » selon plusieurs paramètres (âge, sexe, pathologie ALD etcétera). Cependant ces « alarmes » nécessitent un investissement des médecins afin de modifier les paramètres du logiciel.

d- Améliorer la formation des médecins généralistes.

- La formation des médecins généralistes a été un sujet de conversation très important dans l'ensemble des groupes de paroles, il semble que les médecins les plus jeunes (2^{ème} groupe) se sentent relativement bien formés en ce qui concerne les connaissances théoriques, les médecins les plus anciens (1^{er} groupe) sont quant à eux plus en difficulté lorsqu'il s'agit d'acquérir des nouvelles compétences théoriques (nécessité de FMC, de DU). Plusieurs études qualitatives font apparaître cette différenciation des sentiments selon l'âge des praticiens (6)(9)(10)(20)(21)(31).

- Cependant tous les médecins sont d'accord sur un point important : la nécessité d'acquérir les compétences dans le domaine de la communication envers les adolescents et spécifiquement dans le domaine de la sexualité des adolescents. Ils mettent en avant une réelle lacune dans ce domaine mais aucun n'a de réponse concrète concernant cette lacune. En effet, la plupart des médecins nouvellement formés de l'étude sont d'accord pour dire que les formations « théoriques » dans le domaine de la communication sont peu utiles (non applicable, peu intéressante, peu interactive, sans rapport avec la pratique réelle de la médecine générale). Néanmoins une étude effectuée auprès des internes en médecine générale (84) montre que 90% des étudiants internes en médecine générale ne connaissent pas la méthode « BERCER » (ou assimilée) qui est une méthode de communication. On peut imaginer une amélioration des compétences de communication des étudiants en médecine via : des échanges avec des « patient-enseignants » (86) comme à Paris 13, « l'apprentissage réciproque » (87) avec les patients et enfin dans le cadre des « ECOS » (Examens Cliniques Objectifs et Structurés)

dont la place dans l'enseignement médical n'est plus à démontrer (88). Ces évaluations très utilisées au Canada se développent en France. Cependant dans le cadre de la sexualité, aucune étude n'a permis d'évaluer son efficacité.

- Pour finir, les participants de l'étude ont mis en avant la nécessité d'améliorer l'accès aux formations médicales continues. Cette demande est à mettre en lien avec la nécessité pour les médecins généralistes de « se mettre à jour en permanence » dans de nombreux domaines de la médecine. Les médecins interrogés participent pour la plupart aux FMC. Il n'en va pas forcément de même avec l'ensemble des professionnels de santé. Une étude de 2012 du DRESS effectuée auprès des médecins généralistes (89) montre en effet une très forte disparité parmi les médecins en ce qui concerne la FMC : 10% déclarent faire moins d'une demi-journée de FMC par ans alors que de l'autre côté 10% déclarent faire plus de trente demi-journées par ans avec une moyenne de 13 demis journées. Ainsi malgré l'obligation de participer à des FMC et des Evaluations de Pratiques Professionnelle depuis 2009 (loi modifiée en 2016) (90) il semble difficile, pour les médecins généralistes, d'accéder à des FMC de manière régulière.

Conclusion :

Cette thèse avait pour sujet la « CCP » une cotation médicale bien définie. Au travers de cette cotation, les généralistes interrogés ont cependant pu exprimer leurs problèmes concernant des thématiques bien plus vastes :

- la prise en charge difficile de la sexualité en médecine générale du fait de son caractère tabou, que ce soit avec les adolescents ou dans la population générale.
- les difficultés générales rencontrées dans la prise en charge des adolescents, quelles qu'elles soient, liées aux motifs de consultations, à de leur âge, à leur maturité intellectuelle mais également en fonction de leur environnement socio-culturel.
- les problématiques de rémunérations des médecins généralistes, la complexité du système de cotation à l'acte, les limites de celui-ci et les difficultés de s'approprier une nouvelle cotation telle que la « CCP ».
- la difficulté de définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des adolescents et des patients en général dans le cadre d'une médecine toujours plus complexe et technique.
- le manque de compétence concernant la communication envers les patients, et les conséquences que cela peut avoir dans la bonne prise en charge des patients.
- la nécessité d'adapter la pratique de la médecine et de la moderniser, dans une société qui change de manière extrêmement rapide notamment grâce à internet.

Ces thématiques ont été abordées de nombreuses fois durant les entretiens sans qu'il y ait eu nécessité d'ouvrir ces sujets. Cela montre qu'il existe un réel besoin des médecins généralistes d'évaluer leurs pratiques afin d'améliorer tout au long de leur carrière, la prise en charge des patients en incluant l'évolution sociétale dans cette prise en charge.

La conscience d'appartenir à une société et donc de ne pouvoir évoluer à son encontre, a été très présente, y compris chez les médecins les plus âgés. Cela montre à quel point la médecine générale, et la médecine dans son ensemble, bien qu'étant basée sur un raisonnement scientifique, dans les domaines de la biologie, de la biochimie et de la physique, est fondamentalement ancrée dans une société et dépendante de phénomènes sociologiques difficiles à appréhender.

Cette « science sociale », qu'est la pratique de la médecine générale, est donc en perpétuelle évolution, mais comme toute pratique elle évolue à son propre rythme qui n'est pas forcément celui de la société.

La compréhension de ce phénomène de « découplage » entre la pratique de la médecine et l'évolution de la société est très importante car elle permet de prendre un recul nécessaire pour comprendre, et donc de mieux prendre en charge, les patients.

En partant donc de cette simple cotation, qui est, malgré les imperfections, une avancée dans la pratique de la médecine générale, j'en arrive à penser aux sciences sociales qui auraient toute leur place dans l'évolution de la médecine y compris dans la création des actes de la nomenclature.

Elles permettraient de comprendre et d'enseigner aux futurs médecins, les phénomènes sociaux complexes qui régissent notre société, de les intégrer dans leur raisonnement médical et donc de répondre aux demandes des patients, non pas uniquement de manière technique, mais également de manière pratique.

La phrase qui me revient toujours lorsque je suis en face d'un patient est celle d'un professeur durant un de mes premiers cours de PCEM1 : « on ne soigne pas une maladie, on soigne un être humain », cette phrase, bien que connue, devrait rester au centre des pratiques médicales, quelle que soit notre spécialité, et cela nécessite d'intégrer le « fait social » dans notre réflexion médicale.

Concernant la rémunération des médecins, le paiement à l'acte est le principal moyen de rémunération des médecins généralistes, la cotation « CCP » est un exemple des moyens mis à disposition des médecins pour effectuer un acte de prévention. Cependant les chiffres de la sécurité sociale montrent que cette cotation est peu utilisée, les médecins généralistes, interrogés dans notre étude, apportent des explications partielles (manque de temps, manque de connaissance, limites d'âge ou de sexe...) concernant cette faible utilisation de la cotation CCP.

Ce mésusage est-il un reflet du manque d'investissement ou du manque d'acte préventif effectué par les médecins généralistes en France ?

Non si l'on en croit cette étude. Il serait toutefois nécessaire d'évaluer à plus large échelle les pratiques des médecins généralistes pour en avoir la certitude. Il existe de nombreux autres moyens de rémunération qui ont fait leurs preuves dans les pays anglo-saxons, germaniques ou scandinaves concernant l'amélioration de la prévention au sens large. Ces exemples sont en train de se développer en France à travers la réorganisation de la médecine libérale (MSP, salariat, Assistante médicale, travail pluri professionnel...) mais ne sont eux même pas un gage d'efficacité en ce qui concerne la prévention.

Malgré l'importance de la prise en charge médicale de la sexualité des adolescentes, la « consultation CCP » n'est qu'une consultation parmi d'autres dans le cadre d'une prise en charge au long cours d'un adulte en devenir et ne semble pas avoir changé les pratiques des médecins interrogés. Encore une fois les conséquences de la mise en place d'une cotation dans l'évolution des pratiques médicales doivent être évaluées à plus large échelle (chronologique et en termes de nombres de médecins interrogés) afin de vérifier leur efficacité.

Les limites de la « CCP » sont un frein à l'utilisation de cette cotation en médecine préventive. Elles vont à l'encontre des recommandations internationales et doivent être réévaluées afin de faire de la « CCP » un outil utile et utilisable.

Les actes de prévention pourraient-ils être tous regroupés via une cotation unique ou via une rémunération forfaitaire ? Cette question m'a été posée par plusieurs médecins lors des discussions faisant suite aux enregistrements. Il semble en effet que la difficulté des médecins concernant la cotation tient, entre autres, à sa complexité. Une seule cotation de médecine préventive, valable dans l'ensemble des domaines de prévention (dépistage de cancer, santé sexuelle, mésusage de toxique, prévention des pathologies liées à la sédentarité, prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées etc..) est possible. Ces modalités sont bien sûr à définir (prix, fréquence, taux de

remboursement) mais son utilisation simplifiée permettrait d'améliorer son utilité auprès de tous les médecins généralistes et spécialistes en France.

On peut également imaginer une rémunération par forfait en fonction des caractéristiques des patients déclarés par le médecins traitants (l'âge, le sexe, les antécédents...) cela existe déjà pour les patients les plus fragiles (ALD, plus de 80 ans). Pourquoi les adolescents n'en bénéficient-ils pas ? Cette question reste sans réponse en ce qui me concerne.

Quand on prend en compte la nécessité d'une intervention pluridisciplinaire concernant la prise en charge de la sexualité des adolescents, l'activité médicale libérale telle qu'elle est actuellement pratiquée semble inadaptée. On pourrait imaginer améliorer l'accès à la population adolescente via des interventions coordonnées avec le monde enseignant ou associatif. Les aides à la mise en place de prise en charge pluridisciplinaire, via les obligations de « RCP » dans les MSP, ainsi que les possibilités de mettre en place des protocoles entre médecins et paramédicaux, sont des pistes intéressantes dans l'évolution de la prise en charge pluridisciplinaire des patients et sont applicables à la prise en charge de la sexualité des adolescents.

La charge de travail administratif, liée à la pratique de la médecine, limite également le temps consacré à la médecine préventive. La mise en place récente d'assistants médicaux, le salariat des médecins généralistes, permettraient peut-être de soulager les médecins dans ce domaine. Dans tous les cas, il semble important de donner le temps nécessaire au médecin dans la pratique de la médecine préventive afin de la rendre plus efficace.

Ces solutions doivent être discutées afin d'améliorer la médecine préventive en France mais à quelle échelle ? Nationale, via une législation ? Ou locale en se basant sur les acteurs de terrain (médecins généralistes, enseignants, éducateurs, associations) ? Il n'existe probablement pas une mais plusieurs solutions à cette question.

« L'adolescent » est un patient atypique pour les médecins généralistes, outre leur faible « consommation » de soins, il s'agit d'une population difficile à comprendre, en perpétuelle évolution, autonome mais dépendante de parents et avec lesquels la communication semble complexe.

Le médecin généraliste moderne doit donc s'adapter à cette population afin d'exercer son art de la meilleure manière possible. Les solutions concernant la prise en charge de cette population, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle, existent mais ne sont pas mises en place de manière systématique pour de nombreuses raisons. Etant donné les problématiques de santé publique liées à la sexualité des adolescents (IST, IVG, violences sexuelles), il est nécessaire d'investir à diverses échelles dans ce domaine.

C'est grâce à la société dans son ensemble, du plus haut échelon qu'est l'Etat jusqu'aux médecins, en passant par les acteurs locaux, que cela pourra être résolu.

La mise en place de campagne nationale, efficace mais coûteuse, l'amélioration de l'accès aux soins, qui dépend bien entendu de la démographie médicale locale, le maillage entre médecins et intervenants sociaux auprès des adolescents, l'éducation sexuelle effectuée aux collèges et lycées, l'approche globale de l'adolescents, qui comprend bien sûr ses parents... l'ensemble de ces éléments doit constituer la base d'une prise de conscience globale : la société doit comprendre l'importance de la santé sexuelle des adolescents.

La prise de conscience doit se faire à tous les échelons de manière coordonnée, avec des moyens financiers et humains qui permettront d'obtenir des résultats probants.

La formation des médecins généralistes est encore une fois pointée du doigt dans cette étude. Il n'est pas possible pour un seul individu de tout connaître et les médecins généralistes ne font pas exception à cette règle. Le rôle de plus en plus central du médecin traitant dans la prise en charge globale des patients, possède donc ses propres limites : un médecin généraliste doit avoir de nombreuses compétences dans de nombreux domaines spécialisés de la médecine.

Peut-on imaginer d'autres solutions concernant la formation universitaire des médecins ? Dans des pays comme le Canada, la Norvège ou le Danemark, on remarque que le « socle » de la formation médicale initiale est largement plus axé sur la communication, les sciences sociales, telles la sociologie et la psychologie, et le compagnonnage (via des tuteurs, des MSU). Ces compétences peuvent être associées à une pratique de la médecine libérale obligatoire avant toute spécialisation.

Une « décentralisation » de la formation médicale me semble indispensable, à la fois à cause du nombre d'externes (parfois trop nombreux pour bénéficier d'une formation pratique) mais également

pour favoriser l'ouverture à l'autre et donc la communication entre le « monde hospitalier » et le « monde ambulatoire ».

Ce « socle » de connaissances et de compétences ne doit pas empêcher le médecin généraliste de poursuivre les formations médicales continues, ni les échanges de pratiques qui semblent indispensables.

Comment améliorer l'accès à ces formations auprès des médecins généralistes ?

La réponse comporte plusieurs axes :

- tout d'abord donner aux médecins généralistes le temps de le faire. Cette réponse peut sembler simpliste mais elle est en réalité extrêmement complexe : les tâches administratives, les inégalités immenses de la démographie médicale au sein du territoire français, la pression sociétale croissante dans tous les domaines (performances, accessibilités, immédiateté des résultats) augmentent, pour les médecins, la difficulté à dégager du temps de formation
- ensuite donner aux médecins les moyens de se former, seules 6 demi-journées sont prises en charge dans le cadre du Développement Personnel Continu, ce qui est peu comparé à d'autres pays de l'Union Européenne.

De plus sur le plan éthique, dans une société dans laquelle la démographie médicale est catastrophique et les remplaçants rares, comment les médecins trouvent-ils le temps de se former sans diminuer leur temps de travail auprès des patients.

- enfin, et comme toujours, il faudrait améliorer la communication, les informations et les outils de diffusions concernant la formation médicale. Internet est un outil formidable pour supprimer les distances. Comme pour le reste de la société l'évolution en ce qui concerne l'utilisation d'internet dans l'enseignement est très inégal en France.

Pour finir les problèmes et les solutions concernant la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents existent. Ils ont été décrits de nombreuses fois depuis plusieurs décennies.

Faire confiance à notre instinct, faire confiance à l'adolescent en face de nous et de manière plus large aux adolescents dans la société est l'un des meilleurs moyens de supprimer les « frontières » érigées par la société et de rendre possible une communication simple, efficace et dans les deux sens avec cette population qui nous semble si particulière mais qui n'est finalement pas bien différente de nous. En partant d'une cotation concernant un acte de médecine sur la contraception et la prévention des IST chez les adolescentes, de nombreuses portes se sont ouvertes. La médecine de l'adolescent est passionnante et difficile, comme le reste de la médecine, elle doit questionner le médecin sur sa pratique et sur la société dans laquelle il évolue.

« Laissons les jeunes changer la société et enseigner aux adultes comment voir le monde d'un œil nouveau ». D.W. Winnicott

Bibliographie

1. OMS | Santé de l'adolescent [Internet]. WHO. [Internet]. [cité 11 dec 2020]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/
2. Mansour Z, Billaud E. Santé Sexuelle : Définitions, concepts, droits fondamentaux. La Santé en Action. [Internet]. [cité 11 dec 2020]. Disponible sur : http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr201600302_santesexuelleetreproductive.pdf
3. Juvet LK., Saeterdal I., Couto E., et al. Effect of HPV vaccination of boys. Report from Kunnskapssenteret no. 1–2015. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2015.
4. Chow E., Read T., Wigan R., et al. Sex Transm Infect 2015;91:214–219.
5. Gautier A, Chemlal K, Jestin C et le groupe Baromètre santé 2016. Adhésion à la vaccination en France : résultats du Baromètre santé 2016. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(Hors-série Vaccination): 21-7.
6. Salembier M. Gougenheim L. Duminil T. Réticences vis-à-vis du vaccin contre le Human Papillomavirus et solution envisagées à partir d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins traitants et de parents d'adolescentes. [Internet]. [cité 02 janv 2021]. Disponible sur : https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/reticences_HPV.pdf
7. De Vita M., Repiton-Dumollard L. Les freins et les promoteurs à la vaccination contre les papillomavirus humains, selon les parents de jeunes filles âgées de 11 à 19 ans et les médecins généralistes : une étude qualitative par focus group en Isère et en Savoie. Médecine humaine et pathologie. [cité 11 dec 2020].
8. Morel B. Etat des lieux de la vaccination contre les papillomavirus en France et impact des polémiques anti-vaccinale. UFR des Sciences de la Santé Université de Bourgogne. 2016
9. Leicht A. Quels sont les freins des médecins généralistes à la vaccination contre les papillomavirus ? Faculté de médecine de Lille. [cité 11 dec 2020].
10. Delobel A. Contraception : perception du Médecin Généraliste par les adolescents, étude qualitative auprès de 15 adolescents Picards [Thèse de doctorat d'université, faculté de Amiens], faculté de médecine d'Amiens ; 2012.
11. Viriot D., Fournet N., Ndeikoundam N., Lot F. Journée de lutte contre les IST et promotion de la santé sexuelle. Institut de veille Epidémiologie des IST en France et en Europe sanitaire, Département des maladies infectieuses, Direction générale de la santé. 6 mars 2015.

12. Cazanave C. Epidémiologie des IST et réseaux de surveillance. Service des Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU de Bordeaux. 2017.
13. Rahib D., Le Guen M., Lydie N. Baromètre sante 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Sante publique France, 2017. 8 p.
14. Le Guen M., Roux A., Rouzaud-Cornabas M. et al. Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation ». [cité 11 dec 2020]. Novembre 2017. Population et Société 2017 ; 549.
15. Villain A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : 224300 interruptions volontaires de grossesses en 2018. Septembre 2019. Numéro 1125.
16. Villain A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : les interruptions volontaires de grossesses en 2015. Etudes et Résultats. Juin 2016. Numéro 0968.
17. Nisand I., Toulemon L. Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille : Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineurs. [Internet]. [cité 02 janv 2021]. Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000104.pdf>
18. Baudrier A. Thèse d'exercice. Etude descriptive sur le ressenti des lycéennes concernant l'information sur la contraception et la place du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur. Une étude un an après la mise en place du PASS contraception en Limousin. 20 Novembre 2015. Université de Limoges Faculté de Médecine.
19. Clémence M. Première demande de contraception : vision des mères qui accompagnent leur fille. 2014. Exercer 2014 ; 116 : 267-74
20. Garnier F. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. 2014. Exercer 2014 ; 111 : 12-9.
21. Bernard P., Lartigue S. Thèse d'exercice : L'adolescente, sa contraception et son médecin généraliste. Exercer 2009 ; 86 : 41-4.
22. Baussard L. Thèse d'Exercice : Attente des jeunes filles concernant la Consultation Contraception et Prévention. 8 Novembre 2018. Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé.
23. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique 2001 ; 23(2) : 77-87.
24. Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié - Légifrance [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006052200/2021-01-17/1>.
25. Saint-Lary O., Franc C., Raginel T., et al. Modes de rémunération des médecins généralistes :

53
quelles conséquences ? exercer 2015;119:52-61. [cité 11 févr 2021].

26. Morin, L., Foury, C., Briot, P., Perrocheau, A. et al. Modalités d'application du « disease management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France. *Santé Publique*, 5(5), 581-592. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.105.0581>.
27. OMS Europe, BZgA. Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Standards-OMS_fr.pdf. Lausanne. 2013.
28. United Nation. ICPD Global Review. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/events/icpd-beyond-2014-review-process>. 2014.
29. Amsellem-Mainguy Y. CONSULTATION POUR UNE 1re CONTRACEPTION : JEUNES FEMMES FACE AUX PROFESSIONNELS. [cité 11 févr 2021]. *Santé publique* 2011, volume 23, n° 2, pp. 77-87
30. Jousset C, Cosquer M, Hasler C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. [cité 11 févr 2021]. Paris : Inserm, 2015.
31. Abadie B., Denante E. ; Faut-il ouvrir un espace à la relation médecin généraliste-adolescent ? Etude qualitative en miroir ; Thèse de doctorat d'université, faculté de Marseille, 31 Janvier 2019. [cité 11 févr 2021].
32. OMS. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction [WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights]. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311413/9789242514605-fre.pdf?ua=1> . 2019
33. DAC des Ministères Sociaux, Stratégie nationale de santé sexuelle. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf. 2017
34. INPES. Questions d'ados. INPES; 2016. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.lyc-ferry-conflans.ac-versailles.fr/Disciplines/Contraception/Questions-dados.pdf>
35. Carto Santé Jeunes. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <http://cartosantejeunes.org/>
36. ChoisirSaContraception. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : [https://www.choisirsacontraception.fr/.](https://www.choisirsacontraception.fr/))
37. Le Planning Familiar Associação Para O Pleneamento Da Família. et al. L'éducation à la sexualité « intégrée ». Les recommandations des jeunes. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-la-reunion->

38. Bajos N., Bozon M., l'équipe CSF. Les violences sexuelles en France : quand la parole se libère. *Population & Sociétés* n° 445, mai 2008.
39. MFPF. L'éducation à la sexualité : un tremplin vers l'émancipation et l'égalité. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://documentation.planning-familial.org/Record.htm?record=19144490124919626729&idlist=271>. 2019.
40. OMS, Communication brève relative à la sexualité (CBS) : recommandations pour une approche de santé publique. Genève, Licence : NLM : WC 140. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html. 2015.
41. Direction Générale de la santé, Recommandations pour la pratique clinique : stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. ANAES, 7 décembre 2004
42. Guyatt G-H., Oxman A-D., Montori V., et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence – publication bias. *J Clin Epidemiol*. 2011 ; 64(12) : 1277–82. Doi : 10.1016/j.jclinepi.2011.01.011.
43. Binder, Philippe, et al. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. *Exercer*, 2018, vol. 141, p. 122-132
44. BINDER, Philippe et al. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. *Exercer*, 2018, vol. 142, p. 169-181.
45. Duchène-Paton A-M., Lopes P. Sexualité et choix du mode contraceptif. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com/article/973259/resultatrecherche//16>. 30 Avril 2015.
46. Brémaud M. Les facteurs influençant les nullipares majeures à la pose du Dispositif Intra-Utérin, chez les utilisatrices de Facebook. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN233064052/Description>. 2018.
47. Cavarec-Lecomte S., Cherrier A. Facteurs influençant les parents concernant la réalisation de la vaccination anti-papillomavirus de leurs filles. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur : <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=513920>. 30 Novembre 2017.
48. Vigier-Desquesnes T. Adhésion des adolescents, devant assister à une session d'éducation à la santé sexuelle en classe de seconde dans le Nord Cotentin, à une consultation dédiée à la contraception et la prévention chez leur médecin traitant. *Médecine humaine et pathologie*. 2018.
49. L'Assurance Maladie. Les contraceptifs barrières. [internet] Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/methodes-contraception-barrieres>. 9 Mars 2020.

50. HAS, Commission Technique des vaccinations. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. [internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons. 16 déc. 2019.
51. L'Assurance Maladie. La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) étendue aux garçons. [internet] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/la-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-hpv-etendue-aux-garcons>. 26 Janvier 2021.
52. Read T., Hocking J., Chen M., et al. The near disappearance of genital warts in young women 4 years after commencing a national human papillomavirus (HPV) vaccination programme. *Sex Transm Infect* 2011;87:544e547. doi:10.1136/sextrans-2011-050234. 4 Octobre 2011.
53. Poirier-Courbet L. Un an après #MeToo: Paroles, récits individuels et collectifs. *Le Journal des psychologues*, 3(3), 42-48. <https://doi.org/10.3917/jdp.365.0042>. 2019.
54. Cousin C., Landour J., Delage P., et al. #MeToo, #Travail ?. [internet] Disponible sur : <https://journals.openedition.org/nrt/6021>. 2019.
55. Garnier M-D., Benveniste A., Sélim M. Les diagonales de #MeToo. *Psychologie clinique* n°47, 2019, pp. 196-217. 3 mai 2019.
56. Ministère du travail de l'emploi et de l'insertion. L'égalité de rémunération entre les femmes et les hommes et les obligations des employeurs, Arrêté du 31 janvier 2019 (JO du 21 février). [internet] Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/la-remuneration/article/l-egalite-de-remuneration-entre-les-femmes-et-les-hommes-et-les-obligations-des-374533>.
57. Décret n° 2020-963 du 31 juillet 2020 relatif aux attributions de la ministre déléguée auprès du Premier ministre, chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances - Légifrance [Internet]. [cité 9 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042185554/>
58. Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références. [Internet]. [cité le 15 fev 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586548>.
59. Nisso Groep R. (2008). Opgroeien met liefde. Seksuele opvoedingsondersteuning aan ouders [Growing up with love. Sex education support for parents]. [cite le 15 fev 2021]. Utrecht.
60. Frans E, Franck T (2010). Vlaggensysteem. Praten met kinderen en jongeren over seks en seksueel grensoverschrijdend gedrag [Flagsystem. Talking with children and youngsters about sexuality and inappropriate sexual behaviour]. [cité le 15 fév 2021]. Antwerp, Sensoa.

61. Femmes et hommes, l'égalité en question, édition 2017 - Insee Références. [Internet]. [cité le 15 fev 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586517?sommaire=2586548&q=contraception>.
62. ANAES, Service des recommandations et références professionnelles. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. [Internet]. [cité le 15 fev 2021]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infopat.pdf>
63. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux [Internet]. Université de Lorraine; 2017 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931789>
64. René P-J. Les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées connaissent-ils la nomenclature médicale ? [Internet] . Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 15 févr 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2556/>
65. L'Assurance Maladie. L'entrée dans la vie sexuelle et la contraception à l'adolescence. [Internet]. [cité le 15 fev 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/puberte/entree-vie-sexuelle-contraception-adolescence>.
66. Mounier M-C., Vallée J. Première demande de contraception : vision des mères qui accompagnent leur fille. Exercer, Volume 25, N° 116, pp. 267-274.
67. Mortain V. Comment les adolescents souhaitent-ils être informés sur la contraception par leur médecin généraliste ? Etude réalisée auprès d'adolescents de classes de quatrième, seconde et terminale au sein d'établissements publics des Yvelines. [Thèse]. Versailles Saint Quentin en Yvelines ; 2013.
68. Jeanne A. Représentations des Adolescents masculins en matière de Sexualité et Vie Affective : Etude qualitative auprès de lycéens en classe de seconde dans deux lycées d'Ille Et Vilaine. [Thèse]. Rennes, Bretagne. 2019
69. Feireisen A. Représentation de la vie affective et sexuelle chez les adolescents de classe de seconde dans deux lycées d'Ille et Vilaine. [Thèse]. Rennes, Bretagne. 2019
70. Dupays S., Hesse C., Vincent B. L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures. [internet] Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-167R.pdf
71. Pienkowski C., Cartault A. Republication de : Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. [cité le 22 fév 2021]. La Revue Sage-Femme, Volume 18, Issue 4, Septembre 2019, Pages 225-232.
72. Secura G-M., Allsworth J-E., Madden T., et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. [cite le 22 fév 2021]. Am J Obstet Gynecol 2010;203:115.e1-7.
73. Ancel D. Grande enquête Contraception. Belgique : Institut Solidaris ; 2017. [Internet]. [cité le

22 fév 2021]. Disponible sur : <http://www.institut-solidaris.be/index.php/enquete-contraception/>.

74. Assurance Maladie. Données par caisse : dépenses d'assurance maladie (Soins de ville) du régime général. [Internet]. [cité le 22 fév 2021]. Disponible sur <http://open-data-assurance-maladie.ameli.fr/dépenses/index.php>.
75. INSEE. Bilan démographique 2019 - La fécondité se stabilise en France. [cité le 22 fév 2021] Insee Première n° 1789, janvier 2020.
76. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale : atlas national. Situation au 1^{er} Janvier 2020 [Internet]. [cité le 22 fevr 2021]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
77. Schoub-Thieblemont C., Nadjafizadeh M. Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG. [Cité le 7 mar 2021]. La Revue Sage-Femme Volume 17, Issue 2, April 2018, Pages 49-53.
78. Moreau, C., Desfrères, J., Bajos, N. Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. [Internet]. Revue française des affaires sociales, 148-161. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/rfas.111.0148>
79. Ohanessian A., Jaminb C. Contraception après interruption volontaire de grossesse. [Cité le 7 mars 2021]. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 45, Issue 10, December 2016, Pages 1568-1576.
80. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Recommandations organisationnelles et perspectives [Internet]. [cité 8 mar 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782130/fr/recommandations-organisationnelles-et-perspectives
81. Janin-Monard E. Les antibiotiques c'est pas automatiques, 12 ans après quels sont les changements laissés par ce slogan percutant ? [Thèse]. Besançon, Bourgogne-Franche-Comté, 2014.
82. Assurance Maladie. M'T dents [Internet]. [Cité 11 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
83. Décret n° 2020-637 du 27 mai 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus - Légifrance [Internet]. [Cité 11 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000041924464/2020-05-29/#LEGIARTI000041924464>
84. Bourguignon J-P., Grignard S., Glowacz F., et al Motivations et apports d'une prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire de la santé des adolescents. [Cité le 11 mar 2021]. Bulletin d'Education du Patient, Vol. 19 - n°3 – 200.

85. Grandcolin S., Du Breuillac J., Birault F. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception. *Pédagogie Médicale* 2014 ; 15 (1) : 53–60
86. Gross O, Ruelle Y, Sannié T, Khau C-A, Marchand C, Mercier A, et al. Un département universitaire de médecine générale au défi de la démocratie en santé : la formation d'internes de médecine générale par des patients-enseignants. *Revue française des affaires sociales* [Internet]. 19 avr 2017 [cité 18 mars 2021];(1):61-78. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-61.htm>
87. Thievenaz J., « Les situations d'apprentissages réciproques (le cas de la consultation médicale) », *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39 | 2018, 131-150.
88. Bandiera G., Sherbino J., Franck J-R., et Al. « Le guide des outils d'évaluation CanMEDS. Introduction aux méthodes d'évaluation des compétences CanMEDS. ». [Internet]. Disponible sur : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/assessment-tools-handbook-f.pdf#page=32>.
89. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. [Internet]. [Cité le 22 mars 21]. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12524/1/er797.pdf>
90. Arrêté du 14 septembre 2016 relatif aux critères d'enregistrement des organismes ou structures qui souhaitent présenter des actions de développement professionnel continu auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la composition du dossier de présentation des actions - Légifrance [Internet]. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033133271/?isSuggest=true>

ANNEXES

- Annexe 1 : Guide d'entretien.

Présentation générale	Je suis étudiant en médecine générale, je travaille sur ma thèse. Enregistrement et retranscription complète des données, anonymisation des données.
Présentation participant	Pouvez-vous vous présenter et dire en quelques phrases votre activité de médecin généraliste.
Thème 1 : L'adolescent	Pouvez-vous définir l'adolescence ? Vous avez des adolescents dans votre patientèle, les voyez-vous souvent, pour quels motifs ? Quelles sont pour vous les spécificités de la consultation auprès d'adolescents, comment abordez-vous les adolescents, à partir de quel âge, par quel moyen, avec ou sans parent, anonymisation.
Thème 2 : La CCP	La CCP existe depuis Novembre 2017. Connaissez-vous cet acronyme ? Utilisez-vous cette notation ? Comment cette consultation dédiée a-t-elle ou pourrait influencer votre pratique médicale auprès des adolescentes ?
Thème 3 : L'organisation d'une consultation dédiée.	Comment organisez-vous cette consultation ? (Plusieurs temps ? programmée, présence parentale ?). Quels sont les thèmes que vous abordez ? (Violence, porno, homosexualité, IST...) A partir de quel âge ?
Thème 4 : Place des médecins généralistes	Les études bibliographiques auprès des adolescentes montre que le médecin généraliste n'est pas une personne référente actuellement. Comment la CCP peut être un moyen de prendre cette place que les adolescentes demandent ? La formation en médecine générale est-elle suffisante pour prendre cette place ? Quels sont les solutions pour avoir un accès plus facile et un dialogue avec cette population ?

- Annexe 2 : Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N-	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. <i>Par exemple : PhD, MD</i>	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Relations avec les participants
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des chercheurs ? participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique pour étayer et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11. <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. <i>Par exemple : données démographiques, date</i>	Description de l'échantillon l'échantillon ?	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés de fois ?	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
N-	Item	Guide questions/description

21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes les données ? codant les données	Combien de personnes ont codé
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Rédaction
29.	Citations présentées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>	Des citations de participants ont-elles été utilisées
30.	Cohérence des données présentées et les et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

- Annexe 3 : Tableaux extrait des « Standards pour l'Éducation sexuelle en Europe » de l'OMS. Adolescents de 9 à 12 ans et 12 à 15 ans, adolescents 15 ans et plus.

9-12	Information Informer l'enfant sur	Compétences Permettre à l'enfant de	Attitudes Aider l'enfant à développer
Corps humain et développement	<p>l'hygiène corporelle (menstruation, éjaculation)</p> <p>les signes précurseurs de la puberté (changement mental, physique, social émotionnel- diversité des changements)</p> <p><i>les organes sexuels et reproductifs internes et externes et leurs fonctions</i></p>	<p>intégrer ces changements dans sa propre vie</p> <p>connaître et utiliser le vocabulaire adéquat/correct</p> <p><i>communiquer sur les changements liés à la puberté</i></p>	<p>la compréhension et l'acceptation des changements et différences physiques (la forme et la taille du pénis, des seins, de la vulve peuvent varier; les canons de beauté changent d'une époque et d'une culture à l'autre).</p> <p><i>une image positive de son corps et de soi-même: estime de soi</i></p>
Fertilité et reproduction	<p>la reproduction et la planification familiale</p> <p>les différents types de contraception et leur usage; les mythes relatifs à la contraception</p> <p>les symptômes de la grossesse, les risques et les conséquences de rapports sexuels non protégés (grossesse non prévue)</p>	<p>comprendre le rapport entre menstruation /éjaculation et fertilité</p> <p>utiliser de manière efficace des préservatifs et des contraceptifs dans le futur</p>	<p>la compréhension que la contraception relève de la responsabilité des deux sexes</p>
Sexualité	<p>la première expérience sexuelle</p> <p>l'orientation sexuelle</p> <p>le comportement sexuel des jeunes (les différences de comportements sexuels)</p> <p>l'amour, être amoureux</p> <p><i>le plaisir, la masturbation, l'orgasme</i></p> <p><i>les différences entre l'identité sexuelle et le sexe biologique</i></p>	<p>communiquer et comprendre différents ressentis liés à la sexualité et parler de sexualité de manière adéquate</p> <p>décider consciemment d'avoir ou non des expériences sexuelles</p> <p>refuser des expériences sexuelles non voulues</p> <p><i>distinguer entre sexualité dans la vie réelle et sexualité dans les médias</i></p> <p><i>utiliser les médias modernes (mobiles, Internet) et être conscient de leurs risques et avantages</i></p>	<p>l'acceptation, le respect et la compréhension de la diversité en matière de sexualité et d'orientation sexuelle (la sexualité devrait être mutuellement consentie, volontaire, égalitaire, adaptée à l'âge, au contexte et respectueuses de soi)</p> <p>la compréhension de la sexualité comme un processus d'apprentissage</p> <p>l'acceptation des différentes expressions de la sexualité (embrasser, toucher, caresser, etc.)</p> <p><i>la compréhension que chacun a son propre rythme de développement sexuel</i></p>

12-15	Information Informer l'adolescent-e sur	Compétences Permettre à l'adolescent-e de	Attitudes Aider l'adolescent-e à développer
Corps humain et développement	<p>les connaissances liées au corps, l'image du corps, les modifications corporelles (mutilations génitales féminines, circoncision, hymen et reconstruction, anorexie, boulimie, piercing, tatouages)</p> <p>le cycle menstruel: caractéristiques physiques et sexuelles secondaires, leurs fonctions chez l'homme et la femme et sentiments correspondants</p> <p><i>Les messages sur la beauté véhiculés par les médias; les modifications corporelles au cours de la vie</i></p> <p><i>les services auprès desquels il/elle peut trouver de l'aide par rapport à ces questions</i></p>	<p>décrire comment le ressenti par rapport à son propre corps peut influencer sur sa santé, son image de soi et son comportement</p> <p><i>accepter la puberté et résister à la pression du groupe (pairs)</i></p> <p><i>être critique par rapport aux messages médiatiques et à l'industrie cosmétique</i></p>	<p><i>un esprit critique par rapport aux modifications corporelles</i></p> <p><i>l'acceptation et l'appréciation des différentes formes corporelles</i></p>
Fertilité et reproduction	<p>l'impact de la maternité/paternité (précoce) (signification de l'éducation des enfants, planification familiale, planification de carrière, contraception, prise de décision et aide en cas de grossesse non prévue)</p> <p>l'information sur les services de conseil en matière de contraception</p> <p>la contraception inefficace et ses causes (usage d'alcool, méconnaissance des effets secondaires, oubli, inégalités entre les sexes, etc.)</p> <p>la grossesse (aussi dans les couples de même sexe) et l'infertilité</p> <p>les faits et les mythes (fiabilité, avantages et inconvénients) relatifs</p>	<p>reconnaître les signes et les symptômes de la grossesse</p> <p>se procurer des moyens contraceptifs dans des endroits appropriés (p. ex. auprès de professionnel-le-s de la santé)</p> <p>décider consciemment de vivre ou non des expériences sexuelles</p> <p><i>communiquer au sujet de la contraception</i></p> <p><i>choisir consciemment un moyen de contraception et l'utiliser de manière efficace</i></p>	<p>des attitudes personnelles (normes et valeurs) en ce qui concerne la maternité/paternité (précoce), la contraception, l'avortement et l'adoption</p> <p>une attitude positive concernant la responsabilité mutuelle au sujet de la contraception</p>

- Annexe 4 : Tableaux extraits de la CPAM : nombre de cotation « CCP » dans les régions de Normandie et de Bretagne de 2018 à 2019.

Extrait des chiffres de la CPAM : nombre de consultations cotées CCP en 2018

Ville	Département	Nombre de consultations
Caen	Calvados	376
Saint-Lô	Manche	341
Alençon	Orne	76
Evreux	Eure	308
Le Havre	Seine-Maritime	300
Rouen	Seine-Maritime	568
Saint-Brieuc	Côte d'Armor	201
Brest	Finistère	454
Rennes	Ille-et-Vilaine	722
Vannes	Morbihan	322
Total :		3668

Extrait des chiffres de la CPAM : nombre de consultations cotées CCP en 2019

Ville	Département	Nombre de consultations
Caen	Calvados	481
Saint-Lô	Manche	374
Alençon	Orne	79
Evreux	Eure	396
Le Havre	Seine-Maritime	279
Rouen	Seine-Maritime	632
Saint-Brieuc	Côte d'Armor	234
Brest	Finistère	642
Rennes	Ille-et-Vilaine	838
Vannes	Morbihan	414
Total :		4369

- Annexe 5 : Tableau extrait de l'INSEE : la pyramide des âges 15 à 19 ans au Premier janvier 2020.

Année de naissance	Âge révolu	Nombre de femmes
2004	15	404 036
2003	16	402 977
2002	17	401 250

2001	18	403 919
2000	19	404 371
Total		2 016 553

U.F.R. DE Médecine DE RENNES

N°

DE GOLMARD, Simon. - Titre de la thèse : Recueil des pratiques médicales autour de la consultation « Première Contraception et Prévention » deux ans après sa mise route. Une étude qualitative auprès des médecins généralistes de Bretagne et de Normandie.

Thèse : Médecine Générale ; Rennes 1; Année : 2021

Introduction :

La prise en charge de la santé sexuelle est une discipline difficile de la médecine générale, il s'agit pourtant d'un enjeu de santé publique majeur qui, malgré les outils déjà à disposition, évolue peu en France (stabilité du nombre d'IVG, augmentation du nombre IST, stabilité du taux de vaccination contre le HPV). Face à cette problématique un nouvel outil a été mis en place en Novembre 2017 par les pouvoirs publics : la cotation « Consultation Contraception et Prévention » (« CCP »). Il s'agit d'une consultation dédiée aux jeunes femmes de 15 à 18 ans, prise en charge à 100% en tiers payants intégral, côté à 46 euros. Elle a pour but d'inciter et d'améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des adolescentes.

Méthode et Matériel :

Cette étude qualitative a été menée de Janvier à Décembre 2020. Un échantillonnage théorique a été effectué et le recueil des données s'est fait via l'enregistrement de focus groupes et d'un entretien semi-dirigé. Le codage a été effectué de manière indépendante par les deux chercheurs puis comparé aux données de la littérature.

Résultats :

Vingt-deux médecins généralistes ont été inclus dans l'étude : dix-sept femmes et cinq hommes. Trois focus groupes et un entretien semi-dirigé ont été menés et analysés.

La « CCP » est une cotation qui semble essentielle dans l'amélioration de la prise en charge de la santé sexuelle des adolescentes. Cette cotation est cependant très critiquée : du fait de ses limites, elle semble peu adaptée à la pratique médicale dans ce domaine.

Les méconnaissances des médecins généralistes en ce qui concerne la cotation, la communication envers les adolescentes et la prise en charge de la sexualité rendent difficiles sa mise en pratique systématique.

La médecine de l'adolescence a été un sujet de discussion central durant cette étude et les participants mettent en avant la difficulté de cette discipline. La présence des parents peut fragiliser ce lien et les médecins ont du mal à se placer dans cette relation triangulaire « parents-adolescents-médecins ».

Il existe également une méconnaissance de la population envers les compétences des médecins généralistes.

Améliorer la prise en charge de la santé sexuelle des adolescents passe par plusieurs pistes : une approche multi-vectorielle (campagne nationale, utilisation d'internet et des réseaux sociaux, pluridisciplinarité avec les acteurs de terrains...) semble indispensable et « facile » à mettre en place en pratique.

La cotation elle-même doit être améliorée via la suppression des limites d'âge et de sexe.

Enfin la formation initiale ou continue des médecins généralistes dans ces domaines sont un point important pour les participants.

Conclusion :

La cotation « CCP » est un nouvel outil imparfait et incomplet dans la prise en charge de la sexualité des adolescents. La sexualité est en effet un tabou sociétal qui est difficile à aborder, cependant la société évolue et la médecine doit évoluer avec la société. Inclure les sciences sociales dans la formation des médecins semble indispensable pour mieux comprendre les dynamiques en jeu et améliorer la prise en charge des adolescents. Cette évolution de la médecine générale doit également passer par une modification de la rémunération des médecins afin de prendre en compte la complexité sans cesse croissante de la médecine. D'autres éléments semblent nécessaires et se développent en France : la pluridisciplinarité (via les MSP notamment) le rôle des médias et des associations locales ainsi que l'enseignement dès le plus jeune âge concernant des domaines comme la sexualité.
